



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Psicología en el voluntariado “Trabajos de Salud Rural”.
Aproximación de una apuesta en común.

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autora:

Paula Antonia Rodríguez Robledo

Profesor Patrocinante:

Víctor Martínez Ravanal

Fecha entrega:

Enero del 2019

“Ocurrió en el tiempo de las noches largas y los vientos de hielo. Una mañana floreció el jazmín del Cabo, en el jardín de mi casa, y el aire frío se impregnó de su aroma, y ese día también floreció el ciruelo y despertaron las tortugas. Fue un error, y poco duró. Pero gracias al error, el jazmín, el ciruelo y las tortugas pudieron creer que alguna vez se acabará el invierno. Y yo también.” (Galeano, p. 127, 1993).

Agradecimientos

Gracias a Trabajos de Salud Rural, por ser un pequeño gran error según este sistema injusto, refugio para la esperanza de querer hacer en conjunto un mundo mejor y más humano, por verme parte de ese cambio, de una comunidad, parte de un proyecto, parte de la vida.

A las personas de ayer, hoy y siempre que lo compone y que dan existencia al proyecto, por las historias, recuerdos, cariños, aprendizajes y compromiso que compartimos, a mis comunidades C6, C4, C4, C10, C7, C1 y C5 que me dejaron sus huellas en el camino en mi vida de estudiante.

Gracias especialmente al equipo de Psicología por hacer esta memoria posible, por la experiencia, las ayudas y disposiciones brindadas durante todo el proceso. Y más particularmente a la Coordinación de Psicología, actual y pasada, por dejarme envolver, aprender y crecer con ellos en mi vida universitaria hasta el final. Por ser un oasis inagotable no solo de inspiración para escribir esta investigación, sino que también de pasión, amistad y enseñanzas.

A mi profesor patrocinador; Víctor Martínez, por transformarse en un pilar fundamental en el proceso de construcción, debido a su constante entrega de gran sabiduría, guía y aliento. Y también por otra parte, la admiración profunda a su consecuencia, constancia y humildad, de llevar lo comunitario a cualquier espacio.

Finalmente, me queda agradecer a todas las personas de mi cotidianidad, que de alguna forma se ven reflejadas en estas letras. Gracias a los imprescindibles, a mi familia, amigo/as y pololo por acompañarme y apoyarme en la realización de esta memoria, en la etapa de formación profesional de pregrado y la vida en general.

A. RESUMEN

Trabajos de Salud Rural es un voluntariado formado por estudiantes de diez carreras del área de la Salud y las Ciencias Sociales, que se dedica a entregar educación en salud en zonas rurales de Chile. Entre ellas, está Psicología, la cual pese a las diferentes versiones del proyecto, parece tener un sentido en su quehacer, pero que falta registrar y explicitar.

Esta memoria es entonces una aproximación a una sistematización, exponiendo un modelo de intervención del equipo de Psicología en TSR, construida desde el Modelo de Gestión del Conocimiento (Martínez, 2018).

La propuesta se basa en ocho principios organizadores -Salud mental, Voluntariado, Vulnerabilidad, Aprendizaje y servicio, Educación en salud, Intervención de proximidad comunitaria, Interdisciplinario y Estrategias de redes-, identificando las etapas de Formalización, Internalización, Praxis y Externalización del equipo de Psicología. Ello, con el fin de fomentar espacios de reflexión de la propia práctica tanto para el voluntariado mismo, como para futuras investigaciones.

Tabla de contenido

B. INTRODUCCIÓN	4
C. PROBLEMATIZACIÓN	7
D. METODOLOGÍA	11
E. MODELO BREVE GENERAL DE TRABAJOS DE SALUD RURAL	16
E. A. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO	16
<i>E. A. 1 Qué es TSR</i>	16
<i>E. A. 2 Historia del voluntariado:</i>	16
<i>E. A. 3 Misión y objetivos.</i>	17
E. B. ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	18
<i>E. B. 1 Niveles organizacionales</i>	18
<i>E. B. 2 Descripción etapas del proyecto.</i>	24
E. C. FLUJO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN TRABAJOS DE SALUD RURAL EN GENERAL	26
<i>E. C. 1 Gestión y organización del tiempo en el terreno.</i>	27
<i>E.C.2 Organización y flujo de las metodologías de acción en el terreno</i>	27
F. LA INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA	30
F.A PRINCIPIOS ORGANIZADORES	30
<i>F.A.1 Salud mental</i>	30
<i>F.A.2 Voluntariado</i>	31
<i>F.A.3 Vulnerabilidad</i>	32
<i>F.A.4 Educación en salud</i>	34
<i>F.A.5 Aprendizaje- Servicio</i>	36
<i>F.A.6 Intervención de Proximidad Comunitaria:</i>	38
<i>F.A.7 Interdisciplinario</i>	38
<i>F.A.8 Estrategias de redes</i>	40
F.2 MODELO DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE PSICOLOGÍA	41
<i>F.2.1 Momento A: Formalización y organización de la intervención</i>	42
<i>F.2.2 Momento B: Internalización.</i>	49
<i>F.2.3 Momento C: Praxis</i>	50
<i>F.2.4 Momento C: Externalización</i>	56
G. DISCUSIÓN	57
G.1 MODELO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO COMO PROPUESTA DE COMPRENSIÓN DEL VOLUNTARIADO.	57
G.2 PROPUESTA COMO UN ESPACIO DE DIALOGO A CONTRASTAR, TAREA PENDIENTE.	57
G.3 RIQUEZAS Y RETOS DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.	59
G.4 IMPLICANCIAS Y CONSIDERACIONES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	60
G.5 DESAFÍOS A CONSIDERAR EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN Y SU VINCULACIÓN CON LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.	61
H. CONCLUSIONES	63
I. REFERENCIAS	67
J. ANEXOS	75
J.1 FICHAS GENERALES ACTUALES	75
J.1.1 FICHA GENERAL ADULTO	75
J.1.2 FICHA GENERAL ADOLESCENTE	77
J.1.3 FICHA GENERAL ADULTO MAYOR.....	79
J.1.4 FICHA GENERAL EMBARAZADA/ NODRIZA	82

