

ISSN 2007-9222

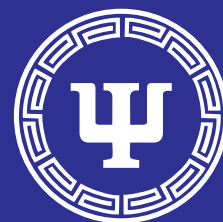
MEMORIAS

DEL XXVII CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA

NEUROCIENCIAS Y PSICOLOGÍA.

AVANCES EN EL ESTUDIO DE LA CONSCIENCIA,
LAS EMOCIONES, LA CONDUCTA Y LA COGNICIÓN

NÚMERO ESPECIAL
MEMORIA IN EXTENSO
OCTUBRE 2019



Publicada por la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.,

MEMORIAS DEL XXVII CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA OCTUBRE 2019

EDITOR INVITADO

Dra. Esmeralda Matute y Villaseñor

REVISORES INVITADOS

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

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.

MEMORIA

in extenso

DEL XXVII CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA

NEUROCIENCIAS Y PSICOLOGÍA.

AVANCES EN EL ESTUDIO DE LA CONSCIENCIA,
LAS EMOCIONES, LA CONDUCTA Y LA COGNICIÓN

Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades (campus Belenes) de
la Universidad de Guadalajara, y la Biblioteca Pública del Estado de Jalisco Juan
José Arreola.



DEL XXVII CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA

NEUROCIENCIAS Y PSICOLOGÍA.
AVANCES EN EL ESTUDIO DE LA CONSCIENCIA,
LAS EMOCIONES, LA CONDUCTA Y LA COGNICIÓN

Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades (campus Belenes) de la Universidad de Guadalajara, y la Biblioteca Pública del Estado de Jalisco Juan José Arreola.

Organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.

Comité Organizador

Presidente del Comité Organizador del XXVII CMP
Dr. Alejandro Zalce-Aceves

Presidente del Programa Científico del XXVII CMP
Dra. Esmeralda Matute y Villaseñor

Coordinadora General del Programa Científico del XXVII CMP
Dra. Araceli Sanz Martín

Coordinadora General del Comité Organizador del XXVII CMP
Mtra. Aida Frola Angulo

Logística del XXVII CMP
Lic. Pedro Méndez Chavero

Responsables de Comunicación
Mtro. Miguel Ángel Flores Mendoza
Psic. Marco Antonio Pérez Casimiro



Agradecimientos al Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara
A la Biblioteca Pública del Estado de Jalisco "Juan José Arreola"
Al CUCSH
Al CUSEA
Por la facilidades brindadas para la organización del evento

ÍNDICE

Conferencias Plenarias

1

Conferencias Magistrales

5

Presentaciones Simposio

41

Presentaciones Orales

263

Presentaciones Cartel

859

con una duración aproximada de 40 minutos, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con un Alfa de Cronbach de 0.85 y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que cuenta con un Alfa de Cronbach general de 0.88, además del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOSS). Se les explicaron las características del estudio y se les solicitó su firma de consentimiento informado.

Resultados

La mayoría de los participantes fueron hombres (80%), casados (55%) y jubilados (35%); la mayoría tenía un nivel educativo de licenciatura (30%) y practicaba la religión católica (91%). En relación a las variables de estudio, el 62.1% de los pacientes presenta algún nivel de ansiedad y el 72.1% de depresión. En cuanto al apoyo social percibido la mayoría tenía un alto apoyo social (77.5%). Por otro lado, en un rango de 0 a 100, la puntuación media de Calidad de Vida Relacionada con la Salud que presentaron los pacientes en la primera evaluación fue de 65, lo cual indica las limitaciones en su vida cotidiana que perciben estos pacientes.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran la importancia de continuar con esta línea de investigación, así como que los pacientes candidatos a cirugía cardíaca constituyen una población en riesgo de presentar alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión repercutiendo directamente en su calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados obtenidos muestran la importancia de diseñar e implementar programas de intervención psicológica en pacientes con cardiopatía candidatos a cirugía cardíaca con el fin de desarrollar en los pacientes estrategias y habilidades que les permitan contrarrestar los factores de riesgo asociados a su enfermedad y con ello fortalecer los factores protectores. Se recomienda controlar la presencia de variables extrañas.

Referencias

Rincón S. S., Figueroa L. C., Ramos B., Alcocer L. (2011). Validación del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. *En-claves del pensamiento*, año V, núm. 10, julio-diciembre 2011, pp. 173-189.

Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of life outcome*, 1-4.

Tennat, C., & Mc Lean, L. (2011). The impact of emotions on Coronary Heart Disease Risk. *Journal of Cardiovascular Risk*, 175-183.

Wolfgang, L., Melanie, J., & Lecler, J. (2013). Psychological treatment of cardiac patients. *European Society of Cardiology*, 2972-2984.

Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión mayor con ansiedad

Lic. María Idalia Torres Padilla*
Dra. Iris Rubí Monroy Velasco*
Mtra. Karla Patricia Valdés García*
*Universidad Autónoma de Coahuila

Descriptores: Depresión, Ansiedad, Intervención, Cognitivo conductual, Adultos

En el presente trabajo se expone un estudio de caso de acuerdo a la clasificación propuesta por Montero y León (2002), donde se expone la intervención de enfoque Cognitivo Conductual que aún se encuentra en proceso, en una paciente de 24 años, originaria de Saltillo, Coahuila, durante once sesiones de intervención.

Descripción del problema

La paciente es una mujer de 24 años, egresada de la licenciatura en Gastronomía, soltera, sin hijos y de nivel socioeconómico medio-bajo, se encuentra sin empleo. Su familia nuclear está compuesta por sus padres y dos hermanas mayores. El sustento de la casa depende su padre ya se encuentra pensionado y de sus hermanas mayores. Su familia tiene dificultades económicas desde hace 9 años.

El motivo de consulta referido es la presencia de sentimientos de decaimiento, ansiedad, culpa, inseguridad, soledad, presión y falta de motivación para conseguir empleo.

Las conductas problema que la paciente presenta al inicio de la intervención son: estado de ánimo negativo (Tristeza, falta de motivación), visión negativa de sí misma, de su entorno y del futuro, rumiación, evitación en situaciones que le ocasionan incomodidad, sintomatología de ansiedad acompañada de manifestaciones somáticas (aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación y parestesias) en situaciones de evaluación (Entrevistas de trabajo, conversaciones con amigos), frustración cuando no consigue acudir a las entrevistas de trabajo o a laborar, escasa planificación y organización del tiempo y déficit en solución de problemas y toma de decisiones. En el área cognitiva presenta pensamientos negativos acerca de su apariencia física, de su capacidad cognitiva, de sus emociones, de su capacidad para conseguir empleo, de su desenvolvimiento en el área laboral, de la relación con sus familiares, de las intenciones que los demás tienen con ella (piensa que la juzgan por no tener empleo), de las decisiones que ha tomado, de su futuro (cuando ella tengo 30 años) y el futuro del mundo (escasez de insumos y familias numerosas). También refiere dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones y para resolver problemas. La paciente no logra identificar actividades que le generen placer, bienestar o satisfacción y carece de un proyecto de vida.

En el aspecto fisiológico ha manifestado dolores musculares, mareos, aumento de peso gradual, dificultad para dormir y falta de energía. Cuando se activa la ansiedad presenta aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación y parestesias.

Lo ya descrito la ha llevado a aislarse (se alejó de sus amistades), depende económicamente de sus padres, evita buscar empleo, cuando logra salir a entrevistas y conseguirlo, no se presenta a laborar. También presenta la tendencia a evadir situaciones que generan incomodidad (evita escuchar las dificultades económicas de su familia, evita establecer relaciones interpersonales). Cuando su ansiedad es elevada, tiende a comer en exceso para contrarrestarla. El problema principal por el que la paciente acude a proceso terapéutico es su estado de ánimo deprimido y la falta de motivación para buscar empleo. La segunda conducta problema son los síntomas de ansiedad, que se activan en situaciones donde se inician conversaciones respecto al temas del ámbito laboral. La principal demanda de la paciente es disminuir los síntomas que le impiden conseguir empleo.

Evaluación y diagnóstico

Para su evaluación, la principal técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada basada en la entrevista de Muñoz (2003). Con el objetivo de respaldar las hipótesis generadas durante la entrevista y de tener medidas de pre y postratamiento se aplicó la siguiente batería de pruebas:

1. Inventario SCL-90R: Se observa que la paciente presenta sintomatología típica de los trastornos del espectro depresivo como la falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza e ideación suicida, que provienen de pensamientos, impulsos y acciones vivenciados como involuntarios, no deseados, egodistónicos e imposibles de controlar. Estos pensamientos son referentes a la suspicacia, desconfianza y temor a la pérdida de autonomía, sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales). Esto provoca sensaciones corporales de cefalea, lumbalgia y musculares.

