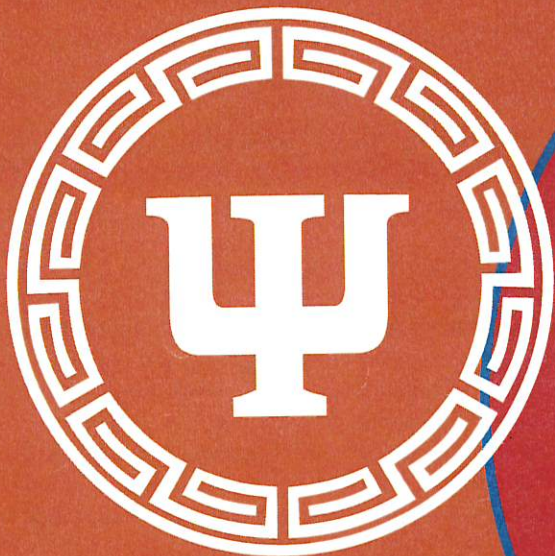


ISSN: 2007-9222

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

Manual). Minneapolis: Life Innovation.

Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III. *Atención Primaria*, 30(10), 624–630.

Rivero, N., Martínez-Pampliega, A., & Olson, D. H. (2010). Spanish Adaptation of the FACES IV Questionnaire: Psychometric Characteristics. *The Family Journal*, 18(3), 288–296. <http://doi.org/10.1177/1066480710372084>

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors? Escritos De Psicología*, 3(2), 30–36.

### **Evaluación biopsicosocial en pacientes con dolor crónico candidatos a procedimientos medico-intervencionistas**

Dra. Leticia Guadalupe Rios Velasco Moreno\*, Dr. Benjamín Domínguez Trejo\*\*, Mtro. David Rodríguez Medina\*\*, Dra. Yolanda Olvera López\*\*\*, Mtro. Miguel Quiroz Chagoya\*, \*Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, \*\*Universidad Nacional Autónoma de México, \*\*\*Escuela Superior de Medicina

Descriptores: DolorCrónico, Procedimientosintervencionistas, Variabilidad de la frecuencia cardiaca, ansiedad, depresión

#### **Resumen**

El dolor es una experiencia desagradable y agotadora que impacta no solo al paciente que lo padece, sino también a su entorno familiar, laboral, social, nivel económico. Con base al criterio de temporalidad, el dolor puede clasificarse en dolor agudo (o funcional), y en dolor crónico (disfuncional). El dolor agudo permite la supervivencia al advertir de una lesión o enfermedad, como parte importante del sistema de defensa del organismo, responde directamente a un daño o agresión tisular, como una alerta oportuna al peligro y generalmente desaparece con el daño o la lesión que lo origina, tras cumplir con su función de protección biológica. Sin embargo, si el dolor se prolonga más de 6 meses se clasifica como dolor crónico (DC) en el cual se pierde la capacidad adaptativa o funcional. El DC puede desencadenar ansiedad, depresión y otros estados emocionales negativos. Los pacientes que padecen estos estados emocionales experimentan con mayor intensidad el dolor y la probabilidad de desarrollar DC es más elevada. Para su manejo médico, el DC se controla mediante tratamientos farmacológicos e intervencionistas. Entre los de acción farmacológica se encuentran los de acción prolongada como los opioides, anticonvulsivos y antidepressivos que solo reducen el dolor entre un 30 y 40%. Sin embargo, algunos otros pacientes son sometidos a cirugía para aliviar su dolor, e incluso pueden seguir padeciéndolo después de la intervención, pues no todos los pacientes responden efectivamente a los tratamientos disponibles. Para mejorar el pronóstico clínico de selección de candidatos que pueden beneficiarse a procedimientos intervencionistas (implantación de un sistema de reservatorio de opioides de estimuladores del cordón espinal (bomba de infusión y neuroestimulación), se hace necesario contar con una cuidadosa evaluación psicológica que incluya dimensiones biopsicosociales del paciente. El objetivo general de este estudio es evaluar las características clínicas biopsicosociales (regulación autonómica y aspectos psicosociales) de pacientes candidatos a implante de equipo, el paciente que ya cuenta con el implante y aquel que no es candidato. Para esta investigación se contó voluntariamente con 4 pacientes con DC que acuden a la Unidad del Dolor del Hospital C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE" del ISSSTE de la Ciudad de México. Se utilizó un diseño de tipo descriptivo, transversal. Para evaluar el nivel de activación ante el dolor se utilizó la respuesta autonómica de la Variabilidad de la Frecuencia Cardiaca (VFC) como marcador biológico de activación simpática asociada al dolor, y la activación parasimpática asociada a la relajación y alivio de éste; se utilizó el Em Wave, que es un dispositivo portátil con un software adicional que ayuda a incrementar el equilibrio emocional y el desempeño personal, se midió la VFC en un primer momento, se realizó un ejercicio de relajación psicológica, respiración diafragmática y posteriormente se volvió a medir la VFC, esto en base a que el dolor se asocia a un incremento de la actividad simpática y cambios respiratorios. Para medir los componentes afectivos asociado al DC, se utilizaron las medidas psicométricas: Cuestionario para estimar la intensidad del dolor: Escala numérica que va de 0 a 10, donde 0 es nada de dolor y 10 el peor dolor posible. Presenta una consistencia interna de .88, se encuentra validado para poblaciones mexicanas. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Integrado por dos subescalas que miden ansiedad y depresión, que consta de 7 reactivos cada una. Para población mexicana ha presentado altos niveles de confiabilidad y validez en pacientes hospitalarios. Para comprender cómo responde el paciente ante situaciones específicas de dolor, se utilizó el Inventario Vanderbilt para el afrontamiento del Dolor (VPMI) Consta de 18 ítems agrupadas en dos escalas: Estrategias activas, que mide afrontamiento conductual y supresión emocional, y se asocian significativamente a una mejor adaptación. Y estrategias pasivas, donde sus dimensiones específicas son el catastrofismo y búsqueda de apoyo social. En relación con el componente social se utilizó una entrevista para recabar datos sociodemográficos y aspectos clínicos del dolor, se consideraron la edad, escolaridad, el estado civil, calidad de vida del paciente con respecto a su entorno familiar, laboral y sociocultural. En cuanto a las variables clínicas, se le preguntó a cada uno de los pacientes cuanto dolor siente, en una escala del 0 al 10, antes de tomar el medicamento y si varía la intensidad del dolor cuando toma su medicamento. Los resultados de la evaluación biopsicosocial se describen brevemente: Paciente 1, candidata

