



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Intervención de la psicología en la depresión de los adultos

en el proceso de duelo del Centro EducaT Lima 2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

AUTOR

Bachiller: Espinoza Quezada, Diana Rosa

ASESOR:

Dra. Delgado Castillo, Gisella Yanire

Lima, 09 de diciembre del 2022

Intervención de la psicología en la depresión de los adultos en el proceso de duelo del Centro EducaT Lima 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

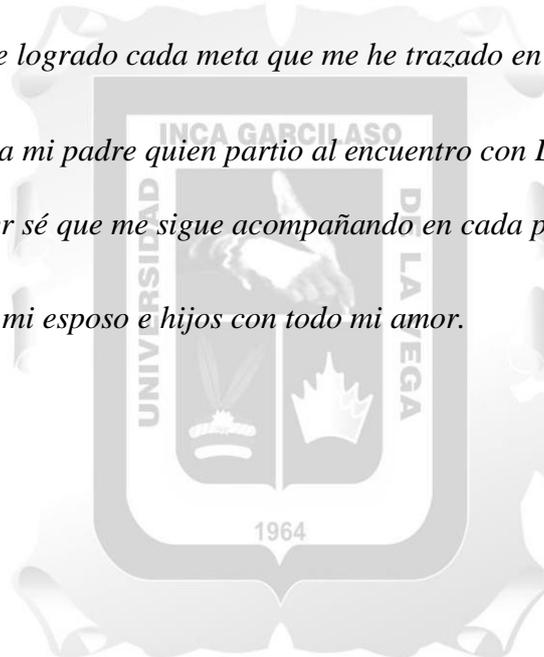
1	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	

DEDICATORIA:

Dedico mi trabajo de suficiencia profesional a mis padres, con su apoyo incondicional, confianza y su amor he logrado cada meta que me he trazado en la vida.

Lo dedico en especial a mi padre quien partió al encuentro con Dios hace seis meses, aunque no lo pueda ver sé que me sigue acompañando en cada paso que doy.

También a mi familia, mi esposo e hijos con todo mi amor.



AGRADECIMIENTOS

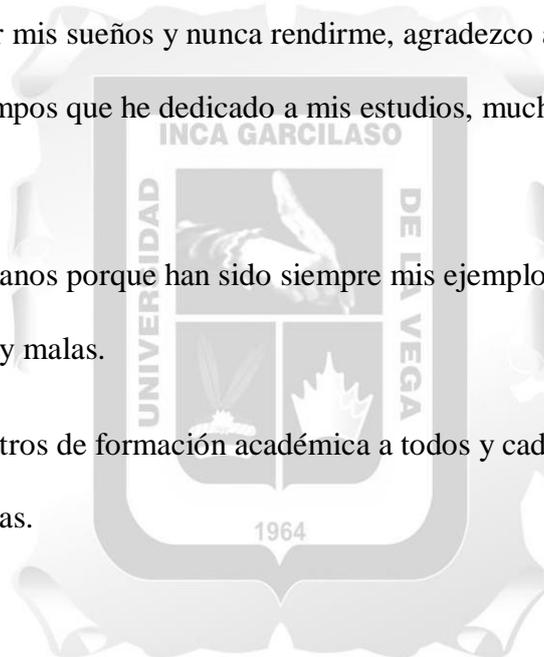
Quiero agradecer a Dios en primer lugar porque con el todo es posible.

Agradezco a mi padre y mi madre por su soporte permanente, por sus virtudes con los cuales me formaron y por ser los mejores padres.

Agradezco a mi esposo que siempre esta respaldandome en cada paso que doy, alentandome a cumplir mis sueños y nunca rendirme, agradezco a mis hijos por que han sabido respetar los tiempos que he dedicado a mis estudios, muchas veces sacrificando el tiempo con ellos.

Agradezco a mis hermanos porque han sido siempre mis ejemplos a seguir y han estado siempre en las buenas y malas.

Agradezco a mis maestros de formación académica a todos y cada uno, gracias a su dedicación y enseñanzas.



RESUMEN

El trabajo realizado tiene como proposito dar a conocer la experiencia profesional adquirida en el Centro EducaT durante el año 2022, asi como exponer la efectividad demostrada en la intervención psicologica en la depresión durante el proceso de perdida de los dolientes adultos atendidos en el Centro Educa T durante el mismo año en la metropoli de Lima, tomando en relacion a las intervenciones que han sido realizadas dentro del área de atención de psicologia clinica y la salud, área en el que se atendieron pacientes adultos, jovenes, adolescentes y niños, dando a conocer el resultado obtenido en los casos de atencion en adultos; se realizaron programas de intervención bajo un enfoque cognitivo conductual (tcc) y el enfoque gestaltico, dando en ambos programas magnificos resultados en los diversos pacientes que recibieron la atención psicologica y luego realizaron todo el programa de intervención en los dos enfoques antes mencionados, logrando los objetivos planteados mejorando asi la cualidad de vida de nuestros sujetos.

Palabras clave: Duelo, Depresión, Psicologia, Salud, Intervención.

ABSTRACT

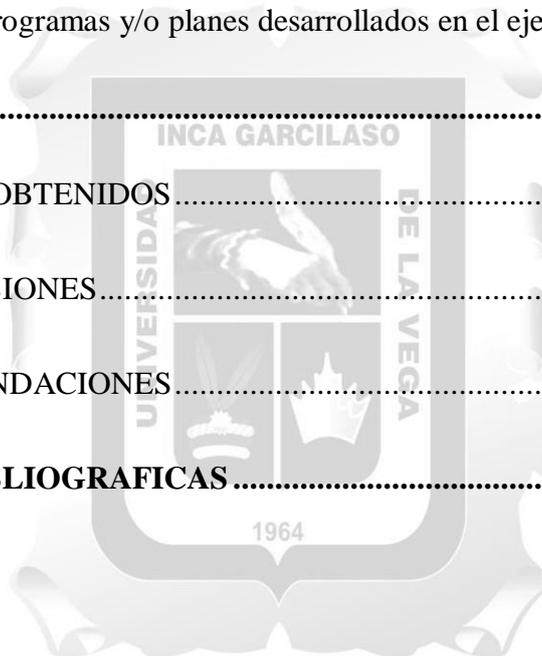
The purpose of this work is to make known the professional experience acquired in the EducaT Center during the year 2022, as well as to expose the effectiveness demonstrated in the psychological intervention in depression during the process of loss of the adult mourners attended in the EducaT Center during the same year in the metropolis of Lima, taking into account the interventions that have been carried out within the area of clinical psychology and health care, area in which adult patients, young people, adolescents and children were attended, making known the results obtained in the cases of adult care; intervention programs were conducted under a cognitive behavioral approach (CBT) and the gestalt approach, giving in both programs magnificent results in the various patients who received psychological care and then performed the entire intervention program in the two approaches mentioned above, achieving the objectives set thus improving the quality of life of our subjects.

Keywords: Bereavement, Depression, Psychology, Health, Intervention.

INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INDICE	6
INTRODUCCION	8
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	9
1.1 DESCRIPCION GENERAL DE LA EMPRESA	9
1.1.1 Historia	9
1.1.2 Ubicación geográfica y contexto general	9
1.1.3 Actividad general	11
1.1.4 Misión y visión	11
1.1.5 Principios	11
1.1.6 Valores.....	12
1.1.7 Organigrama general y organigrama ubicación del psicólogo	13
CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA	14
2.1 MARCO TEORICO DE PSICOLOGIA	14
2.1.1 Escuelas	15
2.1.2 Áreas de intervención general.....	17
2.1.3 Áreas de intervención del ejercicio profesional.....	25
2.1.4 Función general.....	30
2.1.5 Funciones específicas	30
2.2 MARCO TEORICO DE VARIABLES.....	31

2.2.1 Variable 1: Depresión.....	31
2.2.2 Variable 2: Duelo	35
CAPÍTULO III: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	42
3.1 TEORIA Y LA PRACTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL	42
3.1.1 Antecedentes Internacionales	43
3.1.2 Antecedentes Nacionales.....	45
3.1.3 Acciones, Metodologías y Procedimientos	49
3.1.4 Programas y/o planes desarrollados en el ejercicio profesional	53
CAPÍTULO IV:.....	71
4.1 LOGROS OBTENIDOS.....	71
4.2 CONCLUSIONES.....	72
4.3 RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	75



INTRODUCCIÓN

El actual documento tiene como finalidad revelar la significancia de la actuación del psicólogo en el transcurso de la depresión por duelo, entiéndase por duelo todo aquello que implica una pérdida o cambio radical ya sea perdida personal (fallecimiento, ruptura de pareja o viaje de un ser querido), perdida materia (despido laboral o cambio de trabajo, migración, mudanza, robos o estafas) y perdidas evolutivas (cambio físico y emocional de una etapa de desarrollo personal a otro, el duelo será un proceso que se viva de diferente forma de acuerdo a cada persona, edad, cultura así como las habilidades de afrontamiento que esta halla desarrollado a lo largo de su vida.

Inicialmente dare a conocer el Centro EducaT, lugar en el cual he desarrollado mi trabajo profesional durante todo el año 2022, conoceremos un poco acerca de su historia, mision, vision, principios eticos y el trabajo que el Centro EducaT realiza tanto de manera presencial como virtual para la comunidad tanto a nivel domestico e internacional.

Posteriormente se expndrá todo el marco referencial de la psicología, ramas, escuelas, así como el marco teórico de ambas variables depresión y también el duelo; los antecedentes nacionales e internacionales que respaldan la razón del presente estudio.

Finalmente expongo las labores realizadas en mi ejercicio profesional y dos pautas de plan de intervención basados en el tratamiento cognitivo conductual para manejar el estado depresivo en casos de duelo complicado. Concluyendo con las recomendaciones pertinentes para quienes tengan a bien revisar este estudio.

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EMPRESA EDUCA T SAC.

El centro de especialización en capacitación y atención psicológica Educa T SAC- C.E.A. P Educa T S. realiza actividades de consultoría de gestión. La empresa tiene 3 años de existencia, y se dedica al campo de la salud mental, área ocupacional y educativa con sede en Lima - Perú; en el área de capacitación virtual la cual se desarrollo desde inicios de pandemia hasta la actualidad, hemos llegado al publico tanto a nivel nacional como en internacional.

1.1.1 Historia del Centro Educa T:

El centro Educa T fue constituido, registrado y fundado el 11 de noviembre de 2020 como sociedad cerrada de responsabilidad limitada en empresas comerciales. Los directores actuales son el Dr. Juan Sandoval Vilches, Juan Sandoval Cruzat y Diego Góngora Calderón. El Centro Educa T es un espacio de atención presencial y virtual diseñado para brindar consejería, evaluación, terapia y capacitación psicológica profesional en una variedad de dominios, incluyendo las áreas clínico, educativo, organizacional y académico o de capacitación.

Nuestro equipo está conformado por profesionales nacionales e internacionales de la salud mental capacitados con la mejor formación y profesionalismo, quienes desempeñan labores de atención individual, familiar y de pareja, evaluación y diagnóstico a escolares, capacitaciones docentes, talleres, conferencias, escuelas para padres, entre otros.

1.1.2 Ubicación geográfica y contexto general:

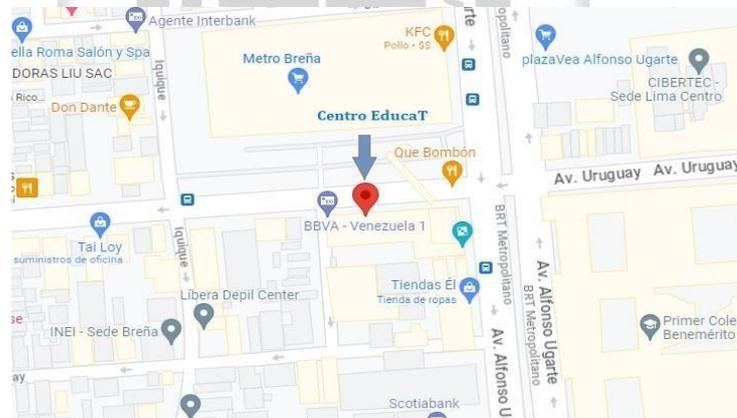
El centro Educa T se sitúa en el Perú, departamento de Lima, provincia de Lima, distrito Breña localizado en Av. Venezuela 625 – Of.406. Educa T tiene como objetivo trabajar:

Con empresas; el área organizacional, capacitaciones, selección y evaluación de personal.

Con colegios; evaluación de ingreso, escuela de padres, orientación vocacional.

Con clientes; niños, adolescentes, adultos, parejas y familias que requieran de evaluación, informe psicológico, intervención psicoterapéutica en casos como TDHA, TEA, depresión, ansiedad, duelo, problemas de pareja, disfunción familiar entre otros.

Los clientes que asisten a consulta son en su mayoría de un estrato social acomodados y no tan acomodados de los distritos de Lima Metropolitana.



1.1.3 Actividad general:

Educa T es una empresa orientada en el bienestar en salud mental de sus pacientes, se ofrece consultoría, evaluación de trastornos, y acompañamiento psicológico a niños, jóvenes y adultos. El staff mantiene profesionales titulados en psicología, especialistas en calidad de vida, instruidos en el progreso del desenvolvimiento humano con profunda vocación de servicio, elaborando metodos fundamentados en propositos concretos que permita acceder en corto plazo y lograr las metas expuestas, teniendo como lema “No abandones tu salud mental para después”.

1.1.4 Misión y visión:

Es otorgar un servicio de capacitación y atención psicológica especializada, de manera integra, eficaz y con valores, contamos con un equipo de alta calidad y nivel, y satisfacer los requerimientos de nuestros clientes.

