

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
<b>Montañez Alvarado Priscila</b>	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

# 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

# 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



Victoria C. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Una Revisión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 7.

### **Propuesta de evaluación e intervención psicológica en usuarios de reproducción asistida**

Lic. Ana Indira Castañón Morales, Dra. Priscila Montañez Alvarado, *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*

Descriptores: psicología, clínica, intervención psicológica, salud, reproducción

#### Resumen

La reproducción asistida son todos aquellos procedimientos médicos con el objetivo de lograr un embarazo, los procedimientos se clasifican en baja complejidad cuando la unión del óvulo y espermatozoos sucede dentro de las Trompas de Falopio como los diferentes tipos de inseminación artificial. Y alta complejidad cuando la unión de los gametos sucede en el laboratorio, como fertilización in vitro e inyección de espermatozoos intracitoplasmática (Jausoro, 2000). La reproducción asistida también incluye la transferencia de embriones, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia de embrión tubal, criopreservación de gametos y embriones, donación de ovocitos y embriones; además del sustituto gestacional (Zegers-Hochschild et al., 2009). En la actualidad la reproducción asistida es un medio para lograr la concepción bajo nuevas condiciones socioculturales (Greil, Kathleen, & Mcquillan, 2011): la edad avanzada de la mujer al concebir, mujeres solteras y parejas de sexo igualitario; y en condiciones médicas de: infertilidad, ligamiento de trompas, vasectomía y enfermedades genéticas.

El procedimiento de reproducción asistida por su naturaleza médica, expectativas personales, expectativas de pareja, implicaciones sociales de la familia, tiempo y costo económico; puede tener un impacto psicológico negativo en los usuarios (Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., & Tennant, C., 1994; Deka & Sarma, 2010; Dembińska, 2016; Karimzadeh et al., 2017). La evidencia señala que pacientes en tratamientos de reproducción asistida presentan altos niveles de estrés (Baghianimoghadam et al., 2013; Bártolo, Reis, Monteiro, Leite, & Montenegro, 2016; J. Boivin, 2000; Jacky Boivin, 2002; Jacky Boivin & Venetis, 2011; Newton, Sherrard, & Glavac, 1999; Schmidt, 2009; Verhaak et al., 2007), ansiedad (B. D. Peterson, Sejbaek, Pirritano, & Schmidt, 2014; Reis, Xavier, Coelho, & Montenegro, 2013), depresión (Aarts et al., 2011; Karaca et al., 2016; B. Peterson, 2006; B. D. Peterson et al., 2014; Van den Broeck, D'Hooge, Enzlin, & Demyttenaere, 2010), baja autoestima (Contreras-García, Jara-Riquelme, & Manríquez-Vidal, 2016), disfunción sexual (Tao, Coates, & Maycock, 2011), desajuste marital (Petersen, Blenstrup, Peterson, Knudsen, & Schmidt, 2015), aislamiento (Petersen et al., 2015).

Síntomas variables en función de género (Baghianimoghadam et al., 2013; Bártolo, Reis, Monteiro, Leite, & Montenegro, 2016; J. Boivin, 2000; J. Boivin, Griffiths, & Venetis, 2011; Jacky Boivin, 2002; Newton, Sherrard, & Glavac, 1999; Schmidt, 2009; Verhaak et al., 2007), etiología de la infertilidad (Patel et al., 2016), duración de la infertilidad (Patel et al., 2016) ajuste diádico (Kim, Shin, & Yun, 2016), estatus marital (Connolly, Edelman, Cooke, & Robson, 1992), duración del matrimonio (Patel et al., 2016), apoyo social percibido (Connolly et al., 1992; Schmidt, 2009) psicopatología preexistente (Sbaragli et al., 2008), personalidad (Fassino et al., 2002), identidad con el rol (Connolly et al., 1992), antecedentes de cirugía ginecológica (Patel et al., 2016), mecanismos de afrontamiento (Patel et al., 2016; Schmidt, 2009), nivel educativo y edad (Sultan & Tahir, 2011). Y que disminuyen la calidad de vida de los usuarios (Chachamovich et al., 2009).

México no ha desarrollado una discusión científica amplia en el ámbito psicológico, legislativo y médico de la ética (Barragán, 1994; Cardaci & Sánchez, 2011; Flores, 2012) que compete la reproducción asistida como procedimiento médico y como proceso psicológico. Lo que implica el manejo de las técnicas de reproducción asistida como producto de consumo (Braff, 2013), sin investigación en el país de los motivos de la necesidad de concebir, la capacidad psicológica de los padres, el contexto donde se integrará el niño y en donadores de gametos los recursos psicológicos para el procedimiento médico. A largo plazo el develamiento de padres a hijos de la técnica concepción o el derecho del niño a conocer la identidad en caso de donador de gametos; infiere conflictos que posiblemente adquieran diversidad de aristas éticas, psicológicas y legales a consecuencia del aumento en el uso de las técnicas de reproducción asistida sin previa discusión o preparación profesional.

En México actualmente no existe una estrategia de evaluación para usuarios de reproducción asistida. Por ello con la propuesta de evaluación se plantea un procedimiento basado en la evidencia desde el enfoque cognitivo conductual con el objetivo de identificar pacientes con psicopatología severa y evaluar el grado de ajuste psicológico para adaptarse al tratamiento. A través de la evaluación de estrés, ansiedad y depresión, y las variables mediadoras de mecanismos de afrontamiento, apoyo social y ajuste diádico. Congruente con la evaluación se plantea desde un enfoque basado en la evidencia una propuesta de intervención desde el modelo cognitivo conductual con el objetivo de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, para mejorar la adaptación al tratamiento de reproducción asistida con beneficios en la mejora de la calidad de vida.

De esta manera, la evaluación psicológica representa para los profesionistas en el área de reproducción asistida una

herramienta para identificar pacientes con psicopatología severa para tomar decisiones éticas en relación a la salud mental de los usuarios en México. Además la intervención cognitivo - conductual diseñada a partir de la evidencia empírica en modelos eficaces en reproducción asistida (Jacky Boivin & Venetis, 2011; Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgård, Ingerslev, & Zachariae, 2015) ofrece de manera breve una guía práctica de atención psicológica enfocada en estrategias de afrontamiento, técnicas de respiración, relajación y reestructuración cognitiva .

#### Propuesta de evaluación

1. Registro y consentimiento informado
  2. Historia Clínica con enfoque en historial del tratamiento médico, historia de infertilidad, estilos de vida e historia de pareja.
  3. Escala de estrés percibido de Cohen (1983) adaptada culturalmente en México por González & Landero (2007) de 14 reactivos.
  4. Inventario ansiedad rasgo-estado IDARE de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) de 40 reactivos.
  5. Inventario de depresión de Beck versión II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) adaptado en México por (González et al., 2015) consiste en 21 grupos de afirmaciones
  6. Estilos de enfrentamiento (Lazarus & Folkman, 1988) validado en México por (Zavala, Rivas, Andrade, & Reidl, 2008) de 20 reactivos
  7. Escala de percepción de apoyo social EPAS de (Vaux et al., 1986) validada en México Escala de por (Nava, Bezies, & Vega, 2015) de 15 reactivos
  8. La Escala de Ajuste Diádico de Spanier (1976) validada en México por (Moral de la Rubia, 2009) de 32 reactivos
- Propuesta de intervención

#### Referencias

- Aarts, J. W. M., van Empel, I. W. H., Boivin, J., Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. ., & Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, 26(5), 1112–1118. <https://doi.org/10.1093/humrep/der051>
- Baghianimoghadam, M. H., Aminian, A. H., Baghianimoghadam, B., Ghasemi, N., Abdoli, A. M., Ardakani, N. S., & Fallahzadeh, H. (2013). Mental health status of infertile couples based on treatment outcome. *Iran Journal of Reproductive Medicine*, 11(6), 503–510.
- Barragán, M. (1994). La reproducción asistida en México. Un enfoque multidisciplinario. En Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bártolo, A., Reis, S., Monteiro, S., Leite, R., & Montenegro, N. (2016). Psychological Adjustment of Infertile Men Undergoing Fertility Treatments: An Association With Sperm Parameters. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.014>
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., & Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 229–240. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90118-X](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90118-X)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual* (2da ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Boivin, J. (2000). Patient-staff communication and its effect on reactions to treatment and treatment failure. En *Proceedings of Social Science Research on Childlessness in a global perspective*. Amsterdam: SCO-Kohnstam Instituut.
- Boivin, Jacky. (2002). Who is likely to need counselling? *European Society of Human Reproduction and Embryology*, 9–10.
- Boivin, Jacky, & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal*, 342(d223), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.d223>
- Braff, L. (2013). Somos Muchos (We Are So Many). *Medical Anthropology Quarterly*, 27(1), 121–138. <https://doi.org/10.1111/maq.12019>
- Cardaci, D., & Sánchez, Á. (2011). La fertilización asistida en la agenda de los grupos feministas mexicanos. *La Ventana*, 33(08), 242–276.
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M., Cordova, F., Knauth, D., & Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, 24(9), 2151–2157. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep177>
- Cohen, S. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Connolly, K. J., Edelman, R. J., Cooke, I. D., & Robson, J. (1992). The Impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(5), 459–468.
- Contreras-García, Y., Jara-Riquelme, V., & Manriquez-Vidal, C. (2016). Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria: Un estudio piloto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(1), 50–60.
- Deka, P., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3).

