

# PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CUIDADO PRIMARIO: UN MODELO DE ADIESTRAMIENTO PRE-DOCTORAL

## HEALTH PSYCHOLOGY AND PRIMARY CARE PROGRAM: A MODEL OF PRE-DOCTORAL TRAINING

Recibido: 15 de septiembre de 2017 | Aceptado: 12 de octubre de 2017

Yisel M. **Torres** González <sup>1</sup>, Julio **Santana** Mariño <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico;

<sup>2</sup> Universidad Carlos Albizu Recinto San Juan, Puerto Rico

### RESUMEN

Las enfermedades causantes de la morbilidad y mortalidad de la población han pasado de infecciosas a crónicas, requiriendo cambios en la forma de entenderlas y atenderlas. Las condiciones actuales demandan un enfoque amplio, que considere variables biológicas, psicológicas, y factores sociales, su interacción, y que enfatice la promoción y prevención a nivel individual y comunitario. Requieren además un trabajo interdisciplinario e integrado, donde los psicólogos asumen nuevos y diversos roles para los cuales deben recibir adiestramiento pre-doctoral. El objetivo de este artículo es compartir la experiencia del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario (PPSCP), que adiestra psicólogos internos y practicantes de dos instituciones en Puerto Rico, en un escenario primario integrado. Se discute el cambio de paradigma en la conceptualización de la enfermedad, el surgimiento de la Psicología de la Salud y los roles del psicólogo en el cuidado primario integrado. Se presenta el marco teórico del PPSCP, la estructura y operacionalización de cada componente, así como la evaluación y alcance a través de las intervenciones realizadas. Finalmente, resaltamos puntos medulares a considerar en el desarrollo de programas similares en Puerto Rico.

**PALABRAS CLAVE:** Adiestramiento, cuidado primario, interdisciplinario, psicología de la salud.

### ABSTRACT

The diseases that cause the morbidity and mortality of the population have changed from infectious to chronic, requiring changes in the way they are understood and addressed. The current conditions demand a broad approach, which takes into account biological, psychological and social factors, their interaction, and emphasizes promotion and prevention at the individual and community level. They also require interdisciplinary and integrated work, where psychologists assume new and diverse roles for which they must receive pre-doctoral training. The objective of this article is to share the experience of the Health Psychology and Primary Care Program (HPPCP), which provides training to interns and students in practicum of two institutions in Puerto Rico, in an integrated primary setting. The paradigm shift in the conceptualization of the disease, the emergence of the Health Psychology and the roles of the psychologist in Integrated Primary Care are discussed. The theoretical framework of the HPPCP, the structure and operationalization of each component, as well as the evaluation and scope through the interventions made are presented. Finally, we highlight core issues to consider in the development of similar programs in Puerto Rico.

**KEYWORDS:** Training, primary care, interdisciplinary, health psychology.

\* Para comunicarse con los autores, puede dirigirse a los siguientes correos electrónicos: dratorresgonzalez@gmail.com, jsantana@albizu.edu

## INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo 20 las enfermedades infecciosas fueron puestas en control, y emergieron las enfermedades crónicas, influenciadas por comportamientos específicos y procesos psicológicos que tienen un gran impacto en el funcionamiento de los individuos (Smith, Williams, & Ruiz, 2016). Hasta ese momento el acercamiento a los problemas de salud partía de un modelo biomédico, que dejaba a un lado las variables que no podían ser explicadas biológicamente y asumía un dualismo mente-cuerpo que separaba los asuntos psicosociales, quedándose incompleto para explicar la complejidad de las problemáticas de salud (Belar & Deardorff, 2009).

Este cambio en las enfermedades que afectaban la población y la limitación del modelo biomédico para explicar las mismas, propició una mirada biopsicosocial para entender la salud y la enfermedad desde un contexto más amplio, que considerara las variables biológicas, psicológicas y los factores sociales, así como su interacción (Engel, 1977). Este modelo biopsicosocial, inherentemente interdisciplinario, otorga importancia al entorno más próximo al individuo, incluyendo el apoyo social y la calidad de las relaciones como variables que impactan el comportamiento de la salud, la fisiopatología del desarrollo, el curso y la adaptación a las enfermedades físicas. Asimismo, mira los aspectos más amplios del contexto social como el trabajo, el estrés laboral, el estatus socioeconómico, el acceso a los servicios y las cualidades de la comunidad como importantes influencias sobre la salud.

## Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud como disciplina se ancla en el modelo biopsicosocial que busca entender y atender de forma más amplia las principales condiciones de salud de la población. Particularmente, la Psicología Clínica de la Salud surge como el campo

encargado de aplicar el conocimiento científico de las interrelaciones entre los componentes conductuales, emocionales, cognitivos, sociales y biológicos en la salud y la enfermedad, a la promoción y mantenimiento de la salud. Además, busca aplicar este conocimiento a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades y discapacidades, y a la mejora del sistema de salud (Belar & Deardorff, 2009). El psicólogo clínico de la salud se ubica en una variedad de escenarios que incluyen el cuidado primario, las unidades de hospitalización, y los programas de servicio especializado como manejo de dolor, rehabilitación, salud de la mujer, oncología y cesación de fumar (Thielke, Thompson, & Stuart, 2011). Además, asume diversos roles y funciones en el escenario de salud que incluyen: el servicio directo, la investigación, la docencia y el desarrollo de políticas (Belar & Deardorff, 2009). En cuanto al servicio, realizan evaluación, intervención y consultoría para atender diversas áreas como: afrontamiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, dificultades psicosociales, la relación médico-paciente, el desarrollo de programas de salud y la rehabilitación. Esto tomando en cuenta al paciente, su familia, el sistema de salud y el contexto sociocultural.

Claramente, no todos los psicólogos practicando en escenarios médicos, como los escenarios primarios, son especialistas en Psicología Clínica de la Salud. Sin embargo, se plantea que los nuevos modelos de prestación de servicios demandan que los psicólogos en escenarios de salud realicen labores vinculadas a la Psicología de la Salud (Dobmeyer & Rowan, 2014). Para realizar estos roles de forma exitosa, los psicólogos deben estar familiarizados con las competencias básicas y funcionales de la práctica de la Psicología Clínica de la Salud desde etapas tempranas de su formación pre-doctoral. Estas competencias son detalladas en el trabajo de France y colaboradores (2008) y sirven de

base para el desarrollo del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario (PPSCP).

#### Cuidado Primario

Los cambios en las necesidades de salud y su impacto en la prestación de servicios sugieren que cada vez más los psicólogos se encontrarán trabajando particularmente en escenarios de cuidado primario (Cubic & Beacham, 2014). El cuidado primario es la prestación de servicios integrados y accesibles por parte de profesionales que son responsables de atender la mayoría de las necesidades personales de salud, desarrollando una alianza con los pacientes y practicando en contextos de familia y comunidad, para la continuidad de los servicios (Institute of Medicine, 1994). Estos escenarios representan la primera puerta de entrada de los pacientes, por lo que reciben un amplio rango de condiciones físicas agudas y crónicas, así como psicopatologías leves, moderadas y severas, síntomas psicológicos y problemas de vida que requieren intervención para evitar su desarrollo (McDaniel & deGruy, 2014). Además, representan un alto volumen de pacientes, son rápidos en su movimiento, cambiantes e impredecibles en cuanto a itinerarios, multimodales respecto a las tareas que demandan, y complejos en el manejo de múltiples variables a la vez. Es en estos escenarios donde la mayoría de las personas en Estados Unidos buscan y reciben cuidado para trastornos de salud mental, uso de sustancias o problemas de salud, ya sean únicos o comórbidos con otras condiciones (McDaniel et al., 2014).