a Bomba de infusión, con intensidad del dolor 9/10 sin medicamento, y con medicamento 6/10; presentó un nivel de ansiedad grave, y un grado de depresión leve, en cuanto a las estrategias de afrontamiento activas en afrontamiento conductual y supresión emocional las maneja moderadamente, mientras que las estrategias pasivas presentan bajos niveles de catastrofismo y búsqueda de apoyo social. En cuanto a las medidas de la variabilidad de frecuencia cardiaca, presentó en su medición preliminar 100 en cuanto a actividad simpática, posteriormente bajo hasta cero en su medición después del ejercicio de relajación y respiración. En la evaluación parasimpática fue de cero a 100. Por tanto, se puede observar que presenta un predominio en la actividad simpática que lo revierte con el apoyo de retroalimentación biológica. Paciente 2, candidata a Neuroestimulador. Al igual que la paciente No. 1 muestra un descenso en la intensidad del dolor sin medicamento de 9 a 6 con medicamento, con un nivel de ansiedad grave, depresión leve; donde existe una diferencia notable es el manejo de las estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo alto y supresión emocional moderado, alto catastrofismo y búsqueda de apoyo social moderado. La VFC; en la actividad simpática presenta en la medición preliminar 23 y posterior de 26, en la actividad barorreceptora baja de 23 a cero, en cambio presenta una buena actividad parasimpática que sube de 55 a 74 en su medición posterior. Por lo tanto, se concluye que cuenta con un estilo de afrontamiento distinto, el cual influye en el predominio inicial de activación parasimpática y se refuerza mediante el apoyo psicológico. Paciente 3, ya cuenta con Neuroestimulador, presenta una intensidad de dolor sin medicamento de 8 y baja hasta el dos con medicamento, presenta una ansiedad y depresión moderadas. En cuanto a estrategias de afrontamiento conductual moderado, supresión emocional, bajo, mientras que en las estrategias pasivas su catastrofismo es moderado y el apoyo social bajo. En la evaluación de la VFC logra reducir su actividad simpática basal, al igual que su actividad barorreceptora de 25 a 11 y muestra un incremento significativo en la actividad parasimpática de 39 hasta 89. Estos resultados indican que logra mantener el dolor al mínimo con medicamento y en la evaluación psicofisiológica se presenta un equilibrio entre los tres tipos de coherencia de VFC con el apoyo psicológico. Por último, el paciente 4 con dolor de miembro fantasma, no es candidato a implante. Presenta una intensidad de dolor sin medicamento de 9/10 y con medicamento baja a 2/10, con nivel de una ansiedad leve, pero con depresión grave. Su afrontamiento conductual y supresión emocional son moderados, mientras que presenta un alto catastrofismo y apoyo social moderado. En relación con la VFC, logra disminuir su nivel de activación simpática incrementando el predominio parasimpático con el ejercicio de respiración diafragmática. Estos resultados permiten concluir que el pronóstico afectivo de manejo del dolor es bueno para los pacientes candidatos a implante los pacientes con apoyo psicológico logran mantener predominio parasimpático.