J.1.5 FICHA GENERAL LACTANTE	85
J.1.6 FICHA GENERAL POSTRADO	87
J.1.7 FICHA GENERAL PREESCOLAR Y ESCOLAR	90
J.2. FICHA GENERAL ANTERIOR	92
J.3. FICHAS ACTUALES DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA.....	94
J.3.1 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADULTOS	94
J.3.2 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: NIÑO/A	97
J.3.3 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADOLESCENTE	102
J.3.4 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADULTO MAYOR.....	106
J.3.5 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: CUIDADORES.....	110
J.4 FICHA ANTERIOR DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA	114
J.5 MANUAL DEL VOLUNTARIO/A	118
J.6 TALLERES DE PSICOLOGÍA	146
I.6.1. TALLER DE COMPETENCIAS PARENTALES	146
J.6.2 TALLER DUELO Y DEPRESIÓN	154
J.6.3 TALLER “HABLEMOS DE SEXUALIDAD”	164
J.6.4 TALLER AUTOCONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN NIÑOS/AS.....	177
I.7 PLANIFICACIÓN CAPACITACIÓN GENERAL.....	185
J.8 ACTAS DE REUNIONES DE LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA (2016-2017)	198
I.8.1 ACTA REUNIÓN PSICOLOGÍA 26/09/2017	198
I.8.2 ACTA REUNIÓN PSICOLOGÍA 06/09/2017.	198
I.8.4 ACTA REUNIÓN MIÉRCOLES 16.11.2016	202
I.8.5 ACTA REUNIÓN VIERNES 28 DE OCTUBRE.....	204
I.8.6 ACTA DE LA REUNIÓN DE TRABAJO CON EL EQUIPO DE TSR Y EL PROFESOR VÍCTOR MARTÍNEZ EL 29.09.2016.....	206
J.9 RECuento ESTADÍSTICOS VERSIÓN PASADA.....	210
J.10 DÍA A DÍA EN EL TERRENO	212
J.11 POSTULACIÓN A FONDOS CONCURSABLES.....	213
J.11.1 POSTULACIÓN AL FONDO PREMIO AZUL A NIVEL UNIVERSIDAD DE CHILE	213
J.11.2 POSTULACIÓN A FONDO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL POR LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA	223
J.12 CARTELES DE DIFUSIÓN.....	228
J.13 REGISTRO DE TALLERES.....	230
J. 14 BITÁCORA DE GUÍA.....	232
J.15 CARTA MÉDICO TRATANTE	243
J.16 DICCIONARIO DE LA JERGA BÁSICA DE TRABAJOS DE SALUD RURAL, DURANTE EL TERRENO.	244

B. Introducción

Ante las problemáticas sociales del país, han emergido de forma independiente al Estado, movimientos de la sociedad civil que se organizan y buscan combatir las situaciones de marginación y exclusión social existentes, por medio de voluntariados (Rodríguez & Vidal, 2010). Actualmente, existen múltiples organizaciones y proyectos de voluntariados de diferentes ámbitos (Instituto Nacional de la Juventud, 2017). De hecho, el 2016 se formuló un proyecto de ley, que está actualmente en trámite que “Regula las actividades de voluntariados y establece derechos y deberes de los voluntarios”, el cual busca reconocer, regular y potenciar las actividades voluntarias en Chile (Cámara de Diputados, 2018).

Además el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) ha buscado desde el 2014 articular una red de voluntarios a nivel nacional con el fin de organizar y fomentar su quehacer, desembocando en cuatro encuentros a nivel país de organizaciones de voluntariados juveniles desde el 2015 hasta la fecha. (INJUV, 2017)

En línea con lo anterior, la Octava Encuesta Nacional de la Juventud levantada por el INJUV, el año 2015, arrojó que el 28% de la población joven declara haber realizado al menos una actividad de ayuda a la comunidad o trabajo de voluntariado no remunerado en los últimos 12 meses (INJUV, 2017). Además, señalan que los jóvenes con 20-29 años participan más en actividades voluntarias relacionadas a prestaciones de servicios profesionales a la comunidad (INJUV, 2017).