En términos de salud física, los escenarios primarios reciben pacientes con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, obesidad, hipertensión y condiciones cardiovasculares, que tienden a ser comórbidas entre ellas y con condiciones de salud mental (Dobmeyer & Miller, 2014). Los autores plantean que cerca del 70% de las visitas que se reciben a nivel primario se

asocian a enfermedades prevenibles que en muchas ocasiones envuelven un componente conductual.

A nivel psicosocial, la mayoría de los pacientes tiende a buscar y recibir servicios en escenarios primarios para atender sus necesidades (McDaniel & deGruy, 2014). Se estima que 1 de cada 3 de los pacientes atendidos en el escenario primario cumplen criterios para un trastorno de salud mental y otro tercio, aunque no cumple criterios, presenta síntomas o problemas que impiden su funcionamiento (Kessler et al., 2005). Sin embargo, los profesionales de salud identifican menos de 1 de cada 3 de los pacientes con necesidades y se provee tratamiento a menos de la mitad de aquellos que fueron correctamente identificados (Kathol, Butler, McAlpine, & Kane, 2010).

En el escenario primario el psicólogo ejerce nuevos roles que demandan un conocimiento, destrezas y actitudes necesarias para las que no ha recibido adiestramiento. Este escenario requiere que el psicólogo tenga las competencias para abordar la amplia variedad de diagnósticos que se reciben, así como para enfatizar en la promoción y prevención, el manejo de condiciones agudas y crónicas, la intervención familiar, la coordinación de servicios y la colaboración para mejorar el acceso a los mismos (McDaniel et al., 2014). Asimismo, y similar al a la formación del médico primario, el psicólogo debe recibir la preparación adecuada que le permita interactuar con los pacientes y proveedores, cultural e individualmente diversos, estar conscientes de los dilemas éticos inherentes al escenario primario, comprometerse en el desarrollo de programas, y mostrar destrezas interprofesionales, además de las clínicas (Cubic & Beacham, 2014). Según la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), las competencias en Psicología del Cuidado Primario (PCP) se agrupan en seis dominios amplios que incluyen: ciencia, sistemas, profesionalismo, relaciones, aplicación y educación. Para una descripción detallada de estas

competencias, que sirven de base para el desarrollo del PPSCP, se sugiere revisar a McDaniel y colaboradores (2014).

Necesidad de adiestramiento pre-doctoral en prestación de servicios integrados a nivel primario

Los psicólogos de esta nueva generación deben recibir adiestramiento para proveer servicios integrados de salud conductual que respondan a los cambios paradigmáticos discutidos previamente. Es decir, deben tener competencias que le permitan atender las necesidades psicosociales de los pacientes con condiciones crónicas de salud dentro del mismo sistema de cuidado primario en el que se atienden sus condiciones físicas (Fisher & Dickinson, 2014). Esta formación en servicios integrados demanda mantener los componentes exitosos de los modelos tradicionales de adiestramiento en psicología planteados por Rodolfa y colaboradores (2005), mientras simultáneamente se prepara a los psicólogos para ser proveedores de salud (Dobmeyer & Rowan, 2014).

Cubic y Beacham (2014) plantean que el adiestramiento en servicios integrados a nivel primario debe preparar a los psicólogos para que puedan: 1) evaluar y tratar condiciones de salud mental, 2) demostrar competencias y expertise en el tratamiento conductual y psicológico de las condiciones crónicas, 3) demostrar competencias en prácticas basadas en evidencia, 4) demostrar competencias en prácticas basadas en sistemas, 5) establecer relaciones colaborativas con los proveedores de salud, 6) llevar a cabo promoción de la salud y 7) prevención de la salud. Según indican, este adiestramiento en servicios integrados no solo debe existir a nivel post-doctoral como especialidad, sino que debe incorporarse como componente medular en el desarrollo temprano de los psicólogos como proveedores de salud, es decir, a nivel de práctica e internado pre-doctoral.

Los autores establecen que a nivel nacional existe la necesidad de desarrollar programas innovadores que permitan contribuir a la prevención y tratamiento de las condiciones físicas y mentales, mientras preparan a los estudiantes para entender las necesidades particulares del paciente primario y de este sistema de prestación de servicios. Idealmente el adiestramiento debe llevarse a cabo en escenarios primarios, interdisciplinarios, que reciben una variedad de motivos de referido. Además, debe contar con oportunidades de adiestramiento simultáneo de varias especialidades de salud, así como la integración de diferentes niveles de formación (practicantes e internos). Esto para fomentar el entendimiento de diferentes trasfondos, valores, modelos profesionales e ideologías de varias disciplinas. A pesar de la necesidad de este adiestramiento, los autores indican que desafortunadamente los modelos educativos actuales rara vez incorporan adiestramiento en cuidado integrado en escenarios primarios en los currículos graduados de práctica, y no existen muchas experiencias a nivel de internado y post-doctorado.

En Puerto Rico son pocas las experiencias de formación integradas en Psicología del Salud y Cuidado Primario que incluyen estudiantes practicantes e internos. Además, no existe literatura que documente el desarrollo e implementación de los programas existentes, limitando la posibilidad de que la experiencia pueda ser utilizada para desarrollar programas similares en otros escenarios de salud del país. Este artículo tiene como objetivo documentar el desarrollo e implementación del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario (PPSCP) y servir de guía para el desarrollo de programas similares en Puerto Rico. Se presenta una revisión general del cambio de paradigma en la prestación de servicios de salud y la necesidad de nuevas competencias en los psicólogos en formación, que demandan adiestramiento. Se plantea el contexto en el

que se desarrolló el PPSCP, su estructura general, la operacionalización de los cuatro componentes de servicio directo, docencia, investigación y desarrollo de política, incluyendo el desarrollo del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Integrado (PPSCI) en el componente de servicio directo. Se discute el proceso de evaluación y monitoreo de los resultados del PPSCP y el alcance del programa. Al cierre, se presentan algunos asuntos medulares a considerar en el desarrollo de programas similares y los comentarios finales del artículo.

Desarrollo e implementación del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario (PPSCP)

Centro de Medicina General y Especializada de Hato Rey (CMMGE)

El Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario (PPSCP) se desarrolla en el Centro de Medicina General y Especializada de Hato Rey (CMMGE) administrado por la Asociación de Maestros de Puerto Rico, a través de su Programa de Salud PROSSAM. Los servicios ofrecidos están basados en brindar un cuidado integral y de la más alta calidad al asociado y población general, cimentado en las bases de la medicina primaria. La misión del CMMGE es mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante un modelo de prestación de servicios que enfatiza en la educación, prevención y promoción de los estilos de vida saludable, ofreciendo evaluación, orientación y tratamiento para lograr la máxima rehabilitación del paciente.

La estructura del CMMGE parte de la supervisión del Director de PROSSAM, quien delega en el administrador la formulación de normas y procedimientos para la administración. Los servicios directos se ofrecen por profesionales de salud altamente capacitados en sus respectivas disciplinas, respetando la integridad, dignidad personal y los derechos de los pacientes. Actualmente, se proveen servicios en las áreas de:

Medicina General, Medicina de Familia, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Cardiología, Endocrinología, Hematología-Oncología, Infectología, Neumología, Nefrología, Reumatología, Nutrición y Dietética, Quiropráctico, Trabajo Social, Audiología y Vacunación. Además, se cuenta con el apoyo de un equipo de profesionales en enfermería que facilitan la prestación de servicios de calidad. Según el último año fiscal (2016-2017), 8,592 pacientes reciben servicios en el CMMGE.

