

Psicología Hoy

Nº 29

Depresión en Chile ¿un asunto de voluntad?



Depresión en Chile

¿un asunto de voluntad?

Por Evelyn Hevia J., académica Facultad de Psicología, UAH.

Estamos finalizando este 2017 con un número especial dedicado a la depresión en Chile. Es fin de año, la atmósfera de celebración nos invita a estar con otros, a conectarnos con la alegría: tiempos para encontrarse, intercambiar regalos, bailar y brindar por la vida, pero ¿qué hacer cuando la invitación de estas fechas no es suficiente para sentirse convocado y animarse a celebrar? ¿Acaso se trata solo de un asunto de voluntad para conectarse con el tono emotivo festivo que nos (im)ponen estas fechas? La pregunta del título de este número tiene por objeto interrogar la creencia social que el paciente con diagnóstico de depresión “tiene mala voluntad o no pone de su parte para sentirse mejor o estar más animado”, reconociendo, al mismo tiempo, el lugar de la voluntad en el abordaje de la depresión en Chile. Porque la depresión no se trata de un asunto de buena o mala voluntad del paciente, sino más bien de voluntad política: este es un asunto del cual hay que ocuparse y hay que hacerlo de manera seria, destinando recursos, generando políticas de prevención y aumentando la inversión en salud pública para mejorar el acceso y calidad de los tratamientos.

Referirse a la situación de la salud mental y al diagnóstico de depresión en Chile, ya resulta desalentador. Según cifras que entrega el Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), en nuestro país hay una prevalencia del 17,2% de la población en general con este diagnóstico y si nos referimos solo a la población femenina la cifra llega a un 25,7% (1). Se trata de una prevalencia que está por encima del promedio mundial y que resulta preocupante, sobre todo por los altos costos que tiene la salud mental en Chile, lo que complejiza más el escenario. Pero hablar de depresión implica hablar de salud mental y con esto no solo nos referimos al acceso y calidad de la prevención y tratamiento, significa también pensarnos como sociedad, preguntarnos por las formas de vida que estamos llevando y cómo ellas nos llevan, por ejemplo,

a desarrollar una excesiva conectividad, pero una escasa conexión social de calidad. La depresión involucra aislamiento, como causa y efecto a la vez.

En el número 29 de este Psicología HOY, tres académicas de nuestra Facultad abordan la situación de la salud mental y, en particular de la depresión, desde tres enfoques distintos: clínico, neuropsicológico y comunitario. El primer artículo escrito por Paula Dagnino se titula: “Depresión ¿quién es el paciente?”, ofrece una panorámica sobre la temática, entregando evidencias sobre los perfiles de los pacientes con diagnóstico de depresión y sus posibilidades de tratamiento clínico. El segundo artículo, escrito por Teresa Parrao se titula: “Depresión y trastornos cognitivos en la tercera edad”, nos pone frente a uno de los grandes desafíos que tenemos como sociedad, debido al creciente envejecimiento de la población en nuestro país, y la estrecha relación entre depresión y la aparición de trastornos cognitivos en los adultos mayores, tales como la demencia. Por último, Andrea Jaramillo, escribe el artículo titulado: “Depresión y Comunidad”, refiriéndose a la importancia de fortalecer los vínculos sociales y comunitarios como factores protectores de la salud mental.

Con este Psicología Hoy número 29, cerramos nuestras tres publicaciones del año 2017, esperando haber contribuido a generar diálogos con quienes están interesados en distintas temáticas contemporáneas frente a las cuales desde nuestra experticia y diversidad disciplinar podemos ser un aporte para el debate social.

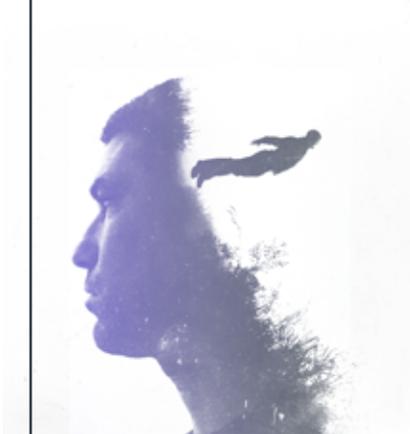
Referencias:

(1) Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, ver www.midap.org. Consultado el 10 de diciembre de 2017.



