

Agosto – Octubre 2025

Convocatoria becas SEPC-ANPIR 2025 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros

Central Washington Family Medicine

(Yakima, Washington, EEUU)



SANT PAU
Campus Salut
Barcelona



Hospital de
la Santa Creu i
Sant Pau

Anna Soria Madrid

R4 de Psicología Clínica

Hospital de la Santa Creu
i Sant Pau (Barcelona)

Índice

GLOSARIO	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO	4
2.1. Contexto social, económico y político de Yakima	4
2.2. Situación de los recursos de salud mental en Estados Unidos	5
2.3. Descripción del centro.....	6
2.4. Rol de la persona especialista en psicología clínica	8
3. MODELO TEÓRICO.....	12
4. ACTIVIDADES REALIZADAS.....	14
4.1. Actividad asistencial	14
4.2. Actividad formativa	16
5. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO	19
6. VALORACIÓN PERSONAL DE LA ESTANCIA.....	20
7. AGRADECIMIENTOS.....	23
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
9. RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS DE INTERÉS	27
10. RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS EN CASTELLANO.....	28
11. ANEXOS	29

GLOSARIO

CHCW: Community Health of Central Washington

CWFM: Central Washington Family Medicine

PCBH: Primary Care Behavioral Health

BHC: Behavioral Health Consultant

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

FACT: Focused Acceptance and Commitment Therapy

1. INTRODUCCIÓN

La presente memoria recoge la actividad realizada en mi rotación externa en el **Community Health of Central Washington** (CHCW), que posee diversas clínicas ubicadas en el área de Yakima, en Washington, Estados Unidos, durante los meses de agosto a octubre de 2025. Los objetivos de la rotación fueron los siguientes:

- Obtener **formación clínica en terapias contextuales**, concretamente en terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), y en su aplicación a contextos de atención primaria.
- Conocer el funcionamiento del **modelo de atención primaria integrado** con atención a la salud mental y conductual.

2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO

2.1. Contexto social, económico y político de Yakima

La ciudad de Yakima está situada en el estado de **Washington**, ubicado al noroeste de Estados Unidos haciendo frontera con Canadá. El valle de Yakima, protegido por la cordillera *Cascades*, es una de las regiones agrícolas más importantes de EEUU: lidera la producción nacional de manzanas (representa más de la mitad de la cosecha de manzanas frescas del país), es la principal zona productora de lúpulo y tiene una industria vitivinícola en crecimiento. Históricamente, estaba habitado por una tribu india llamada **Yakama**, hasta que en 1853 pasó a ser territorio propiedad de los Estados Unidos. El importante crecimiento agrícola acontecido durante el siglo XX atrajo a mucha población procedente principalmente de México para trabajar en los cultivos. Este hecho convierte a Yakima en una ciudad rural de casi 100.000 habitantes, de los cuáles el 47,6 % es de **origen hispano/latino** (NeighborhoodScout, 2025). El nivel socioeconómico de la población está por debajo de la media estadounidense y el 17% del total de personas se encuentra en situación de pobreza. Como en otras zonas de Estados Unidos, la crisis de los opiáceos también ha afectado a esta ciudad, observándose un aumento en las tasas de muertes por sobredosis en los últimos años.



Imagen 1. Ciudad de Yakima (Washington, EEUU)

A estos factores se suma la situación política actual que vive el país, marcada por el regreso al poder del **Partido Republicano**, encabezado por Donald Trump, en enero de 2025. El presidente, en su segundo mandato, ha puesto gran parte del foco en las políticas de inmigración, provocando que 2 millones de personas inmigrantes abandonen el país, ya sea por deportación o por salida voluntaria. Las actuaciones y las redadas masivas que realizan los **servicios de inmigración** han generado protestas alrededor del país por ser consideradas inhumanas e indiscriminadas. En mayo de 2025, Yakima fue incluida entre la lista de “ciudades santuario”, que se definen como jurisdicciones que priorizan la seguridad y el bienestar de todos los residentes al limitar la cooperación con las autoridades federales de inmigración (Inghram, 2025).

Además, también se ha aprobado un proyecto de ley destinado a recortar drásticamente la financiación de la **cobertura médica** administrada por el gobierno. Esta cobertura facilita el acceso a la atención médica a millones de personas, especialmente aquellos con menores niveles socioeconómicos, por lo que los recortes suponen un gran impacto en la población de todo el país, así como en las finanzas de hospitales, residencias de adultos mayores y centros de salud comunitarios. El desacuerdo entre republicanos y demócratas en las políticas sanitarias ha provocado que el país entre en lo que se conoce como un **shutdown**, el más largo de la historia hasta la fecha, lo que significa que algunos servicios gubernamentales son suspendidos temporalmente y que el 40% de los trabajadores federales dejan de recibir su sueldo. Aunque los servicios de cobertura médica se mantienen, otros como los programas proveedores de comida gratuita se han reducido o cerrado.

Otras órdenes ejecutivas que se han llevado a cabo han ido dirigidas a la **comunidad LGTBQ+**, revirtiendo algunas políticas anteriores destinadas a dar cabida a personas de género no binario, intersexuales y transgénero. También se busca prohibir la financiación federal para los cuidados de afirmación de género.

Todo este clima social, económico y político sitúa a los habitantes de Yakima en una situación de extrema vulnerabilidad e incertidumbre respecto a su futuro y su bienestar. Por este motivo, existen en la ciudad diferentes centros y recursos destinados a intentar prevenir o paliar el impacto físico y emocional por el que puedan estar pasando las personas que la habitan.

2.2. Situación de los recursos de salud mental en Estados Unidos

El **sistema sanitario de Estados Unidos** se caracteriza por ser principalmente privado y basado en seguros, sin un sistema nacional de salud universal como el de España, lo que genera una fuerte variabilidad en el acceso en función de la cobertura y de la capacidad económica del paciente. El acceso a la atención y el tratamiento de **problemas de salud mental** sigue estando fuera del alcance de la mayoría de la población de los Estados

Unidos, a pesar de que en 2024 el **23,40%** de los adultos estadounidenses (60 millones de personas) tuvieron un trastorno mental (Reinert, Nguyen & Fritze, 2025). Incluso entre las personas con seguro médico, persisten barreras de acceso a los recursos como la falta de proveedores disponibles, la falta de cobertura de problemas de salud mental por parte de los seguros y la necesidad de tener que buscar profesionales fuera de la red con los altos costes que ello conlleva (Reinert, Nguyen & Fritze, 2025).

Los **proveedores de atención primaria** suelen ser la entrada al sistema de salud para los pacientes. Como resultado, es más probable que las personas con un problema de salud mental consulten sobre ello con un médico de atención primaria antes que con psiquiatras u otros profesionales de la salud mental. Además, más de un tercio de la atención y una cuarta parte de la prescripción de medicamentos a pacientes con trastornos mentales graves son realizadas por los médicos de atención primaria (AAMC, 2025). Los centros de atención primaria desempeñan un papel importante en la prestación de servicios y tratamiento de salud mental, pero los profesionales a menudo carecen del tiempo, la capacitación y los recursos necesarios para hacerlo eficazmente por sí solos.