Nuestra Visión es ser un centro líder a nivel nacional manteniendo una vigilancia de calidad y con grado de excelencia en los servicios que se brindan.

1.1.5 Principios:

Principio de beneficencia y ética. Esto consiste en ayudar a las personas, brindándole el mayor beneficio posible y asegurando el bienestar de los individuos que sufren cualquier enfermedad.

Principio de autonomía y respeto. Este principio incluye el pacto que cada persona toma decisiones en su vida basándose en sus propios intereses, anhelos y creencias, sin violar los derechos de los demás.

Principio de justicia y no marginación. Bajo esta causalidad incluye tratar a todo el mundo bajo el principio de igualdad, sin ninguna discriminación alguna, no importando raza, orientación sexual, religión, condición social, edad o discapacidad.

1.1.6 Valores:

Confidencialidad: somos discretos, preservamos y protegemos la información que logramos en el curso de la práctica profesional, protegiendo la rectitud del individuo y la fe encomendada en nosotros de nuestros clientes o pacientes.

Respeto: comprendemos y aceptamos nuestras diferencias personales, del entorno y culturales, evitando aplicar las propias; se promueve y defiende el principio de honra humana y los derechos universales, trabajando por el bien común, por medio de la escucha activa y la comprensión, que permite aceptarnos a nosotros y los demás.

Responsabilidades: Cumplir compromisos con uno mismo, con los demás, con la sociedad y con tu ocupación; haciendo lo posible para garantizar y brindar el apoyo necesario y cumplir con los deberes de la profesión siendo puntual, eficiente y eficaz.

Honestidad: ser sincero y coherente, no anteponiendo nuestros intereses personales en nuestra labor profesional y tener en cuenta los estándares establecidos para esta profesión. Informar nuestros resultados obtenidos de manera veraz, buscando objetividad y claridad sobre las metas deseadas.

Calidad: Tomando la calidad como objetivo y pauta básica hacia el éxito, averiguando resultados sin descuidar el entusiasmo en el procesamiento, la eficiencia y la eficacia, apuntando a la excelencia.

Compromiso: plantear el trabajo desde nuestra inclinación y pasión para encaminar y acompañar a otros en su evolución de recuperación y mejora como una forma de realización personal que repercuta positivamente en el resultado.

1.1.7 Organigrama general y organigrama ubicación del psicólogo:

El diagrama de organización tiene la siguiente distribución:



El organigrama tiene la siguiente distribución:

Alta dirección:

Director General: Dr. Juan Sandoval Vílchez

Dirección:

Director Psicológico: Juan Sandoval Cruzatt

Director Comercial: Diego Góngora Calderón

Áreas de desarrollo:

Área de servicios de Psicopedagogía: Andrea Medina

Área de servicio de Psicología y terapia: Diana Rosa Espinoza Quezada

Área de servicios Organizacionales: Oscar Conde

Asistente Administrativo y área de Comunicaciones: Natdomy Rodríguez

CAPITULO II: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA:

2.1. MARCO TEORICO DE PSICOLOGIA:

Witmer (1912) manifiesta en psicología, cuando el estado psicológico del sujeto está determinado por la vigilancia y el ensayo, y por la terapia educativa utilizada para producir cambios y por lo tanto desarrolla la mente, necesariamente interviene el sistema del psicoanálisis (1907, *Psychological Clinic*, vol. 1, p. 1.).

El termino psicología se puntualiza de genero etimológico en el estudio del alma, así se definía al hablar de psicología a inicios del siglo XIX, en 1879 se creó el primer laboratorio psicologico el cual estuvo ubicado en la Universidad de Leipzig, por el experto en fisiología ademas de filósofo y psicólogo Wilhem Wundt (1832-1920) que se consideraba al termino como ciencia, utilizando el método de investigacion y sea separado de la filosofía.

Según la Organización mundial de la salud (OMS,2013) ellos no ofrecen una explicacion conveniente sobre psicología, pero si fija la salud mental. La institucion delimita que es la fomra de bienestar que faculta a cada ser humano elaborar su aptitud, encarar los riesgos habituales de la vida, trabajar con provecho y de manera fructifera para asistir a su comunidad citado por Rondón (2006).

Matsumoto (2009), señala que es el estudio de la razon, incorporando la etica, percepción, el motivo, el proceder, la neurobiología en relación el cerebro, los métodos científicos para el estudio de la mente, la cognición, la interacción social en relación con el pensamiento, las desigualdades particulares y la usanza práctica de estos enfoques para resolver incognitas de estructura y negocios, y de manera para aplacar las penas.

Según Colman (2003) la Psicología es la investigación de la naturaleza, funciones y fenómenos del comportamiento y la experiencia mental.

2.1.1. Escuelas:

Psicología Conductual:

Saranson (1981) declara que el condicionamiento clásico es un dispositivo de aprendizaje participativo el cual se demostro primeramente por el ruso Iván Pávlov; esta posición esta sustentada en la indagación del comportamiento observable y cómo se educa a través de la interacción con el entorno. Esta tendencia se basa en teorías como el condicionamiento clásico de Pávlov y el condicionamiento operante de Skinner.

Psicología Cognitiva:

Según Leahey (2005) Watson pensaba en un nuevo modelo de observar la personalidad: el conductismo. Desde su mirada, enunciaba que debía ser objetiva y experimental de la ciencia innata gozando como meta supuesta el pronostico y el registro de la conducta, y suprimiendo la introspección como método necesario.

Esta rama está orientada al estudio de la tecnica mental, como el recuerdo, la percepción, el juicio y la resolución de dificultades. Los psicólogos cognitivos estudian cómo nuestro cerebro procesa la información y ejecuta toma decisiones.

Psicología Psicodinámica:

Según Ruiz Sanchez & Cano Sánchez, (1999, pág. 3) El vocablo psicodinámico nos refiere a una disputa adentro del ser, y consigue de manera inmediata protagonismo dentro de un medio de análisis. Este análisis procura arribar y desvelar la misma raíz del dilema, para definir factibles alcances que el paciente exhibe en su realidad. La base del tratamiento acostumbra perseguir el molde en el cual requiere al individuo encima de zona cómoda (tal vez un sofá o divan), y el psicoterapeuta yace alejado de él, para enterarse de lo que expresa la mente del paciente, y con eso, elaborar una conclusion. D

De manera usual el paciente explica sus imaginaciones, ideales, recuerdos y aspiraciones. El experto se compromete a ayudar a que el paciente aclare sus reflexiones. Esta perspectiva fue desarrollada por Freud y se focaliza en los procesos inconscientes y las motivaciones ocultas que afectan el comportamiento humano. Los principales conceptos de esta corriente son la teoría del inconsciente y la interpretación de los sueños.

Psicología Humanista:

Conocida usualmente como la tercera fuerza psicológica estampada por Maslow (Maslow, 1962 citado por Gondra, 1986, p. 50), apareció de manera pública en los United States of America (USA) en el año 1961 con la producción de la American Association for Humanistic Psychology (AAHP). Estuvieron y colaboraron, Abraham Maslow, Joe Adams, Anthony Sutich, Clark Moustakas y Dorothy Lee. Maslow se le considera como el promotor, y atribuye a que este flujo de fuerza no era la creación de una persona sino de muchas, como Golstein, Fromm, Allport, Horney y Murray, entre los predecesores y Rollo May, Carl Rogers, Erick Erikson o Gardner Murphy, entre sus representantes. Al igual que otros movimientos científicos sociales, la humanista-existencial no aparece de casualidad, desencadenada del entorno histórico y ambiental (Villegas, 1986, p. 11). En esta corriente se destaca el valor del desarrollo personal, basado en la capacidad y aptitud humana y la exploración de la autenticidad.

Psicología Evolutiva:

Para Bacáicoa (2006, pp. 109.131) esta rama se apoya en la Teoría Evolucionista desarrollada por Charles Darwin basada en el suceso de que en el transcurso del tiempo se producen variaciones lo que da lugar a engendramiento de individuos transformados

de manera hereditaria. Biológicamente se fundamenta en determinadas actuaciones humanas más destacadas tanto particulares como de manera social.

Se basa en saber cómo los desarrollos evolutivos afectan el progreso humano en el ciclo de vida. Explorar cómo las características biológicas y sociales se desenvuelven e influyen en el comportamiento y el pensamiento.

Psicología Social:

La psicología social es la materia en la que concurren, aunque en coincidencia, la expectativa, hipótesis, ideas y prácticas derivadas de distintas usanzas. por ello es que algunos autores la aprecian como un campo multireferencial y multiprocedimental (Galtieri, 1992; Páez, Valencia, Morales & Ursua, 1992) que en este tiempo ha llegado a diferenciado mucho más (Álvaro & Garrido, 2004). Está orientada al estudio de cómo las personas se ven afectadas en su entorno social y sus relaciones en grupos. Explora temas de conformidad, obediencia, prejuicios y aceptación social.

2.1.2. Áreas de intervención general:

Psicología clínica y sanitaria:

Entre las diversas derivaciones de la psicología, es la ocupada de analizar y tratar los trastornos y patologías del cerebro que influyen en la existencia habitual de los individuos, descubriendo y cambiando los patrones de conducta que provocan estos problemas.

La Asociación Americana de Psicología (American Psychology Association) (APA,1935) comenta que: “La psicología clínica es un aspecto adaptado de la psicología en general , que registra las habilidades de conducta y las peculiaridades de hábito de un individuo, a través de la utilización de sistemas de observación , de medida

y análisis, los cuales con origen en la fusión de estas revelaciones y con la data obtenida a partir del rastreo físico y de las memorias sociales, conceden recomendaciones para la correcta adaptación de los seres humanos”. (Brown, 1935, *Psychological Clinic*, 23, p. 5.).

La Sociedad APA de Psicología Clínica (SCP, 2000) afirma que el ámbito de la clínica se une el concepto, la ciencia y praxis para entender, predecir y moderar desequilibrios, incapacidades y molestias, impulsando el equilibrio del ser adaptable a la situación y fomentar el desarrollo personal; está orientada la actividad humana y aborda apariencia biológica, teórica, psicológica, emocional y conductual en el curso de la historia personal del ser, en la pluralidad cultural y en todos los escalones económicos.

Según EFPA, la Federación Europea de Asociaciones de Psicología, la psicología clínica es un espacio profesional de la psicología que se revisa los conocimientos y métodos al estudio del comportamiento anormal que refleja algo inherente a la persona. El estudio de la conducta en psicología clínica se ocupa de manera esencial de constituir diagnósticos psicológicos para describir los trastornos, analizar estados psicopatológicos para explicarlos y proporcionar tratamiento para abordar el problema y, si es necesario, realizar prevención en el asunto. En ese marco, la psicología clínica tiene sus propias formas, modelos y manera procesal, especialmente con usos y metodología psicodiagnóstica, modelos psicopatológicos y técnica psicoterapéutica (Papeles de Psicología Vol. 24, Vol. 1). Página 85 1-10).

Resnick (1991) la fija como la rama que engloba la investigación científica, instrucción y prestación de servicios vinculados con la práctica de fundamentos, modos y sistemas para la comprensión, predecir y aliviar la desadaptación, incapacidad e incomodidad de manera intelectual, psicológica, biológica y social, destinados a un gran abanico de usuarios. destinada a la valoración y tratamiento de las patologías mentales y

emocionales. Usa una variedad de terapias como la terapéutica cognitivo conductual, el tratamiento psicodinámico y la terapéutica humanista. Asimismo el diagnóstico y terapia de los desórdenes comportamentales, también desempeña en su campo de acción la administración de recursos, la preparación e instrucción de personas y la consultoría.

Neuropsicología:

Benton (1971) nos da a entender que la neuropsicología es la rama encargada de demostrar las vinculaciones de la función cerebral y nuestro comportamiento y que es hoy como la definen otros autores .

Benedet (citado por Bautista, 1986), en su libro Evaluación Neuropsicológica, fija una definición de neuropsicología como la disciplina que analiza y estudia las concordancias conductuales vinculadas con el cerebro, y se inicia desde el conocimiento, configuración y funciones de éste y, por otro, de la disposición de la conducta. Los neuropsicólogos investigan cómo las lesiones cerebrales y las enfermedades neurológicas alteran el funcionamiento cognitivo y emocional.

Psicología de la salud:

Esta rama implica intervenir en las variables psicológicas, afectivos, de contexto y culturales que subyacen al proceso salud-enfermedad, guiar a aquellos que padecen una enfermedad fisiológica, tanto en la fase crónica como durante los episodios agudos, y abordar los elementos psicológicos que contribuye al progreso de la enfermedad. afectan a estas patologías. Esto es psicología de la salud.

Bloom (1988) nos comenta que esta rama está en concordancia con la ciencia de la conducta, representaciones, sensaciones, gestos y pensamientos en correlación con salud y enfermedad del ser humano.

Carrobles (1993) manifiesta que la psicología se concentra en cuestiones de salud, causados por medios físicos o causas médicas, cuya intencion es prever la ocurrencia o de emprender su restauracion, apoyado en los discernimientos, fundamentos y el metodo científico, estableciendose como determinante principal la conducta, ademas de la salud como otras muchas mas enfermedades. es el estudio de cómo los componentes psicológicos influyen la salud corporal y el bienestar. Su objetivo es promover hábitos de vida sanos y controlar los males crónicos.

(Morales,1997, como se citó en Piña y Rivera, 2006) comenta que el concepto psicología de la salud se debe percibir como el area de la psicología orientada al saber de los factores de la conducta en la fase salud-enfermedad y en el servicio de salud, contribuyendo con fuerza en el fichaje de los procesos psicológicos que intervienen en la determinación de la salud, en el trance de enfermar, y en la condición y de manera basica en la reposicion de la salud

Psicologia del desarrollo:

Piaget (citado por Castilla 2013), en la teoría Cognitiva, habla sobre el intelecto del niño basandose en su crecimiento mental y el logro de habilidades. Desde su mirada de Piaget, la nocion de inteligencia es justificable como la adaptabilidad biológica, considerando el rol activo de la persona asi como en el progreso edificante de su conocimiento (Pozo, 1997).