Es en este sentido que se evidencia la importancia de la Universidad como un espacio fértil de organización para trabajos voluntarios en conjunto con la comunidad (Rodríguez & Vidal, 2010). Esto se debe a la concepción que la Universidad está formada por tres grandes pilares; docencia, investigación y extensión, las que debieran retroalimentarse entre sí, con el fin de poder transformar la realidad (Tommasino, & Cano, 2016). La extensión ha sido la faceta menos trabajada, sin embargo, ha ido adquiriendo un rol cada vez mayor, evolucionando y manifestándose de múltiples formas (Domínguez, 2009).

Uno de los múltiples voluntariados universitarios que existe en Chile, es “Trabajos de Salud Rural” (TSR), voluntariado desde el 2002 en el que participan estudiantes de diez carreras del área de la salud y ciencias sociales: Psicología, Medicina, Fonoaudiología, Química y Farmacia, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Kinesiología, Enfermería, Odontología y Trabajo Social (recientemente incorporada) de cuatro universidades: Universidad de Chile, Universidad Central de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Santiago de Chile. El TSR busca empoderar por medio de la educación en salud integral a personas de zonas rurales que tiene un limitado acceso a los servicios sanitarios (Trabajos de Salud Rural, 2018).

Por ende, este voluntariado busca responde a la demanda social desde dos aristas: De forma más general, intenta combatir las carencias del sistema de salud (Comisión de Salud, Cámara de Diputados de Chile, 2012), pero también dentro de un contexto particular, la ruralidad, fenómeno social complejo que tiene sus propias características y necesidades, mermado por la desigualdad social territorial existente en el país (Berdegué, Jara, Modrego, Sanclemente y Schejzman, 2010). Ambas aristas se describirán de forma breve a continuación.

Según el diagnóstico de los problemas en el sistema de salud realizado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados; el año 2012, señalan que el sistema sanitario chileno está limitado por una situación transversal de inequidad, que se manifiesta en la realización del financiamiento compartido sin diferencias entre las necesidades en salud y las capacidades de pago de la gente.

Además, existe falta de participación adecuada de los diferentes agentes del sistema salud, especialmente la ciudadanía, pues la participación se efectúa sólo desde el punto de vista de la consulta y no desde una participación constructiva (Comisión de Salud, Cámara de Diputados de Chile, 2012).

Finalmente se encuentra la discriminación y segmentación del sistema sanitario en función de los riesgos de salud de las personas, el género y de las capacidades de pago señalada. Estas son características consideradas inaceptables que no debieran existir en ningún sistema sanitario que considere a la salud como un derecho universal inalienable (Comisión de Salud, Cámara de Diputados de Chile, 2012)

Por otro lado, las zonas rurales registran un 35,2% de pobreza multidimensional contrastando con el 18,8% de las zonas urbanas (Ministerio del Desarrollo Social, 2017). En relación a la educación, a pesar de que se ha visto un incremento de la cobertura y la finalización en todos los ciclos educativos (enseñanza básica, media y superior), las zonas rurales siguen rezagada en esta materia, lo que se refleja, en que la mayoría de la población rural de 25 años y más, tiene como grado máximo educativo alcanzado el de básica incompleta con un 31,0%, mientras que en las zonas urbanas, este nivel corresponde al media completa con un 24,6% (Ministerio de Desarrollo Social, 2017, p.26)

En el plano de la salud, la zona rural enfrenta deficiencias de infraestructura, lo cual no solo es adverso para la atención de la población, sino que también desincentiva la llegada de equipos médicos o reduce las capacidades e impactos de salud de estos equipos (Berdegué, et al, 2010).

C. Problematización

Foucault afirma que el conocimiento y el poder están entrelazados, y que a lo largo de la historia existen ciertos saberes que se han permitido y otros que han sido subyugados. En esta línea el autor sostiene que se encuentran los conocimientos apartados, denominados saberes “populares o locales” (Foucault, 2001, p. 21). Los cuales en palabras del autor “son los conocimientos ingenuos, ubicados muy abajo en la jerarquía, por debajo del nivel exigido de cognición o científicidad” (Foucault, 2001, p. 21).

Los conocimientos producidos por los estudiantes han quedado en un segundo plano y también su rol en el proceso de aprendizaje y compromiso social, pasando a ser más bien visto como un sujeto pasivo y carente de herramientas (Sardury, Del Portal y Alfaro, 2003). Completando con lo anterior y más específicamente, es que Gallegos (2009) señala que en la historia de la psicología hay una constante invisibilización del estudiante, en palabras del autor “se refiere a la participación estudiantes tanto en acciones como en gestiones en distintos momentos de la historia de la psicología Latinoamericana, pues su figura suele pasar desapercibida o es un aspecto de segundo orden” (p.31).

Además por otro lado, esto es relevante, pues, desde esta perspectiva, el voluntariado es considerado como un espacio donde se genera conocimiento local (Foucault, 2001), ya que en general no está reconocido por la institucionalidad académica, como lo mostró Gaete en su estudio el 2015, el cual arrojó que los estudiantes no se sentían respaldados por la universidad y que incluso se llegaban a sentir instrumentalizados por esta debido a los procesos de acreditación (Gaete, 2015).