Dado este contexto, existen en Estados Unidos los **Community Health Centers**. Los centros de salud comunitarios reciben apoyo federal para su financiación y desempeñan un papel esencial como red de seguridad pública al proporcionar atención primaria integral y accesible a poblaciones vulnerables, independientemente de su capacidad de pago o estado de seguro médico (National Association of Community Health Centers, 2025). Estos centros ofrecen servicios que abarcan desde atención médica general hasta atención a problemas de salud mental, servicios dentales y manejo de enfermedades crónicas. En este modelo, la integración de salud conductual con la atención primaria busca disminuir el estigma, mejorar la accesibilidad y coordinar el cuidado médico y mental en un solo entorno de atención, respondiendo a las elevadas tasas de trastornos mentales y a la carencia de profesionales especializados en muchas regiones del país.

Además de los *Community Health Centers* integrados, existen recursos específicos de salud mental comunitaria como las **Certified Community Behavioral Health Clinics**, que ofrecen evaluación y tratamiento de trastornos mentales, incluyendo problemas con el uso de sustancias, independientemente del seguro o capacidad de pago del paciente (National Council for Mental Wellbeing, 2025).

2.3. Descripción del centro

El **Central Washington Family Medicine** (CWFM) forma parte del sistema de salud *Community Health of Central Washington*. Está dirigido a facilitar el acceso a los cuidados en atención primaria reduciendo las barreras que puedan dificultarlo, como el coste, la falta de seguro médico, la distancia o el lenguaje.



Imagen 2. Clínica CWFM

Además de la clínica CWFM, que es el centro de atención primaria principal para la población de Yakima, el sistema cuenta con otras clínicas ubicadas en la ciudad y los alrededores:

- **Yakima Pediatrics:** atiende a población infantil y adolescente de hasta 21 años de edad.
- **Naches Medical Clinic:** centro de atención primaria situado en Naches, un pueblo pequeño próximo a Yakima donde predomina el trabajo agrícola y el ambiente rural.
- **Highland Clinic:** centro de atención primaria situado en Tieton, el pueblo contiguo a Naches, en el que la proporción de población de habla hispana es alta, por lo que se prioriza poder ofrecer los servicios en español.



Imagen 3. Cartel CHCW

El sistema de *Community Health of Central Washington* está integrado por una amplia variedad de profesionales comprometidos con la atención y el bienestar de sus pacientes. A nivel asistencial, cada clínica cuenta con un equipo médico, compuesto por médicos de familia o pediatras, un equipo de enfermería, un equipo de salud conductual y un equipo de farmacéuticos clínicos. La educación y la docencia han constituido siempre un pilar fundamental del sistema. Desde la puesta en marcha del programa de residencia en **1993**, la plantilla se ha ampliado hasta incluir un total de **30 residentes de medicina** y **6 de psicología clínica**.

Más allá de la atención general a la salud que ofrece un centro de atención primaria, el centro de salud comunitaria brinda también programas específicos, entre los cuales se incluyen:

- **Atención geriátrica residencial:** programa diseñado para cubrir las necesidades de atención médica de las personas que habitan las residencias asistidas para adultos mayores.
- **Programa Connect:** dirigido a personas que presentan un trastorno por uso de opioides, en que se proporciona acompañamiento e intervenciones tanto farmacológicas como conductuales.
- **Servicios de obstetricia y salud femenina:** acompañamiento de la mujer durante la etapa de embarazo y el parto, así como atención a la madre y al bebé en el periodo posterior. También ofrecen asistencia ginecológica.
- **Salud Conductual en Atención Primaria:** equipo de intervención en salud conductual, formado principalmente por psicólogos/as, en contacto constante con el proveedor de atención primaria. Este programa se desarrollará con mayor profundidad en el siguiente apartado.

CONTACTO

David Bauman PsyD

Primary Care Behavioral Health Academic Director

E-mail: davidbauman4@gmail.com

<https://www.chcw.org>

2.4. Rol de la persona especialista en psicología clínica

El modelo de **Salud Conductual en Atención Primaria** (*Primary Care Behavioral Health, PCBH*) es un enfoque de atención primaria basado en el trabajo en equipo para el manejo de los problemas de salud conductual y de las condiciones de salud influenciadas por factores biopsicosociales (Reiter, Dobmeyer y Hunter, 2018). El objetivo principal del modelo es fortalecer la capacidad del equipo de atención primaria para manejar y tratar este tipo de problemas y condiciones, lo que se traduce en una mejora de los servicios de atención primaria para toda la población atendida en la clínica.

El modelo incorpora al equipo de atención primaria la figura del **Consultor en Salud Conductual** (*Behavioral Health Consultant*, de ahora en adelante BHC por sus siglas en inglés), con el objetivo de apoyar el trabajo del proveedor de atención primaria y el resto del equipo. El **equipo de BHC** está formado mayoritariamente por psicólogos/as clínicos/as, junto con trabajadores/as sociales especializados/as en práctica clínica.

En Estados Unidos, la profesión de **especialista en psicología clínica** está regulada de manera estricta y requiere una formación avanzada para poder ejercer de forma independiente en el ámbito de salud mental. Generalmente, los/as psicólogos/as clínicos/as han completado un programa de doctorado acreditado que combina formación teórica, investigación y experiencia clínica. Tras el doctorado, la mayoría de estados exige completar un periodo adicional de experiencia clínica supervisada (postdoctoral) antes de obtener la licencia. Con esta formación, el profesional especialista en psicología clínica puede realizar evaluación diagnóstica formal, psicoterapia, pruebas psicológicas estandarizadas y tratamiento de trastornos mentales de manera independiente.

El BHC es un profesional de salud mental con licencia para la práctica clínica que, si bien puede acceder a este rol desde distintos itinerarios formativos, en el caso del CHCW la mayoría de los BHC cuenta con un doctorado en psicología. A diferencia de la psicoterapia tradicional, que suele desarrollarse en sesiones de mayor duración y en dispositivos separados del resto de servicios sanitarios, el BHC interviene de forma breve, focalizada y centrada en el paciente, trabajando de manera colaborativa e integrada dentro del equipo de atención primaria.

Las **características** del rol del BHC son:

Generalista: se presta apoyo en la atención de pacientes de cualquier edad y con cualquier condición de salud. Los BHC pueden ayudar a los pacientes con el afrontamiento de condiciones como la diabetes, la hipertensión, el dolor crónico y otras enfermedades crónicas, así como la adherencia y el correcto seguimiento del tratamiento farmacológico y de pautas comportamentales saludables. También se aborda cualquier problemática de salud mental. En concreto, en la población de Yakima, las consultas más prevalentes asociadas a salud mental están relacionadas con ansiedad, depresión, trastorno por uso de sustancias, trastornos del sueño, duelo y afrontamiento de eventos traumáticos. El centro también cuenta con terapeutas especializadas en terapia familiar y de pareja que intervienen en casos en que se observa que las dinámicas interpersonales juegan un rol en el mantenimiento del problema. Este formato de terapia es especialmente necesario en la población de Yakima, donde hay mucha prevalencia de casos de adopción, familias reconstituidas y custodia por parte de los abuelos, lo que provoca una reorganización en el sistema familiar. Además, la clínica pediátrica es referente en ofrecer servicios integrales de atención a la diversidad de género, por lo que la figura del BHC es relevante en el acompañamiento de personas con disforia de género y en proporcionar información sobre terapias de reafirmación de género, así como evaluar los criterios de elegibilidad para someterse a cirugías.