Psicologia infantil y del adolescente:

Babativa (2017) nos señala que Piaget es la referencia actualizada en desarrollo infantil, ya que inició de manera temprana sus estudios e indagaciones en esta materia.

ulteriormente, fue biólogo y se consagró al final como psicólogo. Siendo padre de familia Piaget, examino el crecer de sus hijos y convoco su atención a los desiguales

procesos que ellos tenían frente al aprendizaje. de manera que, con el rastreo y control de su exploración, clasifica el modelo de desarrollo en etapas que se mantiene hasta hoy. Piaget propone también los postulados del aprendizaje, mencionando los procesos de asimilación y acomodación. Se enfoca en el desarrollo de la mente durante la niñez y la pubertad. Los psicólogos trabajan para prevenir, evaluar, diagnosticar e intervenir en cambios o problemas que puedan afectar desfavorablemente el comportamiento y las emociones normales de un niño o joven; o dañar su salud física o mental.

Psicología geriátrica:

Para Mercado (2017) llegar al último periodo de nuestras vidas para el envejecimiento se compone en un proceso variable a nivel físico como a nivel sociocultural. En líneas generales, asumimos que esta etapa es la recopilación de todas las variaciones que suceden en el tiempo a todas las criaturas iniciando en la fecundación hasta su muerte. (Cardona, 2002. Citado en Restrepo et al., 2006).

Conocida como la psicología del envejecimiento es una de las especialidades de la psicología que evalúa e interviene en los asuntos de salud mental de los pacientes mayores, al mismo tiempo que proporciona apoyo y asesoramiento a los afectados y a quienes cuidan de ellos. Esta área de la psicología es caracterizada por estudiar en profundidad los cambios de pensamiento, emocionales y sociales agrupados a esta etapa de la vida y pretende comprender su impacto en el confort y la calidad de vida de los pacientes mayores.

Psicología de la personalidad:

Allport (1936) (citado por Amarista 2005) aclara sobre la personalidad como un arreglo dinámico interno de la persona y sus sistemas psicológicos y físicos que establecen su

ajuste y adecuación en el medio que lo rodea. Esta explicación es considerada apta al requerimiento científico.

Como su nombre indica, es una especialidad de la psicología que estudia cómo se desarrolla la personalidad de una persona e investiga pensamientos, patrones de conducta y actitudes sociales, y trata los trastornos de la personalidad en su presencia.

Psicología social:

Comenzamos con la alocución "La Psicología Social es la ciencia del semblante social de la vida psíquica" (Turner, en Morales 1994) que advierte que es un campo que analiza cómo el entorno social y la presencia actual, imaginada o de manera tácita de otros individuos, y afecta nuestros procesos psicológicos y cómo nos comportamos.

Psicología educativa:

Según Paz y Peña (2021) se determina como sinopsis tener un enfoque extenso acerca del aprendizaje, con el móvil que se produce en ambientes formales e informales, reconociendo en el alumno como un individuo en aprendizaje y que su formación sea de manera global incluyendo valores para promover su crecimiento no solo a nivel mental sino social y ético.

Se centra en los procesos de instrucción y desarrollo en un contexto educativo. Explora cómo los estudiantes alcanzan conocimientos, habilidades y estrategias para mejorar la enseñanza y su formación. Uno de los objetivos de los especialistas que trabajan en este campo es recomendar mejoras en el procedimiento de instrucción y aprendizaje en las escuelas, logrando que los estudiantes desarrollen con eficiencia, habilidades cognitivas de acuerdo con sus capacidades y necesidades educativas, además de brindar asesoramiento profesional y vocacional.

Psicología del trabajo y las organizaciones:

Diaz (1998) enuncia que es la reunión de áreas que son apasionadas en el análisis del proceder de los individuos ubicados en su espacio de labores, y de la praxis en las entidades de trabajo (Drenth, Thierry, Willems y De Wolff, 1984; Saal y Knight, 1988; Hollway, 1991; Cooper, Arnold, y Robertson, 1995), o el examen científico del vínculo entre el ser humano y el ámbito laboral (Porter Lawler y Hackman, 1975).

La psicología del trabajo, destaca por ser el área de la psicología orientado a promover el bienestar de los empleados y así aumentar la eficiencia de la organización. Las personas tendemos a ser más productivas cuando estamos satisfechos con nuestro trabajo. Con este fin, los psicólogos ocupacionales realizan evaluaciones de salud y desempeño de los empleados, promueven un ambiente de trabajo positivo, brindan servicios de coaching empresarial y capacitan a empleados y gerentes.

Psicología ocupacional:

Schein (1982) arguye que una entidad esta conformado por una asociación de personas que regulan via planificación sus labores para facilitar la ganancia de una finalidad o fin común y claro, mediante de la partición de las labores y puestos asignados, y gracias a clasificaciones de nivel de autoridad y responsabilidad.

La psicología del trabajo es una disciplina que estudia todas las cuestiones relacionadas con el bienestar emocional de los empleados de la empresa desde varios aspectos: características de los empleados (estrategias de afrontamiento, síntomas, etc.), clima social (falta de apoyo social, conflictos con los empleados, bienestar emocional de los empleados, directivo, etc.), horario de trabajo (sobrecarga, falta de autonomía, etc.) y factores extraorganizativos (responsabilidades familiares, etc.). Los psicólogos del trabajo también profundizan en temas como la conciliación, la ayuda a la reinserción

laboral, los programas de capacitación al empleado, el análisis de desempleo en la zona geográfica, satisfaciendo las necesidades de las organizaciones actuales y del cambiante mundo del trabajo.

Psicología deportiva:

Nitsch (1978, 1), afirma que la psiquis deportiva es caracterizada como una saber experimental , que observa, examina, reflexiona sobre las requisitos, plazos y frutos de orden psíquico de los hechos conectados con el ejercicio y el deporte e infiere oportunidades para cambios. las acciones vinculadas deporte se entendidas por todas las acciones que se dirigen con relacion a eventos deportivos (ejm, el proceder de los concurrentes en juegos deportivos), los cuales se instauran y se ajustan con un objetivo y se realiza en forma activa.

Psicología Forense:

La Psicología Forense es declarada como: “toda psicología, bien experimental o clínica, orientada a la elaboracion de investigaciones psicológicas y a la conexion de los resultados, así como a la confeccion de evaluaciones con grado de valoracion psicológica para su aplicación en el entorno legal” (Garzón, 1990 citado por Alcázar Et al, 2008)

Denominada también como psicología pericial, por aplicar en su campo el sistema legal y esta insertado en el ámbito judicial. Una de las responsabilidades del psicólogo forense es asesorar a jueces y tribunales otorgando datos e información específica través, mientras ayuda a resolver delitos. Para ello, investiga recoge y analiza previamente una serie de pruebas a través del peritaje psicológico otorgando valoración del estado mental de las personas acusadas y de la víctima, analizando la veracidad de

los testimonios vertidos en el proceso judicial, y que luego son presentadas y consideradas en la prueba final.

2.1.3. Área de intervención del ejercicio profesional:

Durante el lapso del 2022 en el intervalo de enero a diciembre realicé mi práctica profesional desempeñándome en el ámbito clínico utilizando enfoques psicoterapéuticos como la terapéutica Gestalt y en el tratamiento cognitivo conductual para lo cual realicé diplomados y cursos de especialización en dichos enfoques.

La Psicología Clínica:

Como comentaba al inicio de este capítulo, esta área se encarga de evaluar y abordar todo lo relacionado a la salud mental como: las conductas anormales y los problemas emocionales de las personas, etc. Esta actividad se realiza en lugares como hospitales privados o públicos, centros médicos como policlínicos y postas, en centro de educación especial, casa de ancianos y residencia asistida así como también centros psicológicos y consultorios particulares.

La terapia Gestalt:

La terapia Gestalt esta fundamentada en principios y conceptos que forman el marco teórico para el desarrollo del terapeuta en la terapia Gestalt y bajo los cuales el terapeuta se forma para la posterior aplicación en la terapia. Entre ellos encontramos los siguientes:

Fenomenología:

Conocida como una corriente filosófica desplegada por Edmund Husserl hacia la mitad del siglo veinte . Según Patton (citado en Latorre, 1996), y se puede definir como un enfoque filosófico que se centra en la experiencia y la percepción subjetivas del ser

humano. En Gestalt, el terapeuta utiliza una postura fenomenológica, ahondando en la experiencias propias y la experiencias humanas como referencia en lugar de explicaciones o premisas teóricas. Durante este proceso, el terapeuta ayuda al paciente a conectarse con sus experiencias y obtener una mayor comprensión de sí mismo y de su entorno.

Holismo:

El holismo (de la palabra oloz = completo, entero, todo) es una forma a reflexionar las realidades previamente, de manera total y global, y posteriormente, de manera individual o fragmentada. (Ferrater, 1994).

El holismo tiene el origen de que el íntegro o total es mayor que la suma de sus partes. En Gestalt, el terapeuta trata al individuo como un todo, e integra las dimensiones cognitiva, emocional, física y social durante la terapia. Esto incluye cuidar las interacciones de los pacientes con su entorno y facilitar la integración de diferentes aspectos de su experiencia y aspectos de ellos mismos.

Autorregulación orgánica:

Según Burga (1981) según el aspecto gestáltico, el ente atiende a temas importantes para su conservación y perduración. tiene requisitos que deben ser satisfechos para subsistir y lo alcanza por medio de una transformación que conviene mantener el equilibrio.

La autorregulación orgánica está descrita en la competencia innata del individuo para regular y equilibrar su cuerpo de acuerdo con sus necesidades y deseos. Los terapeutas Gestalt apoyan y promueven la autorregulación orgánica del paciente, promueven la comprensión por parte del paciente de sus necesidades y el desarrollo de estrategias adaptativas para la satisfacción.

Teoría del campo:

Lewin (1951) (citado por miranda 2023) reflexionaba en un ser como un enmarañado espacio de vectores de energía, en un sistema activo de escasez e incertidumbre que conduce ideas y hechos. El proceder (C) en la variable (f) de un ente (P) relacionado con el contexto (A). En la relación $C = f(P, A)$. Conforme al ser se desplaza en un espacio psicológico que Lewin lo denominó espacio vital. Este espacio tiene ciertas intenciones y valencias de cargas positivas y cargas negativas. Estos valores o variaciones se atraen o repelen. Para simbolizar los conceptos Lewin accedió a las figuras de la geometría representacional no cuantitativa. Él quería hacer crecer una psicología topológica, cuyo fin era demostrar la desunión del ser con el mundo entero. Lewin graficó el espacio vital como un encerradero en las curvas.

Esta teoría se basa en que los individuos y el medio ambiente son campos dinámicos que están interconectados y se influyen entre sí. En la terapia Gestalt, el terapeuta conecta al paciente con el entorno y trabaja para promover el cambio en el individuo y su ambiente. El terapeuta y el paciente también forman parte del campo terapéutico, lo que significa que ambos interactúan constantemente durante el proceso.

Teoría del contacto y la retirada:

Goodman Perls y Hefferline (2006) muestran que la interrelación entre el organismo y su entorno es el inicio y comienzo de cualquier investigación. Y a la acción recíproca del organismo y su entorno fue llamada campo organismo vs entorno. cualquier ser se contacta persistentemente con el entorno, satisfaciendo sus necesidades fisiológicas realizándolas de manera interna, aun cuando se necesita el contacto con resto del mundo. Las exaltaciones físicas o pre contacto, inician el ardor psicológico del procedimiento figura/fondo” (pp. 223-226).

Esta teoría se refiere al desarrollo de relación por medio del individuo y el entorno y cómo se puede lograr el crecimiento cambiando el contacto y la retirada. Los terapeutas Gestalt ayudan a los pacientes a reconocer y afrontar las alteraciones de este proceso, facilitan el contacto con sus sentimientos y experiencias y, si es necesario, apoyan una salida adecuada.

Terapia Cognitivo Conductual:

Los estudios de Carl Rogers revelaron que la psicoterapia es una fase de intercambio entre el psicoterapeuta siendo el ente capacitado para evaluar y generar transformaciones, y el individuo que recibe asesoramiento llamado paciente. Con la finalidad de incrementar la calidad de vida, generando cambios en su comportamiento, actitudes, pensamientos o sentimientos. Rogers creía que existen muchos métodos de psicoterapia, incluida la terapia cognitivo-conductual" (Docstoc, 2010).

Su objetivo es conectar el pensamiento y el comportamiento, reunir las contribuciones de diferentes corrientes del método científico, para obtener una fuerte integración de la psicología cognitiva y conductual como aplicación clínica. Se puede incluir técnicas como reestructuración cognitiva, adiestramiento en relajación y otorgar diferentes estrategias y ensayos de manejar situaciones difíciles y afrontarlas.

La terapia cognitivo conductual toma la razón conductista de que el comportamiento humano se aprende, como la constitución de relaciones entre conceptos propios, cuadros cognitivos y preceptos sociales. Las apariencias cognitivas, emocionales y de conducta se hallan interconectados, por lo que si hay cambios en uno de ellos, las otras dos partes se ven afectadas. Las interrelaciones de estructuras de significado (esquemas cognitivos) influyen significativamente en la representación y organización del significado de cada persona para su experiencia, la de los demás y la

de sí mismo. La TCC analiza a los seres y su comportamiento y proporciona un análisis más completo de las personas.