Desarrollo del PPSCP

El Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario se desarrolló en el contexto de la Clínica de Psicología de la Salud (CPS) creada en el CMMGE para el año 2012. La CPS surge ante la necesidad de proveer servicios psicológicos a pacientes con condiciones crónicas, desde un modelo integrado, que no solo tratara la condición de salud, sino que enfatizara en la promoción y prevención. Para este mismo año, tras una mirada a las experiencias de prácticas clínicas y las secuencias curriculares de varias instituciones con Programas de Psicología, identificamos que las experiencias de formación en Psicología de la Salud en Puerto Rico estaban principalmente centradas en la Psicología Médica o Psicología Hospitalaria. Las oportunidades de formación en Psicología de la Salud en Cuidado Primario estaban enfocadas en la población que recibe servicios en las principales clínicas de inmunología del país, así como en veteranos y sus familias.

Para finales del 2012, las ponencias presentadas en el Primer Simposio de Psicología de la Salud reflejaron también las prácticas y modelos de Psicología de la Salud en Puerto Rico. Las presentaciones revelaron experiencias más abarcadoras de lo que estaba publicado en la literatura, tanto a nivel de investigación, como académicas, institucionales y comunitarias. Sin embargo, plantearon áreas de necesidad de

integración de servicios en la atención primaria de salud, un pobre sistema de evaluación e identificación temprana de problemas emocionales en escenarios integrados de salud, sobre todo primarios, la existencia de currículos de Psicología de la Salud en educación continua, pero no a nivel de formación graduada, y escasa investigación y documentación de las intervenciones psicológicas con pacientes con condiciones de salud.

A partir de lo antes reseñado, así como de la revisión de las experiencias de Psicología de la Salud en Cuba, y de la integración de las nuevas tendencias de la práctica de la Psicología de la Salud y Cuidado Primario en Estados Unidos, se desarrolló el PPSCP como un escenario de adiestramiento pre-doctoral para estudiantes de psicología. El estatus de la disciplina en ese momento justificaba la necesidad de un programa cuyas bases teóricas se anclaran en la psicología de la salud, pero que se enfocara en las necesidades particulares de la atención primaria de salud y el servicio integrado requerido en este nivel de prestación. Un programa que proveyera servicios a la población general y que sirviera de escenario de formación para futuros psicólogos de varios niveles de formación.

En términos generales, utilizando la guía para el desarrollo de internados del Council of Chairs of Training Councils (2013), las etapas iniciales del desarrollo del PPSCP incluyeron:

1. Determinar los fundamentos teóricos que dirigirían la estructura de internado y su ajuste al contexto de salud.
2. Establecer el número de internos, así como identificar y gestionar el personal necesario para el adiestramiento y la supervisión.
3. Identificar los recursos físicos para operar (ej. espacios de oficina, material y tecnología).

4. Determinar el apoyo financiero con la institución de servicios de salud y la institución académica. Para esto, fue necesario presentar un análisis sencillo de costo-efectividad.

#### Estructura general del PPSCP

El PPSCP es un programa de adiestramiento de un año que comenzó a ofrecer servicios a la población del CMMGE en el 2014, con el primer grupo de internos de la Ponce Health Sciences University (PHSU). Ese mismo año se consolidó como un programa de adiestramiento generalista con experiencias en Psicología de la Salud y Cuidado Primario, parte del Consorcio de Internado de Psicología de la PHSU, acreditado por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés).

La misión del PPSCP es proveer a los estudiantes una sólida experiencia clínica, profesional y de aprendizaje a través de las oportunidades necesarias para la consolidación de los conocimientos previos, habilidades y actitudes, y para un mayor desarrollo del rol profesional de la psicología. La figura 1 resume el marco teórico del que parte el PPSCP para el adiestramiento de futuros psicólogos como proveedores de salud en la atención primaria.

En el 2015, el PPSCP incorporó estudiantes practicantes de la Universidad Carlos Albizu Recinto de San Juan, para proveerles experiencias en la prestación de servicios integrados a nivel ambulatorio. Para el 2016, y vinculado al PPSCP, se desarrolló el Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Integrado (PPSCI), donde los estudiantes practicantes, recibiendo supervisión de pares por internos, se incorporaron al servicio psicológico hospitalario, desde un modelo de consultoría y enlace que tiene como objetivo identificar y mitigar el impacto que pueden tener los factores psicosociales en las condiciones de salud del paciente hospitalizado.

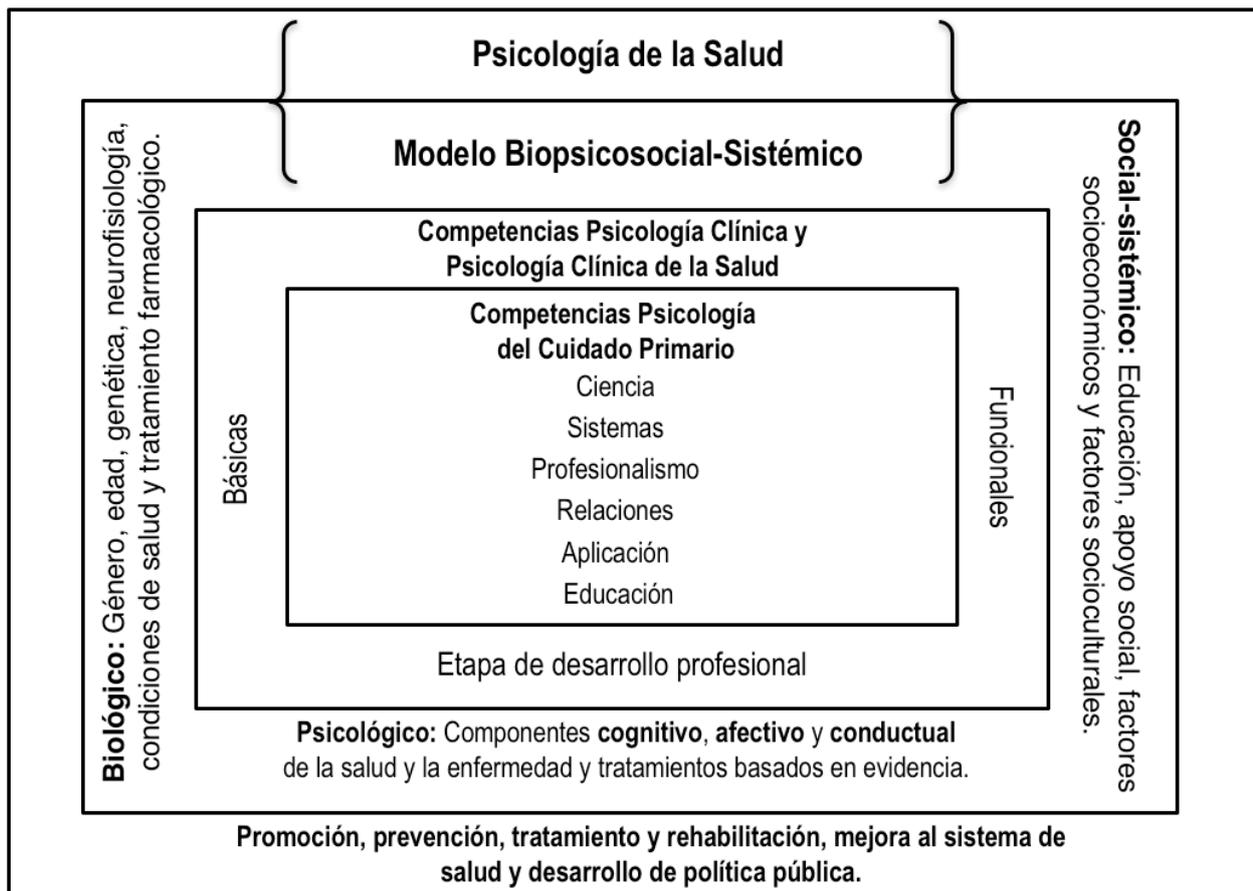


FIGURA 1.

