

PSICOLOGÍA DE LA SALUD DESDE LA PRÁCTICA PRIVADA

HEALTH PSYCHOLOGY FROM PRIVATE PRACTICE

Recibido: 2 de febrero de 2017 | Aceptado: 27 de marzo de 2018

Amelia **Rodríguez-Acevedo** ¹, Kevia **Calderón Jorge** ²

¹: Psych Wellness Center & Universidad Interamericana, Recinto Metropolitano, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

La Psicología de la Salud es comúnmente asociada a los ambientes hospitalarios, no obstante, existen otros escenarios en donde su utilidad es grande pero poco conocida. La práctica privada es precisamente uno de estos espacios. El propósito con este artículo es presentar las aportaciones que se pueden hacer al desarrollo de la disciplina desde este ambiente profesional. Discutiremos las ventajas y posibilidades de acción, para la psicología de la salud en la práctica privada, entre ellas: acceso directo a pacientes, diálogo con aseguradoras y con otros profesionales. Además presentaremos las principales formas de realizar el trabajo en donde se incluye: componente psicoeducativo, trabajo con familias, trabajo interdisciplinario, prevención de condiciones de salud y detección temprana, adherencia al tratamiento, entre otros. Expondremos las condiciones y situaciones de salud que se observan con más frecuencia en nuestra experiencia en la práctica privada y que se citan en la literatura profesional. A su vez presentaremos los beneficios del tratamiento psicológico en estas poblaciones. Se concluye esbozando las áreas que indican retos a sobrepasar. Entre estos se encuentran: aumento en recursos de evaluación de eficacia y efectividad, investigación clínica, divulgación de hallazgos y aumento en lazos colaborativos con otras organizaciones, entre otros.

PALABRAS CLAVE: Psicología de la Salud, práctica privada, modelo biopsicosocial.

ABSTRACT

Health Psychology is commonly associated with hospital settings. However, there are other scenarios where their utility is great and private practice is precisely one of these. The purpose with this article is to present the contributions that can be made to the development of the discipline from this professional setting. We discuss the advantages and possibilities of action, for health psychology in private practice including direct access to patients, dialogue with insurers and with other professionals. In addition, the main ways of doing the work are presented and includes: psychoeducational component, work with families, interdisciplinary work, prevention of health conditions and early detection, treatment adherence, among others. Health conditions and situations that are most frequently observed in our experience in private practice and that are cited in the professional literature is discussed. Also the benefits of psychological treatment in these populations is presented. It concludes outlining the areas that indicate challenges to overcome. These include: increase in evaluation resources for efficacy and effectiveness, clinical research, disclosure of findings and increased collaborative relationships with other organizations, and others.

KEYWORDS: Health Psychology, Private Practice, Biopsychosocial Model.

1. Correspondencia con la autora. E-mail: jyamet@yahoo.com

El trabajo de la psicología de la salud se ha destacado dentro de los escenarios hospitalarios y los centros de salud física. De esta forma se enmarca dentro de la concepción clínica de la intervención psicológica. Matarazzo (1980) definió la Psicología de la Salud como “La suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas; y el mejoramiento del sistema de salud y la formulación de políticas de salud” (p. 815). Aunque esta definición es de un amplio alcance, la visión predominante no le hace justicia a la misma. Esto se debe a que el término salud ha estado vinculado directamente y sub- editado al concepto de enfermedad y por lo tanto asociado con los centros hospitalarios o clínicas médicas.

Por esta razón, no es de extrañar que sea poco frecuente escuchar sobre este tipo de acercamiento desde la práctica privada, dado el énfasis a relacionar este quehacer con los sistemas de servicios de salud hospitalarios. Es poca o prácticamente ninguna la literatura que hace referencia a la psicología de la salud desde la práctica privada. Esto remite a varios factores, entre ellos algunos relacionados al concepto tradicional de la salud y por otro lado al concepto tradicional sobre las prácticas en psicología.

La antigua noción relacionada a los conceptos de salud y enfermedad ha influenciado en la forma en que se realizan las prácticas profesionales sanitarias. En esta, el enfoque remediativo más que preventivo, caracterizó el abordaje salubrista por mucho tiempo. Se buscaba la solución a los malestares, particularmente físicos, mas poco esfuerzo era dedicado al desarrollo e implementación de estrategias encaminadas a preservar la salud y mantener el bienestar incluso dentro de la enfermedad. Todo esto contribuye a la visión popular de ubicar a la

psicología de salud en los espacios donde típicamente se trabaja con los enfermos, los espacios hospitalarios. Siguiendo esta línea, se ha tendido a considerar que las áreas de abordaje se circunscriben a la integración de la psicología en el tratamiento de las enfermedades físicas. Amparados en una lógica cartesiana, la idea de una separación entre mente y cuerpo, se ha puntualizado la distinción entre las denominadas condiciones físicas y las condiciones mentales, tal como si no hubiera vinculación entre estas y en la manifestación de las mismas.

Debido a lo antes expuesto, resulta poco común asociar la psicología de la salud a los espacios de la práctica privada. Alrededor de este espacio profesional también se han desarrollado una serie de ideas sobre su alcance. El espacio de los centros privados de práctica clínica está más asociado a intervenciones dirigidas a la salud mental, igualmente más en su fase de tratamiento a condiciones mentales que en relación a la prevención y promoción de bienestar. Esto de la mano a la noción de que se produce un trabajo aislado y por ende desconectado de otros profesionales de la salud y de la comunidad misma.

El cambio en el paradigma biomédico de la medicina trajo consigo su secuela en la ampliación de la mirada respecto de la salud y la enfermedad. No obstante, ya sabemos gracias a las aportaciones de Kuhn (2012), que los cambios paradigmáticos no son automáticos sino más bien una transición. Mires (1996) explicó que el modelo hegemónico anterior se mantiene en las prácticas cotidianas. Por tal razón, contemplar la Psicología de la Salud, fuera de escenarios médicos u hospitalarios ha sido un gran reto para la profesión. La visión biomédica ya no es la hegemónica, no obstante, no se ha eliminado por completo y aún se mantiene de manera menos incisiva pero latente. George Engel (1977) propuso el acercamiento biopsicosocial como una visión alterna al modelo biomédico imperante de la época permitiendo así el espacio para la

valoración de la subjetividad y los significados.