Se trata de un trabajo terapéutico guiado porque amplía el mundo de perspectivas desde las que se puede centrarse en la causa del conflicto. Esto obliga a los pacientes a buscar lo que los teóricos llaman pensamiento irracional, lo que lleva a una reorganización cognitiva que promueve una adaptación preferible al entorno del paciente. La TCC percibe al ser humano y su comportamiento, y hace un análisis más completo de este.

La terapia cognitivo conductual presenta las siguientes fases:

1. Evaluación: Los casos se revisan utilizando métodos como entrevistas y observaciones clínicas, notas, autorregistros y otra documentación e instrumentos estandarizados. Formule una hipótesis y delinee los objetivos del tratamiento para el problema que presenta la persona.
2. Intervención: el uso de métodos terapéuticos para lograr los objetivos establecidos.
3. Seguimiento: evaluar la efectividad a mediano y largos intervalos de las alternativas de tratamiento y realizar los ajustes necesarios para mantener los cambios positivos.

2.1.4. Función general:

La función fundamental en la praxis del psicólogo clínico es la evaluación, ya que le permite investigar, plantear objetivos, hacer intervención, predecir y volver a evaluar si las metas fueron alcanzadas (Lemos, 2012).

Las principales funciones para el ejercicio son evaluación, diagnóstico, procesamiento e intervención psicológica, la consejería, consultoría, programa de prevención,

rehabilitación y fomento de la salud, la indagación enseñanza y supervisión y retroalimentación de los casos.

2.1.5. Funciones específicas:

Acompañar el desarrollo integral de los pacientes que acuden al centro a través de medidas psicológicas y psicoeducativas que promuevan la custodia de la salud mental en niños, jóvenes y adultos.

Desarrollar e implementar planes de tratamiento individuales y de manera grupal adaptado a la necesidad específica en cada paciente o grupo.

Investigación, diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos (terapia y psicoterapia, problemas psicosomáticos y sexuales) en nuestros pacientes.

Psicoterapia online y presencial para adultos y jóvenes.

Seguimiento de casos tramitados.

Diagnósticos y evaluaciones de pruebas psicológicas y entrevistas a pacientes y al personal, tanto online como presenciales, así como orientación y asesoramiento al paciente.

Elaborar, preparar y redactar informes y contenidos psicológicos. (semanal y mensual)

Realizar y controlar evaluaciones psicológicas y psicométricas según los grupos profesionales definidos en los procedimientos internos de la región.

Corregir y cargar las pruebas realizadas en el sistema.

Formación continua en materia docente.

Realizar tareas asignadas por supervisores directos.

2.2. MARCO TEORICO DE VARIABLES:

2.2.1. Variable 1: Depresión

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2023) La depresión es una afección universal que se interpone con la vida habitual, con la posibilidad de laborar, aprender, descansar, engullir y regocijarse de la vida. una depresión es suscitada por la conjugacion de elementos relacionado con los genes, fisiológicos, medioambientales y de personalidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es uno de los padecimientos más habituales el cual perjudican a todas las sociedades del mundo. La depresión suele comenzar a una edad temprana.

La depresión también es una respuesta emocional que muchas veces se experimenta en forma de tristeza, desilusión o tristeza (Hopko, Lejuez, Armento, & Bare, 2004).

La depresión tiene un carácter clínico y es un padecimiento de la alteracion de la situacion de ánimo. Entre estos distinguimos la melancolía, el trastorno bipolar asi como algunos trastornos del estado de ánimo; aunque, según Vallejo (2000), la naturaleza y limitaciones de todos estos trastornos relacionados con el estado de ánimo aún no están del todo definidas.

En la CIE-10 según el codigo F43.2 en los trastornos de adaptacion, la experiencia del duelo se constituye como un malestar cualitativo que incluye malestares y que obstaculiza y genera estrés al individuo por lo que lo afecta socialmente y no solo se interpone ante sino tambien ante el grupo.

Tipos de depresion:

En el DSM V Quinta edición (2018), la expresion depresión se alude específicamente a cualquier trastorno depresivo, y algunos tipos de trastorno se clasifican según síntomas específicos, y se clasifican de esta manera:

Trastorno de desregulacion disruptiva del estado de animo 296.99 (F34.8) el que se incluye el trastorno de depresion mayor y según su grado de gravedad.

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3) que se incluye el trastorno depresivo instigado por una medicina o fármaco y se incluye el trastorno depresivo en virtud de otra afección medica

Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)

Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)

Factores de riesgo de la depresion:

Los agentes de riesgo involucran componentes genéticos, médicos, ambientales y sociales son:

Tiempo de vida

trastorno depresivo anterior

Antecedentes familiares

Caracteristica biologica (Sexo)

Embarazo y post parto

Evento emocional infantil

Hechos vitales generadores de estrés

Beneficios mínimos

Falta de apoyo social

Dolencia médica intensa

Locura

Alteraciones por dependencia de sustancias tóxicas

Causas de la depresión:

En la sección de atención integral de salud mental (2005) la administración general de promoción de la salud estrategia sanitaria nacional de salud mental del MINSA comenta que, algunos tipos de depresión influyen de manera desfavorable a diversos miembros de la familia nuclear, por lo que sugiere que hay posibilidad de recibir la propensión biológica siendo el caso en la afección bipolar en sus dos tipos. La indagación en descendientes con este trastorno encontraron algunas diferencias en la composición genética de quienes padecen el trastorno en comparación con quienes no lo padecen. Sin embargo, no todas las personas con esta predisposición desarrollarán este trastorno.

Existen otros elementos complementarios que cooperan en el brote de la enfermedad: el estrés en nuestra existencia, la familia, el trabajo o los estudios.

Los sujetos que atraviesan autoestima baja, tienen una autopercepción desilusionada de ellos y de la sociedad. Perciben estar agobiados por el estrés y proclives hacia la depresión. Aun es confuso si se habla de una disposición psicológica o el inicio de alguna enfermedad. En los últimos tiempos, investigaciones científicas en el Perú han demostrado que ciertas enfermedades físicas impulsan problemas psicológicos. La

depresión puede darse también ser consecuencia de padecer enfermedades como derrames cerebrales, enfermedades cardíacas, cáncer y otras enfermedades como la peste blanca. Las personas enfermas y decaídas se sienten indolentes y sin voluntad de satisfacer sus privaciones físicas, lo que puede afectar su recuperación.

El doliente de un ser fallecido atraviesa problemas tanto sociales como de manera personal, puede ser discriminado puede sufrir violencia a nivel doméstico, pasa por problemas económicos, que son gatillas para sufrir estrés y ansiedad y originan un cuadro de depresión, después de este inicio puede tener consecuencias posteriores como el nerviosismo porque ya piensa en el futuro y también las evitaciones a momentos de estrés.

Características de la depresión:

Etapas de disposición de tristeza y nerviosismo causante de ansiedad

Emociones de exarcebación y desesperanza.

Sentimientos de fracaso, sentirse inútil y ser incapaz.

Extravío en el interés o gusto en el área de diversión y limitación en acciones que disfrutaba de manera anterior, incluidas las actividades sexuales.

Descenso de energía, cansancio, agotamiento o movimientos lentos.

Decrecimiento para concentración, evocar y toma de decisiones.

Insomnio, levantarse más temprano o pernoctar demasiado.

Pérdida de peso, disminución del apetito, comer demasiado y ganar peso (una dieta desequilibrada se considera diferente a la normal en comparación con otras personas).

Pensamientos e intentos de suicidio

Desasosiego, irritabilidad.

Criterios de diagnóstico de la depresión según el DSM-5:

Conforme al DSM V el trastorno depresivo mayor figura como la alteración clásica del grupo depresivo y para diagnósticas hay que cumplir con cinco de los nueve síntomas que son:

1. Estado de ánimo deprimido en el mayor tiempo durante el día o casi todos los días durante la semana
2. Importante disminución de foco de atención y placer en acciones durante el día sujeta a observación.
3. Importante pérdida observable de peso sin dieta
4. Dificultad para conciliar sueño todos los días
5. Estado de agitación e inquietud y desarrollo psicomotor inferior al normal
6. Agobio y poca energía todo el tiempo.
7. Sentirse inútil y sentirse culpable de manera excesiva la mayor parte del tiempo
8. Impedimento y descenso para concentración, razonar o tener juicio para tomar decisiones.
9. Ideas recurrentes acerca de la muerte y autoeliminación sin planeación previa.

Así mismo, estos síntomas provocan graves molestias y alteraciones psicosociales y no son consecuencia directa de una sustancia ni del estado de salud general. Este trastorno no desecha la diagnosis de un episodio depresivo mayor.

2.2.2. Variable 2: Duelo

Sigmund Freud (1917) comentó en su libro “Luto y melancolía” que esta manifestación de dolor es una contestación por la pérdida de algo querido, ya sea una persona o un concepto abstracto (como la libertad, los ideales, la paz, etc.); es decir, no sólo la pérdida de cosas materiales (casas, dinero, objetos, partes del cuerpo), sino también la pérdida de cosas intangibles (pérdidas esperadas del futuro, relaciones, proyectos, ideales de uno mismo, etc.).

Por otro lado, Colomo (2016) afirma que “es un proceso mental y emocional difícil en el que hay que afrontar el dolor de la ausencia y tratar de reestructurar la conexión emocional con el fallecido para poder seguir adelante tras aceptar la pérdida” (p. 17).

Hoyos (2015) asegura que “El duelo se puede explicar como un conjunto de figuras mentales y comportamientos asociados a la pérdida emocional, con el objetivo de admitir la existencia de la ausencia del otro y ajustarse al nuevo entorno” (p. 28),

Mestanza (2020) examina que el duelo es estimado como una consecuencia natural cuando perdemos a un familiar o una cosa. Desarrollar el duelo no es fácil ni rápido porque depende de la gravedad de lo que se está perdiendo y de sus características y logrará resolverse cuando la persona consiga la armonía y acepte la pérdida. el duelo es un acervo de cultura como científica que nos referimos sobre todo a una serie de procesos psicológicos y sociales que ocurren después de una pérdida. La palabra duelo está asociada a una pérdida, pero debe entenderse como una serie de procesos biopsicosociales que se inician en la pérdida sino también en lo personal.

Tipos de pérdida:

Pangrazzi (1993) detalla los patrones de forma de pérdida que se sintetiza en cinco agrupaciones:

1. Pérdida de vida. Es una pérdida absoluta, de otra persona o propia, se da en sucesos de enfermedades irreversibles que uno enfrenta al final de la vida.

2. Pérdida de apariencia sobre uno mismo. Son bajas sujetas a la salud. Aquí están las pérdidas tangibles, aludidas a nuestra fisonomía, se incluye la capacidad sensorial, cognitiva, motora, como psicológica.

3. Pérdida de objetos externos. La pérdida aquí no parece estar directamente relacionada con la persona misma, sino con la pérdida material. Estas incluyen empleos, situación financiera, propiedades y objetos.

4. Pérdida emocional. Por ejemplo, romper con una pareja o una amistad.

5. Pérdidas relacionadas con el crecimiento. Hablamos de pérdidas enlazadas con la propia etapa normal de la vida, como el tránsito en diferentes etapas o edades como la etapa infantil, la pubertad, la mocería, menopausia, la vejez, etc.

el duelo invariablemente se inicia cuando hay una pérdida.

Tipos de duelo:

Meza (2008) encuentra que existen tres formas de duelo:

Duelo patológico:

Presentado de muchas formas y con muchos nombres, son denominados como no resuelto, complejo, crónico, exagerado o retardado. En su última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría se refiere a las reacciones de duelo patológico como "complejo". Como sea nombrado, este duelo aumenta hasta el punto en que la persona se siente abrumada, adopta conductas inadecuadas o permanece así sin avanzar en el proceso de duelo para resolver los problemas, se incluye a procesos que conducen a modelos repetitivos o interrupciones

frecuentes de la terapia. A menudo se supone que cuando la angustia moral persiste durante mucho tiempo, existe el riesgo de sufrir un duelo patológico; de la misma manera, cuando el grado de energía no sintoniza con el carácter previo del doliente; como también lo imposibilita amar a los demás o atraerlos, cuando se vuelve ineficaz en la rutina diaria e incapaz de hacer otra cosa que no sea recordar al difunto o la situación de duelo.

Duelo anticipado:

No empieza el duelo al instante de la muerte, sino con mucha anticipación. Cuando se hace un diagnóstico incurable, los miembros de la familia se afligen, pero también se adaptan de manera inconsciente a la nueva situación. A partir de este momento comienza el llamado duelo anticipado, que permite a los involucrados divulgar los sentimientos que los afectan y estar preparados para la despedida.

Duelo crónico:

Se trata de un caso constante de exceso que nunca conduce a resultados satisfactorios. El duelo crónico puede durar toda la vida. Cobo Medina (2001) dice que la existencia de algunas personas consiste en tristeza, la cual define el núcleo constitutivo de su existencia.

Al mismo tiempo, siendo muy popular el modelo de duelo en cinco fases de Kübler-Ross (1969), hay pocos estudios que han comparado empíricamente la secuencia de las etapas.

Maciejewski et al. (2007) encontró también cinco indicadores de las cinco etapas del duelo, cuyo orden de frecuencia máxima corresponde a la teoría de etapas de Kübler-Ross (1969).

Explica la autora sobre la muerte y el morir (Death and Dying), que atravesamos por las fases de negación, luego una de ira, negociación, depresión y para concluir la aceptación de la pérdida. Utilice la abreviatura "NINDA" para recordar:

Negación:

La negación del doliente es una respuesta que aparece de manera inmediata posterior a la pérdida, y de manera frecuente se acompaña por el shock o inmovilidad emocional e incluso a nivel cognitivo. Esta primera etapa puede ser muy difusa ya que tiene varios caminos a resolver, ejemplo, se niega la pérdida o su certeza de la misma, en vez de negar que la pérdida haya ocurrido.