Accesible: se procura intervenir con todos los pacientes el mismo día en que son derivados. Habitualmente, se realiza lo que se conoce como *warm hand-off* (se traduciría

como “entrega en caliente”). Este proceso consiste en que, en el instante en el que el proveedor médico identifica un problema biopsicosocial en el paciente que está visitando, se realiza una derivación inmediata del paciente al BHC dentro del mismo encuentro clínico, de manera que pueda ser visitado en ese mismo momento. El propósito es integrar la salud conductual dentro del flujo de atención médica sin que el paciente tenga que concertar otra cita o ser derivado fuera del sistema. De esta forma se reduce la barrera de acceso a servicios psicológicos, se aumenta la aceptación del paciente y se elimina el problema de los “no presentados” a una visita inicial con un BHC.

Trabajo en equipo: el BHC comparte el mismo espacio físico que el equipo médico y de enfermería, incluyendo las salas de trabajo y los despachos de visitas. De esta forma se consigue una integración real y se eliminan las barreras que supone que los servicios de salud mental estén en un espacio diferenciado. Otra forma de colaboración es la elaboración de planes de atención conjuntos entre el BHC y el proveedor de atención primaria.

Alta productividad: el BHC atiende a un gran porcentaje de la población de la clínica y combina la atención inmediata que requieren los *warm hand-offs* con la gestión de las visitas programadas en sus propias agendas.

Educador: el BHC contribuye a mejorar las habilidades de todo el equipo de la clínica, de manera que se sientan más confortables y eficientes a la hora de abordar los problemas biopsicosociales de sus pacientes. Esto se realiza a través de las discusiones informales con el derivante después de la primera visita o en espacios formales de formación.

Rutinario: un aspecto importante del modelo de Salud Conductual en Atención Primaria es que el BHC sea visto, tanto por los pacientes como por los profesionales, como un miembro habitual del equipo de atención en salud.

Para alcanzar estos objetivos, los BHC utilizan **intervenciones breves**, habitualmente de 15 a 30 minutos, si bien esta duración es orientativa y se adapta en todo momento a las necesidades del paciente, finalizando la sesión una vez se ha consensuado un plan de actuación. Estas intervenciones se orientan a síntomas o a mejoras funcionales específicas (Robinson y Reiter, 2020; Hunter et al., 2017). Al finalizar la primera visita, BHC y paciente elaboran conjuntamente un plan de actuación siguiendo los objetivos del paciente, que este puede imprimir en el registro de salida para tenerlo accesible en cualquier momento. Es el paciente el que decide si desea agendar una visita de seguimiento o si, por el contrario, en esa primera intervención ha obtenido todas las estrategias necesarias para mejorar su funcionamiento y su calidad de vida. En el seguimiento, los pacientes son acompañados conjuntamente por el BHC y el equipo

médico hasta que se observa una mejoría en su funcionalidad; en ese momento, el médico retoma el seguimiento principal, aunque puede volver a involucrar al BHC en cualquier momento. Los pacientes que no presentan mejoría o que se encuentran en un momento agudo de alto gravedad, son derivados a un nivel de atención más intensivo. Sin embargo, en los casos en que esto no resulta posible, el BHC puede continuar ofreciendo apoyo hasta que se observe progreso o como acompañamiento.

Actualmente, el equipo de BHC del CHCW cuenta con un total de **16 facultativos/as**, **3 estudiantes de doctorado** (PsyD, sería el itinerario equivalente a la residencia en psicología clínica en España) y **3 becarios post-doctorales**.

En las últimas décadas, varios estudios han demostrado claros beneficios en el acceso, el coste y los resultados de trasladar la atención de salud mental al ámbito de la atención primaria. La investigación muestra que los servicios integrados producen **mejoras clínicamente significativas** en múltiples cuadros de salud conductual, como depresión, ansiedad, consumo de sustancias e ideación suicida (Pomerantz et al., 2008; Bogucki et al., 2021). Además, los pacientes que reciben servicios de salud conductual informan de un mayor uso de estrategias de afrontamiento, una mayor adherencia a los planes de prevención de recaídas y una mayor retención y satisfacción que aquellos que no utilizan dichos servicios (Robinson et al., 2020). Las disminuciones en el nivel de malestar son **mantenidas en el tiempo**, hasta un mínimo de 2 años después de la intervención (Cigrang et al., 2007).

Con la implantación del modelo, el número de personas que acuden a una **primera visita** se ha duplicado, y el **tiempo de espera** para esta primera visita se ha reducido de semanas a minutos (Pomerantz et al., 2008). Asimismo, se ha observado una reducción de hasta el 74% en las **derivaciones a servicios de salud mental especializados** para el abordaje de problemáticas severas, lo que sugiere una mayor capacidad resolutoria del propio nivel de atención primaria (Landoll et al., 2019). En aquellas situaciones en las que se requiere derivación desde la atención primaria a dispositivos especializados de salud mental, las **tasas de inasistencia** se han reducido en aproximadamente dos tercios, indicando mejor continuidad asistencial y adherencia al tratamiento (Pomerantz et al., 2008; Brawer et al., 2010).

La **satisfacción** con el modelo es elevada, tanto entre los pacientes (Ogbeide et al., 2018) como entre los proveedores de atención primaria (Brawer et al., 2010). En esta línea, un estudio de Corso et al. (2012) señala que, incluso en una primera visita breve de entre 15 a 30 minutos dentro de un modelo de atención primaria integrada, la alianza terapéutica temprana establecida con el paciente es al menos equiparable a la alianza percibida por los propios pacientes en contextos de psicoterapia ambulatoria tradicional.

En relación con el CHCW, y según los datos proporcionados por los coordinadores del modelo de salud conductual, durante el año 2025 los BHC de las distintas clínicas realizaron un total de 20.818 visitas. Asimismo, más de uno de cada cuatro pacientes (27,2%) atendidos por su proveedor médico accedieron también a una visita con un BHC.

3. MODELO TEÓRICO

La clínica CWFM fue el centro en el que **Kirk Strosahl**, cofundador de la Terapia de Aceptación y Compromiso, ejerció durante varios años como psicólogo clínico. Su experiencia le llevó a identificar la necesidad de adaptar las intervenciones a este tipo de contextos, donde las consultas son cortas, la demanda clínica es grande y los recursos son limitados.