#### **Diferencias culturales del dolor crónico, un estudio comparativo entre pacientes de México y España.**

Dra. Leticia Guadalupe Rios Velasco Moreno\*, Mtro. Miguel Angel Quiroz Chagoya\*, Dra. Alicia Eva López Martínez\*\*, \*Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, \*\*Universidad de Málaga

Descriptores: Dolor crónico, aspectos culturales, componentes biopsicosocioculturales, resiliencia, catastrofismo

El dolor es una señal natural, representa un indicador de posible alteración o daño en el organismo, presenta un componente afectivo y uno emocional comúnmente catalogado como desagradable. Se define generalmente como una condición la cual genera malestar y está asociado a diversas problemáticas psicofisiológicas, las cuales limitan y obstaculizan la vida misma de las personas que lo padecen, así como la de sus familiares, quienes deben modificar su rutina de vida, a fin de sobrellevar la situación del dolor y de todas las consecuencias que esta condición conlleva. Mundialmente el padecimiento el dolor crónico (DC) es una experiencia que va en aumento, ya que se estima que en el mundo son miles las personas que lo sufren, así como cuantiosos los gastos médicos que de este derivan. Actualmente se reconoce que el dolor es una experiencia perceptiva compleja, influida por un amplio rango de factores biopsicosociales, no solo como una sensación física y orgánica, sino como el resultado de una interacción de variables psicológicas y sociales. La experiencia del DC, como patología, no es ajena a factores socioculturales. El sistema cultural determina el significado del dolor y el modo en que es percibido, la manera en que se expresa y las actuaciones que ante el mismo se llevan a cabo. Con referencia a este estudio se considera que la experiencia del dolor está ligada al contexto socio histórico y cultural en el que se desenvuelve el paciente, por lo que dicha experiencia difiere de un sujeto a otro, esto en función de aspectos como el sexo, edad, antecedentes de la enfermedad, el aprendizaje social y la construcción medica; mediados estos a su vez por la cultura y la dinámica social. No obstante, la cultura es probablemente el factor más controvertido y a su vez el más difícil de definir de los componentes biopsicosociales que componen el dolor crónico, lo cual puede ser debido a la multiplicidad de los factores que la componen, ya que cultura es el término más utilizado por los antropólogos para referirse a la influencia poderosa de acuerdos y códigos que son aprendidos y compartidos por los miembros de un grupo social. De esta forma, la cultura desempeña un papel importante en los patrones de socialización de una comunidad, dentro de un determinado contexto histórico y geográfico. Entonces al ser la cultura el referente de patrones de conductas y pensamientos aprendidos en el grupo social, estos representan un conjunto de conocimientos y actitudes que determinan el actuar y sentir de los individuos. Por este motivo se puede considerar inminente influencia cultural en el contexto de la salud de las personas, ya que representa un fenómeno interesante al evaluar y comparar