También presenta sintomatología de ansiedad, como nerviosismo, miedo e inquietud; y ansiedad fóbica, es decir respuesta persistente de miedo irracional y desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, lo que ocasiona una conducta de evitación o escape.

Presenta sentimientos de soledad y estilo de vida esquizoide.

La paciente presenta un malestar severo de carácter cognitivo.

Debido al total de síntomas positivos (66) se sospecha de la tendencia a la exageración de la patología.

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI): se observa una puntuación de 26, que indica sintomatología de depresión moderada.

3. Inventario Situación-Rasgo de Ansiedad (ISRA): arrojó que la paciente presenta ansiedad extrema de carácter cognitivo (presenta pensamientos recurrentes que le provocan ansiedad) que tiene manifestaciones fisiológicas (Le tiemblan las piernas, se le acelera el ritmo cardiaco, sudoración excesiva, sensación de náuseas) la cual se activa en situaciones referentes a establecer relaciones interpersonales donde piensa que puede estar siendo evaluada, lo que ha afectado en sus actividades cotidianas, al tener conductas de evitación.

4. SCID-II: se observa que la paciente tiende un número reducido de amistades, y se siente muy unidas a la familia con quien establece vínculos profundos y duraderos. La confianza en sí misma aumenta en relaciones sólidas, duraderas y familiares.

Es muy consciente de sí misma. Tiende a ser callada, de discurso lento y parsimonioso. Presenta conductas habitualmente controladas e hipoactivas, pero con algunos movimientos rápidos y bruscos en situaciones estresantes que no controla. Manifiesta temor e intranquilidad observable ante situaciones desconocidas, está en vigilancia y alerta constantes ante las amenazas potenciales. Presenta baja autoestima al evaluar sus logros y enfatizar sus fracasos. Se resiste a involucrarse en riesgos personales, exagera los riesgos asociados a nuevas actividades. Presenta baja tolerancia al dolor físico y psicológico, es temerosa y ansiosa ante situaciones y personas desconocidas, altibajos emocionales, sentimientos de vacío, despersonalización, soledad y tristeza, hipersensibilidad al rechazo.

Muestra interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores, confusos y distractores. Presencia de aislamiento social activo, busca su privacidad, es introvertida, tímida y desconfiada. Se muestra hipervigilante ante los sentimientos e intenciones de los demás, especialmente los indicios de rechazo o desaprobación. Se preocupa por la crítica y el miedo al rechazo social, busca la aprobación por parte de los demás, Tiende a ser rígida y reservada en situaciones sociales nuevas, con mucha gente o poco estructuradas. Presenta sentimientos de inadecuación social y personal, se preocupa por parecer sumisa, torpe e incompetente a nivel social, teme hacer el ridículo, a ser humillada, a las situaciones embarazosas. Debido a la edad de la paciente, aún es posible moldear aspectos de su personalidad.

5. Test de creencias de Ellis: se observa que las creencias que le generan problemáticas en diferentes aspectos de su vida son "la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido", "Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente", "El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente". Es posible inferir que estas creencias fundamentan conductas de evitación e inactividad, y a su vez alimentan las creencias que afectan en áreas específicas de su vida, estas son: "Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecta en todo lo que emprende", "Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa". En estas últimas se observa que tiende a sentir miedo o ansiedad en situaciones en las que considera que está siendo evaluada y debe ser competente.

Se observó que la sintomatología que la paciente presenta corresponde a los criterios de DSM-V (APA, 2014) de trastorno de depresión mayor, de episodio único de gravedad moderada con ansiedad moderada debido a problemas relacionados con el empleo.

Recursos empleados

Como meta del tratamiento, en conjunto con la paciente se estableció disminuir los pensamientos negativos que tiene de sí misma, de su entorno y del futuro, para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, para que logre tomar decisiones que la lleven a resolver los problemas que le generan malestar.

Debido a las características de la paciente y a la meta del tratamiento establecida, se plantean como objetivos terapéuticos: que el paciente conozca y comprenda las características del trastorno, despatologizar las emociones, disminuir la activación fisiológica de ansiedad, disminuir la dificultad para dormir, disminuir rumiación, disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las tasas de reforzamiento positivo, optimizar la capacidad de resolución de problemas, disminuir el estrés cotidiano general, proyecto de vida, aumentar las habilidades sociales/interpersonales y prevención de recaídas.