Marco teórico del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario. El PPSCP parte del marco de la Psicología de la Salud y el modelo biopsicosocial sistémico. Dentro de esta base, el programa busca desarrollar en los estudiantes las competencias básicas y funcionales de la Psicología Clínica (Rodolfa et al., 2005) y la Psicología Clínica de la Salud (France et al., 2008), considerando la etapa de desarrollo profesional, mientras desarrolla simultáneamente las competencias requeridas para el trabajo del psicólogo en escenarios primarios (McDaniel et al., 2014).

Actualmente, el PPSCP provee adiestramiento a tres internos de la Ponce Health Sciences University y cinco practicantes de la Universidad Carlos Albizu Recinto de San Juan. El programa cuenta además con tres (3) psicólogos clínicos licenciados con adiestramiento en Psicología de la Salud, Cuidado Primario y Salud Pública, quienes proveen supervisión individual y grupal a los estudiantes en formación. Desde su creación, el PPSCP ha sido escenario de formación para trece (13) internos y cinco (5) practicantes.

Cónsono con la propuesta de Belar y Deardorff (2009) sobre la integración de servicios, el PPSCP cuenta con una estructura amplia que cubre las áreas de servicio directo, docencia, investigación y el desarrollo de política. Según se plantea en la figura 2, cada área o componente del PPSCP incluye una gama de servicios y roles donde los internos adquieren competencias de atención primaria, mientras cumplen las funciones de promoción, prevención, intervención y mejora de los servicios, esenciales en la mirada de la Psicología de la Salud.

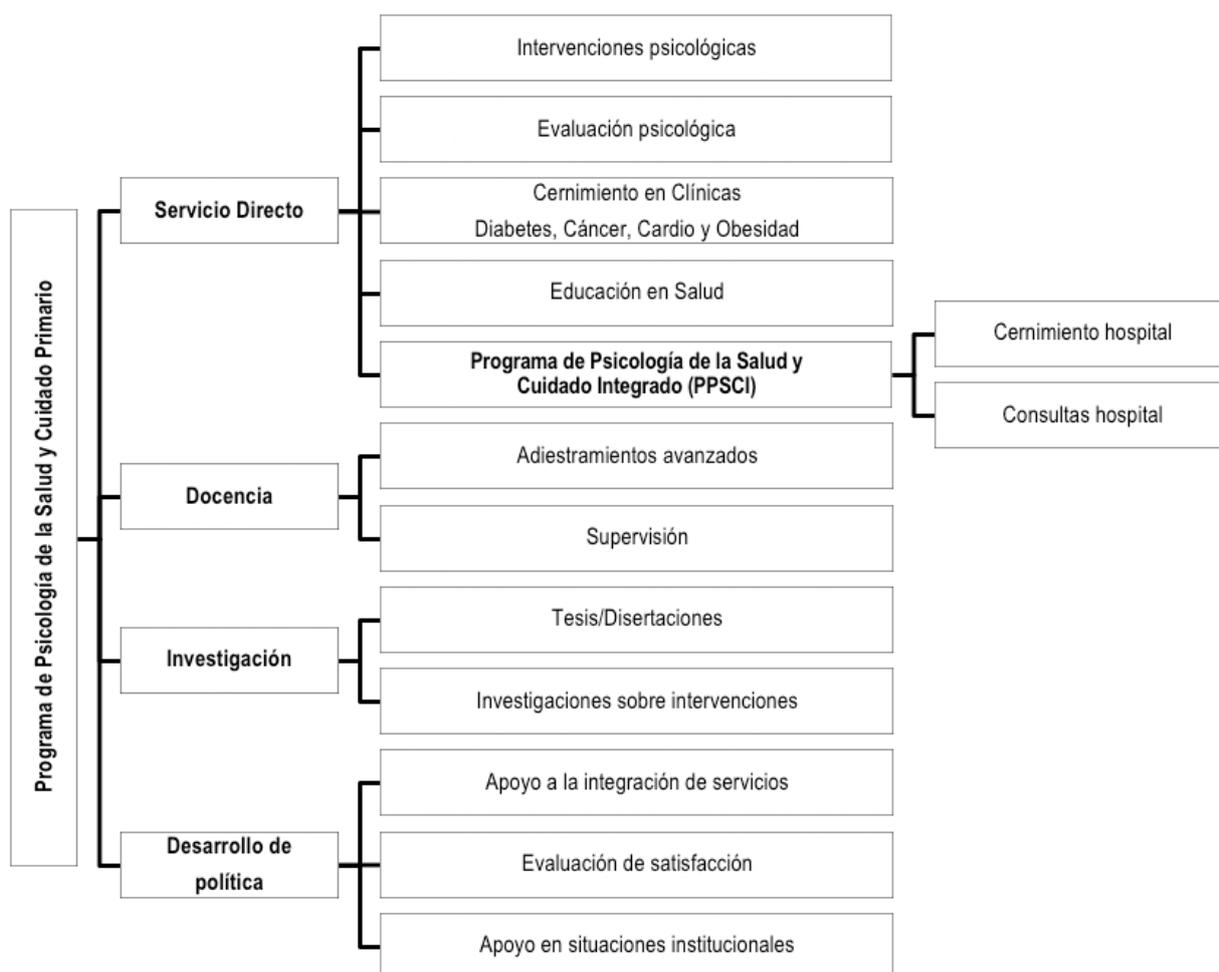


FIGURA 2.

Estructura del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Primario. La estructura del PPSCP incluye los componentes de servicio directo, docencia, investigación y desarrollo de política. Dentro del servicio directo se encuentra el PPSCI que provee servicios de consultoría y enlace a nivel hospitalario.

#### Descripción de los cuatro componentes del PPSCP

A continuación se discuten los principales componentes del PPSCP: servicio directo, docencia, investigación y desarrollo de política. Es importante mencionar que para que el programa funcione de manera adecuada, uno de los internos asume el rol de jefe o jefa de internos, mientras que los demás asumen liderazgo en los diversos componentes del mismo y se fomenta la comunicación continua con el coordinador/supervisor del programa.

**Servicio directo.** Este componente incluye los servicios de promoción, prevención e intervención, provistos a los pacientes y sus familiares a nivel ambulatorio (PPSCP) y hospitalario (PPSCI). La tabla 1 detalla específicamente los servicios y las labores que realizan los estudiantes en formación a nivel ambulatorio. Se operacionaliza cada componente de forma que pueda servir de guía para la puesta en marcha de servicios similares.

TABLA 1.  
Descripción de los servicios directos provistos por el PPSCP.