El interés por el desarrollo de intervenciones breves surge, en parte, de la creciente evidencia sobre las elevadas tasas de abandono en psicoterapia, que se sitúan en torno a una media del 19,7%, según el metaanálisis de **Swift y Greenberg (2012)**, así como de la investigación sobre los procesos de cambio asociados a la mejoría clínica. El **número promedio de sesiones completadas** por un cliente típico durante un solo episodio de terapia varía de cuatro a seis (**Brown y Jones, 2005; Olfson et al., 2009**). Según **Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012)**, una **terapia breve** sería aquella diseñada para completarse antes de llegar a este punto de ruptura natural. Los clientes suelen acudir a terapia en momentos de elevado malestar psicológico y, a medida que este desaparece, se muestran cada vez menos inclinados a regresar a sesiones adicionales (**Brown y Jones, 2005**). Esto sugiere que los motivos principales de los clientes para buscar ayuda son la validación emocional y la resolución práctica de problemas, objetivos que suelen alcanzarse en las primeras sesiones. Además, diversos estudios muestran que se pueden dar mejoras significativas y repentinas en los clientes en las **etapas iniciales del tratamiento** y que la respuesta rápida está asociada con mejoras a largo plazo en el funcionamiento, así como con una reducción de las tasas de recaída (**Aderka, Nickerson, Boe y Hoffman, 2012**).

Dentro del ámbito de las terapias breves se encuentran las denominadas **intervenciones de sesión única**, las cuales se basan en el supuesto de que cualquier encuentro clínico entre terapeuta y cliente podría ser el último y, por lo tanto, tienen como objetivo tener el mayor impacto posible en la vida del cliente en esa sesión (**Dryden, 2020**). No se presupone que las personas deban abordar todos sus problemas en una sola visita, sino que estas intervenciones están diseñadas de tal manera que cada sesión individual tiene el potencial de producir algún grado de cambio positivo y significativo, tanto a corto como a largo plazo. Si bien se requiere mayor investigación, la evidencia preliminar muestra efectos positivos de las intervenciones de sesión única en los problemas de salud mental (**Schleider et al., 2025**). Estas intervenciones podrían resultar muy útiles como medio para **complementar, ampliar y aumentar la accesibilidad a los sistemas de**

salud mental. Si el paciente lo solicita, se pueden realizar visitas de seguimiento, aunque cada una de ellas siempre será tratada como si pudiese ser la última.

La influencia del trabajo de Kirk Strosahl en el sistema CHCW hace que todos los BHC formados en este sistema sigan una filosofía basada en el **contextualismo funcional**. Por ello, en cada primera visita con un paciente realizan la **entrevista contextual** para obtener información acerca del contexto del paciente en áreas como el amor, el trabajo/escuela y el ocio (ver **Anexo 1**).

El **contextualismo funcional** es la filosofía pragmática de la ciencia en la que se basa ACT. La unidad de análisis del contextualismo es el acto-en-contexto en curso y su enfoque es holístico, es decir, lo primario es la totalidad del acontecimiento. La totalidad se entiende en referencia al contexto más que configurada por elementos. ACT también se enraíza teóricamente en la **teoría de los marcos relacionales**. Este modelo defiende que el sufrimiento humano es omnipresente y es un subproducto no deseado del lenguaje y el pensamiento humanos (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Debido al lenguaje, las personas pueden quedarse atrapadas en las reglas de sus mentes y perder el contacto con la experiencia directa. Además, el control emocional y, por tanto, la evitación experiencial, no es la solución a la situación de la persona, sino que precisamente se convierte en el problema. El objetivo de ACT no es la reducción de síntomas, sino dar cabida a las **experiencias privadas** y participar en acciones basadas en **valores** que generen una sensación de vitalidad, propósito y significado.

Con los años, Strosahl, junto con su compañera **Patricia Robinson**, psicóloga con amplia experiencia en entornos de atención primaria, desarrollaron la **Terapia de Aceptación y Compromiso Focalizada** (*Focused Acceptance and Commitment Therapy*, FACT) como una propuesta de adaptación de ACT al contexto de atención primaria. Por tanto, FACT es una intervención breve basada en los principios ACT que tiene como objetivo condensar todos los procesos del modelo en una sola sesión. En esta sesión, se realiza un análisis funcional del problema, una valoración de la utilidad de los intentos de solución del paciente y una evaluación de sus fortalezas y debilidades en los pilares de flexibilidad psicológica, que ACT agrupa en tres procesos: **apertura, conciencia y compromiso**. Para ello, se utilizan metáforas, paradojas y ejercicios experienciales como “El verdadero norte” o “Camino vital y vuelta en U”.



Imagen 4. Kirk Strosahl y Patricia Robinson (extraída de YouTube)

4. ACTIVIDADES REALIZADAS

El horario laboral establecido fue de **8:00h a 17:00h**. La rotación se organizó incluyendo la observación de la **actividad asistencial** y la participación en la **actividad formativa** del centro. En relación con la **actividad investigadora**, los coordinadores del modelo de salud conductual (Dra. Beachy y Dr. Bauman) participan de manera activa en la divulgación científica y en la elaboración de publicaciones centradas en el modelo de atención primaria integrada, así como en la evaluación de su eficacia y eficiencia clínica. Asimismo, se fomenta la implicación de todos los profesionales en proyectos formativos y de investigación. En el caso de los profesionales en formación que cursan estudios de doctorado, esta actividad investigadora se articula también a través del desarrollo de sus tesis doctorales. Sin embargo, durante mi estancia no había abierta ninguna línea de investigación en la que pudiese participar.

4.1. Actividad asistencial

Durante mi estancia, la actividad clínica tuvo un carácter fundamentalmente de **observación** del trabajo desarrollado por los BHC del centro. A lo largo de la rotación, pude acompañar a todos los BHC que forman parte del equipo, asistiendo a visitas con pacientes y participando en el proceso de devolución al profesional derivante en aquellas situaciones en las que se realizaba un *warm hand-off*. Esta participación incluía la comprensión del motivo de consulta, la lógica de intervención empleada y la coordinación inmediata con el proveedor médico, así como la discusión clínica posterior con el BHC responsable. La actividad está fundamentalmente basada en la observación porque, debido al marco legal de EEUU y a los requisitos de licencia para poder trabajar de forma autónoma, el rotante externo no tiene las competencias para realizar una intervención directa con pacientes.

Sin embargo, las situaciones clínicas observadas fueron muy diversas, lo que permitió conocer el abordaje de distintos problemas de salud mental y de condiciones físicas. Lo común a todas las visitas era el foco en el **contexto** de la persona para poder entender la función del síntoma y personalizar la intervención a la situación de esa persona en

concreto. La mayoría de visitas se realizaban de forma **individual**, aunque también había la posibilidad de observar **terapias familiares o de pareja** si se consideraba necesario intervenir en el funcionamiento del sistema. De forma mensual, se organiza un grupo para pacientes con **dolor crónico**, en el que también tuve la oportunidad de asistir.

La rotación se organiza de manera que se pueda rotar en las diferentes clínicas. La mayoría de días se rotaba en el **CWFM**, la clínica con más proveedores médicos, mayor volumen de pacientes y donde tienen lugar tanto las sesiones de docencia como las reuniones de equipo. Al menos un día a la semana iba a la **clínica pediátrica** para observar las intervenciones en población infanto-juvenil: visitas individuales con el paciente identificado, sesiones familiares y la aplicación de los protocolos de evaluación de TDAH. Aunque con menor frecuencia, también se visitaban las clínicas de **Naches** y de **Highland**, caracterizadas por espacios más



Imagen 5. Clínica en Naches

reducidos, equipos pequeños y una comunidad más cerrada. Precisamente por ello resultó especialmente interesante aprender cómo se introduce la cartera de servicios de salud mental y cómo se construye el vínculo terapéutico en estos contextos.