Ira:

El fin de la negación es vinculada con el sentimiento de decepción y falta de fuerza, porque la persona no puede cambiar las consecuencias de lo ocurrido. dicha frustración, provoca el sentimiento de enojo y rabia que sucede de manera habitual, sobre todo en instantes de tristeza. En el momento de ira, los dolientes procuran echar la culpa por lo sucedido a otra persona o incluso con uno mismo. Este proceso conlleva el lidiar con la frustración y la ira del doliente, ya que son manifestaciones psicológicas pero que son inútiles para aislar el estado emocional que se encuentra el doliente.

Negociación:

Esta fase existe la esperanza de que nada sea alterado y de que se pueda influir de alguna manera en la condición que pasa el doliente. Un ejemplo clásico es que una individuo reciba el diagnóstico de un malestar irreversible y, a pesar de saber que no hay cura; otro ejemplo es el buscar y tantear otras opciones de terapia, así como creyendo que si se comporta diferente, volvería con su pareja (en caso de separación).

Depresión:

Esta fase el doliente descubre la depresión. en este lapso, los dolientes reconocen la nueva realidad sobre la pérdida, y que origina sentimientos de aflicción y desesperanza, además de recorrer diferentes clásicos síntomas como estado depresivo, el sentirse aislado socialmente y la disminución de motivación. Perder a un familiar o amigo, afrontar nuestra mortalidad y otros motivos para estar en duelo, hace que la vida nos parezca insignificante, por lo menos por un lapso de tiempo. Aun cuando en la siguiente etapa de la aceptación significa el aceptar el sentimiento de tristeza de una manera natural.

Aceptación:

A medida que avanzamos por las diferentes etapas anteriores, aceptamos la pérdida del ser querido para establecer un momento de paz y comprensión sobre la muerte y otras pérdidas pertenece al ciclo inherente a la vida del ser humano. Esta fase se relaciona con lo inevitable del suceso y por ende con el proceso en sí. y si tenemos una enfermedad terminal, es común en el momento de la muerte reflexionar sobre la propia vida y mirar hacia el pasado.

Consecuencia de las pérdidas a los deudos:

Torres (2020) comenta que, así como todos somos diferentes, así serán nuestras experiencias; por lo tanto, las manifestaciones de las pérdidas no son genéricas y se modifican en cada persona y la respuesta ofrecida por cada uno, en las medidas adoptadas para soportarla. Estas manifestaciones según la dimensión, son las siguientes:

Dimensión Física: Malestar físico con sensación de vacío, molestias en la garganta, dificultad para dormir y comer, dolor en el torax, espasmos, poca energía, etc.

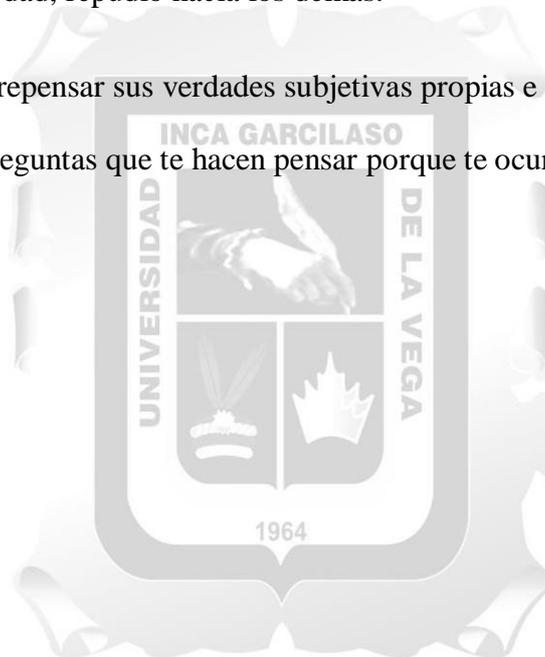
Dimensión Emocional: percibe emociones como la tristeza, ira, temor, culpa, soledad, ansiedad, incapacidad, añoranza, desesperación, consuelo, dolor.

Dimensión cognitiva: impedimento en la concentración, apatía para hacer cosas, desconcierto.

Dimensión conductual: es la variabilidad en la conducta en comparación con patrones anteriores, como aislamiento social, agitación, recaída, aumento del tabaquismo o del consumo de licor.

Dimensión social: soledad, repudio hacia los demás.

Dimensión espiritual: repensar sus verdades subjetivas propias e ideas de relevancia personal. surgen las preguntas que te hacen pensar porque te ocurre a ti esta situación.



CAPITULO III: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

3.1. TEORIA Y LA PRACTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL:

Hacia el 2021, Perú reportó poco menos de 1 millón 370 mil casos de problemas de salud mental durante la epidemia. En 2022, esta cifra aumentó a 1.632 mil casos, un aumento de casi el 20%, y se han recibido registros hasta septiembre del 2023, de 1 millón de visitas. Se espera que la tendencia alcista continúe en los últimos meses. La psicología es sumamente importante en nuestro contexto ya que como profesión tiene como objetivo promover y prevenir la salud mental en diversos ámbitos laborales y profesiones. En la actualidad existen en el Perú cerca de 52.000 psicólogos registrados en todas las profesiones, cuyo ejercicio profesional está avalado por la Ley 23019.

Por otro lado, creo que la psicología como profesión forma profesionales que se especializan en comprender las funciones de la mente humana y cómo estas funciones influyen en el comportamiento, es gracias a ello que se pueden realizar predicciones sobre el comportamiento humano, enfatizando que son posibles y siempre respaldadas por la teoría y la ciencia.

Dentro de mi profesión como psicóloga decidí especializarme en clínica, en la cual me he venido laborando desde enero del año 2022, para realizar un desempeño óptimo lleve cursos de especialización en Psicoterapia Gestalt, Psicoterapia Cognitivo Conductual, diplomado en Psicología de la Salud, Terapia de Pareja y familia entre otros cursos de especialización en el área clínica.

Las actividades que he venido desarrollando en el centro Educa T dentro de la atención tanto presencial como virtual en el área clínica son: observación, entrevista y evaluación para la presunción diagnóstica, prevención e intervención de tipo terapéutico a todos los que acuden al centro por alguna afectación en cuanto a su salud mental, apoyo en las

demás áreas del centro así como el apoyo a la salud mental en campañas medicas presenciales y virtuales.

3.1.1. Antecedentes internacionales:

Arteaga (2022) hizo un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales en niños y adolescentes durante la pandemia Covid-19 en el servicio de salud mental de la clínica San Juan de Dios en Manizales, Colombia. Se utilizó la metodología con enfoque cuantitativo, de diseño trasversal, observacional, no experimental, descriptivo, analítico, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario para la salud de pacientes (Patient Health Questionnaire PHQ-9) y el Child Behavior Checklist (CBCL-4-18) orientado hacia la población estudiada, la muestra utilizada fue conformada por 402 personas, el análisis estadístico se aplicó software SPSS V25. Los resultados arrojaron una correlación entre ambas variables y entre las dimensiones depresión en cuidadores y síntomas afectivo comportamentales. la conclusión indica que, se encontró una correlación entre esas variables, y a pesar que es de baja intensidad es significativa además que es de manera directa proporcional

Altamar (2021) hizo un estudio en la relación del afrontamiento del duelo y su incidencia en el comportamiento de adolescentes en la comuna 7 del distrito de Riohacha en la provincia de La Guajira en Venezuela la metodología usada fue de corte cualitativo descriptivo e interpretativo, que delimita el objeto de estudio, de estudio transversal de diseño no experimental, la recolección de datos fue de entrevista semiestructurada la muestra alcanzó a 20 familias con adolescentes entre 12 y 17 años, los resultados indicaron que las personas informantes comentan que las dimensiones que generan más tensión y conflicto en una pareja son, contrariedad en aceptar que la pareja viva el dolor a su modo; aparentar ser fuerte se percibe en la pareja como falta de

interés o ausencia de dolor; no llorar se percibe igual a no sentir dolor; no hablar del fallecido se asemeja al olvido; advertir que el otro es el responsable, expresándole los reproches, el ser irritable, intranquilidad, descortesía, los adolescentes necesitan acompañamiento en la etapa de duelo; como conclusiones se menciona que los adolescentes tienen un proceso complejo en el duelo por las emociones negativas que atraviesan sufriendo un cambio en la relación de manera reactiva con el grupo familiar ante la experiencia de pérdida y para eso se vence el trabajo de duelo, con la aceptación y permanencia de la persona amada perdida dentro del círculo de manera positiva.

Lascarro (2022) elaboro un trabajo sobre la correlación entre la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa en Barranquilla, Colombia, el metodo usado fue de tipo cuantitativo de diseño no experimental, transversal y descriptivo, en la muestra participaron 366 estudiantes entre las edades de 18 a 29 años y se aplicaron los cuestionarios de Beck BDI II (1983) el inventario de ansiedad estado rasgo STAI de Spielberger, la escala de estrés percibido EEP-14 y un cuestionario de caracterización sociodemográfico. Los resultados demuestran que se encontraron importantes puntajes en la dominancia en ansiedad, depresión, y estrés en la muestra observada, de manera especial en mujeres; las conclusiones fueron que los escalones de depresión, ansiedad y estrés tienen secuelas que estan afuera del marco educativo. los resultados son favorables para generar estrategias y programas para promover el bienestar de la comunidad. En las conclusiones se confirma la presencia de las variables depresión, estrés y ansiedad en los estudiantes, y las mujeres tienen mayor prevalencia de ansiedad en relación a los hombres, así mismo que las personas al no recibir tratamiento, las manifestaciones de ansiedad depresión y estrés pueden aumentar y comprometer su calidad de vida.

Ordoñez (2020) hizo un estudio cuyo objetivo era establecer la presencia de la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina como estudio descriptivo transversal sobre nivel de depresión y ansiedad según inventario de Beck en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, en el 2020, el diseño metodológico empleado fue descriptivo transversal cuantitativo de diseño no experimental, la muestra llegó a los 359 estudiantes inscritos en la carrera de medicina, los instrumentos fueron el inventario de ansiedad de Beck y el inventario de depresión de Beck. Los resultados muestran influencia sobre la ansiedad leve con el 68% y la depresión leve con el 66%; en estudiantes que atravesaban depresión más ansiedad predominó la ansiedad de manera severa con un 41% y la depresión moderada con un 57%; ubicándose a la mayoría de los estudiantes entre los 16-20 años con un 58%. En las conclusiones se determinó que el 98% en los estudiantes presentaron ansiedad o depresión según el test de Beck. Se estableció que los estudiantes sufren de ansiedad de manera leve en un 68% y la depresión leve con un 66%, mientras que en los alumnos que tenían depresión más ansiedad primero la ansiedad severa con un 41% y la depresión moderada con un 57%.

3.1.2. Antecedentes nacionales:

Coapaza et al., (2021) realizó algunas investigaciones sobre el proceso de duelo relacionado con la depresión mediante artículos científicos iberoamericanos de los últimos 19 años en Lima Perú. El método para desarrollar se realizó a través de una revisión de literatura de 18 artículos publicados en países iberoamericanos sobre el proceso de duelo y la depresión. Los resultados mostraron que la depresión es una enfermedad que se reconoce que, si una persona atraviesa por un duelo y no se atiende a tiempo, genera depresión en el individuo, lo que lo afecta en el trabajo, de manera familiar y social, en los últimos meses los casos por depresión se incrementaron por que

la pandemia también aumento. Los familiares en el proceso de duelo se observaron que se apoyan entre sí, las conclusiones muestran que los persistentes cambios de un individuo depresivo frente a la muerte de un familiar y el constante estado de alerta hacen que tenga una sensación de tristeza constante afectándolo en su desempeño laboral debido a que este trastorno se desencadena en la etapa de duelo, por lo que es primordial el rol que cumple la familia en este proceso.

Mestanza (2020) elaboro un análisis sobre el grado de duelo ante la muerte en familiares de fallecidos por Covid-19 en los meses de setiembre a noviembre en Jesús Maria, Lima Perú. el método fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y de nivel descriptivo. Se utilizo como instrumento un cuestionario autoadministrado con variables de caracterización y un instrumento tipo escala de 21 ítems divididos en 2 partes con 8 ítems para la variable comportamiento en el pasado y 13 ítems para para la variable sentimientos actuales, los resultados establecieron que los familiares de los fallecidos por covid-19, el 40,8% tenían entre 26-45 años, 57% eran de sexo masculino, 81% tenían grado de instrucción superior, 30,3% eran trabajadores independientes, 45,8% tienen otros familiares fallecidos y el 88,7% el tiempo era de meses del familiar fallecido. El 59,15% obtuvieron un cierto grado de duelo ante la muerte alto; 7,04% grado de duelo bajo y 33,80% medio; en la dimensión comportamiento en el pasado del grado de duelo ante la muerte, el 73,94% fue alto; 7,75% fue bajo y 18,31% fue medio y en la dimensión sentimientos actuales del grado de duelo ante la muerte, el 61,27% es alto; 3,52% fue bajo y 35,21% fue medio.

Arana y Rojas (2018) establecieron un estudio acerca de la relación del apoyo social y fases psicológicas que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo en el departamento de la Libertad, la metodología utilizada en esta investigación fue de método cuantitativo, con característica no experimental y de tipo

transversal correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) de Sherbourne y Steward (en USA 1991) conocida como Medical Outcomes Study- social support Survey y la escala de actitudes frente a la enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP) elaborado en Trujillo por Raymundo y Ayala (2010) además se uso una ficha sociodemográfica para obtener datos adicionales de relevancia del paciente. la muestra utilizada alcanzo los 253 pacientes del área de Hemodiálisis de tres clínicas de la ciudad de Trujillo, los resultados concluyeron que se encontró una relación directa entre las dimensiones de apoyo social informacional emocional e instrumental y la dimensión red social con la fase de aceptación asimismo se encontraron correlaciones inversas con las etapas de la negación, el enojo, el regateo, y la depresión, las conclusiones indican que se encontró relación entre ambas variables de manera directa y en cuatro dimensiones de manera inversa.