DEPRESIÓN:
*¿Quién
es el
paciente?*

Por Paula Dagnino R., académica Facultad de Psicología UAH.
Directora Postítulo en Psicoterapia:
herramientas clínicas para la práctica actual.



Según la OMS la Salud Mental se define como “el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En el mundo y en particular en Chile una de cada tres personas sufrirá de un problema de salud mental durante su vida y en cuanto al ausentismo laboral, los trastornos de la salud mental son los que siguen liderando las razones de las licencias médicas. De hecho la discapacidad asociada con los trastornos mentales y de abuso de sustancias fue de 7,4% en 2010 (1).

La depresión es una enfermedad costosa y de alta relevancia en salud pública a nivel mundial. En Chile su prevalencia es más alta que en otros países llegando a un 17,2% de la población (1). Esta enfermedad tiene importantes consecuencias para el paciente, su círculo más cercano y la sociedad en su conjunto, ya que se asocia a un amplio rango de indicadores de morbilidad secundaria, además de ser una de las principales causas de discapacidad en el mundo en términos de número total años de vida perdidos ajustados por discapacidad AVISA (1).

A pesar de la relevancia del tema, en Chile el gasto en salud mental llega solo al 2,4% del gasto total en salud, muy por debajo de la recomendación mínima del 7% de la OMS. A pesar de esto, se han realizado esfuerzos por disminuir la prevalencia de los trastornos mentales en el país, es así como por ejemplo la depresión fue incorporada dentro de las patologías AUGE/GES en 2006, sin embargo estos esfuerzos no han provocado una disminución importante de esta patología (1).

La depresión tiene diversas causas y múltiples manifestaciones. De hecho es una condición clínica y etiológicamente heterogénea que evidencia una variabilidad no solo sintomática sino que también de respuesta a los tratamientos (e.j. 2). Estas características particulares, junto con los elementos sociales, son los que no permitirían una disminución de su prevalencia, además de no contar con dispositivos clínicos que se adecúen a sus manifestaciones ni suficiente apoyo social que permita que las personas consulten.

Como se ha dicho las manifestaciones de la depresión son heterogéneas por lo que debe ser entendida y abordada como tal para poder mejorar su tratamiento (2). Varios modelos han dado cuenta de esta heterogeneidad en términos de dos tipos de experiencia que resultan en depresión, por un lado, las disrupciones en la gratificación de las relaciones interpersonales y, por otro, la disrupción de un sentido positivo y eficiente del self. Estos dos tipos de experiencia han sido conceptualizados desde distintas líneas teóricas, como por ejemplo Beck quien desarrolló los conceptos de sociotropía y autonomía para describir esta polaridad, o Arieti y Bemporad quienes hablaron del Otro dominante y el Self Ideal Dominante (6). Un autor relevante es Sydney Blatt, quien con su equipo (e.j. 3) han propuesto dos formas de expresión de la depresión (anaclítico o dependiente e introyectiva o autocrítica), se destaca este modelo por sobre los otros ya que no solo deriva de la teoría sino que también se apoya en la evidencia empírica por lo cual presenta

mayor potencial. El estado anaclítico (dependiente) y el introyectivo (autocrítico) son considerados por Blatt como experiencias universales en la población normal; los individuos vulnerables simplemente experimentan más un tipo de depresión que otra (ver Tabla con la descripción de cada estado).

Tabla N°1. Polaridades de la Experiencia de la Depresión

	Anaclítico o dependiente	Introyectivo o autocrítico
Tarea Vital	Relacionarse	Establecer y mantener una definición del Self
Self	Se define principalmente en términos de la calidad de las relaciones interpersonales, la autoestima se regula si se sienten queridos o no	Se define en base a la autonomía, el control, la independencia, y una autoestima basada en el reconocimiento, respeto y la admiración
Relación con los otros	Intenso anhelo de ser amados, nutridos y protegidos Evalúan a los otros principalmente en su capacidad inmediata de cuidar, proveer confort y satisfacción	No es una prioridad establecer ni mantener adecuadas relaciones interpersonales. Suelen ser personas solitarias, reservadas, distantes, aparecen insensibles
Estresor que provoca depresión	Separación, pérdida, duelo, rechazo	Fracaso, humillación, herida a la autoestima
Contenido de la depresión	Tristeza, soledad, desesperanza	Autoreproche, culpa, sentimientos de fracaso, ser indignos, inferiores