Engel (1977) consideró que el eje del estudio de la medicina pasa de la enfermedad al enfermo, al sujeto que padece, incluyendo a la sociedad como coparticipe en la génesis de la enfermedad. El autor presentó que no solo los signos y síntomas físicos son importantes, sino que también lo son los aspectos psicológicos y los sentimientos. A su vez las creencias relacionadas a la enfermedad, los factores sociales como las relaciones familiares y con la comunidad, igualmente son factores considerados como imprescindibles. La Organización Mundial de la Salud (1946), realizó una importante aportación cuando presenta su definición sobre el concepto de la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades“. Este enfoque en el campo sanitario plantea una mirada abarcadora que permite consolidar los aspectos biopsicosociales del ser humano en la búsqueda de su bienestar. Se contemplan aspectos sociales culturales económicos, políticos y espirituales (Dapuetto, 2016; Crosby, et al., 2015; Serrano-García y Bravo, 1998).

A partir de esta mirada se ha facilitado la posibilidad de un acercamiento preventivo, multidisciplinario y abarcador de la salud. De esta forma se gesta una transición en los acercamientos a la salud que ha abierto caminos para intervenciones no tradicionales y prometedoras en la búsqueda de bienestar. Schofield (1976) expuso la necesidad de generar una mirada más abarcadora sobre la psicología enfocada en una nueva identidad que se enmarca desde la predominancia de la salud en los discursos de la profesión. Aseveraciones como esta permiten ilustrar que el énfasis en una psicología al servicio de la salud integral mas que de la psicopatología no es un tema nuevo en el campo profesional. Dapuetto (2016) indicó que este enfoque ha mostrado su pertinencia social y se ha ido solidificándose al pasar de los años debido a

que provee un acercamiento integrador. Explica, que aún es necesario continuar trabajando en crear conciencia del rol central de las personas que reciben los servicios, en las tomas de decisiones así como de educar en relación a la comunicación efectiva entre profesionales.

A su vez, la creación del Affordable Care Act, estatuto federal que establece el Modelo de Cuidado Integrado y el cuidado primario como la pauta a seguir en el cuidado de la salud, ha provisto un espacio para la solidificación de la mirada de la psicología de la salud. En marzo de 2010, el Presidente Barack Obama firmó la Ley de Protección del Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Costo de 2010, que se conocen como ACA, por sus siglas en inglés, (Affordable Care Act). El ACA se basa en la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción de Wellstone y Domenici de 2008; estas dos leyes se combinan para crear un nuevo campo de operaciones donde la salud conductual sea igual a la salud física, y donde las personas puedan lograr acceso a los servicios de salud mental y para las adicciones. La idea tras la legislación de la paridad es eliminar los límites del tratamiento, o los requisitos financieros para los beneficios del tratamiento de la salud mental o del abuso de sustancias, límites que no se le imponen a los padecimientos físicos. En el núcleo de la reforma, hay un alejamiento de los acercamientos fragmentados y episódicos, y un acercamiento hacia los modelos integrados de cuidado crónico. La idea general es que los pacientes (particularmente los que padecen de condiciones crónicas) tengan una “base local” para el cuidado, donde los equipos integrados (como un/a doctor/a, enfermero/a, farmacéutico/a y/o proveedores de salud conductual) colaboren para manejar el cuidado básico y coordinar el cuidado con los/as especialistas y hospitales.

En Puerto Rico, como parte del Sistema de Salud del Gobierno, se han hecho esfuerzos para integrar a profesionales de la psicología a los centros de cuidado primario del estado

así como para colocar médicos en centros especializados en salud mental. Los centros 330 son un excelente ejemplo de la materialización de este modelo. Este particular legitima la mirada integrada del ser humano y la necesidad de trabajar desde una perspectiva biopsicosocial. Esto impacta la mirada y la práctica profesional de la psicología. Al convertirse en la política institucional del estado, aquellas personas que están ejerciendo en la práctica privada, se ven en la necesidad de conocer y adaptar esta modalidad a su quehacer para permitir una mayor coherencia y vinculación con lo que ocurre a nivel comunitario.

Según mencionamos anteriormente, otra limitación importante, ha sido los estilos dominantes de intervención psicológica. Los mismos han sido predominantemente acercamientos individualistas, dentro de un encuadre limitado a la relación exclusiva del paciente y el terapeuta así como circunscrito a los aspectos psicológicos. Sin embargo, al interior de la psicología existen diversos enfoques y modelos cuyas implicaciones prácticas permiten un abordaje diverso de los procesos clínicos. Por tal razón, se plantea un espacio presto para intervenciones no tradicionales, más enfocadas en la integración con diversos profesionales, instituciones e instancias sociales. De hecho, algunos autores, como Anderson (2001, 2015) y Gergen y Warhus (2001), entre otros, plantearon que la práctica clínica de la psicología debe moverse a modelos de trabajos colaborativos y no individualistas como fue el estilo hegemónico de sus inicios. Esto apoya el esfuerzo por romper con la dicotomía mente y cuerpo, reconociendo cada vez más la cualidad integral de la existencia humana. Es precisamente esa mirada a la totalidad y no a sus partes lo que apunta a que se pueda trabajar de manera responsable y efectiva tanto con las enfermedades como con la promoción de la salud. La mirada amplia es posibilitada por el diálogo interdisciplinario como guía en la acción. Trabajar desde un enfoque integrado es vital para poder atender el estado de la

salud en Puerto Rico. Este artículo es apoyado en esa perspectiva integradora y busca presentar la aportación que se realiza desde la práctica privada al desarrollo de la psicología de la salud. Se discuten las ventajas y retos más significativos en este quehacer.