Ticoná (2023) realizó una indagación cuyo propósito era establecer la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná en el mes de mayo del 2023, la metodología empleada tiene un enfoque analítico, descriptivo, observacional, transversal, correlacional y de diseño no experimental, las variables pasaron la prueba de Chi cuadrado con significancia del 5 por ciento, la muestra se estableció por 102 pacientes que cumplieron criterios de selección previamente. Los instrumentos utilizados fueron el Test Morisky – Green – Levine , el Inventario de Beck (BDI II), y la ficha de recolección de datos y la ficha de consentimiento informado. Los resultados arrojaron que el 83.3% que los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que asisten al servicio DNT del hospital no muestran adherencia terapéutica al tratamiento y el 16.7% se consideran adherentes, y el 34.3% presentaron síntomas de depresión leve el 28.5 % obtuvieron depresión moderada, y el 24.5% mostraron depresión grave, por

lo tanto solo un 12.7% tuvieron síntomas de depresión leve, las conclusiones indican que existe relación significativa entre la depresión y la adherencia terapéutica, en cuanto a la relación de la variable depresión y las cualidades sociodemográficas no hubo relación de significancia, solo con el estado civil.

Prado (2017) realizó un estudio con el fin de examinar y delimitar el vínculo entre la ruptura amorosa y la depresión en estudiantes de la especialidad de análisis de sistemas de la escuela tecnológica superior del departamento de Piura - Perú la metodología fue de diseño no experimental de tipo transeccional correlacional, los instrumentos utilizados fueron el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y el inventario de duelo de Field (2009) adaptado por Alejandra Bustos, la muestra llegó a los 225 estudiantes del instituto aceptados después de pasar los criterios de inclusión. La confiabilidad de los test alcanzó niveles elevados según el coeficiente de alfa de Cronbach, Los resultados describen que la ruptura amorosa se corresponde con la variable depresión en estudiantes de la escuela tecnológica, con un coeficiente de correlación de 0,222 en tal sentido se acepta la relación entre las variables de estudio, pero se evidencia una correlación muy débil. Se concluye que un 20.9 % de los encuestados se encuentra en un nivel de depresión grave tras haber pasado por una separación amorosa, de igual modo un 32.0% se observa en una categoría de depresión moderada y el 47.1 % se sitúa en una categoría leve. También hay correlación entre la dimensión deterioro y la variable depresión lo cual demuestra que a futuro se presenten un deterioro a nivel social asociado a pensamientos depresivos.

Olavarría (2022) hizo un estudio acerca del proceso de duelo y calidad de vida en pacientes oncológicos diagnosticadas con cáncer de mama en Lima, la metodología de la investigación es de tipo básica, descriptivo correlacional. Se utilizaron como instrumentos el cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 (1993) de

procedencia Bélgica, y la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud RPD-PS-38 de Melina Miaja Ávila y Jose Moral de la Rubia (2014), en vía remota, la muestra estuvo compuesta por 50 mujeres con edades desde 35 a 60 años. Los resultados confirman que existe una relación en el proceso de duelo en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, un 52% se encontró en un nivel alto de negociación con un ser supremo y un 82% igualmente en un nivel de entrega hacia la fe, y un 82% acepta la enfermedad y las encuestadas están relacionados con la espiritualidad como manera de afrontamiento, las conclusiones indican que si existe un proceso de duelo en mujeres con cáncer de mama, El estudio exhibió que la calidad de vida de las participantes con cáncer de mama en tratamiento se vio afectada.

3.1.3 Acciones, metodologías y procedimientos:

Para el presente trabajo se presenta de forma detallada las acciones realizadas dentro del tiempo laboral mencionado.

Los pacientes atendidos por el área de Psicología Clínica entre el periodo de enero a diciembre del 2022 fue de aproximadamente 150 pacientes los cuales la atención se realizó según su procedencia derivados de empresas, instituciones públicas y público en general, cumpliendo los protocolos de atención de salud solicitados por el Minsa.

El número de consultas de acompañamiento psicológico realizados en el área de psicología clínica en el 2022 fue de 550 consultas, para lo cual se han expedido más de 200 informes clínicos en dicho periodo, entre informes iniciales e informes de seguimiento.

Se realizaron 5 programas de intervención para pacientes adultos en proceso de duelo, 4 programas de intervención para pacientes adolescentes en proceso de duelo, 4 programas de intervención para pacientes adultos con trastorno de ansiedad

generalizada, 4 programas de intervención para pacientes adolescentes con trastorno de ansiedad social, 2 programas de intervención para pacientes adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, 4 programas para pacientes adultos con depresión moderada, 2 programas de intervención para terapia de pareja, 4 programas de orientación vocacional dirigido a adolescentes, 2 programas para el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes. Dando un total de 31 programas trabajados durante el año.

Se otorgaron servicios de apoyo al área de psicopedagogía alcanzando 04 intervenciones para colegios y actividades relacionadas al proceso de desarrollo emocional del niño y adolescente.

Se estableció sinergia de trabajo para lograr objetivos en común dentro del área de servicios organizacionales realizando 03 capacitaciones orientadas a mejorar el comportamiento del trabajador dentro de sus organizaciones.

Se realizaron 05 capacitaciones virtuales sobre temas de psicoeducación en temas como: Comunicación Asertiva, Dependencia Emocional, Inteligencia Emocional, el Duelo, la Celotipia.

Se adjunta el cuadro de actividades de los programas de intervención psicológica realizados en el centro Educa T en el periodo 2022.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA												
2022	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Proceso de duelos adultos.	X		X		X		X			X		
Proceso de		X		X				X		X		

duelos adolescentes.												
Trastorno de ansiedad generalizada.			X				X		X		X	
Trastorno de ansiedad social.	X			X				X				X
Conducta Alimentaria.		X										X
Depresión Moderada.			X			X	X		X			
Terapia de Pareja.					X						X	
Orientación vocacional		X			X			X			X	
Desarrollo de habilidades				X								X

Con el área de comunicaciones se estableció una estrategia de marketing anual para consolidar los servicios ofrecidos por el centro como una propuesta de valor para los clientes, y que brinde soporte diferenciado con nuestra competencia, por lo tanto se estableció contacto a través de los canales de comunicación on line, ofreciendo apoyo psicológico individual a pacientes que requerían del servicio.

Asimismo en la actualización de nuestros conocimientos el personal del área de psicología clínica asistió a 02 eventos de capacitación en competencias blandas en apoyo al área de servicios organizacionales.

De la misma manera, se realizaron los siguientes acciones que a continuación menciono:

1. evaluación inicial.- conocer el motivo de entrevista clínica semiestructurada llenar ficha de datos y anamnesis del paciente.
2. Delimitar la conducta problema: establecimiento de hipótesis.
3. Devolución de información entrega de resumen de hipótesis y planteamiento de conclusiones.
4. Tratamiento e intervención; avances del paciente según ritmo previsto
6. Cierre; identificación de cambios realizados para llegar al objetivo fijado.

Las terapias que se llevaron a cabo se desarrollaron en aproximadamente 12 sesiones, las cuales tienen una duración aproximada de 45 minutos, con frecuencia de una a dos veces por semana, en ellas se aplicarán las técnicas psicoterapéuticas adecuadas al caso, en algunos programas bajo el enfoque gestáltico y en otros bajo el enfoque cognitivo conductual, de acuerdo a la técnica elegida para lograr los objetivos propuestos.

Metodología:

En el desarrollo del presente trabajo se hizo sustento descriptivo y cualitativo de un caso modelo cumpliendo todos los pasos que se dan dentro del Centro Educativo, que sirva de guía para describir cómo realizamos el diagnóstico y abordaje de los muchos casos que llegaron a nuestro centro, con el fin de mejorar la interrelación del paciente junto a su entorno y de esta forma poder mejorar la calidad de vida personal así como sus relaciones interpersonales.

Se realizará el contrato terapéutico entre el paciente y el profesional de salud mental, donde ambas partes se comprometen a tener una participación activa durante el proceso.

De esta forma se espera por un lado la colaboración profesional por parte de la psicóloga explicando y llevando a cabo las diversas técnicas que se emplearan de acuerdo al programa de intervencion elegido.

Procedimientos:

Se realizaron los siguientes procedimientos con el paciente:

La observacion.

La indagacion.

La abstraccion identificacion de los elementos significativos

La integracion o diagnostico informal.

Reporte o informe.

Desarrollo de estrategias:

Se lograran los objetivos terapeuticos basandose en el entrenamiento en técnicas de reestructuración cognitiva para reconocer, discutir y reformar pensamientos automáticos, “Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias” (Camacho 2003). Asimismo, se emplearán técnicas de respiración, entre ellas la respiración diafragmática. Finalmente se utilizarán técnicas para una comunicación asertiva y solución de problemas. Entre cada sesión se dejará tareas graduales para casa con el fin de corroborar los avances durante las mismas. estas son las estrategias elegidas en el centro Educa T.

3.1.4 Programas y/o planes desarrollados en el ejercicio profesional:

Se expone un programa de intervención modelo que se ejecutó en el centro Educa T seleccionado como guía para explicar el proceso terapéutico realizado a pacientes con síntomas de depresión y duelo, fundamentando el trastorno de duelo complicado a través de la observación, entrevista, anamnesis, evaluación psicológica, tratamiento e intervención y cierre.

Nombre del programa:

“Intervención terapéutica cognitivo conductual a pacientes adultos con depresión y duelo complicado”.

Justificación:

La intervención en casos de pacientes en depresión por causa de duelo es un problema en la población y es uno de los más importantes motivos de consulta en el centro Educa T, ya que provoca discapacidad y experimentan deterioro en sus labores, estudios, relaciones y en su calidad de vida en general. La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas (Mackinnon, Michels, 1971). El programa presentado se desarrolló mediante la intervención de terapia cognitivo conductual revisando la duración e intensidad de la depresión como consecuencia del duelo ante la muerte.

Objetivos del programa:

Intervenir los problemas emocionales de depresión y duelo complicado desde los procesos y mecanismos comunes, a partir de la perspectiva diagnóstica psicológica para

generar patrones cognitivos saludables y creencias de si mismo que eviten la depresión a causa del duelo complicado.

Objetivo general:

Disminuir o eliminar la sintomatología depresiva y el proceso de duelo complicado del paciente.

Objetivos específicos:

Describir la sesión que se utilizaron en la intervención con el modelo Cognitivo Conductual.

Especificar el estado emocional de la paciente, antes, durante y después de la intervención psicológica

El paciente identifique creencias distorsionadas sobre si mismo y el futuro.

Modificar pensamientos negativos

Población/sector al que se atendio:

Pacientes que llegaron al centro Educa T

Tiempo de desarrollo del programa:

El programa se desarrolló en 12 sesiones de acompañamiento psicológico.

Escuela:

Psicología Clínica.

Técnica e instrumentos utilizados:

El proceso terapéutico se desarrolló con la Técnica Cognitiva Conductual

Instrumentos:

El psicólogo clínico utiliza instrumentos de evaluación, como las pruebas psicométricas y proyectivas por que proporcionan métodos complementarios para entender y distinguir la personalidad, emociones y procesos cognitivos del paciente.

Los instrumentos utilizados fueron:

Test proyectivo de Karen Machover o de la figura Humana.

Test de frases incompletas Sacks.

Inventario Clinico Multiaxial de Millon III.

Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI

Recursos:

Test psicológicos impresos o digitales.

Laminas ilustrativas para procesos de psicoeducación.

Material audiovisual (videos, audios).

Lápices

Hojas bond

Parlante o equipo de sonido.

Actividades desarrolladas:

Una de las partes más importantes de la terapia de duelo es ayudar a los pacientes con la reinscripción a su vida cotidiana, y buscar la mejoría de la sintomatología presentada por la depresión para ello Educa T ha desarrollado el siguiente modelo de atención:

Al inicio se le explica al paciente o consultante en que consiste el desarrollo inicial del proceso, lo cual está enfocado en evaluar el área emocional y cognoscitiva del paciente y conocer el estado en el cual está ingresando a consulta.

1ª sesión: Entrevista

2ª sesión: Evaluación mediante pruebas proyectivas.

3ª sesión: Evaluación mediante pruebas psicométricas generales.

4ª sesión: Evaluación mediante pruebas psicométricas específicas.

5ª sesión: Entrega de informe y resultados.

Luego de la entrega de los resultados de evaluación el paciente o consultante inicia la Segunda etapa en la cual se llevará a cabo el programa de intervención cognitivo conductual diseñado para realizarse en 12 sesiones terapéuticas. Este programa tendrá como finalidad:

Aceptar la dura realidad después de una pérdida. En los primeros momentos todavía no podemos creer lo que está pasando, es una etapa incierta, incluso podemos sentir que no es real, que estamos soñando. Dependiendo de las circunstancias, pueden pasar varias horas antes de que empecemos a darnos cuenta de esto y, a menudo, hablamos de manera incoherente, a veces como si el difunto todavía estuviera con nosotros. La tarea aquí es ayudarnos a aceptar la realidad de la pérdida y comenzar a comprender lo que significa.

Profundizar en los sentimientos y conectar con el dolor. Muchas veces cometemos el error de intentar ocultar el dolor porque es insoportable, creyendo que pronto pasará. Lo que hacemos en esta tarea de duelo es permitirnos sentirlo, reconocer los sentimientos que surgen y expresarlos sin miedo. Tras la pérdida de un ser querido pueden surgir emociones y sentimientos muy fuertes, como ira, tristeza, dolor, miedo, soledad, culpa. Es importante lograr verbalizar nuestras emociones.