Servicio	Descripción
Programa de Educación en Salud ( <i>Promoción</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos presentaciones semanales en la sala de espera del CMMGE.</li> <li>• Realizado por internos y practicantes.</li> <li>• Objetivo: mejorar el conocimiento y desarrollar o fomentar hábitos personales que conduzcan a una mejor salud.</li> <li>• Resalta el rol del psicólogo en el manejo de las condiciones de salud y dificultades psicosociales.</li> <li>• Se provee material didáctico a los asistentes.</li> <li>• Se recoge información estadística para documentar alcance.</li> <li>• Participantes completan hoja de evaluación e indican temas de interés.</li> <li>• Otros profesionales del equipo interdisciplinario se integran a la Educación en Salud.</li> </ul>
Cernimiento psicosocial a nivel primario ( <i>Prevención</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado semanalmente por internos.</li> <li>• Se recibe apoyo del personal de enfermería.</li> <li>• Se realiza en clínicas de Cáncer, Diabetes, Cardiología y Obesidad.</li> <li>• Evalúa síntomas de ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9), eventos vitales y apoyo social.</li> <li>• Requiere consentimiento del paciente.</li> <li>• Manejo del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puntuación igual o mayor a 10 en GAD-7 y/o PHQ-9, o cuyos eventos vitales o necesidad de apoyo ameritan intervención= referidos a servicios psicológicos en el PPSCP.</li> <li>○ Paciente tiene proveedor=psicoeducación sobre compartirle síntomas al proveedor.</li> <li>○ Puntuación menor a 10 o que no desean servicios = orientación sobre servicios del PPSCP y números de teléfono.</li> <li>○ Síntomas que requieren otro nivel de cuidado =se coordinan servicios.</li> </ul> </li> <li>• Los internos se incorporan a la discusión de casos que se realiza periódicamente en las clínicas de obesidad y diabetes.</li> </ul>
Manejo de crisis y consultas interprofesionales ( <i>Intervención</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado por internos.</li> <li>• Uso de calendario que identifica interno disponible para manejar crisis "walk in" o referidos directos del equipo interdisciplinario.</li> <li>• Espacio físico predestinado para intervenciones.</li> <li>• En las consultas interprofesionales el interno recibe referido por parte de enfermera o del profesional que refiere, evalúa el riesgo y, de no ser una emergencia, atiende al paciente en su próximo espacio disponible.</li> <li>• En la medida que sea posible, se realiza evaluación objetiva de síntomas de ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-9).</li> <li>• Consultas cortas, 15-30 minutos, dirigidas al motivo de referido.</li> <li>• Documentación en expediente de salud mental y discusión de caso con profesional que refiere para continuación del tratamiento.</li> </ul>
Psicoterapia individual, familia y parejas ( <i>Intervención</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado por internos y practicantes.</li> <li>• Aproximadamente 12 pacientes adultos semanalmente.</li> <li>• Ampla variedad de diagnósticos, dificultades psicosociales y/o condiciones de salud física.</li> <li>• Intervenciones entre 45min. - 1 hr.</li> <li>• Evaluación sistemática de síntomas de ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-9).</li> <li>• Tratamientos basados en evidencia para cuidado primario: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso, Entrevista Motivacional, estrategias de solución de problemas, Activación Conductual, técnicas de relajación y psicoeducación.</li> <li>• Documentación en expediente de salud mental y discusión de caso con equipo interdisciplinario de ser necesario.</li> </ul>
Evaluación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado por internos.</li> <li>• 8 evaluaciones psicológicas, principalmente de Psicología de la Salud.</li> </ul>

Los servicios directos discutidos previamente sirven de plataforma para que los estudiantes en formación adquieran o desarrollen las competencias necesarias para la atención integrada a nivel primario, mientras se fomenta el desarrollo de las competencias generalistas y las vinculadas al campo de la Psicología de la Salud. Los estudiantes trabajan continuamente con la interrelación entre las condiciones de salud física y las necesidades psicosociales. Además, a través de actividades como el Programa de Educación en Salud, son expuestos a la promoción, prevención e intervención grupal, mientras realizan roles no-clínicos que resultan valiosos e indispensables en escenarios primarios integrados. Por su parte, el componente de certámenes les permite prestar servicios que atienden las necesidades particulares del colectivo, moviéndolos del proceso de evaluación individual a la aplicación de medidas poblacionales y preventivas, para las que no necesariamente han sido adiestrados. Asimismo, la demanda de flexibilidad, comunicación asertiva, apoyo y compromiso, requerida en la respuesta de emergencia y en las consultas interprofesionales, les permite fortalecer principalmente las competencias de profesionalismo y relaciones interpersonales.

**Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Integrado (PPSCI).** El Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Integrado (PPSCI) se desarrolla en el Hospital del Maestro, y como se señalara en la figura 2, es parte del componente de servicios directos del PPSCP. A modo de guía, es importante mencionar que el desarrollo de este programa requirió:

1. Realizar una revisión de literatura sobre programas de consultoría y enlace en hospitales.
2. Analizar la cultura organizacional del hospital y su relación con el sistema ambulatorio.

3. Analizar los recursos humanos y físicos disponibles e identificar los no disponibles.
4. Elaborar una presentación oficial sobre el PPSCI y la documentación necesaria para operar el mismo.
5. Presentar el PPSCP al Director Médico del hospital, a la facultad médica y demás personal.
6. Proveer la documentación a utilizar para oficializar su inclusión en el expediente médico.
7. Presentar a los miembros del PPSCP y al equipo interdisciplinario del hospital.

Además, cónsono con lo propuesto por Ernst y colaboradores (2014), la implementación del servicio directo a nivel hospitalario demandó la consideración de múltiples dominios que deben tomarse en cuenta en el desarrollo de programas similares. Se consideró la constitución del equipo para conocer los recursos profesionales con los que se contaba (ej. psiquiatra, trabajador social). Se estableció el alcance del servicio, es decir, si se enfocaría en una población general o particular, y si cubriría todas las áreas del hospital o se limitaría a unidades particulares. Se determinó si el enfoque sería uno dirigido a evaluación y recomendaciones o si incluiría la intervención. Finalmente, se estableció la conceptualización de los servicios determinando si estarían dirigidos por un modelo psicodiagnóstico más tradicional (ej. evaluación amplia de aspectos biopsicosociales), o si estarían enfocados en el motivo específico de consulta, lejos de la perspectiva psicopatológica, a menos que el establecimiento de diagnóstico estuviera inherente al mismo. La tabla 2 detalla estos dominios y presenta además otras áreas importantes en la implementación del PPSCI, que pueden servir de guía para el establecimiento de programas de servicio psicológico integrado a nivel hospitalario.

TABLA 2.  
Áreas consideradas en el desarrollo e implementación del PPSCI.

Área	Descripción
Dominios según Ernst y colaboradores (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo: Médicos, enfermeras y trabajo social. No psiquiatra.</li> <li>• Alcance: Población general en todas las unidades. No Sala de Emergencias.</li> <li>• Enfoque: Evaluación, recomendaciones e intervención paciente y familiar.</li> <li>• Conceptualización: Enfocado en motivo de consulta.</li> </ul>
Consideraciones generales para la consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de salud y prevención de comportamientos de riesgo.</li> <li>• Evaluación de indicadores emocionales y psicosociales.</li> <li>• Evaluación de niveles de adherencia al tratamiento.</li> <li>• Determinación de diagnóstico y/o diagnóstico diferencial.</li> <li>• Apoyo en el ajuste al proceso de hospitalización al paciente y su familia.</li> <li>• Preparación y seguimiento psicológico ante cirugías e intervenciones.</li> <li>• Manejo del paciente grave (ej. selección de acompañante)</li> <li>• Facilitación de la relación entre el equipo de salud, paciente y familia.</li> </ul>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evalúan de forma general los dominios: afectivo, cognitivo, conductual y biológico o físico, tomando en consideración al paciente, la familia, el sistema de salud y el contexto sociocultural (Belar &amp; Deardorff, 2009).</li> <li>• Se utiliza GAD-7, PHQ-9 y otros instrumentos que ameriten.</li> </ul>
Intervención con paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizada por internos y practicantes.</li> <li>• Son pragmáticas y a corto plazo.</li> <li>• Se utilizan modelos y estrategias basadas en evidencia que incluyen, pero no se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intervenciones basadas en relajación</li> <li>○ Activación conductual</li> <li>○ Estrategias de solución de problemas y comunicación asertiva</li> <li>○ Terapia Cognitivo Conductual</li> <li>○ Terapia de Aceptación y Compromiso</li> <li>○ Entrevista Motivacional.</li> </ul> </li> </ul>
Intervención con familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es posible, se provee material didáctico y se discute en el seguimiento.</li> <li>• Pueden comenzar con alguna resistencia de parte de los familiares.</li> <li>• Para evitarlo, se fomenta que el equipo presente los servicios hospitalarios como integrados y psicoeducar sobre los beneficios de la intervención psicológica.</li> <li>• Cuando es necesario, se ofrece cuidado a nivel ambulatorio en el PPSCP.</li> </ul>
Consulta a otros profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estudiante discute con el médico a cargo los hallazgos que fundamentan la consulta y el médico a cargo coloca la consulta oficial.</li> <li>• De necesitar otro nivel de cuidado en salud mental, se orienta al médico a cargo y se apoya la coordinación de servicios.</li> </ul>
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ofrece hasta que las necesidades específicas del referido son atendidas o hasta que se coordinan los servicios necesarios para atender las mismas.</li> <li>• Se fomenta la continuidad de los servicios a nivel ambulatorio y se coordinan de ser necesario.</li> </ul>
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de evaluación inicial</li> <li>• GAD-7 y PHQ-9</li> <li>• Nota de consulta y nota de progreso</li> <li>• Información didáctica para condiciones más comunes</li> <li>• Hoja de registro de consultas para asuntos estadísticos</li> </ul>