- Dembińska, A. A. (2016). Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *Health Psychology Report*, 4(2). <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.56617>
- Fassino, S., Garzaro, L., Peris, C., Amianto, F., Pierò, A., & Daga, G. A. (2002). Temperament and character in couples with fertility disorders: a double-blind, controlled study. *Fertility and Sterility Journal*, 77(6).
- Flores, E. L. (2012). Derechos de los sujetos que participan en la reproducción asistida (pp. 63–84).
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 1–18.
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244.
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199–206.
- Greil, A., Kathleen, S.-B., & Mcquillan, J. (2011). The Social Construction of Infertility. *Sociology Compass*, 5(8), 736–746. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00397.x>
- Haica, C. C. (2013). Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-Acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 506–510.
- Jausoro, A. (2000). Reproducción Humana Asistida: Descripción de las opciones terapéuticas disponibles (No. Osteba E-00-05). Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.
- Karaca, N., Karabulut, A., Ozkan, S., Aktun, H., Orengul, F., Yilmaz, R., ... Batmaz, G. (2016). Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples, 206, 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.09.017>
- Karimzadeh, M., Salsabili, N., Akbari Asbagh, F., Teymouri, R., Pourmand, G., & Soleimanieh Naeini, T. (2017). Psychological Disorders among Iranian Infertile Couples Undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Iran Journal of Public Health*, 46(3), 333–341.
- Kim, J. H., Shin, H. S., & Yun, E. K. (2016). A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *Journal of Holistic Nursing*. <https://doi.org/10.1177/0898010116675987>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Moral de la Rubia, J. (2009). Estudio de validación en la escala de ajuste diádico (DAS) en población mexicana. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(1), 113–138.
- Nava, C. N., Bezies, R., & Vega, C. Z. (2015). Adaptation and validation of the scale of perceived social support from Vaux. *Liberabit Revista de Psicología*, 21(1), 49–58.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility Journal*, 72(1), 54–62.
- Patel, A., Sharma, P. S., Narayan, P., Binu, V. S., Dinesh, N., & Pai, P. J. (2016). Prevalence and predictors of infertility specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic based study. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 9(1), 28–34. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.178630>
- Petersen, G., Blenstrup, L., Peterson, B., Knudsen, L., & Schmidt, L. (2015). Impact of childlessness on life and attitudes towards continuation of medically assisted reproduction and/or adoption. *Human Fertility*, 18(2), 121–127.
- Peterson, B. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Family Relations, Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 55, 227–239. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x>
- Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29(1), 76–82.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1), 1–6.
- Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., de Leo, V., & Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility Journal*, 90(6). <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.045>
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction – what are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14–20.
- Sultan, S., & Tahir, A. (2011). Psychological Consequences of Infertility. *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 229–247.
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australasian Medical Journal*, 4(11), 620–627. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2011.1055>
- Van den Broeck, U., D'Hooge, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25(6), 1471–1480. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq030>
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195–218.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. ., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>

Zavala, L., Rivas, R. ., Andrade, P., & Reidl, L. M. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159–182.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... van der Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11), 2683–2687.

### **Creencias sobre sexualidad en alumnos de bachillerato**

Mtra. Alejandra Castillo Peña, Lic. Karen González Bautista, Dr. Armando Ruiz Badillo, *Universidad Pedagógica Nacional*

Descriptores: Educativa, adolescentes, sexualidad, creencias, educación sexual

#### **Introducción.**

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, incluyendo el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, la reproducción. La interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales dan como resultado la sexualidad (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud, 2000).

La salud sexual sigue siendo un problema urgente de resolver en América Latina y el Caribe. Esto se refleja en los altos índices de aborto, VIH o embarazos adolescentes en la región (Lauglo, 2008). México no es la excepción, de acuerdo a la OCDE (2016), México es el país con mayor tasa de natalidad en mujeres adolescentes (7 nacimientos por cada 100 mujeres entre 15 y 19 años).

Entre muchos otros factores las estadísticas anteriores pueden llegar a ser producto de los prejuicios y creencias erróneas que poseen los jóvenes sobre la sexualidad. Por ejemplo el que se sigan teniendo creencias religiosas que lleven a pensar que hablar de temas sexuales es indebido puede ocasionar falta de información en la población (Delpino, 2013).

De aquí la importancia de estudiar qué es lo creen los jóvenes en torno a la sexualidad. El presente trabajo es parte de una investigación mayor que tuvo como objetivo identificar conocimientos y creencias sobre sexualidad en los jóvenes de un Colegio de Bachilleras al oriente de la Ciudad de México. En este espacio sólo se darán los resultados correspondientes a las creencias sobre sexualidad que poseen los jóvenes que participaron en la investigación.

Las creencias, son esquemas que se fundamentan en las experiencias vividas y todos poseemos, en muchos casos se transmiten de generación tras generación. Las creencias pueden ser socialmente compartidas o exclusivas de un sujeto (Castillo, 2017; Mosqueda, 2007; Pozo, Pérez, Sanz y Limón, 1992).

Para estudiar las creencias sobre sexualidad se decidió tomar como base la propuesta de Rubio (2007) quien propone un modelo sistémico de la sexualidad humana dividido en cuatro subsistemas, también llamados holones sexuales:

Holón de reproductividad: Hace alusión a la condición biológica del ser humano, es decir, a la capacidad de reproducción, aseverando que por el hecho de ser seres vivos se tienen que llevar a cabo la concepción y reproducción de seres humanos. Este holón tiene manifestaciones psicológicas y sociales y no se tiene que limitar a lo biológico.

Holón de género: Entendiendo el género como la serie de construcciones mentales, en cuanto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculino y femenino, así como las características del individuo.

Holón de erotismo: El erotismo es un elemento de la sexualidad que remite a las experiencias identificadas como sexuales (excitación y orgasmo).

Holón de vinculación afectiva: define los vínculos afectivos como la capacidad de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

#### **Método.**

Como objetivo se planteó identificar las creencias sobre sexualidad que asumen los y las jóvenes de un Colegio de Bachilleras al oriente de la ciudad de México.

La investigación fue cuantitativa descriptiva.

Se entrevistaron a 120 mujeres y hombres de los diversos semestres que acuden a esta institución, los cuales oscilan entre las edades de 15 años a 23 años. La población que asiste a la escuela es de nivel socioeconómico medio-bajo proveniente de diversas colonias y pueblos de la delegación Iztapalapa, así como de las delegaciones aledañas y del Estado de México.

Se construyó y validó un instrumento mixto (con preguntas abiertas y cerradas) el cual constó de 70 reactivos dividido en

El presente estudio surge para ver cómo esta violencia social afectó a los adolescentes, estudiantes de preparatoria, y analizar si ésta se relaciona con una menor salud mental, y además de analizar otros tipos de violencia más cercanas a ellos (cyberbullying, violencia en el noviazgo y maltrato infantil) para ver si estas violencias más cercanas afectan más la salud mental que la violencia social vivida en Juárez.

### **Distintos tipos de violencia y su relación con la depresión en adolescentes de Ciudad Juárez**

**Dra. Priscila Montañez Alvarado, Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo, Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar, Dra. Marisela Gutiérrez Vega, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

#### Introducción

México vive en la actualidad la peor crisis de violencia de los últimos 21 años. Chihuahua se sitúa con 3.62 víctimas por cada 100, 000 mil habitantes. El Diario de Juárez se señala que ocho de cada 10 se sienten inseguros en Ciudad Juárez (Ramírez, 2018).

La violencia es tal, que se podría considerar ya como una categoría diagnóstica (De la Fuente, 2018). Genera depresión, ansiedad, estrés postraumático, violencia sexual, etc. Actualmente, la depresión afecta aproximadamente a más de 300 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2018). Entre los síntomas que pueda presentar un adolescente deprimido se cuentan los siguientes: conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad. Pueden presentar también sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento y cogniciones típicas como autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima, entre otros. En adolescentes se identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves (Wagner et al., 2012).