Mensualmente se celebra una **reunión** de todo el equipo de BHC para revisar los objetivos y resultados del mes en relación con la atención a las personas y el servicio a la comunidad. El ambiente de las reuniones suele ser distendido y comienza con una ronda voluntaria en que cada persona puede compartir **logros personales** conseguidos durante el mes y expresar **gratitud** hacia acciones y gestos de sus compañeras y compañeros. Tras comentar las actividades y eventos relevantes del mes siguiente, la reunión concluye con la presentación de fotografías que el equipo ha compartido de momentos significativos, tanto labores como personales. Este espacio contribuye de forma importante al conocimiento mutuo y a la cohesión del equipo.



Imagen 6. Sala de reuniones

4.2. Actividad formativa

Como rotante externa se me incluyó en el **programa formativo habitual** que completan las estudiantes de doctorado durante el año académico. El programa consta de 4 horas de docencia semanales, que denominan **Experiential Learning**, y 2 horas semanales de **supervisión individual**. Una vez al mes también se realiza un **seminario** que ocupa todo el día y en que se abordan aspectos relevantes en la atención psicológica en contextos de atención primaria.

El **objetivo** del *Experiential Learning* es enriquecer el desarrollo de los psicólogos y las psicólogas en formación mediante actividades diseñadas para ampliar sus conocimientos y ofrecer oportunidades para aplicar dichos aprendizajes fuera del entorno clínico. Este espacio incluye:

- **Currículo de UpToDate:** se realiza con una frecuencia semanal. Consiste en la revisión de la evidencia científica más actualizada respecto a un tema en concreto y la discusión de aspectos sobre el diagnóstico, la epidemiología, el tratamiento y el pronóstico de diferentes trastornos.

FECHA	TEMA
13/08/2025	Picky eating / Toilet training / Eating disorders
20/08/2025	Headaches / Migraines
27/08/2025	Obesity
03/09/2025	Diabetes
10/09/2025	Hypertension
17/09/2025	Smoking and substance use
24/09/2025	Severe Mental Illness (Bipolar and Psychosis)
01/10/2025	Chronic paing / Stomach pain
08/10/2025	Cognitive impairment and dementia
22/10/2025	Child and adult ADHD
29/10/2025	Multimorbidity / Suicide

- **Currículo de Contextualismo Funcional y Teoría de los Marcos Relacionales:** con una frecuencia mensual, se imparten formaciones y contenidos didácticos sobre la filosofía y la aplicación del contextualismo funcional y la teoría de los marcos relacionales.
- **Currículo de Educación en *Primary Care Behavioral Health*:** con una frecuencia mensual, se imparten formaciones y contenidos didácticos sobre la filosofía de la atención primaria y la implementación del modelo de salud conductual.
- **Currículo Comunitario:** con una frecuencia quincenal, se realiza la lectura de un libro dirigido a discutir el trabajo comunitario en poblaciones migrantes.
- **Currículo de Supervisión:** con una frecuencia mensual, se imparten formaciones y contenidos didácticos sobre supervisión clínica, es decir, se entrena a los/as psicólogos/as en formación a ser supervisores/as de otras personas en formación en sus futuras carreras laborales. Esto se realiza mediante la asignación de lecturas y role-plays.
- **Formaciones compartidas** con los residentes de medicina familiar para temas relevantes.
- **Consultas de casos y supervisión grupal.**
- **Asistencia de otros profesionales** a dar una ponencia o presentar sus programas. Por ejemplo, con frecuencia mensual el Dr. Simms, especialista en pediatría, realiza una sesión de docencia en que aborda patologías frecuentes en la infancia y la adolescencia.

También asistía a un seminario completo que se realizó en Seattle en octubre en que se abordaron los siguientes temas:

- ***Addressing ethno-racial trauma through a cultural humility lens in Primary Care.*** Ponencia realizada por la Dra. Ogbeide.
- ***Neuroplastic symptoms.*** Ponencia realizada por el Dr. Clarke.

Además, como parte de mi itinerario participé en las supervisiones semanales entre el **Dr. Bauman** y uno de los estudiantes de post-doctorado. También asistí a una de las supervisiones de la **Dra. Beachy**. En estas supervisiones de dos horas se revisaba el trabajo terapéutico del clínico en formación durante la semana. Incluía la revisión de casos clínicos, la reflexión sobre diferentes intervenciones que el supervisado había aplicado y la revisión de diferentes modelos, técnicas o protocolos específicos, así como el trabajo sobre el propio terapeuta, es decir, la reflexión sobre reacciones personales y posibles sesgos que pudiesen estar interviniendo. Además, se abordaban aspectos en relación a consideraciones éticas y deontológicas y se daba soporte en el establecimiento de objetivos y progreso en aspectos como, por ejemplo, la redacción de la tesis.

Los residentes de medicina familiar, como parte de su currículo en el CHCW, tienen programada mínimo una sesión docente trimestral con un BHC del equipo conocidas como **one-on-one**. Durante mi estancia allí, pude asistir a estos encuentros, observando la diversidad de estilos tanto entre los diferentes BHC como entre los propios residentes. El contenido de cada sesión se adaptaba a las necesidades y objetivos específicos del residente. Habitualmente, estas sesiones iban dirigidas a ampliar el conocimiento del residente sobre intervenciones conductuales aplicadas a diferentes problemas de salud, así como al entrenamiento en habilidades de entrevista clínica y de identificación de los factores contextuales que influyen en la situación del paciente.

A continuación, se presenta un **cronograma** de mi rotación. Es importante resaltar que se trata de un horario aproximado incluyendo las actividades mencionadas ya que, aunque el espacio de docencia y de supervisión era fijo, el resto de actividades se planificaban de forma flexible teniendo en cuenta la conveniencia del rotante.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7h			Reunión de PCBH (mensual)		
8h	Observación en Yakima Pediatrics	Observación en CWFM	Observación en CWFM	One-on-one entre BHC y residente de medicina	Observación en CWFM
9h					
10h					
11h					
12h	COMIDA				
13h	Observación en Yakima Pediatrics	Supervisión individual	Experiential Learning	Observación en CWFM	Observación en CWFM
14h					
15h					
16h					
17h					

5. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

La aplicación del modelo de salud conductual para atención primaria desarrollado en Estados Unidos al contexto de atención primaria en España no solo supondría una mejora en la **atención a los pacientes y en la calidad de los servicios ofrecidos**, sino que facilitaría la **coordinación entre profesionales** de las diferentes especialidades. En Cataluña, desde su implementación en el año 2006, existe el **Programa de colaboración entre salud mental y adicciones y atención primaria y comunitaria** (conocido por las siglas PCP) (Enfedaque et al., 2023). El programa está dirigido a mejorar la atención en salud mental de la población y disminuir la prescripción de psicofármacos en situaciones en que se obtiene poco beneficio de su utilización, como son la mayoría de problemas dados por la situación psicosocial de la persona (NICE, 2022). Aunque la implementación de este programa ha supuesto cambios beneficiosos en la atención a la salud mental de los pacientes, se podrían adoptar una serie de medidas que resultarían en un funcionamiento más óptimo de los servicios.