Po otra parte, Krauskopf en su texto “Perspectivas para el desarrollo del voluntariado juvenil” señala que a nivel nacional existe un fuerte desconocimiento de los voluntariados en general en el ámbito académico, por lo tanto, se encuentra la tarea pendiente de sistematizar, investigar y aprender de ellos (Krauskopf, 2010).

Los voluntariados también son importantes ya que se transforman en espacios reales de generación y difusión de conocimiento y aprendizaje, donde el estudiante es el protagonista de sus prácticas (Gaete, 2015). Por lo tanto, se necesita gestionar la producción y uso de estos conocimientos generados, de tal forma que se pueda aprender de la misma experiencia y sus actores (Martínez, 2018).

Cabe destacar que el aprendizaje que se produce en los voluntariados se genera al verse expuesto a la vulnerabilidad y necesidades de la propia comunidad (Gaete, 2015). Esto implica que TSR sea una intervención de proximidad comunitaria, puesto que “se tiene como zona primaria de operación el territorio local donde se trabaja en contacto directo con las personas y grupos en situación de vulnerabilidad” (Martínez, 2018, p.51).

Por tanto, al considerar los años de trabajos que tiene el voluntariado y el hecho de trabajar directamente con personas, es que surge la necesidad ética de reflexionar y orientar las prácticas que se realizan (Martínez, 2018) la intervención no puede ser ejecutada de forma automática y sin ser pensada, sino que se debe perseguir un cierto objetivo y por consecuencia, tener cierto encuadre que pueda orientarla, implicando un proceso de reflexión (Fouce, 2009). Sumado a esto, existe una inclinación general nacional por regular las actividades de los voluntariados, transformándose en un ámbito de interés para las políticas públicas, para regular la propia espontaneidad de estos.

En el caso de la carrera de Psicología, esto se hace aún más relevante, ya que trabaja con la subjetividad e historias de las personas y en donde se debería “estar en una constante transparencia del trabajo hecho y no ser un “psicólogo a puertas cerradas” (Corvalán, Gallardo, Morales Rodríguez & Valenzuela, 2018, p. 20).

Complementando con lo anterior, si bien cada versión del voluntariado es distinta a la otra, hay ciertas constantes que van generando intervenciones y experiencias comunes. En palabras de la coordinación Psicología del TSR, versión 28;

“esto genera que se dé una experiencia única, genuina y aún así compartida por todos. Por un proyecto distinto, una apuesta por entender la carrera y la educación de otra forma, desde la cotidianidad de intentar crear un mundo mejor y más humano” (Corvalán, et al, 2018, p. 23).

Como expresión concreta de lo anteriormente afirmado, en Psicología se va proporcionando un encuadre de la intervención, en el período de inducción previo al terreno, a partir del relato oral de las experiencias anteriores de otros compañero/as que participaron del voluntariado y que son parte de la coordinación de la carrera.

En este encuadre ha sido construido a partir de la misma práctica, visualizando un cambio de sello en la forma de intervención del equipo de Psicología, variación que ha traído como consecuencia la elaboración de diferentes documentos, el reconocimiento de las otras carreras, la búsqueda de instancias de reflexión, entre otras acciones. No obstante, no hay ningún escrito que explicita lo que se hace en la práctica, por lo tanto, esta modalidad de encuadre y su implicancia en el voluntariado se encuentra de forma implícita e informal, prestándose para ambigüedades.

Finalmente cabe destacar que la autora de esta investigación, ha sido partícipe de esta transformación en terreno, surgiendo entonces un interés personal en la problemática. Por lo tanto, todo lo que se expondrá será a partir de la experiencia de ella misma en conjunto con una serie de documentos de registro del proceso, que se encuentran en los anexos.

En línea con lo anterior, cobra sentido el concepto de modelo para comprender las intervenciones del equipo de Psicología planteada por Martínez (2006), como una representación analógica, holística y simplificada de un proceso real, complejo y dinámico de intervención que posibilita, por un lado, su comprensión y conocimiento, y por otro, una gestión actuante sobre el mismo (Martínez, 2006).

El autor plantea que la implementación de un proceso de intervención implica una retroalimentación y articulación constante entre lo que él denomina modelo operativo, que corresponde al programa explícito que orienta la intervención, y los modelos de acción, que constituyen la traducción hecha por los equipos ejecutores de estos modelos operativos a la práctica (Martínez, 2018)

Ya que siempre va a existir una brecha productiva en el terreno, entre ambos modelos, de la cual se genera aprendizaje y conocimiento de la constante retroalimentación entre ambos. Es en esta línea que el autor plantea un nuevo enfoque, el modelo de Gestión del Conocimiento, el cual sería un proceso planificado de organización, exploración, almacenamiento, producción,

distribución y evaluación del conocimiento de una organización, con el fin de ajustar el modelo operativo en base al aprendizaje generado a partir de las intervenciones locales (Martínez, 2018).