El presente estudio analizará cómo se relacionan los diferentes tipos de violencia con algunos indicadores de salud mental, con la depresión, en este caso.

#### Método

##### Participantes

La muestra se compuso de 173 estudiantes de más de 20 preparatorias de Ciudad Juárez. La media de edad fue de 16.49 años (DE = 1.79) y el 56.1% de la muestra reportaron ser mujeres. El 92% de la muestra reporta vivir con su madre y el 70% de la muestra vive con su padre.

##### Instrumentos

Patient Health Questionnaire-9. El instrumento consta de nueve reactivos basados en los nueve criterios del DSM-IV para evaluar la depresión. La consistencia interna del instrumento es de  $\alpha = 0.85$  para la muestra de este estudio.

Escala de Cyberbullying – Subescala de Victimización. Contiene 11 ítems que evalúan si las personas han experimentado cyberbullying. La consistencia interna del instrumento en este estudio es  $\alpha = 0.63$ .

Escala de Victimización. Compuesta de 17 ítems e incluye delitos frecuentes a nivel internacional: robo de la vivienda, del carro, hurto, secuestro, agresión sexual u homicidio. Esta escala se divide en dos factores en el cual el primero evalúa si los delitos los vivió el participante, y el segundo factor evalúa si otras personas cercanas al participante vivieron los delitos. El coeficiente de fiabilidad interna de la escala al aplicarse en Bogotá, Colombia en el año 2001, fue de .87.

Escala de Violencia en la Pareja. Escala compuesta de 27 ítems, agrupados en un puntaje total y en los factores de violencia psicológica, violencia sexual, violencia física, violencia física severa. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.88$ .

Escala Retrospectiva de Maltrato Infantil. Compuesta de 34 ítems con formato tipo Likert de 5 opciones, compuesta por los factores sexual, físico-leve/verbal, físico fuerte, culpabilidad, relación con padres, cuidados básicos. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.95$ .

##### Procedimiento

Los participantes fueron invitados a participar en el estudio en donde primero se les dio el consentimiento informado, se les dio oportunidad de aclarar dudas, y después se aplicó la batería de instrumentos. Se correlacionó la variable de salud mental con los distintos tipos de violencia: cyberbullying, victimización social, violencia en la pareja y maltrato infantil cuando eran pequeños.

##### Resultados

Se hicieron las correlaciones de Pearson entre la escala de depresión y los indicadores de violencia, encontrándose una relación más fuerte entre maltrato infantil culpabilidad y cyberbullying con depresión que entre violencia social y depresión. Las correlaciones son las siguientes: maltrato infantil culpabilidad,  $r=.45$  ( $p<.01$ ); cyberbullying,  $r=.42$ , ( $p<.01$ ); maltrato infantil mala relación con los padres,  $r=.36$  ( $p<.01$ ). ( $p<.01$ ); maltrato infantil físico leve,  $r=.27$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil falta de cuidados básicos,  $r=.22$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil sexual,  $r=.21$  ( $p<.01$ ); victimización social personal,  $r=.18$  ( $p<.05$ ), maltrato infantil físico severo,  $r=.17$  ( $p<.05$ ); violencia psicológica en la pareja,  $r=.19$  (n.s.); violencia en la pareja suma de todos los factores,  $r=.15$  (n.s.); victimización social de personas cercanas,  $r=.13$  (n.s.); violencia física leve y verbal en la pareja,  $r=.08$  (n.s.); violencia sexual en la pareja,  $r=.07$  (n.s.); violencia física severa en la pareja,  $r=-.04$

(n.s.).

#### Discusión

La relación encontrada entre depresión y maltrato infantil culpabilidad, se puede explicar mediante los hallazgos de cómo el castigo psicológico y físico que se sufre en la niñez, genera consecuencias en la salud mental de los participantes en este estudio, vinculándose a la depresión, ansiedad y comportamiento agresivo tal y como se ha reportado en otros estudios (Acosta, Valdivia y Giletta, 2017; Frías, 2015). En cuanto a los resultados del cyberbullying experimentado en la muestra que ocupa este estudio, concuerdan con la revisión de Garaigordobil (2011) que constata una alta prevalencia de este acoso cibernético, ya que aproximadamente entre un 40% y un 55% de los escolares estudiados, estuvieron implicados de algún modo, ya sea como víctimas, agresores y observadores.

#### Referencias

- Acosta, E., Valdivia, I., Giletta, P. (2017). Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres y tutores. *Revista Cubana de Pediatría*, 89(2), 178-186.
- De la Fuente, J.R. (2018). *La sociedad dolida: El malestar ciudadano*. México: Grijalbo.
- Frías, M. (2015). Repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(1), 108-116.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254
- Ramírez, I. (18 enero, 2018). Crece violencia y temor por inseguridad aquí. *Diario de Juárez*. Recuperado de: [http://diario.mx/Local/2018-01-17\\_07ecc4e3/crece-violencia-y-temor-por-inseguridad-aqui/](http://diario.mx/Local/2018-01-17_07ecc4e3/crece-violencia-y-temor-por-inseguridad-aqui/)
- Ruiz, J.I. (2007). Cultura ciudadana, miedo al crimen y victimización. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 65-74.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.

Descriptores: adolescentes, violencia social, depresión, psicología social, salud mental

### **Distintos tipos de violencia y su relación con la ansiedad en adolescentes de Ciudad Juárez**

Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo, Dra. Priscila Montañez Alvarado, Dra. Marisela Gutiérrez Vega, Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar, *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*

#### Introducción

La violencia como fenómeno histórico, ha sido relacionada a diversas condiciones socioculturales. Las diferentes formas de violencia que se han producido en nuestra ciudad son variadas y cada una de ellas se edifica en espacios sociales particulares como el hogar, instancias educativas, recreativas y en la comunidad en general. Una respuesta común que surge en forma inmediata ante un acto violento es la ansiedad. Así mismo, la dosis prolongada puede ocasionar otras situaciones adversas, entre las que se destaca la génesis de trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión (Carrillo, Montañez, Esparza, Gutiérrez y Gurrola, 2017). Por otra parte, los indicadores de violencia que se especifican con particularidades en el presente estudio son el hogar (maltrato infantil), violencia en la pareja, el papel que juegan los medios de comunicación masiva (Ciberbullying) y el estado de respuesta de las acciones del acto delictivo (Victimización).

#### Método

##### Participantes

La muestra se compuso de 173 estudiantes de más de 20 preparatorias de Ciudad Juárez. La media de edad fue de 16.49 años (DE = 1.79) y el 56.1% de la muestra reportaron ser mujeres. El 92% de la muestra reporta vivir con su madre y el 70% de la muestra vive con su padre.

##### Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck. El inventario mide sintomatología de ansiedad y consta de 21 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones que van de "en absoluto" a "severamente". La consistencia interna del instrumento es de  $\alpha = 0.93$  para la presente muestra. La confiabilidad interna de la escala para la presente muestra es de  $\alpha = 0.74$ .

Escala de Cyberbullying – Subescala de Victimización. Este instrumento contiene 11 ítems que evalúan si las personas han experimental del cyberbullying. El formato de respuesta es tipo Likert con tres opciones de respuesta que son "nunca", "a veces" y "con frecuencia". La consistencia interna del instrumento en este estudio es  $\alpha = 0.63$ .

Escala de Victimización. Compuesta de 17 ítems e incluye delitos frecuentes a nivel internacional: robo de la vivienda, del carro, hurto, secuestro, agresión sexual u homicidio. Esta escala se divide en dos factores en el cual el primero evalúa si los delitos los vivió el participante, y el segundo factor evalúa si otras personas cercanas al participante vivieron los delitos. El coeficiente de fiabilidad interna de la escala al aplicarse en Bogotá, Colombia en el año 2001, fue de .87.

Escala de Violencia en la Pareja. Esta escala está compuesta de 27 ítems que se agrupan en un puntaje total y en los factores de violencia psicológica, violencia sexual, violencia física, violencia física severa. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.88$ .

Escala Retrospectiva de Maltrato Infantil. La escala está compuesta de 34 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones, compuesta por los factores sexual, físico-leve/verbal, físico fuerte, culpabilidad, relación con padres, cuidados básicos. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.95$ .

#### Procedimiento

Los participantes fueron invitados a participar en el estudio en donde primero se les dio el consentimiento informado, se les dio oportunidad de aclarar dudas, y después se aplicó la batería de instrumentos. Se correlacionó la variable de salud mental con los distintos tipos de violencia: cyberbullying, victimización social, violencia en la pareja y maltrato infantil cuando eran pequeños.