Implicancias clínicas

Diversos autores han evidenciado que ambos estilos de depresión evolucionan en los procesos terapéuticos de manera diferencial, por lo que la psicoterapia centrada en el paciente, y no en los síntomas, debe ser un dispositivo para su tratamiento. De hecho, se ha visto que los pacientes introyectivos o autocríticos presentan dificultades en la mentalización (4), por lo que ésta se debe fortalecer en el tratamiento psicológico de estos pacientes. Estos mismos autores (4) plantean que estos pacientes muestran un “pseudo insight”, es decir, intelectualizaciones explicativas que ellos llaman hipermentalización, que no es otra cosa que un estado rumiativo, muchas veces de contenido depresivo, por lo que el terapeuta debe estar atento a considerar y trabajar estos contenidos. Además, los pacientes introyectivos no parecieran responder bien a intervenciones terapéuticas breves (3, 5) ya que están preocupados de su autonomía, no de establecer una alianza, por lo que presentan una resistencia a someterse a una terapia con restricción de tiempo, donde no tienen el control de la situación. Esto es relevante para las políticas públicas de nuestro país, ya que al considerar que los tratamientos indicados según GES/AUGE corresponden a psicoterapias breves, daría cuenta de un grupo de pacientes que no está respondiendo a esta aproximación.

En cambio, los pacientes anaclíticos o dependientes no tienen dificultades para vincularse, las intervenciones que suelen ofrecerse a nivel institucional tanto privado como público (bajo número de sesiones, atención semanal y/o quincenal, etc.) serán suficientes para que se beneficien.

Por lo anteriormente descrito es que resulta todo un desafío la psicoterapia con pacientes depresivos de estilo introyectivo o autocrítico, la que deberá enfocarse justamente al fenómeno de la autocrítica, sobre todo al inicio del proceso, manteniendo permanentemente un monitoreo de la alianza terapéutica y de la autoestima (recordemos la susceptibilidad de estos pacientes en ese ámbito) (6).

La depresión es la enfermedad del siglo XXI y debemos considerar sus múltiples factores y expresiones para enfrentarla. Hasta ahora no se ha logrado responder adecuadamente a esta patología. Es a través de la investigación que se pueden obtener respuestas y guías para aproximarnos a este mal y disminuir el impacto que éste tiene en la vida de las personas.

Referencias

1. Valdés, C., y Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud. Claves de Políticas Públicas, N° 11.
2. Hasler, G. (2010). Pathophysiology of depression: Do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*, 9 (3), 155-161.
3. Blatt, S.J. (2008). Two Primary Configurations of Psychopathology. En Blatt, S. (Ed.) *Polarities of Experiences: Relatedness and Self-definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process* (pp.234-245) American Psychological Assn.
4. Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A. & Target, M. (2012). Depression. En A. Bateman y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 385-417). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
5. Marshall, M., Zuroff, D., McBride, C., & Bagby, M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 231-244.
6. De la Parra, G., Dagnino, P., Valdés, C. & Krause, M. (2017). Beyond self-criticism and dependency: structural functioning of depressive patients and its treatment. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), 43-52. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.236>





Depresión y trastornos cognitivos en la tercera edad

por Teresa Parrao, académica Facultad de Psicología UAH.
Jefa Área Psicología Básica.

Para la mayoría de las personas olvidar donde quedaron las llaves o qué iba a hacer de una habitación a otra es parte del envejecimiento. También sería propio de ese momento de la vida sentirse melancólico y triste, debido a la diversidad de factores socio-ambientales asociados al envejecimiento, como el cese laboral o la pérdida de seres queridos. Sin embargo, estos síntomas podrían ser una manifestación de depresión y/o deterioro cognitivo, dos síndromes prevalentes en la tercera edad, comúnmente sub-diagnosticados, que juntos pueden ser la antesala de patologías más graves como las demencias.