Por tanto, es que TSR, se presenta como un espacio donde los estudiantes de Psicología pasan a ser actores, tanto en la práctica como en la producción de conocimiento. Siendo este último campo el más invisibilizado, ya que no se tiene ningún documento formal respecto del sistema de actuación del equipo de psicología. En otras palabras, lo que se ha construido históricamente en el voluntariado ha ido quedando más bien en la memoria individual de cada participante de forma implícita. Es entonces que surge a necesidad de poder registrar y aprender de la práctica, formalizándola mediante una investigación sistemática sobre la forma de intervención y producción del conocimiento entre los voluntarios y el equipo de Psicología en general.

Lo anterior desemboca en la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo explicitar en un modelo las intervenciones del equipo de Psicología en el voluntariado Trabajos de Salud Rural? Esta pregunta crea una oportunidad para la carrera de Psicología del voluntariado para construir espacios de reflexión colectiva, donde la práctica pueda ser sistematizada y reflexionada, visibilizando, tanto en sus aspectos estructurales, como dinámicos, el modelo de base que la ordena y le da sentido en los distintos contextos situacionales en los que opera.

En línea con lo anterior el objetivo general de esta investigación es: Elaborar y explicitar una propuesta de modelo de intervención del equipo de Psicología en el voluntariado Trabajos de Salud Rural.

Teniendo como objetivos específicos, los siguientes;

- Describir y ordenar las intervenciones realizadas por el voluntariado en general
- Describir y ordenar las intervenciones realizadas por el equipo de Psicología
- Fundamentar el despliegue y quehacer del equipo de Psicología.

D. Metodología

Esta memoria, tiene un diseño cualitativo de carácter abierto, es decir, según Fernández, Hernández y Batista (2010) este es “de carácter transeccional exploratorio, (...) aplicándose a problemas de investigación nuevos o poco conocidos” (p.152). Es entonces, pertinente pues es un estudio exploratorio que busca construir la primera propuesta de modelo de intervención del equipo de Psicología del voluntariado de Trabajos de Salud Rural. Además, este diseño proporciona un enfoque holístico, empírico, interpretativo, comprensivo y empático (Taylor & Bogdan 1996), lo que permite ir construyendo la propuesta a partir de rescatar la experiencia de la práctica del equipo de Psicología.

Esta memoria constituyo un primer paso, de un proceso de sistematización y su posterior modelización a partir de la experiencia, para ser completado posteriormente

Con respecto a la sistematización, Martínez (2018) señala

“La sistematización debe ser entendida como una metodología para identificar, recuperar, organizar ‘explícitamente’ el conocimiento tácito o implícito que se produce en la puesta en práctica (...) Esta operación de explicitación permite la formalización del conocimiento generando así un insumo clave para los procesos internos de formación y capacitación, pero también, para nutrir los modelos conceptuales y metodológicos con los que funciona un programa” (Martínez, 2018, p. 10).

Por tanto, es acorde con lo objetivo general que busca la investigación, es decir generar un proceso de formalización de los conocimientos implícitos del equipo de psicología de TSR generados en la práctica, por medio la elaboración de una propuesta de un modelo de intervención del equipo de Psicología en el voluntariado.

En la misma línea Jara (2012) señala que la sistematización busca responder a la pregunta ¿Por qué pasó, lo que pasó? Para ello distingue tres etapas en el proceso, cuales son; En primer lugar, la recuperación del proceso vivido, es decir la organización y clasificación de la información. Luego se realiza el análisis e interpretación crítica de los resultados obtenidos. Para finalmente concluir y generar unas recomendaciones (Jara, 2012).

Complementando lo anterior, Martínez (2018) plantea que existen cuatro momentos en un proceso de sistematización; El inicio estaría dado por el periodo normativo, que implica el dialogo entre los ejecutores de la práctica, para construir un proyecto de sistematización en conjunto.

Luego vendría el momento reestructivo que comprende la descripción de la intervención. Esta segunda etapa responde a los objetivos específicos, de ordenar y describir las intervenciones del voluntariado general y del equipo de Psicología.

Después se hace el proceso reflexivo/ analítico, es aquí donde se produce la construcción de un modelo, es decir modelización, la construcción de un marco comprensivo de la práctica, mostrando la teoría involucrada de forma implícita en el terreno (Barnechea, González, Morgan, 1998). Lo cual apunta al objetivo específico de fundamentar el despliegue y quehacer del equipo de Psicología.

Finalmente, está la puesta en común de los saberes producidos en el proceso, esta última etapa corresponde a la socialización con el resto del equipo, para efectos de esta investigación, la misma redacción de esta tiene el fin de comunicar y ser insumo para espacios de debate y reflexión con el mismo equipo.

Es importante recalcar que este trabajo tiene un alcance exploratorio, pues el proceso de sistematización completo incluye una construcción conjunta por los diferentes actores del equipo. Por ende, esta es la primera aproximación a la elaboración de una propuesta de modelo, quedando pendiente la tarea de completarlo con la participación reflexiva de los otros actores del equipo de Psicología.

Para el momento de reconstrucción de la experiencia se realizó una revisión de documentos producidos por el mismo voluntariado y el equipo de Psicología, los cuales se encuentran en los anexos, que están adjuntados en un CD.