#### Resultados

Se hicieron las correlaciones de Pearson entre la escala de ansiedad y los indicadores de violencia. Las correlaciones son las siguientes: cyberbullying,  $r=.22$  ( $p<.01$ ); victimización social personal,  $r=.31$  ( $p<.01$ ), victimización social de personas cercanas,  $r=.29$  ( $p<.01$ ), violencia psicológica en la pareja,  $r=.50$  ( $p<.01$ ); violencia sexual en la pareja,  $r=.13$  (n.s.); violencia física leve y verbal en la pareja,  $r=.33$  ( $p<.05$ ); violencia física severa en la pareja,  $r=.13$  (n.s.); violencia en la pareja suma de todos los factores,  $r=.43$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil sexual,  $r=.25$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil físico severo,  $r=.17$  ( $p<.05$ ); maltrato infantil físico leve,  $r=.30$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil culpabilidad,  $r=.44$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil falta de cuidados básicos,  $r=.29$  ( $p<.01$ ); y maltrato infantil mala relación con los padres,  $r=.38$  ( $p<.01$ ).

#### Discusión

Entre los tipos de violencia que han experimentado los jóvenes y que han dejado secuelas psicológicas, se confirma que el cyberbullying, victimización social personal, victimización social y de personas cercanas son indicadores de respuestas de ansiedad, ya que se encontró una relación estadísticamente significativa entre estos constructos. Tomando en cuenta la magnitud en que se relacionan y como lo menciona Garaigordobi (2011) las personas que son afectadas por el cyberbullying y victimización refieren sufrir de ansiedad entre otras afecciones psicológicas.

En el caso de la violencia de pareja también se encontró una relación estadísticamente significativa entre los constructos de violencia psicológica en la pareja, violencia física leve y verbal y violencia en la pareja total. Al respecto Zarza y Froján (2005) refieren que la práctica de un patrón interactivo de agresión entre los dos miembros de la pareja, su práctica y frecuencia deja efectos significativos como ansiedad, estrés y depresión. En el caso de la violencia sexual y física verbal severa en la pareja no se encontraron relaciones, lo cual se puede explicar ya que los adolescentes son estudiantes solteros. Respecto a los indicadores de maltrato infantil se encontraron relaciones estadísticamente significativas en todas las variables de estudio. Es importante señalar que no se pueden generalizar los hallazgos encontrados en una muestra al total de la población, y es importante indicar que las características y rasgos del adolescente determinan de alguna manera la forma de cómo reaccionar y manejan la tensión ante el acto violento.

#### Referencias

- Carrillo, I. C., Montañez, P., Esparza, O. A., Gutierrez, M., & Gurrola, G. M. (2017). Exposure to Violence in high school students in Ciudad Juárez, Mexico. *European Scientific Journal*. Special Edition.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del Cyberbullying: Una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.
- Zarza, M. J. y M. X. Froján (2005). "Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos", *Anales de Psicología*, 21 (1), 18-26.

Descriptores: adolescentes, violencia social, ansiedad, psicología social, salud mental

#### **Distintos tipos de violencia y su relación con el estrés percibido en adolescentes de Ciudad Juárez**

Dra. Marisela Gutiérrez Vega, Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar, Dra. Priscila Montañez Alvarado, Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo, *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*

#### Introducción

La violencia social que se ha vivido en Ciudad Juárez, junto con otras muchas otras ciudades de México desde el 2012 hasta la fecha, ha tenido repercusiones económicas, sociales, demográficas y psicológicas en sus habitantes. Investigaciones pasadas reportan una asociación entre la percepción de violencia social, principalmente en el vecindario, con estrés, miedo y angustia. Sin embargo, también es sabido que en América Latina, tanto niños como adolescentes experimentan violencia en los inicios de su socialización (Pinheiro, 2006). Por ejemplo, es socialmente aceptable el castigo corporal como forma de la disciplina en la crianza (Margolin & Gordis, 2000). También, en el ambiente escolar y con el uso de la tecnología, el "ciber-acoso" o "cyber-bullying" es un tipo de violencia protagonizada por adolescentes

(Pinheiro, 2006). Por otra parte, durante el desarrollo y crecimiento de los adolescentes comienzan a tener relaciones de noviazgo, así como las íntimas de pareja con sus pares del sexo opuesto. Investigaciones pasadas han recopilado datos donde se ha reportado violencia física en las relaciones de noviazgo en adolescentes. Por ejemplo en 16 países, incluido México, se encontró una alta prevalencia de violencia física ejercida tanto por hombres como por mujeres (Pinheiro, 2006; Peña et al., 2013).

Las fuentes de violencia con las que el adolescente se puede encontrar en su crecimiento, desarrollo y en el ámbito social son diversas y podría creerse que algunas de ellas tuvieran mayor impacto en su salud mental que otras. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre diferentes formas de exposición a violencia como lo es victimización personal, victimización vicaria, cyberbullying, violencia de pareja o en el noviazgo y abuso infantil, con estrés percibido como un indicador de salud mental en adolescentes.

#### Método

##### Participantes

Fueron 173 estudiantes de más de 20 preparatorias de Ciudad Juárez. La media de edad fue 16.49 años ( $DE = 1.79$ ) y el 56.1% de la muestra reportaron ser mujeres. El 92% de la muestra reporta vivir con su madre y el 70% de la muestra vive con su padre.

##### Instrumentos

Escala de Estrés Percibido. Esta escala evalúa síntomas de estrés a través de 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones que van de "nunca" a "muy a menudo". La escala mide un solo factor de estrés según lo expuesto por los autores. La confiabilidad interna del instrumento para la muestra de este estudio es de  $\alpha = 0.74$ .

También se aplicó una escala de Cyberbullying – Subescala de Victimización. Este instrumento contiene 11 ítems. Evalúa si se ha experimentado el cyberbullying. El formato de respuesta es tipo Likert con tres opciones de respuesta: "nunca", "a veces" y "con frecuencia". La consistencia interna del instrumento en este estudio es  $\alpha = 0.63$ .

Escala de Victimización. Compuesta de 17 ítems e incluye delitos frecuentes a nivel internacional: robo de la vivienda, del carro, hurto, secuestro, agresión sexual u homicidio. Esta escala se divide en dos factores en el cual el primero evalúa si los delitos los vivió el participante, y el segundo factor evalúa si otras personas cercanas al participante vivieron los delitos. El coeficiente de fiabilidad interna de la escala es de .87.

Escala de Violencia en la Pareja. Esta escala está compuesta de 27 ítems que se agrupan en un puntaje total y en los factores de violencia psicológica, violencia sexual, violencia física y violencia física severa. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.88$ .

Escala Retrospectiva de Maltrato Infantil. La escala está compuesta de 34 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones, compuesta por los factores sexual, físico-leve/verbal, físico fuerte, culpabilidad, relación con padres, cuidados básicos. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.95$ .

##### Procedimiento

Los participantes fueron invitados a participar en el estudio en donde primero se les dio el consentimiento informado, se les dio oportunidad de aclarar dudas, y después se aplicó la batería de instrumentos. Se correlacionó la variable de salud mental, estrés percibido, con los distintos tipos de violencia: cyber-bullying, victimización social, violencia en la pareja y maltrato infantil cuando eran pequeños.

##### Resultados

Se hicieron las correlaciones de Pearson entre la escala de estrés percibido y los indicadores de violencia. Las correlaciones significativas fueron las siguientes: Cyberbullying,  $r=.23$  ( $p<.01$ ); victimización social personal,  $r=.22$  ( $p<.05$ ); violencia psicológica en la pareja,  $r=.36$  ( $p<.01$ ); violencia en la pareja suma de todos los factores,  $r=.28$  ( $p<.05$ ); maltrato infantil culpabilidad,  $r=.25$  ( $p<.01$ ); y maltrato infantil mala relación con los padres,  $r=.20$  ( $p<.05$ ).

Las correlaciones no significativas fueron con: victimización social de personas cercanas, violencia sexual en la pareja, violencia física leve y verbal en la pareja, violencia física severa en la pareja, maltrato infantil sexual, maltrato infantil físico severo, maltrato infantil físico leve, y maltrato infantil falta de cuidados básicos.

##### Discusión

Se encontraron algunas correlaciones significativas con el estrés percibido, comenzando por la más alta de violencia psicológica en pareja que fue medianamente moderada, seguida de la violencia en pareja total. Le sigue la correlación con maltrato infantil culpabilidad, cyberbullying, victimización social personal y la mala relación con los padres. Es interesante observar que las correlaciones más elevadas entre los diferentes tipos de violencias y estrés se derivan de la relación que los adolescentes tienen con sus parejas, compañeros de escuela y con sus padres durante su crianza. Si bien la violencia social ha causado estragos en la sociedad juarensé, también hay otras formas de violencia que podrían estar afectando mayormente a los adolescentes que viene desde la formación con los padres, la forma de relacionarse con sus parejas y compañeros de escuela.