Adicional a lo mencionado anteriormente, en programas como el PPSCI, es necesario establecer el protocolo oficial sobre cómo se realizarán las consultas. Según se presenta en la figura 3, las consultas en el programa se reciben a través de dos procesos

principales: 1) el cernimiento realizado por los estudiantes practicantes, y 2) las consultas directas en las que el personal médico identifica necesidades socioemocionales que demandan intervención.

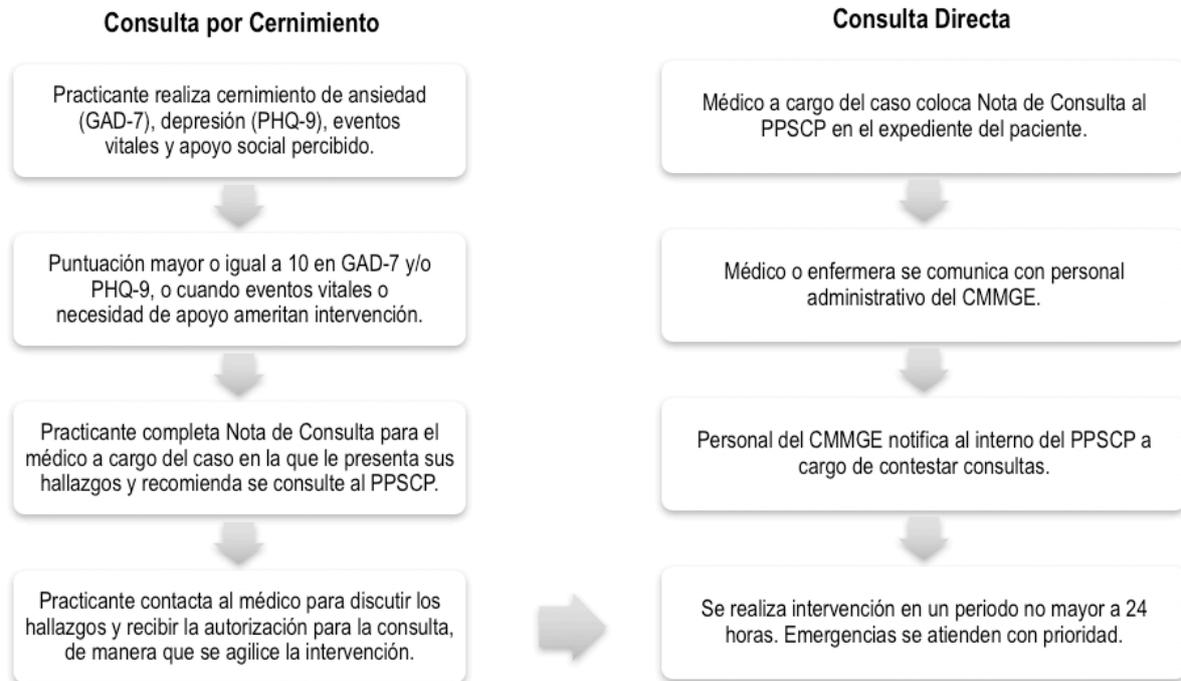


FIGURA 3.

Proceso de consultas del Programa de Psicología de la Salud y Cuidado Integrado. Las consultas del PPSCI se reciben a través del cernimiento o de forma directa. En el cernimiento los practicantes identifican la necesidad del paciente y en la consulta directa es el médico quien identifica la misma.

Este componente de servicio directo enfatiza la prevención de trastornos de salud mental, a través de la identificación e intervención temprana de dificultades psicosociales en pacientes hospitalizados. Asimismo, fomenta la integración de diferentes disciplinas y niveles de formación (practicantes e internos), elemento identificado en la literatura como esencial para proveer una experiencia completa en la que los estudiantes se nutran de diferentes trasfondos y modelos de formación (Cubic & Beacham, 2014).

**Docencia.** Cónsono con lo presentado en la figura 2, el PPSCP cuenta además con un componente de docencia. Este componente incluye las actividades que apoyan la adquisición del conocimiento vinculado a la prestación de servicios integrados y el fortalecimiento de las competencias necesarias para el manejo de los roles que el escenario primario demanda. Incluye además las actividades didácticas provistas por los estudiantes, tanto al equipo interdisciplinario como a la comunidad en

general. Igualmente, la supervisión recibida por parte de psicólogos clínicos licenciados y la ofrecida a pares, para garantizar un manejo adecuado de los pacientes servidos. La figura 4 detalla las actividades específicas de este componente en el PPSCP y cómo se llevan a cabo las mismas a modo de guía para el establecimiento de servicios similares.

**Investigación.** Según reseñado anteriormente, Belar y Deardorff (2009) plantean la investigación como un componente esencial en los servicios psicológicos en escenarios de salud, mientras que la Asociación Americana de Psicología establece que el psicólogo de la atención primaria debe desarrollar en investigación como parte de las competencias del campo. Por su parte, al momento de la creación del PPSCP, el estatus de la Psicología de la Salud en Puerto Rico planteaba la falta de investigaciones que documentaran las intervenciones realizadas en la prestación de servicios integrados. Tomando esto en

consideración, el PPSCP incluyó entre sus componentes un área de investigación para documentar principalmente intervenciones con pacientes con condiciones crónicas, que

también sirviera de escenario para el desarrollo de tesis y disertaciones a nivel graduado

<b>Docencia</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Adiestramientos Avanzados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos (2) horas semanales sobre temas pertinentes al escenario de cuidado primario y a la Psicología de la Salud.</li> <li>• Los internos realizan una lista de temas de interés.</li> <li>• Se solicita a los invitados una conferencia práctica que enfatice en la traducción de los elementos teóricos al escenario primario de servicios integrados.</li> <li>• Los adiestramientos son evaluados por los internos y se utiliza la información para la toma de decisiones.</li> <li>• Los internos proveen didácticas al equipo interdisciplinario ambulatorio y hospitalario sobre temas claves para la integración de servicios.</li> <li>• Los internos y practicantes realizan talleres a la comunidad y participan de ferias de salud.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Supervisión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión individual y grupal con psicólogo clínico licenciado, enfatizando:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conceptualización desde una mirada biopsicosocial-sistémica y de Psicología de la Salud.</li> <li>○ Uso de instrumentos adecuados para la evaluación.</li> <li>○ Consulta al equipo interdisciplinario para un manejo comprensivo.</li> <li>○ Desarrollo de un plan de tratamiento basado en la evidencia.</li> <li>○ Mirada cuidadosa de los asuntos éticos y legales.</li> <li>○ La documentación clínica clara y precisa, que maneje adecuadamente la información sensitiva.</li> </ul> </li> <li>• Los internos realizan supervisión de pares antes y después de que los practicantes realicen intervención con pacientes hospitalizados.</li> <li>• De ser necesario por la complejidad clínica del caso, la supervisión de pares se ofrece en vivo.</li> </ul>

FIGURA 4.