Complementando lo anterior, Gómez, Fernando, Aponte y Betancourt (2014) señalan: “la revisión bibliográfica puede ser aplicada a cualquier tema de investigación para determinar la relevancia e importancia del mismo y asegurar la originalidad de una investigación” (Gómez et al, 2014, p. 159). Por lo tanto, inspección de documentos es coherente con lo planteado en la investigación, debido al carácter exploratorio, pues al ser una primera propuesta, busca determinar la importancia de explicitar el modelo de intervención para la experiencia.

Además, los autores mencionan que la revisión bibliográfica tiene tres fases importantes; la búsqueda de información, organización y análisis de esta (Gómez, et al, 2014). En esta misma línea es que la búsqueda y pertinencia de los documentos se realizó en función de unas guías de preguntas, para posteriormente su organización y análisis en base al modelo de Gestión de Conocimiento planteado por Martínez (2018).

El modelo de gestión del conocimiento reconoce cuatro flujos importantes de conocimiento en los programas o intervenciones de proximidad comunitaria. El primero es el flujo n° 1 de **formalización** que responde al modelo operativo, es decir las orientaciones explícitas de este, por tanto, el conocimiento que se genera en este nivel es explícito- explícito.

Luego, el flujo n° 2 corresponde a la **internalización**, es decir, la apropiación práctica - por parte de los equipos ejecutores de la intervención - del conocimiento formalizado que se genera en el flujo n°1 Se incluyen aquí acciones de formación, capacitación, monitoreo, supervisión, etc. Por tanto, el conocimiento que se produce va desde el nivel explícito al tácito.

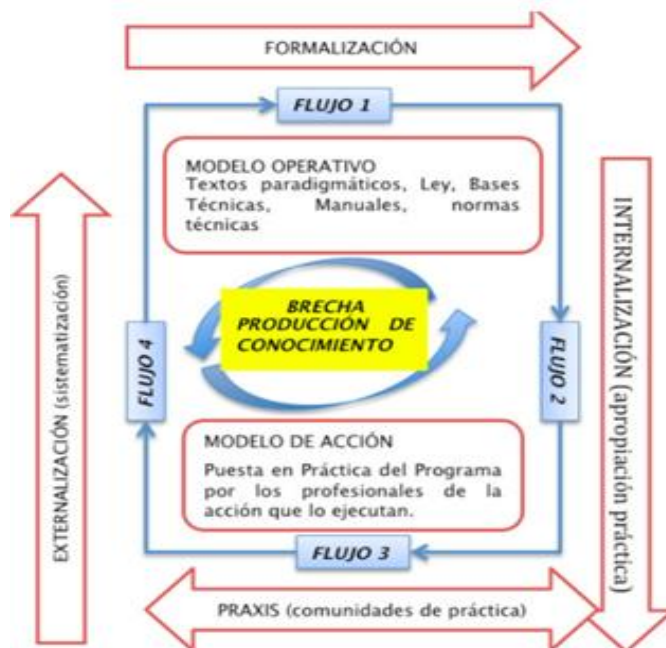
Posteriormente se entra al flujo n° 3, correspondiente a la **Praxis** situada, donde se ejecuta la intervención mediante el uso del conocimiento internalizado y la producción de conocimiento situado desde los modelos de acción de los ejecutores. En este nivel, el conocimiento sería más bien tácito-tácito, de naturaleza experiencial.

Finalmente, el flujo n°4 corresponde a la externalización del conocimiento tácito generado en los modelos de acción de las comunidades de práctica de los ejecutores. Tiene lugar aquí el paso de lo tácito a lo explícito mediante operaciones de sistematización de prácticas,

expresados en informes, reportes, registros audiovisuales, gráficos, estadísticas de impacto, entre otras.

En el esquema siguiente se muestra la relación entre los cuatro flujos de conocimiento y su retroalimentación

Figura 1: Esquema del flujo general de gestión del conocimiento



Fuente: Extraído de los Cuadernos de Psicología Comunitaria: Gestión del Conocimiento, 2018.

Por tanto en base a estos flujos se realizarán una serie de pregunta ocupadas para guiar la búsqueda, organización y análisis de la información en los documentos;

Con respecto al flujo de la formalización, es decir el modelo operativo, se encuentran:

- ¿Cuál es la direccionalidad de la intervención? Esto se exploró en el manual del voluntariado, los fondos concursables a postular y la página web de TSR.
- ¿Cómo se organiza el equipo del voluntariado general y el de psicología? Esto se rastreo en las actas de reuniones de la coordinación de psicología, página web del voluntariado, el manual del voluntario y fondos concursables

Acerca del flujo de internalización se realizó la siguiente pregunta guía:

- ¿Cómo se prepara los equipos para el trabajo de terreno?. Esto se buscó en los distintos afiches de difusión y actas de reuniones de la coordinación de psicología, presentación de capacitaciones, registros fotográficos y planificación del taller de la capacitación general del voluntariado.

Sobre el flujo de praxis se preguntó lo siguiente:

- ¿Cómo se ejecuta la práctica en terreno? Esto se buscó a partir de las fichas generales y las fichas de psicología, el manual del voluntariado, la planificación de los talleres, el día a día en el terreno.

Finalmente sobre el flujo de externalización se realizó la siguiente pregunta base

- ¿Cómo se evalúa la práctica? Esto se indagó en los recuentos estadísticos de las versiones anteriores, las fichas generales y de psicología registradas, la bitácora de los guías y los registros de talleres.