##### Referencias

Margolin, G. & Gordis, E.B. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.

Pinheiro, P.S. (2006). Informe mundial sobre violencia contra los niños y las niñas. Geneva: Organización Mundial de las Naciones Unidas.

Peña, F., Zamorano, B., Hernández, G., Hernández, M., Vargas, J.I., & Parra, V. (2013). Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos. *Revista Costarricense de Psicología*, 32 (1), 27-40.

Descriptores: adolescentes, violencia social, estrés, psicología social, salud mental

## **Distintos tipos de violencia y su relación con los pensamientos paranoides en adolescentes de Ciudad Juárez** Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar, Dra. Marisela Gutiérrez Vega, Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo, Dra. Priscila Montañez Alvarado, *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*

### Introducción

Este proyecto propone estudiar la relación del constructo de "pensamientos paranoides" en estudiantes de preparatoria que han vivido algún tipo de violencia incluyendo la violencia social, ya que en Ciudad Juárez se calcula que en el año 2010 se reportaron 3103 ejecuciones. Esta violencia tuvo secuelas psicológicas en las personas, como se han reportado en varios estudios de diversos lugares del mundo que han vivido situaciones de violencia similares, en donde se reporta principalmente síntomas de estrés posttraumático, y en algunos casos también síntomas de ansiedad y depresión (e.g. Pigatto et al., 2017). Los pensamientos de paranoia se pueden presentar en personas que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia (Freeman et al., 2013). Los pensamientos paranoides que se han observado en los habitantes de Ciudad Juárez pueden ser provocados, según lo sugiere los estudios antes mencionados, por experiencias directas de violencia o de eventos estresantes, por haber leído constantemente en los periódicos o ver en las noticias hechos violentos fuertes, y por la ansiedad o depresión provocada por la violencia vivida.

El objetivo de este estudio es analizar la relación de los pensamientos paranoides con distintos tipos de violencia experimentada que incluyen el cyberbullying, violencia social, violencia en la pareja y maltrato infantil. A pesar de que la violencia social en la ciudad dejó varias secuelas en las personas, se espera que los otros tipos de violencia tengan una relación más fuerte con los pensamientos paranoides.

### Método

#### Participantes

La muestra se compuso de 173 estudiantes de más de 20 preparatorias de Ciudad Juárez. La media de edad fue de 16.49 años (DE = 1.79) y el 56.1% de la muestra reportaron ser mujeres. El 92% de la muestra reporta vivir con su madre y el 70% de la muestra vive con su padre.

#### Instrumentos

Escala de Pensamientos Paranoides. Está compuesta de 8 pensamientos paranoides relacionados con la violencia, con formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones (de "nunca" a "siempre"). Ejemplos de reactivos son "Cuando voy caminando o manejando siento que me van siguiendo" y "Cuando algún desconocido se me acerca en la calle o lugar público lo primero que pienso es que me hará daño". La confiabilidad de los reactivos es buena con  $\alpha = 0.81$ .

Escala de Cyberbullying – Subescala de Victimización. Este instrumento contiene 11 ítems que evalúan si las personas han experimentado del cyberbullying. El formato de respuesta es tipo Likert con tres opciones de respuesta que son "nunca", "a veces" y "con frecuencia". La consistencia interna del instrumento en este estudio es  $\alpha = 0.63$ .

Escala de Victimización. Compuesta de 17 ítems e incluye delitos frecuentes a nivel internacional: robo de la vivienda, del carro, hurto, secuestro, agresión sexual u homicidio. Esta escala se divide en dos factores en el cual el primero evalúa si los delitos los vivió el participante, y el segundo factor evalúa si otras personas cercanas al participante vivieron los delitos. El coeficiente de fiabilidad interna de la escala al aplicarse en Bogotá, Colombia en el año 2001, fue de .87.

Escala de Violencia en la Pareja. Esta escala está compuesta de 27 ítems que se agrupan en un puntaje total y en los factores de violencia psicológica, violencia sexual, violencia física, violencia física severa. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.88$ .

Escala Retrospectiva de Maltrato Infantil. La escala está compuesta de 34 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones, compuesta por los factores sexual, físico-leve/verbal, físico fuerte, culpabilidad, relación con padres, cuidados básicos. La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0.95$ .

### Procedimiento

Los participantes fueron invitados a participar en el estudio en donde primero se les dio el consentimiento informado, se les dio oportunidad de aclarar dudas, y después se aplicó la batería de instrumentos. Se correlacionó la variable de salud mental con los distintos tipos de violencia: cyberbullying, victimización social, violencia en la pareja y maltrato infantil cuando eran pequeños.

### Resultados

Se hicieron las correlaciones de Pearson entre la escala de pensamientos paranoides y los indicadores de violencia. Las correlaciones son las siguientes: cyberbullying,  $r = .20$  ( $p < .01$ ); victimización social personal,  $r = .19$  ( $p < .05$ ), victimización

social de personas cercanas,  $r=.26$  ( $p<.01$ ), violencia psicológica en la pareja,  $r=.41$  ( $p<.01$ ); violencia sexual en la pareja,  $r=.06$  (n.s.); violencia física leve y verbal en la pareja,  $r=.14$  (n.s.); violencia física severa en la pareja,  $r=-.06$  (n.s.); violencia en la pareja suma de todos los factores,  $r=.28$  ( $p<.05$ ); maltrato infantil sexual,  $r=.17$  ( $p<.05$ ); maltrato infantil físico severo,  $r=.15$  ( $p<.05$ ); maltrato infantil físico leve,  $r=.26$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil culpabilidad,  $r=.31$  ( $p<.01$ ); maltrato infantil falta de cuidados básicos,  $r=.23$  ( $p<.01$ ); y maltrato infantil mala relación con los padres,  $r=.29$  ( $p<.01$ ).

#### Discusión

Los pensamientos paranoides se relacionaron con todos los tipos de violencia, sin embargo, tal y como se esperaba, a pesar de que si existe una relación de los pensamientos con la violencia social, las correlaciones más fuertes fueron con la violencia en la pareja y el maltrato infantil. La violencia social si tuvo un efecto en las personas, pero los otros tipo de violencia más cercanas vividas por los jóvenes tiene un efecto más fuerte en este constructo de pensamientos paranoides, por ejemplo, les afecta más la violencia psicológica en la pareja que la violencia social vivida por los juarenses.

#### Referencias

Freeman, D., Thompson, C., Vorontsova, N., Dunn, G., Carter, L. A., Garety, P., ... Ehlers, A. (2013). Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychological Medicine*, 43(12), 2673-2684. doi: 10.1017/S003329171300038X  
Pigatto, S., Soares, A. J., Goulart, R., Pinto, L., Cordini, K. L., Domingues, J., ... Freitas, L. H. (2017). Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 39(2), 116-123. doi:10.1590/2237-6089-2016-0070

Descriptores: adolescentes, violencia social, pensamientos paranoides, psicología social, salud mental

### Simposio

#### Conducta Delictiva y Uso de Sustancias en Población Adolescente

Dra. Diana Mejía Cruz, *Instituto Tecnológico de Sonora*

Descriptores: Adicciones, Adolescentes, Conducta delictiva, Violencia Parental, Tratamiento

Los adolescentes que abusan de sustancias se asocian a serios problemas de salud, por su alta relación con el rezago escolar, delincuencia, embarazo adolescente, problemas de salud y disfunción familiar (Greenblatt y Gfroerer, 1994). Existe evidencia en estudios internacionales que el uso de sustancias se relaciona con comportamiento violento (Peltzer & Pengpid 2012; Rudatsikira, Siziya, Kazembe & Muula, 2007). Se ha encontrado en mujeres adolescentes consumidoras de marihuana un incremento en sintomatología ansiosa y depresiva, contribuyendo a la hipótesis del incremento de estrés psicológico por el uso de sustancias (Pahl, Brook & Koppel, 2011). De igual manera el trastorno por uso de sustancias en adolescentes se ha asociado en un 75% con comorbilidad de trastornos de conducta antisocial, conducta delictiva, trastorno opositor desafiante, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Bor, McGee, Hayatbakhsh, Dean & Najman, 2010; Brook, Brook, Zhang & Koppel, 2010; Elkins, McGue, & Iacono, 2007; Morojle & Brook, 2001) y en algunos casos ansiedad y depresión (Krueger et al., 1998). Dentro de sistemas de reclusión se ha demostrado el 45% de comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (Lukasiewicz, 2009). Debido a lo anterior el presente simposio busca analizar y debatir sobre nuevas estrategias de entendimiento e identificación de conductas antisociales en población adolescente, además de evaluar la relación existente entre el consumo de drogas, reporte de violencia y negligencia parental, violencia escolar y tendencia suicida, en los adolescentes en ambientes penitenciarios, en centros de atención por delitos menores y su contraste con adolescentes escolarizados sin antecedentes. Los análisis y resultados contribuyen al entendimiento de los trastornos por consumo de sustancias, Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta. El presente simposio apoya en la generación de herramientas diagnósticas, preventivas y de tratamiento en población adolescente en contextos de vulnerabilidad.