Adaptarse a la vida sin seres queridos. Es una tarea muy difícil y pasará algún tiempo antes de que estemos preparados. Antes de que podamos hacer eso, debemos ser conscientes de nuestra realidad y descubrir cómo nos sentimos al respecto. Cuando completamos estas tareas, nos volvemos más fuertes y capaces de afrontar la vida sin nuestros seres queridos, porque en muchos casos tenemos que asumir sus deberes o roles o ser responsables de tareas o asignaciones. las funciones que desempeñan. También es importante recordar que las actividades o personas con las que nos hemos conectado anteriormente pueden desaparecer mientras que otras pasan a formar parte de nuestras vidas.

Recolocar emocionalmente al difunto y seguir adelante con la vida. Trasladar a nuestros seres queridos significa crear para ellos un lugar simbólico, donde podamos continuar nuestra vida y alcanzar nuestras metas con dignidad, sin olvidarlos. Es una tarea compleja que ha evolucionado con el tiempo a partir de tareas anteriores. Aunque al principio parezca imposible, con tiempo y algo de ayuda llegaremos al objetivo.

Cronograma de actividades:

1era sesión:

Presentación del programa de intervención, se fijan las metas y objetivos terapéuticos, se realiza el contrato terapéutico con el/la consultante.

2da sesión:

Psicoeducación; se explica el trastorno de depresión y duelo complicado persistente, asimismo se explica el proceso de duelo y se indica en qué etapa está el/la consultante, para lo cual se describe las 5 etapas de duelo, se realiza la retroalimentación.

3era sesión:

Reconociendo el estado presente que esta el/la consultante se explica la naturaleza del trastorno diagnosticado mostrando los pensamientos emociones y conducta, así como la diferencia entre ellos, explicando por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias en el cual estamos mostrando el Modelo ABC de la terapia cognitivo conductual. Se explican las creencias y pensamientos automáticos en forma de ejemplos personales para su entendimiento.

4ta y 5ta sesión:

Se plantea el trabajo con el/la consultante a nivel emocional, para lo cual emplearemos primero la técnica de respiración diafragmática llevando al consultante a un estado de relajación para un posterior proceso de introspección y reconocimiento de sus emociones. Procederemos a la expresión de las emociones de forma verbal o corporal. Se integra la memoria rumiaciones y expresiones para observar de manera clara en el estado presente, sus emociones. El/la consultante identifica su estrategia de evitación sobre el suceso de la pérdida.

6ª y 7ª sesión

El/la consultante se muestra más estable emocionalmente, logra conectar y expresar sus emociones, se permite sentir y no evadir. Se procede a trabajar con los pensamientos distorsionados bajo la técnica de reestructuración cognitiva.

8ª y 9ª sesión:

Logrado el proceso de reestructuración cognitiva donde el/la consultante comprende la efectividad de elegir modificar su pensamiento distorsionado por un pensamiento alternativo, procederemos a elaborar el análisis funcional de la conducta mediante el modelo ABC para llevarlo a la práctica diaria.

10ª y 11ª sesión:

Se ejecuta los pensamientos alternativos sobre la distorsión cognitiva, el/la consultante ya comprende el modelo ABC, procedemos a la activación conductual, donde se proponen incorporar a la rutina diaria actividades que se habían dejado de hacer por el proceso de duelo y la depresión, buscando que el/la consultante realice no solo actividades de responsabilidad sino también se de espacios para disfruta como: asistir a reuniones, fiestas, hacer deporte, etc.

12ª sesión:

Recolocación del fallecido, el/la consultante reconoce la evolución emocional y cognitiva durante el proceso terapéutico, logra aceptar la pérdida y reconocer el aprendizaje de la experiencia vivida, es capaz de reconocer y manejar los momentos de tristeza, enojo, frustración, a desarrollado su capacidad de resiliencia.

Resultados:

Se aprecia en los pacientes atendidos bajo este programa de intervención una significativa disminución de la depresión en torno al duelo complicado, la sintomatología física fue disminuyendo progresivamente; las reacciones y pensamientos sobre duelo pasaron de ser negativas al inicio a ser contrarias al final de las sesiones a

través de las modificaciones cognitivas emocional y comportamental. Se logro mejorar la calidad de vida de los pacientes atendidos.

Cronograma de sesiones individuales 12 sesiones:

Las sesiones están programadas para realizarse 2 veces por semana, lo cual nos da un aproximado de 6 semanas de trabajo, a excepción de pacientes que solicitan la atención 1 vez por semana lo cual extiende el tiempo de duración mas no la cantidad de sesiones planteadas.

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Primera Semana		1 ^a Sesión		2 ^a Sesión			
Segunda Semana		3 ^a Sesión		4 ^a Sesión			
Tercera Semana		5 ^a Sesión		6 ^a Sesión			
Cuarta Semana		7 ^a Sesión		8 ^a Sesión			
Quinta Semana		9 ^a Sesión		10 ^a Sesión			

Sexta		11 ^a		12 ^a			
Semana		Sesión		Sesión			

Programa de intervención de 6 sesiones:

La justificación, objetivos generales y específicos son los mismos que los mencionados en el plan de intervención de 12 sesiones, solo que varía la estructura de intervención en por el tiempo en el que ejecuta.

Se trabajarán las variables por separado realizando dos módulos; el módulo 1 que tiene una duración de tres sesiones para trabajar la parte emocional asociada a la depresión y el módulo 2 donde se tratara el proceso de duelo complicado.

MÓDULO I: EMOCIONAL						
Objetivo: Disminuir las conductas depresivas del paciente.						
Sesión 1	Objetivo: Ayudar al paciente a tomar conciencia sobre el síntoma y los estímulos que lo mantienen.					
	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
	Inicio:	5 min	Rapport	Incentivar la confianza	Escucha activa.	Ninguno

				a y apretura emocion al del paciente		
Tema central:	15 min	Psicoeducar sobre las emociones.	Identific ar las emocion es	Escucha activa.		Cuadern o de apuntes
	15 min	Indicar al paciente que realice un cuadro con todas sus emociones positivas.	Ayudar al paciente a Identific ar sus emocion es	Escribo e identifico emociones positivas de emociones negativas.		Hojas bond Lápices
Cierre	10 min	Retroalimenta ción	Analizar y desarrol lar respuest as más asertiva s	Autorregistr o y ensayo de las posibles soluciones.		Hojas bond y lápiz

	Tiempo total	45 min				
Sesión n 2	Objetivo: Ampliar la conciencia del paciente.					
	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
	Inicio:	5 min	Rapport	Fomentar un espacio de interacción y confianza.	Escucha activa	Ninguno
	Tema central:	15 min	Realizar preguntas circulares	Desligar al paciente del síntoma.	Externalización del síntoma	Hojas bond Lápic es y colores
		15 min	Indicar al paciente que dibuje el proceso de	Ampliar la conciencia del paciente	Proceso de vida de un árbol	Hojas bond Lápic es y

			crecimiento de un árbol	sobre en qué parte de su proceso de crecimiento se encuentra.		colores
	Cierre	10 min	Retroalimentación	Resaltar el aprendizaje de la sesión y dar espacio para la expresión del paciente.	Consejo	Ninguno
	Tiempo total	45 min				

Sesión 3	Objetivo: Favorecer las respuestas asertivas y el control emocional.
-----------------	--

Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
Inicio:	5 min	Rapport	Incentivar la confianza y apretura emocional del paciente	Escucha activa	Cuaderno de apuntes
Tema central:	15 min	Analizar los indicadores de ansiedad del paciente a nivel conductual, cognitivo y fisiológico.	Tomar conciencia de los estímulos internos y externos del paciente	Autorregistro	Hojas bond y lápiz
	15 min	Se explica al cliente la naturaleza de sus reacciones.	Distinguir el comportamiento asertivo del impulsivo	Autorregistro	Ninguno
Cierre	10 min	Retroalimentación	Analizar y desarrollar respuestas más asertivas	Autorregistro y ensayo de las posibles	Hojas bond y lápiz

					solucion es	
--	--	--	--	--	----------------	--

MÓDULO II: DUELO

Objetivo: Reconciliarse con la perdida.

	Sesión n 1	Objetivo: Reconocer las fases del duelo y comprender lo que me pasa.				
	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
	Inicio:	5 min	Rapport	Afianzar la confianza y apertura emocional del paciente	Escucha activa	- Ninguno
Tema central:	15 min	Psicoeducar al paciente sobre las 5 fases del	Entender mejor	Cuento: Un cuento para superar	Audio	

			duelo y los tipos de duelo.	como es el proceso.	la tristeza de Jorge Bucay		
		15 min	Expresar a través del dibujo como me siento.	Conectar con las emociones y expresarla	Dibujo de un paisaje	Hojas Colores y lápices	
	Cierre	10 min	Retroalimentación	Feedback de la sesión y las anteriores	Consejo (Anexo 4)	- Ninguno	
	Tiempo total	45 min					
Sesión 2 y 3	Objetivo: Ampliar la conciencia del paciente.						
	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos	
	Inicio:	5 min	Rapport	Fomentar un espacio de	Escucha activa	- Ninguno	

			Psicoeducar sobre la dependencia emocional.	interacción y confianza		
Tema central:	15 min	Realizar el ABC	Identificar el antecedente, los pensamientos y consecuencias	Autorregistro Consejo (Anexo 6)		- Programa Word
	15 min	Identificar los momentos en los que se siente mejor. Enseñar al paciente a encontrar un ambiente de relajación. Dibujar mándalas	Resaltar las fortalezas	Realizar el FODA		- Hojas bon d y lápices.

	Cierre	10 min	Retroalimentar	Resaltar el aprendizaje de la sesión y dar espacio para la expresión del paciente	Consejo	- Ninguno
	Tiempo total	45 min				



CAPITULO IV

4.1. LOGROS OBTENIDOS:

Durante el año de trabajo realizado en el año 2022 en el Centro EducaT obtuve los siguientes logros:

Logre adaptarme con éxito a la empresa, cumplir con las labores asignadas, mantener e incentivar un ambiente laboral positivo, aprendiendo y también aportando conocimientos e iniciativas para el desarrollo del centro.

Logre ampliar mis conocimientos con las constantes capacitaciones, diplomados y cursos de especialización que realice antes y durante el periodo trabajado, poniendo en la práctica todos los conocimientos adquiridos para beneficio de los pacientes del centro, así como también mejorar mis habilidades blandas en las capacitaciones que brindaron al personal del centro.

Logre realizar la atención de más de cien casos atendidos, entre niños, adolescentes, adultos y parejas; más de 30 programas de intervención aplicados. Hacer un adecuado proceso de evaluación e intervención siguiendo siempre los principios de la ética profesional.

Logre identificar que gran parte de los casos en consulta se debían a un tema en común, el duelo, del cual derivaban síntomas de depresión, ansiedad, entre otros. Cuando me refiero al duelo es no solo el que nos ha generado la muerte sino también a los duelos por cambios tales como la separación o divorcio, la pérdida del trabajo, la migración, los cambios biológicos, etc.

En base a los programa desarrollados realizando primero el protocolo de atención adecuado y posteriormente la aplicación de los programas expuestos en el capítulo

anterior, se logro disminuir en los paciente la sintomatología depresiva a causa del proceso del duelo, por lo tanto al utilizar la técnica cognitiva conductual tambien reducimos los síntomas observados al inicio de las sesiones.

Se logro en la fase inicial explicar a los pacientes que la depresión observada es consecuencia del proceso, generando conceptos para utilizarlos en el proceso de terapia.

Realizar el proceso de cambio a nivel cognitivo del estado emocional y la parte conductual de manera progresiva explicándole para que entienda los pensamientos automáticos que genera, llegando a establecer nuevos pensamientos positivos minimizando la emoción negativa e intensidad del suceso con las TCC.

Se logro los pacientes sean estables de manera emocional, disminuye el sentido de culpa. Piensa e interpreta de manera diferente, sobre el mundo, y de sí mismo, tiene pensamientos positivos, minimizando la emoción actual, y aplica técnicas para disminuir la depresión.

4.2. CONCLUSIONES:

1. El Centro EducaT va logrando durante estos 3 años la misión de brindar servicios de calidad en las áreas en las que se desarrolla la atención psicológica de manera integral para mejorar la calidad de vida de las personas y organizaciones que confían en nuestro trabajo; con la visión de ser un centro líder de excelencia en servicios psicológicos a nivel nacional bajo los principios de ética, autonomía, y justicia y manteniendo los valores de ser confidentes con respeto, con sentido de responsabilidad y siendo honestos y coherentes en nuestro trabajo, tomando la calidad como objetivo hacia el éxito, con el compromiso de acompañar a otros hacia su recuperación y mejora personal que tenga repercusión de manera directa y positiva en el ser humano y de la comunidad.

2. La depresión y el proceso de duelo complicado van casi siempre unidos, en la edad adulta casi todos hemos atravesado algún tipo de duelo, algunas personas atraviesan estas etapas de manera saludable, sin embargo, un gran porcentaje de la población peruana tiene dificultades para sobrellevar un duelo es por ello que el rol del psicólogo es fundamental al momento de realizar una adecuada evaluación, diagnóstico e intervención.

3. Mestanza (2020) hace un análisis sobre el grado de duelo ante la muerte en familiares de fallecidos por Covid-19 en los meses de setiembre a noviembre en Jesús María, Lima Perú. Esta investigación la cual tomo como punto de referencia ya que concluye que el porcentaje más elevado de personas obtuvo un duelo complicado, el duelo es un proceso que existe desde que el ser humano habita la tierra, pero son en momentos de crisis donde nos hacemos conscientes de lo que significa, el aumento de casos de duelo complicado y depresión aumento enormemente después del año 2020, año en el que al mundo entero le cambio la vida de alguna forma, hoy por hoy seguimos batallando con los estragos que la pandemia nos dejó.