Finalmente, cabe destacar que la revisión de los documentos se complementará con la experiencia de la práctica la autora misma, con el fin de poder triangular la información obtenida (Valles, 2000).

E. Modelo breve general de Trabajos de Salud Rural.

E. A. Descripción general del proyecto

E. A. 1 Qué es TSR.

Trabajos de Salud Rural, es un voluntariado compuesto por estudiantes de diez carreras del área de la Salud y las Ciencias Sociales, que se dedica a entregar educación en salud a comunas con alto índice de ruralidad en Chile.

Es una intervención autogestionada, es decir, gestionada y organizada a partir exclusivamente del mundo cotidiano de los estudiantes, pues es un espacio donde estos ponen en práctica lo que han aprendido durante los años de estudio de su carrera, trabajando en conjunto y de forma interdisciplinaria, permitiendo que se genere un ambiente reflexivo y crítico sobre la situación en la que se encuentra el sistema de salud actual chileno. (Corvalán, et al, 2018)

E. A. 2 Historia del voluntariado:

TSR o Trabajos de Salud Rural es un voluntariado que surge en el año 2002 desde una propuesta de estudiantes de Medicina y Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Este voluntariado opera en las zonas rurales de Chile; debido a las importantes desigualdades que tenían aquellas zonas en comparación con las áreas urbanas del país.

A lo largo de los años, se han incorporado progresivamente más carreras al voluntariado, permitiendo un trabajo interdisciplinario cada vez más amplio e integral. En el caso de Psicología, esta se integró en el año 2005 siendo la 4ta carrera después de Odontología. Los estudiantes encargados de crear y gestionar el proyecto desde el ámbito de la salud mental, pertenecieron a la Universidad Central de Chile, siendo de esta forma, la segunda universidad que ingresa al proyecto.

Hoy, Trabajos de Salud Rural es un voluntariado fundado y gestionado por estudiantes de distintas carreras del área de la salud y las ciencias sociales: Medicina, Enfermería, Odontología, Nutrición y Dietética, Kinesiología, Química y Farmacia, Psicología, Obstetricia y puericultura y

Fonoaudiología. Cabe mencionar que recientemente se encuentra en proceso de integración la carrera de Trabajo Social. Actualmente, las Universidades patrocinadoras de este proyecto son: Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Central, Universidad de Chile y Universidad de Santiago de Chile; habiéndose adherido estas últimas en los años 2010 y 2017, respectivamente.

E. A. 3 Misión y objetivos.

Según lo señalado en la página web del voluntariado, la misión de este es

“ofrecer educación y atención en salud, de forma integral, respetuosa, equitativa y humana, a las personas más alejadas de los centros de salud de nuestro país, enriqueciendo a la vez el espíritu social de los estudiantes del área de la salud que la componen” (Trabajos de Salud Rural, 2018).

A partir de lo cual se desprenden los siguientes objetivos para trabajar con la localidad a intervenir.

- “1. Educar a la población en relación a las problemáticas prevalentes de la localidad, surgidas a partir del diagnóstico participativo previamente realizado.
2. Promover hábitos de vida saludable en la comunidad.
3. Promover el uso de los propios recursos de salud disponibles.
4. Promover y reforzar el uso de redes comunitarias que existan en el sector.
5. Pesquisar pacientes con afecciones graves o crónicas no tratadas y/o no inscritos en la red de salud.
6. Sugerir consulta oportuna a especialistas a aquellos pacientes que lo requieran.”

(TSR, 2018)

Además de lo anterior, el proyecto persigue objetivos enfocados en quienes participan y hacen posible que se lleve a cabo este voluntariado. TSR busca contribuir a la formación profesional de los distintos estudiantes de la salud que participan de éste. Esto se hace a través de buscar:

“1. Fomentar habilidades de emprendimiento, liderazgo y trabajo en equipo en los estudiantes.

1. Fomentar el espíritu de servicio y la vocación por la salud pública en los voluntarios.
2. Contribuir al conocimiento recíproco entre las distintas disciplinas de la salud.”

(TSR, 2018)

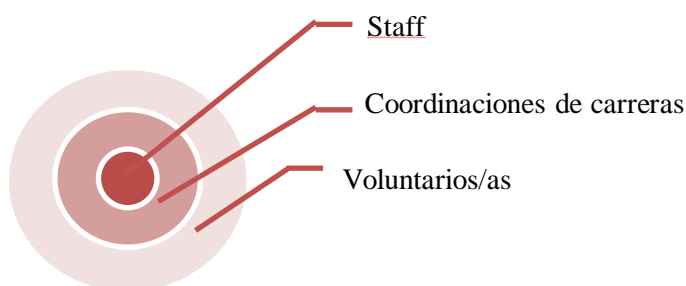
Cabe destacar que no se dispone de la información de la visión del voluntariado, ya que no se encuentra formulado de forma explícita en su página.