Al igual que la población mundial, la población chilena envejece. Las estimaciones del año 2017, basadas en el último censo, indican que en Chile hay alrededor de 3 millones de personas de más de 60 años (1), de las cuales un poco más del 11% reporta síntomas depresivos (2). Sin embargo, **la depresión en el adulto mayor no se presenta con los síntomas más conocidos en el adulto como tristeza o aislamiento, sino que frecuentemente se presenta a través de síntomas físicos o irritabilidad, lo que dificulta el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado. Empeorando la situación, la depresión en adultos mayores produce síntomas cognitivos como pérdida de memoria y falta de atención, los que agudizan el cuadro, y, peor aún, aumentan el riesgo de desarrollar una demencia.**

En 1960 fue acuñado el concepto pseudo-demencia depresiva, para

referirse al deterioro de la memoria y de otros dominios cognitivos que imitan una demencia, pero que en realidad están causados por la presencia de depresión (3). Actualmente sabemos que si bien ambas patologías se manifiestan con síntomas similares, hay algunas características que permiten diferenciarlos. En las demencias como la enfermedad de Alzheimer, el comienzo de los síntomas es lento y progresivo. Generalmente los pacientes tienden a minimizar las limitaciones que se van presentando en sus vidas cotidianas y frente a una evaluación se evidencia el esfuerzo en responder acertadamente. Por el contrario, en la depresión la aparición de los síntomas cognitivos es rápida, y el trastorno de las capacidades cognitivas es fluctuante. Los pacientes deprimidos tienden a destacar la gravedad de sus síntomas cognitivos y las limitaciones que ello conlleva, y frente a una evaluación cognitiva destaca el poco esfuerzo en entregar una respuesta adecuada. El patrón neuropsicológico es un elemento central que permite un adecuado diagnóstico diferencial. En el paciente con demencia el trastorno de memoria se caracteriza por ser evidente y no mejorar incluso cuando se le entregan claves (pistas) del material olvidado, mientras que los trastornos disecutivos (como errores en la organización de la información o la dificultades en el razonamiento lógico) son variables o podrían aparecer solo una vez avanzada la enfermedad. En el paciente deprimido predomina una alteración de la atención y de las funciones ejecutivas, por lo que el paciente se presenta distractil y con dificultades en el pensamiento abstracto y la conceptualización. En relación a la memoria, el paciente deprimido presenta mal rendimiento en pruebas de evocación libre, sin

embargo cuando se le entrega información sobre la categoría semántica a la que pertenece el material olvidado, la gran mayoría de las personas logra recuperar la información previamente olvidada. Es decir, la aparente falla de memoria obedece a un problema atencional o de estrategia cognitiva, más que a un problema de aprendizaje, a diferencia del paciente con Alzheimer, quien no mejora su rendimiento a pesar de que se le entreguen pistas ya que la información nueva no ha sido almacenada (4).

Estas y otras características neuropsicológicas y clínicas presentes en ambas patologías cobran mucha relevancia a la hora del diagnóstico diferencial, ya que afortunadamente el tratamiento oportuno y adecuado de la depresión sería también un tratamiento para los síntomas cognitivos descritos, por lo que incluso algunos autores han preferido llamarla demencia reversible.

Por el contrario, *cuando la depresión no es detectada ni tratada a tiempo, podrían convertirse en un factor predictor del desarrollo de demencia, por lo que los síntomas que en un comienzo de la depresión imitaban una demencia, sin tratamiento, se podrían convertir en una demencia propiamente tal*. La co-ocurrencia de síntomas depresivos y deterioro cognitivo leve lleva a un aumento del riesgo de demencia en 30% más, comparado con sujetos con deterioro cognitivo leve sin depresión (5). Más aún, estudios recientes muestran que síntomas depresivos están dentro de los predictores de demencia más importantes en adultos mayores. Un estudio reciente llevado a cabo en una población de 1965 adultos mayores sin deterioro cognitivo que fueron evaluados longitudinalmente durante 8 años, confirmó que la depresión es un factor de riesgo para la aparición de demencia (6). En conjunto con la farmacoterapia y/o psicoterapia, es de relevancia una intervención psicosocial que incluya la educación de la familia en torno a la depresión y sus efectos en personas mayores.