Salud y Enfermedad en Puerto Rico- Espacio para la Psicología de la Salud

Tomando en consideración las estadísticas de salud de Puerto Rico, es difícil pensar que un psicólogo o una psicóloga nunca se enfrente en su práctica privada a asuntos relacionados a la salud y la enfermedad. El Informe de Enfermedades Crónicas de Puerto Rico, publicado en el año 2014 por el Departamento de Salud de Puerto Rico, presenta las condiciones crónicas más prominentes en la isla (Ver figura 1). “En Puerto Rico, para el 2012, 5 de cada 10 adultos tenía al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: (a) artritis, (b) asma actual, (c) cáncer (excluye cáncer de piel), (d) enfermedad coronaria, (e) depresión, (f) diabetes mellitus, (g) ataque cardíaco, (h) enfermedad del riñón, y (i) evento cerebrovascular.” (Departamento de Salud, 2014a, p. 10). A su vez identificaron una tendencia a la comorbilidad de diagnósticos en una misma persona, siendo mayor en las personas con historial de ataques cardíacos. La artritis, la depresión y la diabetes resultaron tener las tasas más altas de prevalencia cuando se ajusta por edad. No obstante, la depresión y la artritis no aparecen dentro del registro de las enfermedades más facturadas como diagnóstico principal. “Los primeros nueve diagnósticos facturados como diagnóstico principal fueron Hipertensión (26%), Diabetes (19%), Anemia (14%), Corazón (11%), Enfermedades de las Vías Respiratorias Inferiores (CLRD, por sus siglas en inglés) (9%), Tumor Benigno (8%), Influenza y Neumonía (6%), Cáncer (4%), y Nefritis (3%), en ese orden.” (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015, p.99).

APÉNDICE 1.**Tasa ajustada por edad de los factores de riesgos y las enfermedades crónicas por regiones de salud.**

	Arecibo	Bayamón	Caguas	Mayagüez	Metro	Ponce
Factores de riesgo						
Sobrepeso	35.21	33.35	36.98	41.66	32.70	37.09
Obesidad	29.41	29.99	27.13	22.36	24.27	32.17
Fumador actual	14.96	14.01	12.24	12.62	11.63	13.74
Ex fumador	20.26	18.83	19.80	17.15	18.20	17.33
Consumado agudo de alcohol	14.53	14.44	14.20	12.56	13.48	16.28
Consumo crónico de alcohol	2.77	4.26	5.88	5.25	5.68	4.65
Inactividad física	50.15	40.03	43.09	44.70	35.05	41.00
Enfermedades crónicas						
Ataque cardíaco	5.44	4.13	3.54	5.43	3.12	3.56
Enfermedad coronaria	7.75	7.57	7.71	6.97	5.38	9.73
Evento cerebrovascular	3.43	1.31	2.02	1.99	1.95	0.93
Asma	13.32	8.61	7.67	9.39	7.26	7.82
Cáncer	4.62	4.54	3.33	2.87	3.13	3.48
COPD	4.69	3.53	4.21	2.98	2.25	3.59
Artritis	26.09	19.99	21.94	22.85	16.81	22.76
Desorden depresivo	20.05	17.24	16.97	15.24	10.53	16.27
Enfermedad del riñón	2.45	3.07	2.54	2.11	1.58	1.99
Diabetes	15.50	16.37	12.91	16.06	11.47	17.50

FIGURA 1.1

Tasa ajustada por edad de los factores de riesgos y las enfermedades crónicas por regiones de salud- Informe de Enfermedades Crónicas de Puerto Rico 2014.

A su vez, en el Informe de la Salud de Puerto Rico del Departamento de Salud, publicado en el año 2014 (Informe Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico, 2014b) se indica, que las primeras doce causas de muerte en Puerto Rico hasta el año 2012 fueron: cáncer (N=5,439), enfermedades del corazón (N=5,089), diabetes (N=3,115), Alzheimer (N=2,018), enfermedades cerebrovasculares (N=1,362), accidentes (N=1,023), nefritis (N=1,013), enfermedades respiratorias (N=1,011), homicidios (N=958), septicemia (N=803), neumonía e influenza (N=788), e hipertensión (N=565). En el intervalo de los años 2004 al 2012 las primeras dos causas de muerte fueron las enfermedades del corazón y cáncer. Para el 2012, el total de muertes por cáncer y su tasa ajustada ocuparon la primera causa de muerte, sobrepasando por primera vez a las muertes por enfermedades del corazón.

Ante este panorama preocupante, el Departamento de Salud de Puerto Rico, desarrolló el Plan de Acción de Enfermedades Crónicas para Puerto Rico 2014-2020. En el mismo presentaron un énfasis a la costo-efectividad lo que relacionan a intervenciones salubristas en la línea de intervención temprana, prevención primaria y trabajo integrado entre profesionales de la salud. Brindaron especial atención a la identificación de factores de riesgo y dentro de esto a los determinantes sociales de la salud y el efecto en la disparidad.

Teniendo en consideración los datos antes mencionados, es casi imposible que el quehacer de la psicología de la salud se remita exclusivamente a los hospitales, por el contrario, se ha de extender inevitablemente a otros escenarios donde de igual forma la salud y enfermedad se hacen presentes y son llevadas consigo por cada persona. Alguien que tenga diabetes o cáncer no deja de

¹. Tomada del Informe de Enfermedades Crónicas de Puerto Rico, publicado en el año 2014 por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

padecer dicha condición cuando experimenta síntomas de depresión o ansiedad y busca ayuda psicológica; por tanto, el/la psicólogo/a no puede hacer caso omiso a otros padecimientos que pudieran ser la génesis de sus problemas de salud mental o de igual manera ser ese estado emocional lo que afecte su salud física, la adherencia al tratamiento o la manera en que interpreta y asume su situación. Es por ello que la psicología de la salud se filtra cada vez más en diferentes escenarios, entre los que destacan la práctica privada.

Modelos en Psicología de la Salud y su Relación con la Práctica Privada

En el marco de la Psicología de la Salud se encuentran variados modelos de intervención. Entre ellos se encuentran el Manejo de cuidado "Care management" que se caracteriza por la integración de diversos profesionales en un solo lugar y el desarrollo de un plan de tratamiento único en el que convergen e interactúan los/as expertos/as en salud. Según explicó Peek (2013) esto implica la integración de los servicios ofrecidos al/la paciente pero a su vez un modelo coherente que lo sustente y promueve desde el nivel organizacional. Blount y Miller (2009) explicaron que para que las intervenciones puedan ser consideradas bajo este modelo, no solo es requisito que los/as expertos/as compartan una misma localidad y una visión biopsicosocial sino que a su vez deben operar como un equipo y bajo un solo plan de tratamiento.