Para la consecución de los objetivos mencionados, se seleccionaron las técnicas: psicoeducación, respiración lenta, relajación progresiva, parada de pensamiento, autorregistro, reestructuración cognitiva, asignación de tareas graduales, técnicas de dominio y agrado, activación conductual, terapia de solución de problemas y toma de decisiones, manejo del tiempo y entrenamiento en habilidades sociales.

Resultados

Durante el transcurso de once sesiones, se observó en la paciente constancia y cooperación respecto a las técnicas de desactivación, sin embargo, presentó resistencia a la asignación de tareas graduales y las técnicas de dominio y agrado debido a que la paciente presentó dificultad para detectar actividades que le resultaran reforzantes.

Los objetivos de tratamiento que se han logrado son que la paciente desarrolló una percepción favorable de sus emociones y ha conseguido controlarlas mediante técnicas cognitivas. Ha conseguido disminuir la activación fisiológica de la ansiedad, durante la sexta semana del proceso, la paciente logró acudir a tres entrevistas de trabajo, consiguiendo incorporarse al ámbito laboral. El empleo ha sido un factor importante en la disminución de la rumiación y las dificultades para dormir, debido a que se ha centrado en sus actividades y horarios establecidos. Tiene consciencia de que su malestar esta generado por los pensamientos negativos constantes y recurrentes. En las sesiones posteriores se observó que la sintomatología depresiva y los síntomas de ansiedad comenzaron a remitir al establecer como meta el mantenerse en su empleo al menos un mes, para ello se aplicó reestructuración cognitiva, activación conductual, manejo del tiempo, solución de problemas, toma de decisiones y entrenamiento en habilidades sociales. Se observó en las sesiones siguientes que la paciente comenzó a identificar y realizar actividades que percibía como gratificantes, lo cual generó un incremento en la tasa de reforzamiento positivo.

Debido a su situación laboral, la paciente interrumpió el tratamiento durante un mes tras la sesión número diez, en la cual se aplicó prevención de recaídas.

En la sesión número once, la paciente refirió haber aplicado las técnicas aprendidas y logró mantenerse laborando durante el periodo de interrupción del tratamiento, la disminución de la sintomatología de depresión y ansiedad se mantuvo, las conductas de evitación disminuyeron y se observó mejoría en la resolución de problemas y en sus relaciones interpersonales.

Es necesario reforzar la motivación, la autonomía y las habilidades de afrontamiento, y continuar reestructurando la visión negativa de sí misma, debido a que está latente el hecho de que la paciente quede sin empleo y los síntomas se presenten nuevamente.

Referencias

APA. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. España: Editorial Médica Panamericana.

Beck, A. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclée de Brouwer.
Carro, C. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 43-59.

Hernández, R. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 15-28.

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 505-510.

Muñoz, M. (2003). Manual práctico de evaluación psicológica clínica. España: Editorial Síntesis.

Nezu, A. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno.

Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sales, A. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 165-172.

Mujeres campechanas: dependencia emocional diferencias entre lugar de residencia y la etapa de desarrollo

Dr. Miguel Ángel Tuz Sierra*
Cecilia Guadalupe Trejo Sosa*
Reyna Esther Piste Moo*
Dra. Cindy Rossina Saravia López*
Mtro. Sinuhé Estrada Carmona*
Dra. Gabriela Isabel Pérez Aranda*
**Universidad Autónoma de Campeche*

Descriptores: Mujeres, Dependencia, Rural, Urbano, Desarrollo

Introducción

Para Congost (2011), la Dependencia Emocional “es considerada como una especie de adicción, la cual se da de forma afectiva, cuando la persona deposita su estructura y seguridad en otro, perdiendo así la independencia personal”. Es decir, todo lo que la persona haga o diga va a girar en torno de su pareja, digan lo que digan los demás. Para Jorge Castelló Blasco (2006), “la Dependencia Emocional es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja”. El Dependiente Emocional no ha conocido el amor como un intercambio de afecto y respeto, no ha aprendido a tomar las riendas de su vida y busca a alguien que lo haga por él y así poder lograr esa felicidad que tanto anhela. Suele sentirse atraído por quienes