#### Funciones ejecutivas en adolescentes con diagnostico dual: trastorno de conducta y trastorno por consumo de sustancias

Mariana Isabel Llamas Valenzuela, Dra. Diana Mejía Cruz, Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz, *Instituto Tecnológico de Sonora*

La ENA (2011) reportó que en los consejos tutelares para menores, el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. Robo (72.1%) fue el delito más cometido por los menores. De los menores infractores entrevistados, el 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas y la marihuana fue la sustancia más reportada (35.0%), seguida del

- Henry, K. L., & Augustyn, M. B. (2017). Intergenerational continuity in cannabis use: The role of parent's early onset and lifetime disorder on child's early onset. *Journal of Adolescent Health, 60*(1), 87-92.
- Hernán, M. E. D. P. H., Rueda, A. A., & Martínez, L. M. R. (2013). Factores de riesgo que identifican a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley. *Psicología y Salud, 23*(2), 209-216.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta.ed.). México: McGrawHill.
- Hernández, B., & Velasco, M. H. E. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México, 42*(5), 447-455.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods, 6*(1), 53-60.
- Lobato, M., Sanderman, R., Pizarro, E., & Hagedoorn, M. (2017). Marijuana use and dependence in Chilean adolescents and its association with family and peer marijuana use. *International journal of behavioral medicine, 24*(1), 144-152.
- OMS/Organización Mundial de la Salud. (2017). Adicciones. Recuperado de [http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones\\_completo.pdf](http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf)
- Passini, S. (2012). The delinquency-drug relationship: The influence of social reputation and moral disengagement. *Addictive Behaviors, 32*, 577-579.
- Saravia, J. C., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología, 18*(1), 1-7.
- Schwartz, S., Des Rosiers, S. E., Unger, J. B., & Szapocznik, J. (2018). Adolescent Cultural Contexts for Substance Use: Intergroup Dynamics, Family Processes, and Neighborhood Risks. In *Handbook of Adolescent Substance Abuse*. Oxford NY.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence. The Conflict Scale (CTS). *Journal of Marriage and Family, 41*, 75-88.
- Straus, M. A. (1990). The Conflicts Tactics Scale and its critics: an evaluation an new data on validity and reliability. In M. A. Straus (Eds.), *Physical violence in American families* (pp. 49-73). New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Szumal, J. L. (2012). The Reliability and Validity of Management/Impact (M/I). *Human Synergistics International*. Recuperado de [http://www.humansynergistics.com/docs/research-and-publications/szumal-j-l-\(2012\)-the-reliability-and-validity-of-management-impact-\(m-i\)-.pdf?sfvrsn=0](http://www.humansynergistics.com/docs/research-and-publications/szumal-j-l-(2012)-the-reliability-and-validity-of-management-impact-(m-i)-.pdf?sfvrsn=0)

### **Reducción de sintomatología del burnout en empleados de industria maquiladora**

Lic. Diana Edith Gaytan Montes, Dra. Priscila Montañez Alvarado, UACJ

Descriptores: Síndrome de Burnout, empleados industria maquiladora, psicología clínica y de la salud, desgaste ocupacional, cinismo.

#### **Introducción**

El burnout es un síndrome psicológico dado como respuesta a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo. En México más de 54 millones de personas mayores a 15 años forman parte de la población económicamente activa. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) indican que, para el primer trimestre del 2017, estos 54 millones representan un 59.6% de la población nacional total. Lo que significa que más de la mitad del país ya se encuentra laborando en diferentes áreas, de este porcentaje nacional el 3.1% corresponde al estado de Chihuahua. Por tanto, en México, la mayor parte gran del progreso industrial se sustenta en la industria maquiladora. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), en la actualidad esta industria emplea en el país a más de 2 millones 864,295 de personas, de los cuales 371 mil 682 plazas corresponden al estado de Chihuahua. En Ciudad Juárez hay 321 empresas maquiladoras empleando a 295,000 personas en la ciudad fronteriza (Martínez, comunicación personal, 11 de septiembre, 2017). Lo que representa un 41.46% de toda la población trabajadora de la entidad. El término burnout se utiliza para referirse a las respuestas dadas debido a un estrés laboral crónico y prologado, siendo así una experiencia de carácter negativo en las que aparecen cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo. Este se constructo arropa tres dimensiones clave, agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desapego del trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logro. La importancia de este modelo tridimensional es que además de contemplar el estrés individual, también se toman en cuenta contextos sociales y se involucra la percepción que se tiene de sí mismo y de los demás (Maslach y Leiter, 2016). Según la Harvard Business Review (2016), es difícil se puedan conocer los datos exactos de prevalencia de burnout, ya que aún se encuentra ligado con el término clínico de estrés y los estudios publicado no suelen separarles. Algunas estadísticas arrojan que el 7% de los profesionales tienen una afección seria causada por burnout, mientras que otros datos arrojan que un 50% de los médicos y/o residentes de medicina se ven afectados por este mal. A su vez se manejan cifras tan altas como 85% de los trabajadores financieros. Esto concuerda con la revisión sistemática llevada a cabo en

México por Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, Placencia-Reyes (2014). Tales autores afirman que hay sesgos de sobreestimación o subestimación de prevalencias debido a una gran heterogeneidad en los criterios para calcular y/o determinar los niveles o prevalencias del síndrome de burnout en la población mexicana, ya que se encontraron por lo menos 18 diferentes medidas para establecer la presencia del síndrome, 10 de ellos con puntos de corte para establecer si alguna de las dimensiones del síndrome eran altas o bajas; mientras otras 8 con diversos criterios en la combinación de las mismas para determinar si hay presencia o no en el caso de burnout. Lo anterior, explica las prevalencias publicadas por algunos autores por arriba de 80% y en otros casos de 0% en muestras similares, y también define la dificultad de establecer una prevalencia real poblacional o cualquier estimación global.

#### Justificación

Como consecuencia del agotamiento y sobrecarga laboral, a menudo aparecen disfunciones de carácter fisiológico, conductual y psicológico, que no solo repercuten al trabajador sino a las organizaciones mismas. Aunque en primera instancia este síndrome se le observa en los trabajadores del sector salud, en la medida que se avanza en la investigación del fenómeno, se observa que no se limita solo a esta categoría de trabajadores, ya que también y cada vez con mayor frecuencia se le identifica en el personal de diversas organizaciones y profesiones que van desde entrenadores, vendedores entre otros. Por lo novedoso y desconocido que resulta, a pesar de estos problemas manifiestos las organizaciones y/o centros laborales, no se suele contar con la información necesaria de este mal que las aqueja, por lo que son muy pocos los esfuerzos o intervenciones que se hacen para prevenir o intervenir ante este síndrome (Gil-Monte, Salanova, Aragón, y Schaufeli, 2006).

Es por estas condiciones que en México y alrededor del mundo los factores de riesgo psicosociales requieren que los gobiernos se involucren mediante políticas y proyectos para fortalecer la salud laboral, promover condiciones de trabajo seguras y saludables para los trabajadores. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social STPS (2016), reconoce que el ambiente laboral puede perjudicar la salud de los trabajadores, es por esto que en el mes de mayo del 2017 entra en vigor la regla Normativa Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2016. Factores de riesgo psicosocial-Identificación y prevención, donde tiene cabida el síndrome de burnout.

Ante esta panorámica, en el presente trabajo de intervención psicológica se ha tenido como propósito diseñar y aplicar estrategias dirigidas a disminuir la sintomatología del burnout en un grupo de empleados

#### Escenario de aplicación

La presente investigación tiene como población los empleados administrativos de la industria maquiladora en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. La muestra se seleccionó mediante un procedimiento no probabilístico, por lo que la población se centra en una empresa del ramo eléctrico. Los participantes de estudio son empleados de staff, ambos sexos,

#### Descripción de técnicas y herramientas

El enfoque cognitivo conductual se contempla que la psicopatología surge cuando la información no se procesa de manera racional, al ser este un modelo racionalista y lineal, se asume que las cogniciones son causantes de problemas psicológicos, mientras que los trastornos emocionales son producto de una idea irracional, errores de pensamiento y/o de una distorsión cognitiva de información (Núñez y Tobón, 2005). Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia programa de intervención psicológica cognitiva conductual para reducir la sintomatología del síndrome de burnout en empleados de la industria maquiladora de Ciudad Juárez.