Existe literatura científica en la cual se establece la efectividad del Modelo de Cuidado Integrado no solo en el componente del manejo de las enfermedades sino también en el de la prevención. Dentro de este acercamiento los/as profesionales de la psicología clínica de la salud ocupan un rol importante y hacen aportaciones significativas en el bienestar de la persona que recibe los servicios (Belar, 2008, 2012, 2014; McDaniel et. al., 2014). En el caso particular de Puerto Rico, Vera y Colaboradores (2010) concluyeron que se

observó una reducción en sintomatología depresiva y mayor funcionalidad en las personas participantes de su investigación quienes además del diagnóstico psiquiátrico presentaban comorbilidad con condiciones médicas. En ese caso el tratamiento partía de un Modelo de Cuidado Integrado junto a un componente de psicoterapia bajo el Modelo Cognitivo Conductual y la utilización de antidepresivos.

La política gubernamental bajo el "Affordable Care Act" mueve las prácticas de salud en esta dirección y como indicamos anteriormente, los Centros 330 son un ejemplo del particular. No obstante, algunos centros de práctica privada grupal han comenzado a estructurarse de tal forma en que las personas que acuden a buscar servicios puedan encontrar diversidad de oferta profesional. Definitivamente no es la norma observada pero sí pueden identificarse algunos centros que se están reorganizando para acercarse a esa manera. Un vistazo a los anuncios en la guía telefónica, páginas web y otros medios de promoción de servicios permiten observar este tipo de oferta. Profesionales, por ejemplo de la medicina (particularmente de la psiquiatría), psicología, patología del habla y lenguaje, terapia ocupacional, terapia educativa, entre otros, comparten un mismo espacio y trabajan con sus pacientes de forma colaborativa. No hay estudios al momento que puedan indicar la magnitud de este particular y sería pertinente poder conocer más sobre este movimiento.

Estos centros de práctica grupal usualmente se aglomeran bajo el modelo de Cuidado Co-localizado. En estos casos, diversos/as profesionales de la salud, comparten el mismo espacio mas no existe una integración sistemática dentro del plan de tratamiento. Se identifican necesidades particulares que son referidas dentro del mismo centro y a partir de esta se inicia una colaboración entre los/as profesionales. Sin embargo en la mayoría de los casos los/as profesionales trabajan con los/as pacientes de manera separada e incluso pueden trabajar expedientes por separado.

Por otra parte, también existen los modelos de Cuidado Coordinado, en el cual se trabaja mediante el sistema de referidos a proveedores en localidades separadas. Usualmente la colaboración entre especialistas es mínima y los sistemas raramente se comunican entre sí. En este tipo de escenario se hace un uso mínimo del modelo biopsicosocial (Peek, 2013). Aunque este presenta limitaciones en la capacidad de trabajar de manera integrada bajo un mismo plan de tratamiento plantea una opción viable para los y las profesionales que laboran en espacios independientes. Este profesional, partiendo de un enfoque en psicología de la salud, puede mantenerse en comunicación con otros/as profesionales para lograr una alineación en el plan de tratamiento a desarrollar para atender las necesidades de sus pacientes. A su vez puede tomar en cuenta otras variables, más allá de las psicológicas, como por ejemplo aspectos sociales y biológicos en el cernimiento, evaluación e intervención. Este es probablemente la alternativa de mayor viabilidad para los psicólogos y las psicólogas que laboran desde la práctica privada.

No obstante es importante señalar que las gestiones de comunicación que se realizan con profesionales de la salud no reciben una remuneración económica ya que no se contempla dentro de los códigos de facturación a los planes médicos. Esto implica que todo el tiempo invertido en acciones tan importantes para el bienestar del paciente deben realizarse “ad honorem”. De esta forma se cumple con el planteamiento ético de ser responsable en el acercamiento profesional mas se sufre de una repercusión económica ya que se priva de emplear ese tiempo en actividades que contribuyan a las finanzas.

Experiencias en Psicología de la Salud desde la Práctica Privada

Desde el año 2008 hemos trabajado una práctica privada que ha alcanzado a más de 2,000 personas de todas las edades. Nuestra labor ha estado mediada por un abordaje

amplio en la búsqueda de la colaboración y en la visión abarcadora en torno al ser humano. Mediante este escrito ofrecemos una mirada al trabajo de la psicología de la salud desde lo que ha sido nuestra experiencia en la práctica privada y tomamos como ejemplo la revisión de 100 expedientes de pacientes atendidos en nuestro centro. Fundada en el año 2007, nuestra corporación Psych Wellness Center, inició sus operaciones como un centro de consultoría y adiestramiento, posteriormente extendió sus servicios al área de psicoterapia y evaluación, ofreciendo servicios a individuos, instituciones educativas, agencias públicas y privadas y la comunidad en general, desde una perspectiva biopsicosocial.

Cabe señalar que el quehacer en nuestra oficina está fuertemente influenciado por el trabajo en el escenario hospitalario; ya que ambas estuvimos laborando en las Unidades de Neurocirugía y Oncología del Hospital Pediátrico Universitario en el Centro Medico de Puerto Rico y otras instituciones del país que ofrecen servicios a pacientes pediátricos de cáncer y tumor cerebral. La mayor parte de las intervenciones en ese escenario eran breves y enfocadas en el presente. No obstante por la naturaleza del programa que trabajábamos y de la población atendida (pasaban largos y recurrentes periodos de hospitalización) teníamos la oportunidad de dar seguimiento en la mayoría de los casos. A la mayor brevedad posible de que se recibía el/la paciente en el hospital se establecía la consulta que debíamos atender. La naturaleza de la solicitud tenía variados objetivos, entre ellos: proveer apoyo al/la paciente y su familia, identificar necesidades a atender en el aspecto psicológico, ofrecer recomendaciones para la adherencia al tratamiento, evaluar los aspectos cognitivos previo a una intervención, entre otros.