En la actualidad, la mayoría de centros de atención primaria cuentan **únicamente con un especialista en psicología clínica** cuyo horario asistencial no abarca todas las franjas en el que el centro provee atención médica. Los espacios suelen estar separados, ocupando cada especialista un despacho asignado, sin posibilidad de espacios comunes de trabajo que faciliten el intercambio de información y la coordinación entre profesionales. Las reuniones de coordinación, por lo general de frecuencia semanal y con un tiempo limitado, dificultan la revisión conjunta de todos los casos que lo requieren. Por otro lado, la organización actual del circuito asistencial provoca que, desde que el profesional médico detecta la necesidad de atención psicológica, gestiona la derivación y el paciente obtiene una primera visita, puedan transcurrir **varias semanas e incluso meses**. Esta demora temporal contribuye a que un número significativo de pacientes **no acudan** a su visita con el especialista en psicología clínica.

El modelo de PCBH no solo fomenta la colaboración entre profesionales, sino que integra plenamente los servicios de salud mental dentro de la cartera asistencial del propio centro de atención primaria. Implementar este **nivel de integración** en el sistema nacional de salud de España, donde el profesional de salud mental pueda valorar al paciente el mismo día en el que el equipo médico lo solicita y donde existan espacios de trabajo compartidos, supondría una mejora en la calidad asistencial y ayudaría a reducir las tasas de inasistencia a las citas. Asimismo, este enfoque facilita que el paciente **conozca desde el primer momento la disponibilidad del servicio de salud mental** para atenderle, lo que contribuye a disminuir el impacto del estigma y del desconocimiento, factores que con frecuencia dificultan que las personas acudan a su primera visita con el especialista en psicología clínica.

La relevancia otorgada a la **formación** que poseen los BHC del equipo destaca la necesidad de que los profesionales de salud mental que atiendan en los centros de atención primaria sean **personal especialista**. En las clínicas de Yakima, se atienden desde problemas leves reactivos a un estresor puntual hasta sintomatología moderada con un impacto notable en el funcionamiento de la persona, en un contexto de una población con una alta carga de acontecimientos vitales traumáticos y situaciones actuales de mucha vulnerabilidad. Esto pone de relieve que contar con más profesionales especialistas en psicología clínica en los centros de atención primaria permitiría el cribaje y la intervención sobre una amplia variedad de problemas, disminuyendo la necesidad de realizar derivaciones a los Centros de Salud Mental de Adultos e Infanto-juveniles (CSMA y CSMIJ), que son recursos con una alta demanda y sobrecarga asistencial.

Por otro lado, no puede ignorarse el aumento de los **movimientos migratorios** en España y la influencia que ello ejerce sobre la diversidad y la riqueza cultural de nuestra sociedad. Cada vez resulta más común atender a personas de distintos orígenes culturales que llegan con sus propias historias migratorias y con el impacto que el **racismo** estructural y social puede generar en su salud mental (Priest et al., 2024). Sin embargo, los programas formativos actuales no garantizan una preparación suficiente desde una **perspectiva transcultural**, hecho que puede impactar en la atención y acompañamiento proporcionados a estos grupos.

Por último, las **intervenciones de sesión única** se adaptan a las características de los contextos de atención primaria, ya que se ajustan a un tiempo limitado, atienden al paciente en el momento de necesidad y están orientadas a soluciones, por lo que reducen las listas de espera, el abandono inicial, la frustración del paciente ante procesos más largos y la medicalización. Además, las intervenciones breves basadas en una **filosofía contextual** pueden resultar de gran utilidad, ya que adoptan un enfoque transdiagnóstico que sitúa la conducta de la persona dentro de su contexto. Este análisis contextual es fundamental para identificar las variables relevantes sobre las que intervenir y seleccionar las estrategias más adecuadas en cada caso.

6. VALORACIÓN PERSONAL DE LA ESTANCIA

Inicié esta aventura con mucha ilusión, aunque también con incertidumbre y cierto temor ante mi paso por Estados Unidos, especialmente por el contexto político del país respecto a la entrada de personas extranjeras. Mi deseo era poder profundizar en las **terapias contextuales**, conocer **otros modelos de organización** de los recursos de salud mental y ampliar tanto mis **vínculos** como mi **perspectiva profesional**. La vivencia ha superado con creces mis expectativas y ha supuesto un aprendizaje muy enriquecedor en los planos formativo, laboral y personal.

Si tuviera que definir el ambiente del CHCW con una sola palabra, elegiría “**equipo**”. Desde el primer momento, el personal de la clínica se volcó en acogerme y hacerme sentir parte del lugar. Encontré un conjunto de profesionales cálido, accesible y comprometido con su labor asistencial y docente. Durante mi estancia, pude profundizar en la filosofía contextual y observar su aplicación no solo en las formulaciones y en las intervenciones clínicas, sino también en la dinámica cotidiana del centro. Las personas que trabajan allí integran plenamente la **mirada de ACT** en su práctica, manteniendo una presencia genuina en las visitas y mostrando una curiosidad constante, así como una reflexión sobre los valores que guían sus actos, tanto a nivel individual como del equipo. Además, se fomentan prácticas de **compasión** hacia las demás personas y hacia una misma, y se reservan espacios para expresar gratitud y compartir logros. Considero que sostener esta actitud en un entorno de alta presión asistencial no siempre es sencillo, pero sí imprescindible para prevenir la extenuación profesional. La cohesión del grupo y el apoyo mutuo son claros factores de protección frente al *burn-out* en una profesión como esta.

Todo el equipo mostró una gran implicación en la **formación**, desde una perspectiva rigurosa, sistemática y basada en la evidencia. Siempre buscaban un momento después de las visitas, o incluso fuera de horario en días especialmente exigentes, para comentar casos, aclarar dudas y compartir impresiones. La sensación general era que las aportaciones de quienes estábamos en proceso de aprendizaje eran escuchadas y valoradas. Aprecio especialmente los espacios de **docencia estructurada** y el impulso a la participación y el debate, así como la oportunidad de contar con una **supervisión individual semanal**, un aspecto que suele estar menos presente en el recorrido del PIR debido a que, por la propia dinámica organizativa de los hospitales, no siempre es sencillo habilitar estos espacios.

Si el equipo me enseñó numerosas cosas, los y las **pacientes** me enseñaron todavía más. Esta rotación me permitió conocer una gran diversidad de **realidades sociales**, distintas de las del área de referencia de mi hospital. Las técnicas estructuradas quedaban en segundo plano para dar paso a **contextos vitales complejos**: personas con varios empleos haciendo grandes esfuerzos para asistir a sus citas, otras que encontraban en la clínica su único espacio de seguridad mientras dormían en la calle o en sus vehículos, familias reconfigurándose tras pérdidas reales o simbólicas vinculadas al consumo, abuelos retomando roles parentales, o personas obligadas a procesos migratorios forzosos por motivos sociales o políticos, que se encontraban desamparadas en un gobierno que las rechazaba. Con enorme generosidad, me abrieron una ventana a momentos de sus vidas, muchas veces profundamente impactantes.