En conclusión, la detección temprana y el adecuado tratamiento de la depresión en la tercera edad es crucial, no solo por los síntomas propios de la patología, sino porque su manifestación conlleva el potencial riesgo de desarrollar una demencia.

Referencias:

1. Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Actualización de estimaciones de población 2002 - 2020.
2. Ministerio de Salud. (2011). Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS, 2009 - 2011. Santiago: MINSAL.
3. Roose, S. & Sackheim, H. (2004). Late-life depression. Oxford University Press.
4. Potter, G. & Steffens, D. (2007) Depression and Cognitive Impairment in Older Adults. Psychiatric Times, Vol (5).
5. Byers, A. & Yaffe, K. (2011). Depression and Risk of Developing Dementia, May 3, 7 (6), 323-331.
6. Wilson et al. (2016). Late-Life Depression is Not Associated with Dementia Related Pathology. Neuropsychology, 30 (2), 135 - 142.





Depresión y Comunidad

Por Andrea Jaramillo T., académica Facultad de Psicología UAH.
Jefa Área Psicología Social Comunitaria.

Como país nos hemos visto progresivamente inmersos en un estilo de vida marcado por el individualismo, que ha afectado nuestra vida cotidiana en casi todas sus dimensiones relevantes, modificando la manera en que enfrentamos el trabajo, la familia, las amistades e incluso nuestro tiempo libre. Estudios han mostrado cómo en la vida de los y las chilenos la socialización se ha ido reduciendo (ver por ejemplo 1), centrando los desafíos y aspiraciones en proyectos personales, con cada vez más exigencias internas y externas orientadas al “éxito”. Este éxito, contradictoriamente, busca el reconocimiento social, apareciendo los otros en la experiencia personal como aquellos ante los cuales deseo demostrar mi valor y mis logros. En esta lógica cobran sentido planteamientos como los de Beck (2), en relación a la vivencia de los otros como amenazas. Yo me las tengo que arreglar por mí mismo/a, pero necesito la valoración del otro, y ese otro no está orientado a mi éxito, sino que a sus propios logros personales.

Indudablemente el análisis es bastante más complejo, y académicamente podemos usar diversas fuentes de las Ciencias Sociales, pero mi intención en este artículo es apelar a la experiencia cotidiana. Cuando “me alegro” por el éxito de una persona que conozco, ¿qué es lo que realmente siento? Es posible que luego de alegrarme piense en las exigencias que ese éxito pone en mi propia vida y esa inicial alegría vaya dando paso a una sensación de malestar. Progresivamente vamos dejando de preguntar por los otros, no nos “fijamos” en lo que hace el del lado, nuestros proyectos son los importantes, ya sean personales, familiares o profesionales. Me repito que yo soy lo importante, mi bienestar, lo que yo quiero hacer. No debo enfocarme en los demás, pero constantemente están a mi alrededor, en el trabajo, en la familia extensa y, en los últimos años, a través de la tecnología. Vemos en Facebook o Instagram que otra persona publica sus logros, le damos un like, vale decir, “nos alegramos”, pero seguidamente nos surgen pensamientos de malestar y/o de descalificación de los otros y de sus éxitos que amenazan los míos. ¿Me angustio, me enojo, me pongo triste, registro un leve malestar, me deprimó?

Pero en relación a lo anterior hay que hacer algunas diferenciaciones. Hay gente por la que “realmente” me alegro; sus éxitos me enorgullecen, me producen una intensa alegría, se lo merece. Que esa persona se sienta bien me hace sentir bien. ¡Cómo no sentirme bien si tenemos una historia compartida, si he visto su esfuerzo, si en otros momentos yo he sido la persona de los logros y me ha acompañado y se ha enorgullecido por mí! ¿Qué es lo distinto? Posiblemente hay muchos elementos relevantes de analizar, pero uno de ellos es que esta persona está en mi red de apoyo. Tenemos una vida cotidiana en la que se entrelazan sus experiencias con las mías, sus afectos con los míos, sus éxitos con los míos, y sus fracasos también con los míos.

Llegamos así a cómo los cambios sociales (quizás sea correcto decir también culturales y económicos) han limitado la vida comunitaria,



en tanto se han ido reduciendo los espacios tradicionales de vínculos con otros, en los que se ponía en juego no solo un intercambio de recursos y apoyos, sino que donde también se construía nuestra identidad. Desde la Psicología Social-Comunitaria se afirma que la vida comunitaria está claramente relacionada con la salud.