Nuestra labor no solo se centraba en el/la paciente sino también en su núcleo familiar, incluyendo a los padres, las madres, hermanos/as, abuelos/as y otros. Visitábamos escuelas, iglesias y comunidades para llevar orientación en

relación al cáncer, clarificando dudas y propiciando un espacio educado que fomente la reinserción. Participábamos de las discusiones de casos y a su vez de las reuniones entre el personal médico y familiares en donde se discutía el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los planes de tratamiento eran trabajados regularmente entre diversos profesionales incluyendo las áreas de oncología, pediatría, trabajo social y psicología, entre otros. El cuidado de los y las pacientes era enmarcado desde una perspectiva integradora, caracterizada por la comunicación activa entre profesionales quienes documentábamos en el mismo expediente. En términos generales hubo una buena recepción de la intervención de las profesionales de la psicología que se posibilitó en gran medida a la aceptación y valoración de las personas que recibían los servicios. La mayor parte del personal de salud contaba con nuestra intervención y apoyo. Lograrlo fue un proceso gradual ya que era una nueva experiencia en el hospital. No obstante, algunos/as profesionales mostraban más resistencia a este tipo de trabajo. Nos encargábamos de ofrecer didácticas para el estudiantado y profesionales para abundar en nuestro trabajo, el beneficio del mismo y recomendaciones para facilitar la cooperación con pacientes y familiares. Por lo regular, eran apreciadas y recibíamos retroalimentación positiva. A su vez, pocos médicos, hacían comentarios dirigidos a que ellos ya estaban capacitados para intervenir con el aspecto emocional y lo realizaban.

Es así, como desde un ambiente hospitalario, nos movimos a uno clínico privado. Pese al cambio de escenario, nuestra práctica en psicología de la salud continuó manteniendo los fundamentos de este tipo de intervención, dentro de los que figuran, la comunicación el personal médico y el personal de psicología, discusión de casos con diferentes profesionales que prestan servicios al/la paciente, prevención y educación al paciente y la familia; así como, psicoterapia individual, familiar y/o grupal.

Lograr esta comunicación requiere de programación, organización y consistencia ya que no contamos con los y las profesionales en el mismo escenario, como lo era en el pasado. Estos intercambios deben ser igualmente precisos y concisos dado lo atareado de las rutinas de trabajo de todas las personas que ofrecemos los servicios de salud. Es usual que se reciban nuestras comunicaciones de manera positiva y valoren la posibilidad del intercambio y colaboración. A su vez nos expresan sentirse asombrados de este tipo de comunicación ya que indican no ser la norma.

Para lograr ese intercambio profesional es necesario establecer horarios, realizar múltiples llamadas y visitas; así como realizar otras actividades que están exentas de retribución económica ya que no pueden ser facturadas a las aseguradoras, que es de donde proviene el pago principal de nuestros servicios. La estructura y funcionamiento de los planes de salud privados restringen la naturaleza de los servicios a facturar a aquellos que se enmarcan en el espacio de una oficina, en modalidad individual, familiar o grupal en una duración pre determinada. A su vez los códigos de procedimientos que se autorizan están en el área de salud mental y no se incluyen en la contratación aquellos que están relacionados al ofrecimiento de servicios psicológicos en el ámbito médico o para condiciones físicas. El/la paciente debe tener un diagnóstico de salud mental para poder justificar la necesidad del tratamiento psicológico. Este es un reto que implica limitación en los servicios así como en la posibilidad de recibir una remuneración justa por el trabajo realizado. Es necesario una gesta de política pública dirigida a orientar en relación a la naturaleza y necesidades de la intervención psicológica así como del tipo de contratación más razonable entre las aseguradoras y los/as profesionales de la psicología.

La mirada dominante alrededor de la práctica privada, ubica al/la profesional en una zona de aislamiento laboral, con escasos

conocimientos sobre la salud en general y pobre integración con colegas de la misma profesión y otras. Precisamente, esos factores asociados al aislamiento y poca colaboración con colegas, ha sido documentado en la literatura por el efecto negativo que trae en los niveles de quemazón de este grupo (Rupert, et al., 2007; Sherman, et al., 1998). También es escaso el quehacer investigativo y la publicación profesional dentro de este espacio profesional. No obstante, la práctica privada, provee una oportunidad valiosa para extender el quehacer del/ la psicólogo/a a otros escenarios profesionales y la comunidad. El trabajo que realizamos sobrepasa las paredes de nuestra institución buscando continuamente establecer vínculos con la comunidad a través de los cuales se pueda hacer un trabajo integrado y dinámico, fundamentado en la complejidad del ser humano. Por ello, es común que realicemos visitas a escuelas, establezcamos diálogos con agencias y coordinemos discusiones de casos con diversos profesionales. También participamos en grupos de apoyo, colaboramos con entidades que ofrecen servicios a personas con diferentes padecimientos, entre otras. Además, llevamos a cabo campañas de prevención, en las cuales se educa sobre las prácticas requeridas para una vida más saludable, proceso de ajuste y adaptación a ciertas condiciones de salud, manejo de condiciones, la identificación temprana de factores de riesgo, entre otras. Esto último se logra mediante charlas, publicación de artículos en revistas, periódicos, páginas web y redes sociales. También lo hacemos a través de opúsculos u otros materiales informativos que se mantienen al alcance de las personas que visitan nuestro Centro. Esta práctica en particular constituye parte de lo que es el área de educación y prevención. Es común que las personas se acerquen para preguntar más acerca de los temas discutidos y solicitar algún otro tipo de orientación o referido, lo que lleva a pensar que es un ejercicio productivo y necesario.