el desempeño o la percepción del dolor crónico en diferentes culturas, debiendo tomar en cuenta las redes de apoyo social. Se utilizó un análisis comparativo sobre las distintas experiencias de dolor y de las variables que intervienen en el extenuante proceso del DC, que tuvo lugar con dos muestras de individuos, uno de España conformado por 105 participantes, los cuales fueron reclutados en el La Unidad del Dolor del Hospital Regional Universitario "Carlos Haya", en Málaga España; y uno de México conformado por 119 participantes, reclutados en La Clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE" y en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua. Las variables medidas: nivel educativo, grupo de pertenencia, diagnóstico, catastrofismo, afrontamiento activo, afrontamiento pasivo, resiliencia, aceptación, intensidad del dolor, depresión y funcionamiento cotidiano. Las cuales fueron evaluadas por escalas de autoreporte con respaldo estadístico óptimo, así como validadas para ambos países, mismas que fueron analizadas mediante el software estadístico SSPS. En cuanto a los resultados, se encontró que es evidente la existencia de diferencias en el modo en que los pacientes manejan y experimentan su dolor, así como en la forma que manejan su patología; esto en función de la cultura del país de procedencia. Por lo que estos hallazgos van en la línea de otros estudios previos sobre el análisis comparativo de la dinámica cultural de los pacientes que presentan dolor crónico. Por lo tanto, los datos obtenidos de este estudio nos muestran que los pacientes mexicanos que sufren dolor crónico presentan una mejor y mayor capacidad para afrontar el dolor, esto en comparación con los españoles. Lo cual se puede atribuir a diferencias culturales y sociales entre ambas poblaciones. Así mismo, los datos confirman que es importante el papel de la resiliencia como variable con corta trayectoria de estudio en el ámbito del dolor crónico, además de que esta está ligada directamente a los aspectos culturales en los individuos, esto en medida que el aprendizaje de los sujetos, así como los procesos experienciales y de vida que estos presentan son vitales en función de la adversidad a la que estos deben hacer frente. Por lo tanto, este estudio presenta un panorama inicial donde aparentemente surgen nuevas interrogantes en relación con la dinámica socio cultural que interviene en la dinámica y evolución del dolor crónico. Aunque hay pocas investigaciones que tengan en consideración los aspectos culturales en relación al padecimiento del DC, las aportaciones obtenidas en este estudio apuntan hacia las diferencias en los factores de carácter subjetivo implicados en esta patología, y que se ven influenciados por el entorno familiar, la educación, el estatus socio económico, el sistema de creencias y valores, todos ellos determinados culturalmente.

#### **Motivos para iniciar una relación de pareja**

Dra. Sofía Rivera Aragón, Dra. Claudia Iveth Jaen Cortes, Lic. Fernando Méndez Rangel, Dr. Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco, Dr. Pedro Wolfgang Velasco Matus, *Universidad Nacional Autónoma de México*

Descriptores: motivos, pareja, inicio, atracción, cultura

El contexto cultural comprende estilos y modos de vida propios, costumbres, normas sociales, creencias y valores que en conjunto son un sistema de símbolos y signos que se transmiten de generación en generación (Córdova, Gee & Warren, 2005), por lo que cuando dos individuos inician una relación de pareja, lo hacen a través de lo que han incorporado a través de la cultura.

En la construcción de una relación íntima influyen factores culturales e individuales, entre los primeros destacan: el atractivo físico, la edad, la situación socioeconómica, el grupo étnico, la permisibilidad sexual, entre otros, que se entrelazan con una serie de interacciones individuales donde coexisten emociones, conductas y cogniciones positivas que tienden a exacerbarse a través de la inmediatez del intercambio de aspectos como la calidez, el involucramiento, las conductas de afiliación y la cercanía (Sánchez, 2016).

Para explicar la manera en que se construyen las relaciones de pareja, Brown (1999 en Arnett, 2008) propuso un modelo teórico que indica las fases y procesos por las que las personas inician las relaciones de pareja, que se enuncian a continuación:

Inicio.- es cuando comienzan las exploraciones tentativas de interés romántico, que por lo general son superficiales y breves, esta etapa es novedosa porque se experimentan sentimientos y conductas románticas intensas.

Estatus.- Los individuos obtienen confianza en sus habilidades para interactuar con la pareja romántica y consideran la posibilidad de establecer una relación a través de la evaluación de cuánto les gusta la otra persona y cómo les hace sentir.

Afecto.- Las parejas se conocen más a sí mismos y tienden a expresar sus sentimientos por el otro, pueden tener o no actividad sexual, las relaciones en esta fase tienen una duración más prolongada, existe una mayor intimidad y las relaciones románticas adquieren una mayor connotación emocional.

Vinculación.- La relación romántica adquiere más formalidad y compromiso.

Dicho modelo propone las etapas por las que atraviesan los miembros de la pareja para conformar una pareja, sin embargo, Bredow, Cate y Huston (2008) plantean de manera específica los motivos por los que las personas inician una relación de pareja. Estos autores señalan que el sistema de citas no sólo precede al matrimonio institucionalizado, sino que permite obtener metas situacionales, como lograr un mayor estatus social, o sentirse enamorado, así como favorecer