Componente de docencia del PPSCP. El componente de docencia incluye los adiestramientos avanzados y la supervisión, tanto recibidos como ofrecidos por los estudiantes.

Al momento, la función relacionada a tesis y disertaciones se ha ido desarrollando, principalmente en las áreas de cáncer y obesidad. Sin embargo, el desarrollo de investigación sobre servicios provistos ha resultado un gran reto, lo que es cónsono con lo reseñado en la literatura (Ernst et al., 2014). En la experiencia del PPSCP, la sistematicidad requerida desde la conceptualización hasta la publicación de los resultados en una investigación ha resultado difícil de incorporar entre los diversos roles que asumen los estudiantes en formación y sus supervisores clínicos. Igualmente, el coordinador clínico del programa debe velar continuamente por el funcionamiento macro de la estructura del programa, lo que limita las posibilidades de adentrarse en la investigación.

Entendemos que para que este componente se desarrolle en su totalidad, debe incorporarse al equipo al menos un supervisor de investigación, que a su vez cuente con el apoyo de estudiantes en prácticas de investigación. Esto no solo aporta al conocimiento actual de la disciplina, sino que además crea espacios de formación en investigación psicosocial para aquellos estudiantes que así lo deseen. Para comenzar a atender este reto, los coordinadores/ supervisores del PPSCP han presentado líneas de investigación conceptualizadas a personal administrativo de algunas de las principales instituciones de psicología graduada del país, con el fin de recibir apoyo institucional para ponerlas en marcha desde el programa. En el contexto económico actual, la petición de supervisores dedicados a la investigación,

tiende a ser vista como algo no prioritario. Sin embargo, no deben dejar de realizarse esfuerzos para lograr la incorporación de éstos a los programas de formación, pues es la misma falta de investigaciones en la disciplina la que plantea esta necesidad.

**Desarrollo de política.** Dentro de este componente, el PPSCP y su personal ha colaborado en múltiples ocasiones con la administración del CCMGE y del Hospital del Maestro para atender asuntos medulares asociados a la prestación de servicios y situaciones institucionales. Se ha apoyado la gestión de integración en los servicios, proveyendo orientación al personal, y gestionando activamente su inclusión en actividades de educación continua fuera del contexto institucional. Entrando en asuntos curriculares, se ha conversado con personal administrativo del CMMGE sobre la creación de espacios de formación para otras disciplinas, utilizando la experiencia del PPSCP. Asimismo, se ha colaborado en el desarrollo y revisión de encuestas de satisfacción con los servicios prestados a nivel ambulatorio y hospitalario. Finalmente,

se han discutido y atendido situaciones asociadas a la sobrecarga emocional, manejo de pacientes, y otros temas de interés para la institución y su personal.

Evaluación de los procesos (formativa) y resultados (sumativa) del PPSCP

Luego de evaluar los elementos importantes para desarrollar un programa de formación, es indispensable la evaluación de los procesos de implementación y el resultado final. La evaluación de los procesos (formativa) permite identificar los puntos críticos en el desarrollo del programa y obtener información sobre su evolución para posteriores decisiones que permitan optimizar el mismo (Tejada, 2004). Por su parte, el autor plantea que la evaluación de resultados (sumativa) se enfoca en determinar si el programa ha cumplido el objetivo para el cual fue diseñado, así como su impacto y costo-efectividad. La figura 5 presenta un resumen de cómo se han implementado las estrategias formativas en el PPSCP.

Objetos de evaluación	Criterios generales	Medidas utilizadas	Ejemplos de decisiones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes</li> <li>• Equipo interdisciplinario</li> <li>• Personal administrativo</li> <li>• Pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicabilidad</li> <li>• Utilidad</li> <li>• Disponibilidad de recursos</li> <li>• Conocimiento</li> <li>• Destrezas</li> <li>• Estrategias</li> <li>• Relaciones</li> <li>• Motivación</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Cambio en síntomas auto-reportados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observaciones</li> <li>• Entrevistas</li> <li>• Registros anecdóticos</li> <li>• Discusiones en supervisión grupal e individual</li> <li>• Informes mensuales por componente.</li> <li>• Hojas de evaluación.</li> <li>• Evaluaciones trimestrales de internos según APA.</li> <li>• Evaluación inicial y reevaluación periódica de síntomas con PHQ-9 y GAD-7.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuste de horario y temas de actividades de Educación en Salud y didácticas.</li> <li>• Ajustes en protocolos de intervención para mejorar movimiento de pacientes en el CMMGE.</li> <li>• Cambios en estrategias de documentación para agilizar entrega de expedientes.</li> <li>• Identificación y manejo de destrezas a fortalecer en el personal para mejorar la dinámica interprofesional.</li> <li>• Enfoque en áreas de necesidad individual de estudiantes.</li> <li>• Desarrollo y revisión de protocolos de emergencia.</li> <li>• Ajustes en intervención con pacientes.</li> </ul>

FIGURA 5.

Estrategias de evaluación formativa del PPSCP. El objeto de evaluación se refiere a la persona o grupo de personas través de la cual se obtiene información. Los criterios generales representan la información que desea obtenerse, mientras las medidas utilizadas indican el medio por el que se obtiene la información. La última columna presenta ejemplos de decisiones tomadas en el PPSCP con la información obtenida.

En términos de evaluación sumativa, el PPSCP se rige bajo los estándares del consorcio de la PHSU, acreditado por la Asociación Americana de Psicología. Al final del proceso de internado, cada supervisor clínico completa una evaluación para documentar el nivel de funcionamiento respecto a las competencias básicas y funcionales de la psicología clínica profesional, así como de la integración de ambas competencias durante el proceso de formación. Además, los internos tienen la oportunidad de evaluar su experiencia de internado. Ambos procesos permiten documentar si el PPSCP cumplió con el objetivo de proveer una sólida experiencia clínica, profesional y de aprendizaje a través de las oportunidades necesarias para la consolidación de los conocimientos previos, habilidades y actitudes.

El PPSCP proyecta fortalecer las estrategias formativas, con el objetivo de incluir la visión del paciente y del equipo interdisciplinario respecto a la prestación de los servicios integrados. En términos sumativos, proyecta añadir una evaluación final que incluya las competencias básicas en psicología de la salud y cuidado primario. Asimismo, se proyecta documentar el impacto del programa en los pacientes servidos, en cuanto a reducción de síntomas o mejor manejo de los mismos, desde la perspectiva del paciente y su proveedor.

#### Alcance del PPSCP

Durante los primeros tres años de servicio del PPSCP (julio 2014 hasta junio 2017) se han realizado 2,919 intervenciones de servicio directo, se han impactado 3,388 pacientes y familiares en Educación en Salud, y se han realizado 782 cernimientos que han resultado en orientación o coordinación de servicios psicológicos a pacientes que solicitaban servicios de salud física en las clínicas de Diabetes, Cáncer, Cardiología y Obesidad del CMMGE. Durante el periodo de enero a junio 2017, se realizaron 251 cernimientos a pacientes

hospitalizados a través del PPSCI y 68 (27%) recibieron servicios psicológicos. Además, se han realizado presentaciones sobre la integración de servicios en diversos foros como la Convención Anual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, la Convención Anual de la Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico y la Asociación de Maestros de Puerto Rico.