Adicional al trabajo de colaboración, educación y prevención, se encuentra el trabajo terapéutico con el/la paciente y su familia. Este trabajo se inicia ya sea desde el referido generado por algún/na especialista de salud física u otro campo o de un auto-referido. Si en el proceso del cernimiento regular identificamos la necesidad de referir al paciente a su profesional de medicina primaria o algún/a otro/a especialista, con el propósito de descartar o confirmar la presencia de padecimientos que pudieran estar incidiendo en su bienestar emocional o vice versa, se canaliza de manera inmediata. De este modo, todas las personas que llegan a nuestra práctica de alguna manera son entrevistadas acerca de su historial de salud, sus hábitos o prácticas de salud y actitudes acerca de sus padecimientos, si alguno. Además se trabaja sobre la relación dinámica y mutuamente influyente que existe entre la mente y el cuerpo. Se utilizan diversas estrategias para recopilar la información como por ejemplo, observaciones, revisión de documentos e informes de otros profesionales, entrevistas estructuradas y no estructuradas con el/la paciente, familiares y otros seres significativos así como el historial biopsicosocial. Los instrumentos más utilizados en nuestra práctica son: Listado de Cotejo de Síntomas (LCS-36), PHQ-9, Inventario de Depresión de Beck, BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes, Inventario de Comportamiento Escuela (IDC), Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento al Estrés, Inventario de Actitudes ante la Enfermedad, entre otros. Una vez recogida toda esta información se orienta a la persona sobre los hallazgos más significativos y se desarrolla el plan de tratamiento a seguir. En múltiples ocasiones requiere de la realización de referidos y comunicación con especialistas para canalizar las necesidades identificadas y para el desarrollo de un plan de acción efectivo e integrado.

El tratamiento que empleamos se basa en el modelo biopsicosocial el cual contempla que en todos los estadios de salud-

enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales. Por esta razón el dialogo con otros/as profesionales es necesario así como con elementos del ambiente comunitario que puede ser trabajado mediante visitas y comunicación con personal escolar o de las iglesias. Según reseñamos anteriormente, este acercamiento contempla incluso el significado que la persona hace de su diagnóstico. Esto es considerado como parte del tratamiento ofrecido, ya que como muy bien nos explican los modelos cognitivos conductuales, existe una relación entre la percepción que hace una persona sobre sus situaciones de vida y las acciones que toma al respecto. A su vez, trabajamos con el Modelo Transteórico del Cambio Conductual de Prochaska, Norcross y DiClemente, enfocándonos en las condiciones que hacen posible el apoderamiento del proceso y movimiento hacia el cambio del paciente (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). El plan de tratamiento se desarrolla tomando en cuenta las características, necesidades y expectativas de la persona que recibe el servicio. No se fuerzan los procesos, sino que se van llevando de manera que la persona pueda ir apoderándose del mismo. Reconocemos que el/la paciente y su familia son el centro del tratamiento y que para que el mismo sea efectivo deben ocupar un rol activo.

Durante la terapia se puede ofrecer psicoeducación al/la paciente y a la familia en los casos que así se amerita y es permitido, sobre las condiciones presentes, la adherencia al tratamiento, las conductas saludables, entre otros. De esta manera se trabaja para crear una conciencia de salud, que repercuta posteriormente en una vida integralmente saludable y se disminuya la comorbilidad y el uso excesivo de los recursos médicos. En este contexto, enfatizamos en la importancia de un cumplimiento adecuado del tratamiento y el desarrollo de prácticas saludables.

Las investigaciones señalan que la falta de adherencia al tratamiento médico genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social, lo que afecta la calidad de vida de la persona con un diagnóstico de enfermedad y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el/la paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones y seguros de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Martin y Grau, 2003; Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994).

Para reflejar la aportación del trabajo del/la psicólogo/a desde su práctica privada decidimos llevar a cabo un ejercicio para ilustrar nuestro quehacer desde la psicología de la salud. La información que presentaremos es el resultado de la revisión de 100 expedientes, al azar, dentro del grupo en el cual como parte del motivo de referido o queja principal se hiciera alusión a alguna problemática de salud. Clarificamos que esto no es un proceso de investigación formal sino la observación de algunos datos del proceso de psicoterapia. Sería una valiosa aportación que pudieran desarrollarse estudios formales al respecto. El área de la investigación en los espacios de la práctica son escasos, a pesar de la literatura que resalta la pertinencia de un enfoque de Evidencia Basada en la Práctica, y en gran medida se relaciona a los pocos recursos para investigar que tienen los/as profesionales en los espacios privados no académicos (Barkham y Mellor-Clark, 2003). Barkham y colaboradores (2006) explicaron que este acercamiento surge como un paradigma complementario al de Práctica Basada en la Evidencia e indicaron sobre su relevancia "debe poder demostrarse que los procedimientos funcionan y que son efectivos en mejorar la calidad del cuidado del paciente

en los escenarios de práctica de la vida real” (p.10).

En la revisión de los expedientes se identificó la información provista por el/la paciente o su representante legal en el documento del historial biopsicosocial. En adición se consideraron algunas verbalizaciones de los/las pacientes durante sus sesiones de psicoterapia referentes a las condiciones de salud física, prácticas de salud, bienestar físico, emocional y social. La distribución consistió en 62 féminas y 38 varones. El 45% de las personas se encontraba en el rango de edad de 36 años o más. El 26% correspondía al rango de edad de 13-20 años; el 17% estaba entre los 21 a 35 años de edad y el 12% entre los 0 a 12 años. Como observan el rango de edad total es amplio, lo que implica que las intervenciones realizadas en psicoterapia tomaban en cuenta las particularidades del desarrollo, especialmente las dimensiones cognitivas y socio- emocionales. La literatura científica señala que el estrés puede tener un impacto negativo en el desarrollo y sobre todo durante la niñez y adolescencia (Blair y Raver, 2012) por lo que las intervenciones realizadas tomaban en cuenta este importante dato.

La modalidad terapéutica empleada principalmente fue la cognitiva conductual y la misma era ajustada a cada caso tomando en consideración la etapa de desarrollo, necesidades identificadas, diagnóstico de salud física, síntomas emocionales, entre otros. Entre los aspectos trabajados se encontraban: psicoeducación en relación a la enfermedad y la salud, identificación de pensamientos que afectaban la percepción sobre la enfermedad y su compromiso con el tratamiento, manejo del dolor, modificación de hábitos, comunicación asertiva con la familia y el personal médico, identificación y manejo de emociones, desensibilización sistemática y toma de decisiones. La Terapia Cognitiva Conductual es mencionada en la literatura como una alternativa efectiva y recomendada como primera línea para el manejo de condiciones de salud y sus secuelas

sintomáticas así como para lograr una mayor adherencia al tratamiento médico (Ehde, Dillworth y Turner, 2014; Safren, et al., 2012; van Koulil, 2010).