4. La aplicación de técnicas cognitivas y conductuales empleadas en los programas de intervención presentados han permitido un cambio en la interpretación disfuncional de los pacientes quienes percibían de forma negativa a sí mismos, al mundo y al futuro. Tal es así que la aplicación de las técnicas conductuales ayudo a que los pacientes retomaran sus actividades habituales. Los programas de intervención tienen una estructura tal que lograron en los pacientes el desarrollo de habilidades de afrontamiento tanto a nivel emocional como conductual y a la resignificación de la pérdida.

4.3. RECOMENDACIONES:

1. Es recomendable mantenerse siempre actualizado profesionalmente para seguir brindando un servicio de calidad y garantía para nuestros pacientes así mismo también contribuir a que el Centro EducaT continúe creciendo como organización a nivel nacional e internacional.

2. Es recomendable al realizar un tratamiento de abordaje terapéutico en depresión asociada al proceso de duelo, tener en cuenta la individualidad del paciente y los problemas que lo afectan por la muerte de un ser cercano, ya que es una situación estresante que sufre la persona por la que la estrategia a seguir debe ser muy bien orientada en cada ser humano por lo tanto se recomienda una buena evaluación psicológica para otorgar el mejor acompañamiento a este proceso.

3. Es recomendable siempre estar atentos a las situaciones sociales y los cambios que se dan en las nuevas generaciones, mantenernos informados de la coyuntura social, político y religiosa tendrán siempre un grado de impacto sobre nuestro desarrollo profesional, el mundo en el que vivimos hoy por hoy es muy cambiante y necesitamos estar al tanto de cada acontecimiento que tiene repercusiones en la salud mental de la población.

4. Es recomendable capacitarnos en técnicas efectivas como la terapia cognitivo conductual, terapia Gestalt, terapia racional emotivo conductual, mindfulness entre otras para que sean nuestras mejores herramientas para la elaboración de programas de intervención y procesos terapéuticos efectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Altamar, D (2021). Afrontamiento del duelo y su incidencia en el comportamiento de adolescentes en la comuna 7 del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha. Distrito Especial Turístico y Cultural de Riohacha: Universidad de La Guajira, 2021, 94 páginas. <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/321>

Amatista, F. (2005). La personalidad según Alberto Mateo Alonso (una concepción original) Dr. Félix José Amarista. Gaceta Médica de Caracas versión impresa ISSN 0367-4762 Gac Méd Caracas v.113 n.1 Caracas ene. 2005. (*) Trabajo de incorporación como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 20 (Caracas), presentado en la Academia Nacional de Medicina, en la sesión del 12-02-2004.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000100002#:~:text=Allport%20define%20as%20la,requisitos%20de%20la%20psicolog%20cient%20fca.

Arana, F. y Rojas, C. (2018) Apoyo Social y fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo tesis para optar título profesional de psicología de : Licenciada en Psicología Autores: Fiorella Arana Tejada, Carol Rojas Sevillano , carrera de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte Trujillo Perú 2018.

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/14699/Arana%20Tejada%20Fiorella%20Cecilia%20-%20Rojas%20Sevillano%20Carol%20Stephani.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arteaga, L (2022) Prevalencia de depresión en cuidadores y síntomas afectivo comportamentales en niños y adolescentes durante la pandemia por covid-19 en el servicio de salud mental de la clínica san Juan de Dios. Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de especialista en psiquiatría, campo psiquiatría infantil universidad de Caldas Facultad de ciencias para la salud especialización en psiquiatría autor Leidy Yuliana Arteaga Ocampo Manizales, Caldas, Colombia 2022.

<https://repositorio.ucaldas.edu.co/bitstream/handle/ucaldas/18065/Tesis%20versio%cc%81n%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Babativa, D (2017) Psicología del Desarrollo Infantil Bogotá D.C., Fundación Universitaria del Área Andina. 2017 ISBN 978-958-5460-66-9 Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1340/Psicolog%C3%ADa%20del%20Desarrollo%20Infantil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bregman, C, Lopez-Lopez. W, García, F (2015) La psicología clínica en las publicaciones hispanoaméricas: un análisis bibliométrico del periodo 2012-2014 Terapia psicológica, versión on line, Ter Psicol vol.33 no.3 Santiago dic. 2015. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300005>. versión On-line ISSN 0718-4808, Artículos Originales, Clinical psychology in hispanic american journals: A bibliometric analysis from 2012 to 2014 Claudia Bregman Fundación AIGLÉ, Argentina Wilson López-López Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, Fernando

García Fundación AIGLÉ, Argentina.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300005

Bausela, E. (2006) La neuropsicología de A. R. Luria: coetáneos y continuadores de su legado autor Esperanza Bausela Herreras Universidad de León, Revista de Historia de la Psicología, vol. 27, núm. 4, 2006 79-92. [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-LaNeuropsicologiaDeARLuria-2259203%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-LaNeuropsicologiaDeARLuria-2259203%20(1).pdf).

Burga, R. (1981) Terapia gestáltica Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 13, núm. 1, 1981, pp. 85- 96 autor Rómulo Burga, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia Revista Latinoamericana de Psicología ISSN: 0120-0534 direccion.rlp@konradlorenz.edu.co <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>.

Castilla, M. (2013) la Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase primaria Trabajo Fin de Grado Universidad de Valladolid Facultad de Educación de Segovia Autora: M^a Francisca Castilla Pérez Tutor académico: M^a Ángeles Sánchez Sánchez Año: 2013/14. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5844/TFG-B.531.pdf;jsessionid=C6447CDCAC484066460820047DEA0EEF?sequence=1>.

Coapaza, Y., Rocha, L. Salcedo, S. (2021). Depresión por duelo. Trabajo de investigación para optar el grado académico de Bachiller en Psicología, Escuela Académico Profesional de Psicología, Universidad Continental, Huancayo, Perú. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11824>.

Cobo-Medina C. (2001) *Ars Moriendi. Vivir hasta el final*. Madrid: editorial Díaz de Santos, 456 P 2013. <https://booksmedicos.org/ars-moriendi-vivir-hasta-el-final/>

Díaz, L (1998) *Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Concepto, Historia y Método* Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional Universidad de La Laguna. La Laguna, noviembre, 1998. <https://ldiazvi.webs.ull.es/pstro.pdf>

Duelo (2020) *Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo*. Elaborado por FUNDASIL, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el marco del proyecto: “Acompañamiento psicosocial y apoyo a la salud mental en población vulnerable ante la pandemia de COVID-19, con especial énfasis en apoyo de casos de duelo”, 2020. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>

González. J. *Historia de la Psicología*. Universidad Jaume I (2015). Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Recuperado de: https://www.who.int/topics/mental_health/es/

Kübler-Ross, E. (1969) *Sobre la Muerte y los moribundos (On death and Dying)* Editorial Scribner, Primera edición (1 mayo 1969) idioma ingles ISBN-10 : 0026050609 ISBN-13 : 978-0026050609 <https://formarse.com.ar/libros/Libros%20para%20descargar%20de%20maestros%20espirituales/Sobre-la-muerte-y-los-moribundos.pdf>

Lascarro, G (2022) Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa, CUC. [en línea] Barranquilla. Colombia, Proyecto de grado presentado a consideración de la Universidad de la Costa CUC, como requisito para optar a grado académico de psicología. Autora Giuliana Lascarro Blanco: Corporación Universidad de la Costa, 2022 78 páginas.

<https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/9801/DEPRESI%c3%93N%2c%20ANSIEDAD%20Y%20ESTR%c3%89S%20EN%20ESTUDIANTES%20DE%20PREGRADO%20DE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mestanza, B (2020) Grado de Duelo ante la muerte en familiares de fallecidos pro covid-19 Lima 2020 presentado por Blanca Rita Mestanza Gonzales para optar título profesional de licenciada en enfermería línea de investigación salud pública, salud ambiental y satisfacción con los servicios de salud Programa académico de enfermería, Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Autónoma de Ica Código ORCID N°0000-0002-2234-218.

<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/754/1/Blanca%20Rita%20Mestanza%20Gonzales.pdf>

Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B (200) El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 28-31 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México, México

<https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Mercado, E. (2017) Intervención Psicológica en adultos mayores, Ericka Judith

Mercado Martínez Trabajo de grado para obtener el título de Psicóloga, Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Programa de Psicología Medellín 2017.

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14341/1/MercadoErika_2017_IntervencionPsicologicaAdultos.pdf

Miranda Mayo, J. J. (2023). Lewin, K. (1951). La teoría de campo en la ciencia social. Comunitaria. Revista Internacional De Trabajo Social Y Ciencias Sociales, (24), 99–102. <https://doi.org/10.5944/comunitania.24.7>

<https://revistas.uned.es/index.php/comunitania/article/view/32364#:~:text=Rese%C3%B1a%20sobre%20el%20libro%20%E2%80%9CLa,por%20primera%20vez%20en%201951.>

Módulo de Atención Integral en salud mental 6 (2005) dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005 -22 pp. Depósito Legal en Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-8240 Minsa. https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf

Nitsch, J & Samulski, D (1980) Psicología Deportiva. Desarrollo – Objeto – Ubicación – Tareas – Resultados de Investigación Por: Jürgen R. Nitsch y Dietmar Samulski Educación Física y Deporte, 1980, año 2, número 2. Universidad de Antioquia, Instituto

de Ciencias del Deporte. Digitalización: VIREF Educación Física Virtual

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012090.pdf>

Olavarría, M (2022) Proceso de duelo y calidad de vida en pacientes oncológicas diagnosticadas con cáncer de mama de Lima. Para optar el título profesional de licenciada en psicología autor Olavarría Fuentes, Marcela Escuela Profesional de psicología Facultad de Psicología, Universidad Ricardo Palma Lima- Perú- 2022

https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6029/T030_09302664_T%20MARCELA%20VER%c3%93NICA%20OLAVARRIA%20FUENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ordoñez, R (2020) Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina: Estudio descriptivo transversal sobre nivel de depresión y ansiedad según inventario de Beck en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente CUNORI, en el período de marzo-abril del año 2020. Licenciatura tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente.

<http://www.repositorio.usac.edu.gt/15146/>

Pangrazzi A. (1993) La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida. Paulinas, Madrid. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=343047&pid=S1137-6627200700060001200005&lng=es

Páez, D (2004) Objeto de estudio de la Psicología Social, Darío Páez Rovira

Localización: Psicología social, cultura y educación / coord. por Itziar Fernández

Sedano, Silvia Ubillos Landa, Elena Mercedes Zubieta, Darío Páez Rovira, 2004, ISBN

84-205-3724-1, págs. 3-24

[https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+I Manual+Psic+Soc 2004 .pdf](https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+I+Manual+Psic+Soc+2004.pdf)

Pantoja R, Ortega, M (2016) La entrevista clínica: opción para indagar el aprendizaje de límites y continuidad CPU-e, Revista de Investigación Educativa, núm. 22, enero-junio,

2016, pp. 226-238 Instituto de Investigaciones en Educación Veracruz, México CPU-e

Revista de investigación educativa E-ISSN 1870-5308 cpu@dv.mx Pantoja Rangel,

Rafael; Ortega Árcega, María Inés.

<https://www.redalyc.org/pdf/2831/283143550011.pdf>

Paz S, Peña B, (2021) Psicología de la Educación 1era edición Universidad Politécnica

Salesiana ISBN 979-9978-10-581-8 editorial Abya- Yala Quito Ecuador 2021.

<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20369/4/PSICOLOGI%CC%81A%20DE%20LA%20EDUCACIO%CC%81N%2018-8.pdf>

Piña J, & Rivera, B (2006) Psicología de la Salud: algunas reflexiones Críticas sobre su

Qu e y su para que Instituto mexicano del seguro social, universidad Psicología de

Bogotá (Colombia) revista octubre noviembre 2006 Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>

Prado, J (2017) Ruptura amorosa y depresión en estudiantes de la especialidad de análisis de sistema de la escuela tecnológica superior de Piura. Tesis para obtener título profesional de psicología autor Prado Yovera, Jenny, Línea de investigación violencia, escuela académico profesional de Psicología, facultad de humanidades Universidad Cesar Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10687/prado_yj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rondón, M (2014) Salud mental un problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica Rev. Perú. med. exp. salud publica v.23 n.4 Lima oct./dic. 2006 versión impresa ISSN 1726-4634EDITORIAL Scielo Perú

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001

Schein, E (1982) Psicología de la organización / Edgar H. Schein. - 3a ed. - México, D.F.: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1982 - xiii, 252 p.

<https://jgestiondeltalentohumano.files.wordpress.com/2013/11/libro-psicologc3ada-de-la-organizacic3b3n-edgar-h-schein.pdf> , <https://institutosalamanca.com/blog/psicologia-organizacional-trabajo-importancia/>

Sotomayor, M. y Palacios, J (2022) análisis comparativo del duelo complicado en familiares de personas fallecidas por covid-19 frente a personas fallecidas por enfermedades terminales. Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

Psicólogo Clínico autores: María Angélica Sotomayor Rodríguez, Jared Sebastián Palacios Pacheco, Universidad del Azuay, Facultad de Psicología, Escuela de Psicología Clínica, Universidad de Azuay Cuenca, Ecuador 2022.

<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12356>.

Ticona, C (2023) Depresión como factor de riesgo en la adherencia de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en el hospital de Camana 2023. Tesis presentada para optar el título profesional de médico cirujano Bachiller Ticona Flores, Cesar Alonso Escuela Profesional de Medicina Humana Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María [en línea]

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12819/70.2901.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