Al principio me costó comprender el **modelo de intervención de sesión única**, ya que procedo de un modo de trabajo en el que se prioriza una exploración inicial en

profundidad y la planificación del tratamiento en varias visitas. Estos objetivos parecían poco realistas en sesiones de 15 a 30 minutos. Sin embargo, cuando se entiende la realidad de estas personas y la posibilidad de que no vuelvan a consulta, tratar cada encuentro como si fuera el último adquiere todo el sentido. Pude ver de primera mano cómo una intervención breve podía generar **cambios significativos**, que se evidenciaban en las visitas posteriores con el equipo médico. Además, este enfoque facilita el acceso a la atención en salud mental para personas que, de otro modo, difícilmente llegarían a ella, ya sea por desconocimiento, por vergüenza o por barreras logísticas.

En el **plano personal**, la experiencia también ha sido muy transformadora. Vivir sola en una ciudad desconocida te confronta con la **vulnerabilidad** propia, pero también pone en valor los **recursos personales**, los mismos que tratamos de reforzar en quienes atendemos. Esta rotación me ayudó a tomar conciencia de privilegios que damos por sentados, como tener cubiertas las necesidades básicas, sentir pertenencia cultural o contar con una sanidad pública universal y un transporte accesible. También me enfrentó a las dificultades de comunicarme en una lengua adoptiva y a las confusiones derivadas de la inmersión cultural y lingüística, al mismo tiempo que me brindó la oportunidad de conocer a personas dispuestas a entenderme, apoyarme y facilitar mi adaptación, incluso acompañándome en coche cuando desplazarse a pie era inviable. Su **presencia** y **familiaridad** hacía que estar lejos de casa se sintiera más llevadero. Yakima es una ciudad pequeña, sin el ritmo acelerado ni la abundancia de propuestas que ofrecen las grandes ciudades, pero llena de oportunidades para quienes saben dónde encontrarlas.

Recomiendo esta rotación a cualquier persona que quiera aprender la filosofía contextual trabajando con un equipo que la encarna de forma auténtica y que quiera formar parte de un modelo asistencial integrado y centrado en la persona.

7. AGRADECIMIENTOS

Al **Dr. Bauman** y a la **Dra Beachy**, por vuestra generosidad al aceptar mi estancia en el CHCW y por vuestra flexibilidad y disponibilidad durante todo el proceso. Vuestra energía contagia y mueve, y me habéis ayudado a trasladar mis valores personales a la práctica profesional. Gracias por hacer que el trabajo no se sienta trabajo.

Al **equipo de BHC**, por vuestra acogida, vuestras enseñanzas y vuestro compromiso. Hacéis una gran labor para la comunidad de Yakima. A **Mayra** y **Shanice**, por el abrazo cálido que es compartir una lengua y por el cuidado de quien sabe lo difícil que puede ser estar lejos de casa.

A **Bethany, Jennifer, Nereyda, Emilio, Sasha** y **Shayla**, por vuestra amabilidad al compartir los espacios de supervisión y docencia conmigo y facilitar que fuese un espacio cómodo y seguro. Por la complicidad y por descubrirme la cultura americana desde dentro, hasta llegar a sentir algo cercano a un hogar encontrado y hacer que fuera difícil despedirse.

A mis tutoras: a **Elisabet Casellas**, por orientarme y animarme a realizar esta rotación desde la experiencia de alguien que lo ha vivido y por estar presente incluso en la distancia; a **Leonor Gawron**, por ser antídoto a mi procrastinación; y a **Mireia Forner**, por hacer posible esta estancia con su accesibilidad y acompañamiento mientras atravesábamos juntas la burocracia.

Al **comité de SEPC-ANPIR** por fomentar las estancias en centros de excelencia extranjeros y permitir que esta beca construyese puentes. Ojalá esta memoria sea una puerta para que otros descubran el CHCW y la ciudad de Yakima.

A **Biel, Claudia, Mar** y **Mariví**, mis PIRes y amigas, por no dudar en cruzar el océano y visitarme en esta locura, y a **Guille**, por ser el verde de mi rosa desde el inicio y más allá del final de esta aventura.

A mi **familia**, por cuidar el nido desde el que alzar el vuelo, aunque me lleve muy lejos de casa.

A **Eric**, por ser camino y refugio.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aderka, I., Nickerson, A., Boe, H., & Hoffman, S. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93-101.

Association of American Medical Colleges (2025). *Exploring Barriers to Mental Health Care in the U.S.* <https://www.aamc.org/about-us/mission-areas/health-care/exploring-barriers-mental-health-care-us>

Bogucki, O. E., Craner, J. R., Berg, S. L., Miller, S. J., Wolsey, M. K., Smyth, K. T., Sedivy, S. J., Mack, J. D., Johnson, M. W., & Burke, L. M. (2021). Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi-state, multi-site primary care practice. *Journal of Affective Disorders, 294*, 745–752.

Brawer, P. A., Martielli, R., Pye, P. L., Manwaring, J., & Tierney, A. (2010). St. Louis Initiative for Integrated Care Excellence (SLI²CE): Integrated-collaborative care on a large scale model. *Families, Systems, & Health, 28*(2), 175.

Brown, G., & Jones, E. (2005). Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology, 61*, 187-198.

Cigrang, J. A., Dobmeyer, A. C., Becknell, M. E., Roa-Navarrete, R. A., & Yerian, S. R. (2007). Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: Effects on patient distress and health care utilization. *Primary Care and Community Psychiatry, 11*(3), 121–127.

Corso, K. A., Bryan, C. J., Corso, M. L., Kanzler, K. E., Houghton, D. C., Ray-Sannerud, B., & Morrow, C. E. (2012). Therapeutic alliance and treatment outcome in the primary care behavioral health model. *Families, Systems, & Health, 30*(2), 87.

Dryden, W. (2020). Single-session one-at-a-time therapy: A personal approach. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 41*(3), 283-301.

Enfedaque, B., Garcia, O., Gil, E., Ruiz, R., Cid, J., Lobo, E., & Vegué, J. (2023). *Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària (1a ed.)*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hunter, C. L., Goodie, J. L., Oordt, M. S., & Dobmeyer, A. C. (2017). *Integrated Behavioral Health in Primary Care: Step-by-Step Guidance for Assessment and Intervention*. Washington DC: American Psychological Association.

Inghram, Q (30 de mayo de 2025). *Yakima ends up on federal list of 'sanctuary' cities, though county doesn't*. Yakima Herald-Republic.

Landoll, R. R., Nielsen, M. K., Waggoner, K. K., & Najera, E. (2019). Innovations in primary care behavioral health: A pilot study across the U.S. Air Force. *Translational Behavioral Medicine*, 9(2), 266–273.

National Association of Community Health Centers (2025). *What is a Community Health Center?* <https://www.nachc.org/community-health-centers/what-is-a-health-center/>

National Council for Mental Wellbeing (2025). *What is a CCBHC?* <https://www.thenationalcouncil.org/resources/2024-ccbhc-impact-report/>

National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). (2022). *Depression in adults: treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

NeighborhoodScout (2025). *Yakima, WA demographics*. NeighborhoodScout. <https://www.neighborhoodscout.com/wa/yakima/demographics>

Ogbeide, S. A., Landoll, R. R., Nielsen, M. K., & Kanzler, K. E. (2018). To go or not go: Patient preference in seeking specialty mental health versus behavioral consultation within the primary care behavioral health consultation model. *Families, Systems & Health*, 36(4), 513–517.

Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., et al. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60, 898-907.

Reinert, M., Nguyen, T. & Fritze, D. (2025). *The State of Mental Health in America 2025*. Mental Health America, Alexandria VA.

Reiter, J. T., Dobmeyer, A. C., & Hunter, C. L. (2018). The primary care behavioral health (PCBH) model: An overview and operational definition. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25(2), 109-126.

Robinson, P., & Reiter, J. (2020). *Behavioral Consultation and Primary Care: A Guide to Integrating Services*. Springer.

Robinson, P., Von Korff, M., Bush, T., Lin, E. H. B., & Ludman, E. J. (2020). The impact of primary care behavioral health services on patient behaviors: A randomized controlled trial. *Families, Systems, & Health*, 38(1), 6–15.

Schleider, J. L., Zapata, J. P., Rapoport, A., Wescott, A., Ghosh, A., Kaveladze, B., ... & Ahuvia, I. L. (2025). Single-session interventions for mental health problems and service engagement: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Annual Review of Clinical Psychology*, 21.

Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

9. RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS DE INTERÉS

Berens, N. M., & Hayes, S. C. (2004). Why relational Frame Theory Alters the Relationship between Basic and Applied Behavioral Psychology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 341-353.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications.

Pomerantz, A., Cole, B. H., Watts, B. V., & Weeks, W. B. (2008). Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *General hospital psychiatry*, 30(6), 546-551.

Priest, N., Doery, K., Lim, C. K., Lawrence, J. A., Zomboulis, G., King, G., ... & Guo, S. (2024). Racism and health and wellbeing among children and youth—An updated systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 361, 117324.

Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2018). Adapting empirically supported treatments in the era of integrated care: A roadmap for success. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(3), 20.

Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547.

10. RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS EN CASTELLANO

Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta? *Revista Internacional de psicología Clínica y de la salud*, 3(3), 595-613.

Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of clinical and health psychology*, 7(2), 491-507.

Hayes, S. C., Stroschal, K., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.

Olaz, F. O., & Polk, K. L. (2021). *La matrix: manual de usuario: entrenando la flexibilidad psicológica en tres pasos por medio de la terapia de aceptación y compromiso - ACT*. Editorial Brujas.

Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: Una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas*. Didacbook.

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2020). *Dominando la conversación clínica: el lenguaje como intervención*. MICPSY.

Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.

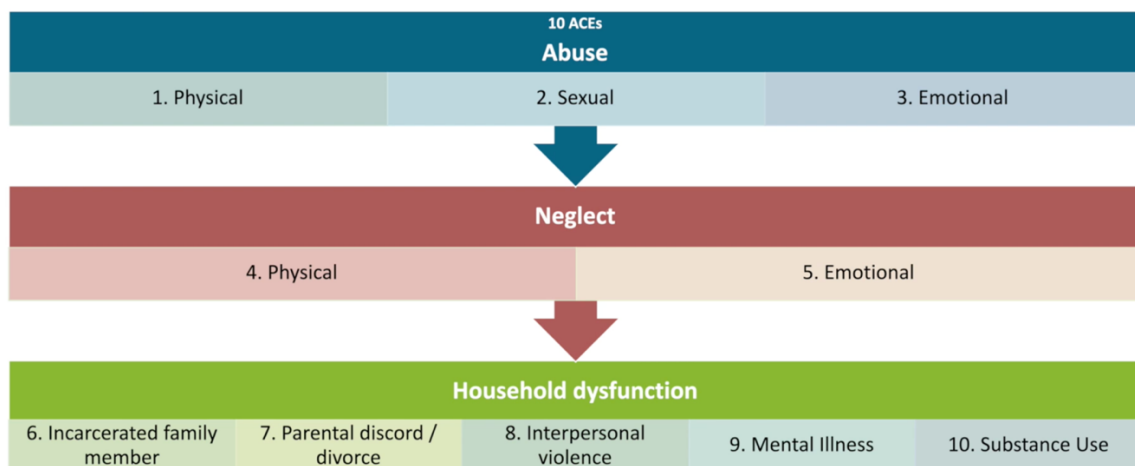
11. ANEXOS

Anexo 1. Contextual Interview

LOVE	- Living situation. - Relationship. - Family. - Friends. - Belief system, spiritual or community life.
WORK/SCHOOL	- Work / school situation. - Income.
PLAY	- Fun. - Hobbies. - Relaxation. - Passions. - Interests.
HEALTH BEHAVIORS	- Diet. - Exercise. - Sleep. - Substance use (caffeine, nicotine, alcohol, marihuana, substances, etc.).

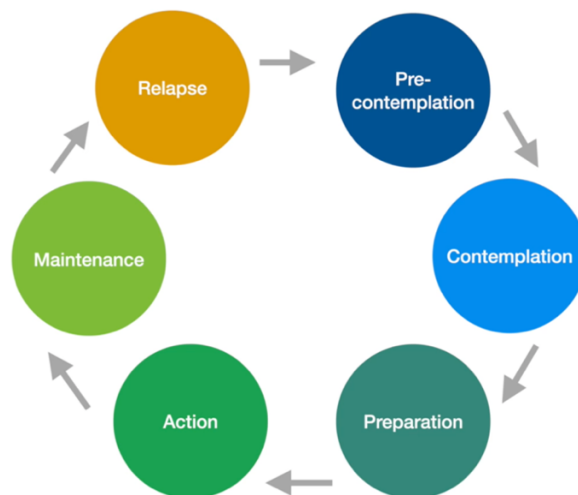
ACCESS-V: things that you are listening to during the contextual interview.

- Adverse Child Experiences (ACES).



- Culture & Cultural Intelligence.
 - o Cultural Norms.
 - o Beliefs and strengths.
 - o Cultural intelligence.
 - o Insight to what is important to them.

- How they see the world.
- “Is being a good person important to you?”.
- Religion and spirituality can be included, but also outlook on life.
- **Context: Internal.**
 - TEAMS: Thoughts, Emotions, Associations, Memories and Sensations.
 - Refers to your inner world. Private experience. There are no good or bad thoughts.
 - How might a person see themselves, see others, see the world.
- **External Context.**
 - What’s it like to wake up and be this person in their environment?
 - What’s an average day look like?
 - Who’s there? Where do they go? What do they do?
 - Need to be able to picture this!
- **Social Determinants of Health (SDoH) & Structural / systemic discrimination.**
 - SDoH are conditions in places where people live, learn, work, and play that affect a wide range of health risks and outcomes.
 - Include: healthcare access & quality, education access & quality, social & community context, economic stability, neighborhood and environment.
- **Stages of Change.**
 - It’s important to pay attention to patients’ importance (desire) and confidence (self-efficacy) to change.



- **Values:**
 - Who and What Matters.
 - Doubles as a values clarification exercise.
 - They are telling you exactly WHO & WHAT matters during the entire CI.