Con los niños y las niñas se empleó la modalidad de terapia de juego porque permite trabajar de una manera entendible para ellos/as y que a la vez apelara a la forma en que significan el mundo. Salvá (2012) señaló que el juego puede ser empleado en la terapia como un modo de evaluar y obtener información, expresar emociones, revelar conflictos inconscientes y para favorecer la adaptación y resolución de problemas. Dependiendo de la problemática presentada se seleccionó el enfoque a seguir. En los expedientes revisados se empleó la Terapia de Juego Psicodinámica en algunos casos mientras en otros lo fue la Terapia de Juego Cognitiva Conductual. Las temáticas trabajadas fueron principalmente: identificación y manejo de emociones, relajación y manejo del dolor, modificación de pensamientos y conductas que afectaban negativamente el ánimo y el curso del tratamiento, miedos, síntomas de ansiedad y depresión, comunicación asertiva y autoestima.

Dentro de las condiciones de salud más comunes se encontraban: cáncer, diabetes, hipoglucemia, epilepsia, apnea del sueño, hipertiroidismo-hipotiroidismo, fibromialgia, artritis, condiciones cardiovasculares, endometriosis, obesidad y dificultades durante el embarazo y el parto. La condición con la que tuvimos un mayor número de casos fue cáncer con 18%, lo cual coincide con las estadísticas de salud de Puerto Rico, en las que el cáncer representa la principal causa de muerte. Es importante señalar que, dado nuestra experiencia con pacientes pediátricos de cáncer, esta es una población que llega con mucha frecuencia a nuestras oficinas. Esta condición fue seguida por Obesidad con un 15% de los casos, Condiciones Cardiovasculares y Artritis con un 11% cada una. Las condiciones de la Tiroides y Diabetes tuvieron representación

del 8% cada una. Apnea del sueño y Endometriosis obtuvieron un 7%, y epilepsia, hipoglucemia y fibromialgia obtuvieron un 5% de cada una.

Al cabo de unas 8 a 9 sesiones de terapia, según las notas de progreso revisadas los/las pacientes reportaron poseer una mayor comprensión de su salud y la enfermedad, una mayor adherencia al tratamiento médico, reducción en conductas de riesgo tales como: el uso de alcohol, cigarrillo, una dieta inapropiada, falta de actividad física, entre otras. Aludían a su vez a prácticas y estilos de vida más saludables. Así también, reportaban una mayor conciencia de salud a largo plazo, aludían a la disminución de síntomas de depresión y ansiedad y una mejor calidad de vida para el paciente y su familia. También identificamos señalamientos que hacían referencia a la utilización de recursos alternos a la medicación para el manejo del dolor y disminución en las visitas no programadas a los médicos. Pudieron encontrarse enunciados que apuntaban a la reintegración y un mejor funcionamiento en el área laboral y académica.

Esto es el reflejo de cambios graduales que se posibilitan a través del proceso de psicoterapia desde un enfoque de Psicología de la Salud. Reconociendo y trabajando con la etapa del cambio conductual en el cual se encontraba la persona así como las dimensiones biopsicosociales realizamos intervenciones que posibilitaron un mayor beneficio de los servicios psicoterapéuticos. Esto concuerda con lo establecido en la literatura donde se indica que la intervención desde la psicología aplicada a la salud puede facilitar estilos de vida más saludables, mayor calidad de vida, adherencia al tratamiento y reintegración a la rutina diaria (Flores, et al., 2018; Vander Morris, Parsons y Greenberg, 2016).

CONCLUSIONES

Trabajar desde la perspectiva de la Psicología de la Salud en la práctica privada viabiliza el

poder llegar a tener un acercamiento más completo y efectivo con el/la paciente. Facilita el que otros/as profesionales de la salud creen conciencia, sobre las aportaciones de la psicología al bienestar general del/la paciente, al manejo de la enfermedad y la promoción de la salud. Además, se contribuye en la creación de lazos colaborativos que facilitan un trabajo de mayor integración y que tome en consideración el contexto. Para moverse hacia un acercamiento desde la psicología de la salud es importante que el/la profesional de la psicología pueda ser flexible para adaptar sus esquemas de trabajo a las necesidades de cada paciente. También es necesario reforzar las destrezas de comunicación efectiva y trabajo en equipo ya que es la clave en el intercambio profesional. Igualmente resulta imprescindible que pueda educarse en temas relacionados a la salud y la enfermedad, particularmente sobre el diagnóstico y tratamiento de las condiciones de salud que presentan sus pacientes. Integrar como parte del historial un componente de salud que haga alusión al funcionamiento físico puede ayudar a crear mayor conciencia de la integración de este componente así como a identificar la necesidad de hacer referidos para evaluación y seguimientos al respecto.

Los servicios directos en psicología se mueven cada vez más hacia un enfoque de Psicología de la Salud (APA, 2017). Los retos para el futuro son muchos, incluyendo la gestión de orientar mediante política pública sobre la necesidad de la integración de la psicología en el cuidado de la salud integral. Esto es también relevante para poder desarrollar un movimiento organizado de orientación y negociación de nuevos términos de contratación con las aseguradoras; permitiendo que se ofrezcan mayores y excelentes servicios así como promover una mejor remuneración para el/la profesional de la psicología.

Otro reto que se destaca es la necesidad de aumentar el uso de recursos de evaluación adecuados y estandarizados para

identificar las necesidades de las personas en diferentes áreas, no solo en el aspecto emocional, si no también físico, social, educativo, entre otros. Por otra parte, es imperante que los profesionales en práctica privada puedan desarrollar investigaciones a mayor y menor escala, de modo que puedan dar a conocer el arsenal de conocimiento que se desprende desde su quehacer y que generaría valiosas evidencias de las intervenciones más efectivas para poblaciones con condiciones médicas. Recomendamos que se gestione un acercamiento entre las instituciones educativas y la práctica privada para poder apoyar el proceso de investigación en dirección de aumentar el cabal de datos sobre Evidencia Basada en la Práctica. Resulta fundamental que los psicólogos y las psicólogas puedan exponer hallazgos y datos relevantes en foros y espacios profesionales.