Como primer paso se evaluó los niveles de burnout presentes en los empleados mediante la escala Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBI-GS), instrumento adaptado por Schaufeli, Leiter, Maslach, y Jackson para poder evaluar a cualquier tipo de trabajador, seguido del Inventario de Depresión de Beck (BDI) uno de los instrumentos más utilizados para medir la gravedad de los síntomas depresivos en ambientes clínicos y no clínicos. Por último la Escala de Autoestima de Rosenberg, escala autoaplicada, de las más utilizadas para evaluar la autoestima general, enfocada en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Estas dos últimas escalas con la finalidad de descartar la comorbilidad asociada al síndrome.

#### Resultados

Como resultados preliminares de este proyecto de intervención se realizó la aplicación de la escala MBI-GS a 52 empleados administrativos, de los cuales 6 de ellos obtuvieron puntuaciones altas en la dimensión de agotamiento. El presente trabajo se encuentra en fase de revisión por lo que aún no se tienen resultados alcanzados, sin embargo, se espera lograr una disminución en los niveles de agotamiento extenuante y cinismo así como un aumento en los niveles de realización personal presente en los empleados participantes en la intervención.

#### Referencias

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., & Placencia-Reyes, O. (2014). Burnout syndrome in Mexican population: A systematic review. *Salud Mental*, 37(2), 159-176.
- Valcour, M. (2016). Beating burnout. *Harvard Business Review*, 11.

Gil-Monte, P., Salanova, M., Aragón, J. y Schaufeli, W. (2006). Jornada "El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales". Valencia: Diputación de Valencia.

Diario oficial de la federación (2016) Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-STPS-2016, Factores de riesgo psicosocial-Identificación y prevención. Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5458430&fecha=26/10/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5458430&fecha=26/10/2016)

Núñez, A. C., y Tobón, S. (2005). Terapia cognitivo-conductual: El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. Universidad de Manizales. Manizales.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. (2017). Población económicamente activa. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>

### **Evaluación de la elección impaciente mediante el uso de un videojuego**

Mtra. Gisel Gómez Escobar, Lic. Alma Luisa López Fuentes, Dra. Silvia Morales Chainé, Lic. Ruth Elena García Gómez, *Facultad de Psicología*

Descriptores: adolescentes, experimental, elección, descuento temporal, videojuego

El paradigma de descuento temporal ha permitido evaluar el tipo de elección impaciente desde el Análisis de la Conducta. La elección impaciente se refiere a la preferencia por una recompensa de menor magnitud entregada de forma inmediata, en lugar de una recompensa de mayor magnitud entregada de forma demorada. Este fenómeno se ha replicado en diferentes especies con animales no humanos y humanos.

Particularmente en humanos, las tareas de descuento consisten en presentar pares de elección con recompensas hipotéticas, es decir, los participantes no reciben la recompensa ni son expuestos a los diferentes valores de demoras, ya que son instruidos mediante instrucciones a elegir la alternativa que mejor represente su preferencia, llamada el punto de indiferencia. A pesar de las críticas propias de este procedimiento en el Análisis de la Conducta, los datos han permitido caracterizar un tipo de elección coherente con el constructo de impulsividad propuesto por Ainslie (1975), así como ajustes aceptables ( $r^2 > .80$ ) a los modelos matemáticos del área (i.e., hipérbola e hiperboloide).

En otra serie de estudios sobre descuento temporal, sí se han empleado recompensas y demoras reales. Aunque los hallazgos más representativos del área sugieren similitud entre el grado de descuento temporal con resultados hipotéticos o reales, los arreglos propuestos difieren en los niveles de demora (e.g., demoras de segundos, semanas, meses o años) en la magnitud de la recompensa y en el procedimiento mismo para obtener los puntos de indiferencia (e.g., ajuste de la cantidad inmediata, ajuste de la demora, o secuencia titrating), lo cual complejiza las comparaciones entre condiciones, y por lo tanto, la descripción del fenómeno.

No obstante, en años recientes se han desarrollado tareas de descuento temporal, donde es posible exponer al participante a recompensas y demoras reales mediante el uso de herramientas tecnológicas (e.g., videojuegos). El desarrollo de tareas de descuento temporal mediante estas herramientas, permite tener un indicador conductual del patrón de elección con poca duración y con un nivel de interpretación consistente con la literatura (i.e., elección impaciente), así como la posibilidad de utilizar estas tareas con diferentes poblaciones (i.e., control o de relevancia social).

Por lo tanto, el objetivo del estudio fue construir y validar un videojuego para la evaluación de la elección impaciente mediante tareas de descuento temporal. Participaron 32 adolescentes de entre 12 a 15 años de edad, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Se implementó un diseño factorial intrasujeto 2x2, considerando el tipo de tarea: videojuego con resultados virtuales reales y una tarea de descuento temporal con resultados hipotéticos, así como el orden de presentación de las tareas (i.e., resultados virtuales reales-hipotéticos o viceversa); los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos órdenes. Los resultados hipotéticos se evaluaron en un lenguaje de programación JAVA® (validada en estudios previos con población mexicana), mientras que los resultados virtuales se evaluaron utilizando un lenguaje .NET para la construcción del videojuego en Visual Basic. La temática del videojuego fue un contexto galáctico, empleando una visión cámara de primera persona. Se utilizó el procedimiento de ajuste de la cantidad inmediata, con cinco niveles de demora (5, 10, 20, 30 y 60 segundos) y con cuatro ensayos cada uno. La cantidad estándar (i.e., la recompensa de mayor magnitud entregada de manera demorada) fue de 16 premios (e.g., premios o trofeos virtuales). El ajuste de la cantidad inmediata consistió en que en el primer ensayo, la magnitud de la recompensa menor inmediata era la mitad de la recompensa mayor demorada (i.e., 8 ahora vs. 16 en "x" segundos). En los ensayos subsecuentes, la magnitud de la recompensa menor inmediata aumentó o disminuyó la mitad de la recompensa inmediata del ensayo previo (i.e., si elegía la recompensa mayor, la magnitud aumentaba, si elegía la recompensa menor inmediata, la magnitud disminuía). Este procedimiento se hizo hasta concluir los cuatro ensayos por cada nivel de demora. Cabe mencionar que los parámetros utilizados en este estudio fueron retomados de investigaciones previas, a fin de realizar una replicación sistemática.

Para la estrategia de análisis de datos, se compararon las medianas de los puntos de indiferencia, las áreas bajo la

se obtuvieron 8 factores y de los 32 reactivos, se eliminaron 5 por desviarse significativamente del factor predominante, quedándose un total de 27 reactivos

Se realizó un segundo análisis factorial donde se obtuvieron 6 factores y se identificó en la matriz rotada que las variables quedaron distribuidas en grupos de 3 a 6 reactivos en su mayoría. Sin embargo, se eliminaron los reactivos 13 y 26 por no cumplir con los requisitos requeridos, quedándose así un total de 25 reactivos. De acuerdo con el análisis factorial la varianza total explicada fue de 55.76 %, se obtuvo un KMO de .886 y una significancia de Bartlett 0.000001.

Se efectuó un tercer análisis factorial donde se obtuvieron 5 factores y se identificó en la matriz rotada que las variables quedaron distribuidas en grupos de 4 a 5 componentes. Sin embargo, se eliminó el reactivo 23 por no presentar carga factorial, haciendo un total de 24 reactivos. De acuerdo con el análisis factorial la varianza total explicada fue de 53.73 %, se obtuvo un KMO de .894 y una significancia de Bartlett 0.000001. Asimismo, en éste análisis se observó que en el factor 2 había un reactivo (3) que no coincidía con los demás, por tanto, se eliminó. Quedándose un total de 23 reactivos.

En el cuarto y último análisis factorial se obtuvieron 5 factores y se identificó en la matriz rotada que las variables quedaron distribuidas en grupos de 4 a 5 componentes. Por tanto, ya no se eliminaron reactivos quedando un total de 23. De acuerdo con el análisis factorial la varianza total explicada fue de 54.52 %, se obtuvo un KMO de .883 y una significancia de Bartlett 0.000001. Con la versión final del instrumento que se obtuvo a partir del análisis factorial, se realizó una segunda estimación de la confiabilidad, en donde se calculó el índice de consistencia interna de Alpha de Cronbach obteniendo un 88.4% de confiabilidad. Posteriormente se calculó la correlación entre formas, por medio del procedimiento de dos mitades obteniendo un 75% de confiabilidad.