Los procesos de individualización han afectado a las comunidades y esto ha tenido efectos en la salud mental, siendo la depresión un ejemplo de ello (3).

Evidencias empíricas y desarrollos conceptuales permiten afirmar que las transformaciones sociales han reducido el tejido social, destruyendo aspectos claves de las comunidades que se sabe tienen un efecto protector y/o amortiguador frente al malestar y la amenaza a la salud mental.

El bienestar de los integrantes de una comunidad se ve incrementado en presencia de una red social suficientemente amplia y densa, en la que circule apoyo social entre los miembros. Las oportunidades de establecer lazos de manera frecuente y duradera; el apoyo mutuo; el sentimiento de que cada uno es una persona importante para los demás, permiten tener la experiencia de integración social, con vivencias de conexión emocional y seguridad, y representaciones cognitivas y afectivas de una identificación común. Tenemos un sentimiento de pertenencia que contrarresta un mundo social fragmentado, aislado y atomizado (4).

Es importante tener en consideración que la depresión puede ser gatillada por características del contexto social de una persona, pero al ser una relación bidireccional, también puede ser prevenida desde esta dimensión. En este sentido, desde el punto de vista de la intervención, el foco debiese estar puesto en fortalecer los componentes relacionales y comunitarios en espacios como el trabajo, el barrio, la escuela, de manera de fortalecer el sentido de pertenencia como un elemento protector de la salud mental. Como señala

Claudia Bang al hablar de promoción de salud mental comunitaria (5):

Acciones de Promoción de Salud Mental Comunitaria serían aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación comunitaria hacia la construcción de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones comunitarias propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados. (p. 243)

-
1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. Santiago de Chile: PNUD Chile
 2. Beck, U. (1998). La Sociedad del Riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós.
 3. Krause, M., Güell, P., Jaramillo, A., Zilveti, M., Jiménez, J. P. & Luyten, P. (2015). Changing communities and increases in the prevalence of depression: is there a relationship? *Universitas Psychologica*, 14, 1259-1268. [http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY14-4.ccp \(ISI\)](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY14-4.ccp (ISI))
 4. Bessant, K. (2011). Authenticity, Community, and Modernity. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 41, 2-32.
 5. Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. Facultad de Psicología UBA (Ed.), *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (Tomo 3)* (pp. 242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.

PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO

•ADMISIÓN.

LA UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO
ESTÁ ADSCRITA A LA

GRATUIDAD



ADMISIÓN **2017**
PROMEDIO PUNTAJE
PONDERADO PSU

 **627.1**



•EXPERIENCIA PRÁCTICA.

NUESTRA ESCUELA
CUENTA CON UN

CENTRO DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA ABIERTO
A LA COMUNIDAD

Y UNA SALA DE ESPEJOS

•CALIDAD ACADÉMICA.

CONTAMOS
CON

4

- * PSICOLOGÍA CLÍNICA
- * PSICOLOGÍA EDUCACIONAL
- * PSICOLOGÍA LABORAL ORGANIZACIONAL
- * PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA

ESPECIALIDADES

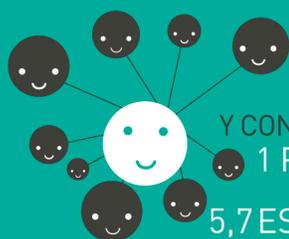
EL **100%** DE NUESTROS PROFESORES DE PLANTA
TIENE ESTUDIOS DE POSTGRADO



EL **55%** TIENE UN DOCTORADO



Y CONTAMOS CON
1 PROFESOR
POR CADA
5,7 ESTUDIANTES



•EMPLEABILIDAD.

EL

91,9%



DE LOS **EGRESADOS**
ESTÁ TRABAJANDO EN
PSICOLOGÍA

FUENTE: ENCUESTA DE EMPLEABILIDAD EGRESADOS 2014



ACREDITACIÓN 6 AÑOS:

Diciembre 2017 a diciembre 2023

Qualitas

TRABAJAMOS POR EL BIENESTAR DE LA SOCIEDAD →