Es importante recalcar que el/la psicólogo/a desde su práctica privada tiene el llamado ético de continuar estableciendo lazos colaborativos con otros/as profesionales, instituciones y la comunidad, de manera que su trabajo reconozca la complejidad de las personas a las que ofrece servicio. De esta forma podremos pensar, mirar y acercarnos al concepto de salud como un todo integrado y no solo como la ausencia de enfermedad. Podremos trascender la visión dualista de la salud física y la salud mental como entes apartes. Es así como podremos responder de manera responsable y eficiente a las necesidades de salud de la población puertorriqueña.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2017). Clinical Health Psychology. Accedido en <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health.aspx>
- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2014). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99.
- Anderson, H. (2001). Becoming a postmodern collaborative therapist: A clinical and theoretical journey, Part II. *Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy*, 6(1), 4-22.
- Anderson, H. (2015). Postmodern-poststructural-social construction therapies: Collaborative, narrative and solution-Focused. En T. Sexton & J. Lebow (Eds.). *Handbook of family therapy*(pp. 182-204). New York, NY: Routledge.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 319-327.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15.
- Belar, C. D. (2008). Clinical Health Psychology: A Health Care Specialty in Professional Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2) 229-233.
- Belar, C. D. (2012). Reflections on the future: Psychology as a health profession. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 545-550.
- Belar, C. D. (2014). Reflections on the Health Service Psychology Education Collaborative Blueprint. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(1), 3.
- Bernal, G. (2006). La psicología clínica en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 17.
- Blair, C., & Raver, C. C. (2012). Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *American Psychologist*, 67(4), 309.
- Blount, F. A., & Miller, B. F. (2009). Addressing the workforce crisis in

- integrated primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), 113.
- Bueno, A. G. L. R., & García, L. (2014). El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 49-58.
- Cisneros, A. R. (2017). Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska. *Revista Oratores*, (1).
- Crosby, L. E., Quinn, C. T., & Kalinyak, K. A. (2015). A biopsychosocial model for the management of patients with sickle-cell disease transitioning to adult medical care. *Advances in therapy*, 32(4), 293-305.
- Dapueto, J. J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2014a). Informe de enfermedades crónicas, Puerto Rico 2012. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Informe%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20en%20Puerto%20Rico%202012.pdf>
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2014b). Informe de la salud en Puerto Rico, 2014. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr>
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2014c). Plan de acción para enfermedades crónicas para Puerto Rico, 2014-2020. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Plan%20de%20acci%C3%B3n%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas.pdf>
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). Informe de la salud en Puerto Rico (2015). Recuperado de http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Informe%20de%20la%20Salud%20en%20Puerto%20Rico%202015_FINAL.pdf
- Dlugos, R. F., & Friedlander, M. L. (2001). Passionately committed psychotherapists: A qualitative study of their experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 298.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Flores, R. G., Quiroz, C. O. A., Ibarra, Y. M. L., Vega, B. M. L., Hernández, C. G., & Quiñonez, T. I. S. (2018). Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. *Psicología y Salud*, 28(1), 95-105.
- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- Gergen K., & Warhus L. (2001.) Therapy as social construction. En: K. Gergen (Ed.), *Social Construction in Context* (pp 96-115). Thousand Oaks CA: Sage.
- Hadjez, E. (2013). Superando el enfoque biopsicosocial para dar paso a los determinantes sociales y económicos de la salud en el modelo de salud familiar. *Medwave*, 13(01).
- Kuhn, T. S. (2012). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, USA: University of Chicago press.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C., ... &
- Miller, B. F. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409.

- Martin M. & Grau J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revista de Psicología de la salud (Bogotá)* 3, 66-69.
- Martin M. & Grau J. (2003). El Inventario de depresión estado - rango (IDE-RE) desarrollo de una versión cubana. *Terapia psicológica*, 21, 121-135.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mires, F. (1996). La revolución paradigmática. La revolución que nadie soñó o la otra posmodernidad (págs. 151-177). Venezuela: Ed. Nueva Sociedad.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de : <http://www.who.int/>
- Peek, C. J. (2013). Integrated behavioral health and primary care: A common language. In *Integrated behavioral health in primary care* (pp. 9-31). New York: Springer.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow .
- Ramos-Pibernus, A., Rivera-Segarra, E., Colón-Burgos, J., González-Sepúlveda, O., Rodríguez-Díaz, C. E., & Rodríguez-Madera, S. (2014). Percepciones y experiencias sobre los determinantes sociales de la salud en una muestra de profesionales y estudiantes de Psicología y Educación para la Salud en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 5(2), 194-208.
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88.
- Safren, S. A., O'cleirigh, C. M., Bullis, J. R., Otto, M. W., Stein, M. D., & Pollack, M. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 404.
- Salvá, C. P. (2012). Ayudar al Niño con Cáncer en lo que necesita. Cuatro usos Posibles de la Terapia de Juego en el Campo de la Psicooncología Pediátrica. *Clínica*, 3(2), 147-161.
- Schofield, W. (1976). The psychologist as a health professional. *Professional Psychology*, 7(1), 5-8.
- Serrano-García, I. y Bravo, M. (1998). La psicología social-comunitaria y la salud: principios básicos. En I. Serrano-García, M. Bravo, W. Rosario-Collazo, & J.J. Gorrín-Peralta (Eds.). *La Psicología Social-Comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña* (1-34). San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology Research and Practice*, 29, 79-85.
- United States Congress. (2008). Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008. Recuperado de <https://www.congress.gov/bill/110th-congress/house-bill/6983>
- Vandermorris, A., Parsons, K. W., & Greenberg, M. L. (2017). Adherence to Treatment Regimes in Adolescent and Young Adult Cancer Patients. In *Cancer in Adolescents and Young Adults* (pp. 565-581). Springer, Cham.
- van Koulil, S., van Lankveld, W., Kraaimaat, F. W., van Helmond, T., Vedder, A., van Hoor, H., ... & van Riel, P. L. (2010). Tailored cognitive-behavioral therapy and exercise training for high-risk patients with fibromyalgia. *Arthritis care & research*, 62(10), 1377-1385.
- Vera, M., Perez-Pedrogo, C., Huertas, S. E., Reyes-Rabanillo, M. L., Juarbe, D., Huertas, A., ... & Chaplin, W. (2010). Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services*, 61(2), 144-150.