Comentarios medulares sobre el desarrollo e implementación del PPSCP

Asignar igual importancia a cada componente del programa

Desde la mirada de la psicología tradicional, el servicio directo, principalmente individual, de pareja y familia, tiende a cobrar preponderancia sobre otros roles que el psicólogo asume. Según la experiencia del PPSCP, los internos y practicantes educados bajo este modelo tradicional, generalizan este acercamiento a la intervención que realizan en escenarios primarios de servicios integrados, lo que debe ser atendido durante la formación. El modelo del PPSCP establece que cada área del programa (ej. cernimiento, Educación en Salud, consultas, supervisión de pares, etc.) tiene igual importancia, ya que es a través de las diversas experiencias que se desarrollan las competencias requeridas para la prestación de servicios integrados en la atención primaria. En el desarrollo de programas como el PPSCP, los internos y practicantes deben conocer los fundamentos teóricos del programa. Además, se debe realizar un monitoreo sistemático de las labores, para asegurar que se asumen los roles y que los componentes del programa se sostienen. En el proceso, es necesario atender las barreras que enfrentan los estudiantes al asumir estos nuevos roles, y proveerles herramientas para lograr que puedan ejecutarlos cada día con mayor maestría. En la experiencia del PPSCP, si los estudiantes no tienen claro esta diferencia con el modelo tradicional y si no se provee un monitoreo directo de las actividades, se impacta principalmente la

función de promoción y prevención, componentes medulares del modelo.

Disponibilidad de supervisores/coordinadores para el funcionamiento del programa

En muchas ocasiones, la presencia de supervisores en los escenarios de adiestramiento se limita a varias horas semanales para la supervisión y firma de documentación. Sin embargo, la creación de un programa de adiestramiento pre-doctoral, que provea múltiples experiencias para el desarrollo de las competencias necesarias en la prestación de servicios integrados a nivel primario, requiere mucho más. El escenario primario es rápido, diverso y requiere decisiones complejas de manera inmediata, que demandan competencias que los practicantes e internos aun se encuentran desarrollando. Este escenario requiere una mayor disponibilidad de los supervisores para consultoría al momento sobre asuntos como: procesos de manejo de crisis o de casos complejos, asuntos éticos y legales, documentación, manejo interprofesional, entre otros. Además, su presencia es indispensable para monitorear el funcionamiento de cada componente del programa y para tomar las decisiones que sean necesarias en pro del funcionamiento óptimo del programa. Esto debe contemplarse en la fase de análisis y determinación de los recursos requeridos para el desarrollo de un programa similar al PPSCP.

Comentarios finales

Sin duda, los cambios en la forma de entender y atender las condiciones de salud han impactado la prestación de servicios y, por ende, la formación de los profesionales que proveen los mismos. Para el psicólogo de este siglo, se ha borrado la frontera de la práctica clínica tradicional, demandándose su integración en equipos interdisciplinarios de salud para prestar servicios de promoción, prevención e intervención a individuos, familias y a la comunidad, con diversidad de situaciones psicosociales y

condiciones físicas, así como para mejorar los sistemas de salud. Estos nuevos roles requieren competencias básicas y funcionales en Psicología Clínica, Psicología Clínica de la Salud y Psicología del Cuidado Primario, que han puesto de manifiesto la necesidad de establecer programas de formación pre-doctoral que permitan a los estudiantes desarrollar y fortalecer las mismas, antes de enfrentarse profesionalmente a los escenarios de cuidado integrado de salud.

La puesta en marcha de estos programas de formación requiere una serie de pasos y consideraciones para su desarrollo, implementación y monitoreo/evaluación, que no han sido detallados en la literatura en Puerto Rico. Este artículo plantea elementos claves a considerar en la etapa de conceptualización y desarrollo del programa. Además, discute de forma general las competencias básicas requeridas para la prestación de servicios conductuales integrados a nivel primario y se proveen las referencias para un análisis detallado de las mismas. Como elemento medular se presenta la operacionalización de estas competencias en roles y funciones específicos que los estudiantes llevan a cabo en los componentes de servicio directo, investigación, docencia, y desarrollo de políticas, así como la evaluación y alcance de cada componente. La información planteada responde a la necesidad de continuar desarrollando experiencias de formación pre-doctoral en servicios integrados a nivel primario, y pretende servir de guía práctica para la implementación de programas similares de adiestramiento en el país.

## REFERENCIAS

- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (2009). Introduction to clinical health psychology. En, *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook, 2nd ed* (pp. 3-16). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/11852-001
- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (2009). Clinical health psychology assessment. En , *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook, 2nd ed* (pp. 47-80). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/11852-003
- Council of Chairs of Training Councils. (2013). Psychology Internship Development Toolkit. Recuperado de: <https://pr4tb8rj317wdwt3xlafig2p-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/04/internship-toolkit-2.pdf>
- Cubic, B. A., & Beacham, A. O. (2014). Preparing the Next Generation for Integrated Care in Medical Settings: Training in Primary Care as a Foundation. En C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler, C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings: Evidence-based assessment and intervention* (pp. 77-98). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Dobmeyer, A. C., & Miller, B. F. (2014). Clinical Psychologist in Primary Care Settings. En C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler, C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings: Evidence-based assessment and intervention* (pp. 309-323). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Dobmeyer, A. C., & Rowan, A. B. (2014). Core Competencies for Psychologists: How to Succeed in Medical Settings. En C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler, C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings: Evidence-based assessment and intervention* (pp. 77-84). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Ernst, M. M., Piazza-Waggoner, C., Chabon, B., Murphy, M. K., Carey, J., & Roddenbetry, A. (2014). The hospital-based consultation and liaison service. En C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler, C. M. Hunter, C. L. Hunter, R. Kessler (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings: Evidence-based assessment and intervention* (pp. 369-416). New York, NY, US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-0-387-09817-3\_16
- Fisher, L., & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *American Psychologist*, 69(4), 355-363. doi:10.1037/a0036101
- France, C. R., Masters, K. S., Belar, C. D., Kerns, R. D., Klonoff, E. A., Larkin, K. T., & ... Thorn, B. E. (2008). Application of the competency model to clinical health psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 573-580. doi:10.1037/0735-7028.39.6.573
- Institute of Medicine. (1994). *Defining primary care: An interim report*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D., & Kane, R. L. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72, 511-518. doi:10.1097/PSY.0b013e3181e2c4a0
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-

- onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- McDaniel, S. H., & deGruy, F. I. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325-331. doi:10.1037/a0036222
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C., & ... Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409-429. doi:10.1037/a0036072
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A Cube Model for Competency Development: Implications for Psychology Educators and Regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 347-354. doi:10.1037/0735-7028.36.4.347
- Smith, T. W., Williams, P. G., & Ruiz, J. M. (2016). Clinical health psychology. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, M. M. Domenech Rodríguez, J. C. Norcross, G. R. VandenBos, ... M. M. Domenech Rodríguez (Eds.), *American Psychological Association handbook of clinical psychology: Roots and branches*, Vol. 1 (pp. 223-257). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14772-012
- Tejada, J. (2004). Evaluación de programas. Recuperado de: [http://www.carcheles.es/export/sites/default/galerias/galeriaDescargas/diputacion/dipujaen/formacion/centro-documental/Evaluacixn\\_programas\\_de\\_formacixn.pdf](http://www.carcheles.es/export/sites/default/galerias/galeriaDescargas/diputacion/dipujaen/formacion/centro-documental/Evaluacixn_programas_de_formacixn.pdf)
- Thielke, S., Thompson, A., & Stuart, R. (2011). Health psychology in primary care: Recent research and future directions. *Psychology Research And Behavior Management*, 4, 59-68.