#### CONCLUSIÓN

Una de las principales aportaciones de nuestro estudio es ofrecer un instrumento válido y confiable para una población en general, que pueda identificar actitud favorable o desfavorable hacia la homosexualidad. Como ya se mencionó, es importante conocer las actitudes que se tiene hacia estas personas ya que, las actitudes guían el comportamiento y por eso ha habido mucha violencia y discriminación contra ellas. Esto puede ayudar a prevenir futura violencia y discriminación, habiendo más tolerancia.

El instrumento quedó conformado por 5 factores, con un total de 23 ítems los cuales poseen un Alpha de Cronbach de .884 con una varianza explicada de 54.52%. Por tanto, dicho instrumento posee confiabilidad y validez de contenido. Es importante señalar que aún se pueden hacer varias pruebas de confianza y validez al instrumento.

#### REFERENCIAS

- Acuña-Ruiz, A. E. y Oyuela, R. (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. *Psicología desde el Caribe*, 18(1), 58-88.
- Alfarache, Á. (2003). Identidades lésbicas y cultura feminista. México: Plaza y Valdés.
- Álvarez-Gayou, J. L. y Camacho, S. (2013). Los rostros de la homosexualidad. México: Manual Moderno.
- Barra, E. (2002). Influencia del sexo y de la tipificación del rol sexual sobre las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 275-284.
- Caycho, R. T. (2015). Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños. *Universidad Privada del Norte*. 12, 81-88.
- Haddock, G. y Zanna, M. (1993). Predicting prejudicial attitudes: the importance of affect, cognition and the feeling-belief dimensión. In L. McAlister and M. L. Rothschild (Eds.), *Advanced in Consumer research*. UT: Association for consumer reserch, 315-318.
- Moral de la Rubia, J. y Martínez, J. (2011). Escala de actitud hacia la homosexualidad: propiedades psicométricas y aspectos diferenciales por sexos. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 21(1), 105-124.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional*. México: Pearson Educación.

#### **Desesperanza en adolescentes: Comparativo por sexos y puntajes en una muestra al norte de México**

Dr. Irene Velasquez, Dr. Marisela Gutierrez-Vega, Dr. Priscila Montañez-Alvarado, Dr. Oscar Armando Esparza-Del Villar, Lic. David Camacho-Valadez, *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*

Descriptores: Desesperanza, adolescentes, género, factores de riesgo, Norte de México

La desesperanza se puede definir como el estado en el que el individuo no emite respuesta ante estímulos aversivos, ya sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape, o bien por una imposibilidad a escapar de la situación de riesgo, con esto se genera una especie de pasividad ante situaciones peligrosas las cuales aumentan de forma exponencial el riesgo suicida en las personas, impacta en la motivación, en la esperanza de alcanzar metas y genera una especie de renuncia general a toda posibilidad de que las situaciones de la vida tengan solución (González-Tovar y Hernández-Montaño, 2012). Al respecto, estudios recientes han indagado tanto en los riesgos, como en las prevenciones sobre la desesperanza; Los estudios focalizados en la desesperanza como variable principal son escasos aun en nuestros días. De hecho, los estudios sobre desesperanza realizados en población hispanohablante no son

abundantes. En México, solo contando con trabajos elaborados solo en el interior de la república, como los de Hoyos (2011), González-Tovar y Hernández-Montaño (2012) y Osorio; et al, (2013), pero en el norte de México no se cuenta con estudios reportados sobre desesperanza como tema central. Debido a esto que este estudio busca reportar datos sobre desesperanza en una población de potencial riesgo (adolescentes) en Ciudad Juárez, Chihuahua, una población situada al norte de México. Para ello tomamos una muestra con estudiantes de nivel medio superior, obteniendo un total de N=180 participantes obtenidos de escuelas preparatorias públicas en Ciudad Juárez, Chihuahua, de los cuales 100 fueron mujeres y 80 hombres. Las edades de la muestra fueron en un rango de 12 a 17 años (M= 14.52; DS= 1.764); Siendo que la muestra de mujeres representa el 55.6% de la muestra total y la muestra final de hombres que representa el 44.4 % de la muestra total. Para obtener esta muestra se consideraron las medidas éticas pertinentes con los padres de familia de los menores, a quienes se les dio la carta de consentimiento informado antes de aplicar el estudio. Se cuestionó a los participantes sobre su estado de salud actual, ya que si padecían alguna enfermedad o si estaba bajo tratamiento médico, no se podría ser candidato para este estudio. Se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck, la cual consiste en un cuestionario de modalidad dicotómica (SI/NO) de 20 ítems. La escala presenta una consistencia total que va de  $\alpha = 0.80$  hasta  $\alpha = 0.93$  en el Alpha de Cronbach. Antes de iniciar la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck, se entregaron cartas de consentimiento informado en las cuales se les explicaba la naturaleza del trabajo, método, herramienta empleada y la nula implicación de riesgo. Cabe mencionar que las identidades de cada participante del estudio son estrictamente confidenciales y no son expuestas de ninguna manera en este documento. Una vez autorizados los consentimientos, se procedió a la toma de muestreos simultánea por los diferentes salones de las instituciones. De igual forma, se cuidó que los participantes no tuvieran eventos estresantes significativos en los últimos 6 meses. Cuando la muestra fue obtenida, se procedió a ser capturada e interpretada para su procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.23. Posterior a la captura, se realizaron análisis descriptivos y de correlación tipo Pearson para verificar si existe relación entre el sexo y edades de los participantes y los niveles de la escala de desesperanza. De igual forma, se generó una U de Mann Whitney para verificar cuál de los dos sexos, hombres o mujeres, eran los más relacionados con los puntajes de la escala de desesperanza. Finalmente se generaron 4 percentiles (25, 50, 75 y 99) para generar un rango en los puntajes de nuestra muestra y verificar el nivel de incidencia general. De esta forma, se podrá verificar la presencia del fenómeno en este sector poblacional, su incidencia y la presencia tanto en hombres como mujeres de esta zona geográfica. Los resultados muestran nula correlación en relación a los puntajes totales de la escala de desesperanza de Beck y la edad o sexo. No obstante, se obtuvo una correlación significativa respecto al sexo de los participantes y la edad; también se encontró que el sexo de los participantes respecto a los puntajes totales de la escala de desesperanza de Beck no muestra una correlación significativa. No obstante, muestra que el grupo de los hombres tiene un mayor rango promedio respecto a estos puntajes. Nuestros resultados arrojan un bajo índice de desesperanza en adolescentes al norte de México, no obstante es importante la generación de datos que refuten los presentes para confirmar su prevalencia, muestras más amplias y controladas y generar el desarrollo de tratamientos.

#### **Adicciones: Estilo de contacto y autoconciencia en usuarios en centro de rehabilitación. Programa de intervención**

Dra. María Elena Vidaña GAYtán, Dra. María Nieves González Valles, Dr. Alberto Castro Valles, Mtro. Jorge Ramón Lozano Martínez, *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*

Descriptores: adicciones, intervención, usuarios, bloqueo, autoconciencia

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas incrementa su porcentaje y con ello también ha incrementado los indicadores de morbilidad por consumo de sustancias adictivas, legales e ilegales, en todo el territorio nacional. Según los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT, 2016-2017), entre 2011 y 2016 se registró un incremento de 47% entre las personas de 12 a 65 años de edad que consumieron drogas ilegales al menos una vez en su vida. La cifra pasó de 5.7 millones a 8.4 millones, lo que indica que 2.7 millones de mexicanos probaron algún tipo de sustancia ilegal.

Contextualizando a esta frontera, la ubicación geográfica es factor predisponente para el consumo de drogas, ya que lo que no pasa a Estados Unidos, se queda en la localidad. Datos proporcionados por Fernández (2017) Cd. Juárez es el municipio del País que concentra el mayor número de personas que usan, abusan y dependen de las drogas legales e ilegales, estimando a 50 mil personas con adicción.

Para atender este problema social y de salud que enfrenta ciudad Juárez, existe una sola clínica que es Centros de Integración Juvenil única en su ramo que ofrece tratamiento integral con las áreas médica, psicológica, de trabajo social y con una unidad de internamiento. Por otra parte, existen numerosos centros de apoyo y servicios promovidos por asociaciones civiles o religiosas, sin embargo, brindan únicamente, el programa de los 12 pasos, consejería y guía espiritual, la realidad es que se requiere también la intervención psicoterapéutica.