E. B. Organización de la intervención.

E. B. 1 Niveles organizacionales.

Con respecto a la organización y la gestión del voluntariado, es importante distinguir la existencia de tres grupos con distintas funciones: Staff o coordinación general; coordinaciones de cada carrera; voluntarios/as, como se muestra en la siguiente figura

Figura 2: Niveles de organización del voluntariado Trabajos de Salud Rural



Fuente: Elaboración propia

- Staff o coordinación general:

Es la coordinación general del voluntariado, encargada de la selección de la localidad para trabajar, junto con realizar las gestiones con las autoridades municipales del lugar para la facilitación de los lugares de trabajo y el transporte. Además, en terreno se encarga de que estén disponibles las necesidades básicas para los voluntarios como la alimentación, duchas, luz, entre otros, buscando siempre la buena convivencia entre todos los voluntarios y también con el equipo (Trabajos de Salud Rural, 2018). Los cargos en Staff son los siguientes con sus respectivas funciones y tareas:

a) Coordinación General de TSR: Está compuesta por los coordinadores generales de cada universidad (Universidad de Chile, Universidad de Santiago y la Pontificia Universidad Católica)

Ellos están encargados de la selección de la localidad para trabajar, junto con realizar las gestiones con las autoridades del lugar para la facilitación de los lugares de trabajo y el transporte.

El proceso de selección de la localidad implica un catastro de todas las municipalidades del centro sur y centro norte de Santiago, que tengan una serie de índices (para mayor información ver en anexos, en el apartado de fondos concursables). Luego del catastro se contactan a las municipalidades por medios de correos ofreciendo el voluntariado, una vez que se establece el contacto con alguna interesada, se realiza la primera reunión de coordinación y se organiza un plan de acción, esto puede ser en conjunto con la DIDECO o el Departamento de Salud de la localidad. Posteriormente se realiza un diagnóstico participativo, para finalmente terminar en la avanzada de guías, procesos que serán descritos posteriormente

A su vez, también están encargados de realizar las gestiones pertinentes con sus respectivas universidades, siendo el principal canal de comunicación con estas.

b) Coordinación de Equipo: cargo responsable de organizar el trabajo interno del voluntariado, además de apoyar el trabajo de las Coordinaciones de carrera. La Coordinación de Equipo realiza las reuniones, define tiempos y plazos a cumplir, tanto en el trabajo previo, durante y post TSR. Trabaja en conjunto con las coordinaciones de área para llevar a cabo el proyecto, tanto dentro del equipo como a nivel externo, con las localidades.

C) Coordinación de Formación y Educación: instancia encargada de gestionar el material educativo (talleres y recursos) y las fichas generales que son utilizadas en cada versión de TSR. Además, se encarga de planificar y llevar a cabo el diagnóstico participativo que se realiza previo a cada TSR en las localidades a intervenir, y realizar las capacitaciones generales para los voluntarios, guías de comunidades y miembros de Staff durante el semestre.

D) Coordinación de Difusión y Comunicación: se encarga de la difusión misma en las localidades que serán intervenidas. Junto con eso, busca comunicar a los estudiantes todo lo relacionado sobre el voluntariado, utilizando las redes sociales y la página web disponibles, incluyendo las fechas de inscripción para guías y voluntarios de todas las carreras participantes, produciendo todo el material necesario para la divulgación del proyecto.

E) Coordinación de Finanzas: responsable de gestionar y recolectar el dinero para cubrir las necesidades del voluntariado. El sistema de financiamiento de TSR tiene tres aristas. La primera es la postulación a diferentes fondos concursables de las Universidades (para mayor información ir a anexos a proyectos para la postulación a fondos); además de esto se le pide a cada carrera que coopere con el financiamiento general. Cabe mencionar que al voluntario/a mismo se le solicita una cuota de inscripción, debido a los costos de traslado y materiales.

E) Coordinación de evaluación y planificación: son los encargados de pesquisar cada detalle, y mejoras posibles dentro del proyecto, evaluando el funcionamiento de este por medio de indicadores, y así poder hacer de cada versión mejor a la anterior.

E) Coordinadores de carrera: instancia compuesta por las nueve personas de cada una de las carreras; tiene la función de ser un puente con Staff y poder liderar el proceso gestionar el voluntariado en cada coordinación de carrera. Cabe mencionar que debido a que Trabajo Social se incorporó recientemente al voluntariado, no tiene aún coordinador/a, ni coordinación de carrera propia, estando actualmente en procesos de conformación.

Quedando finalmente plasmado la organización de Staff en el siguiente esquema

Figura 3: Esquema de Organización de Staff



Por tanto, Staff, al ser la coordinación general del voluntariado, gestiona y construye el plan operativo del mismo en su conjunto; esto se debe a que Staff representa el saber experto en el voluntariado, ya que su validez está sostenida en la experiencia práctica acumulada. En ese sentido, para ser parte de este equipo se debió haber participado en las coordinaciones de carrera y previamente a esto haber sido un voluntario comunero

- Coordinaciones de carrera:

Cada una de las nueve carreras antes mencionadas, tiene una respectiva coordinación que se encarga de organizar, mantener informados y preparar a sus voluntarios para el trabajo en terreno. Es importante mencionar, que cada una de estas nueve coordinaciones tiene formas particulares de organizar su equipo y de gestionar su trabajo, las que son previamente establecidas y acordadas por los participantes de esta.

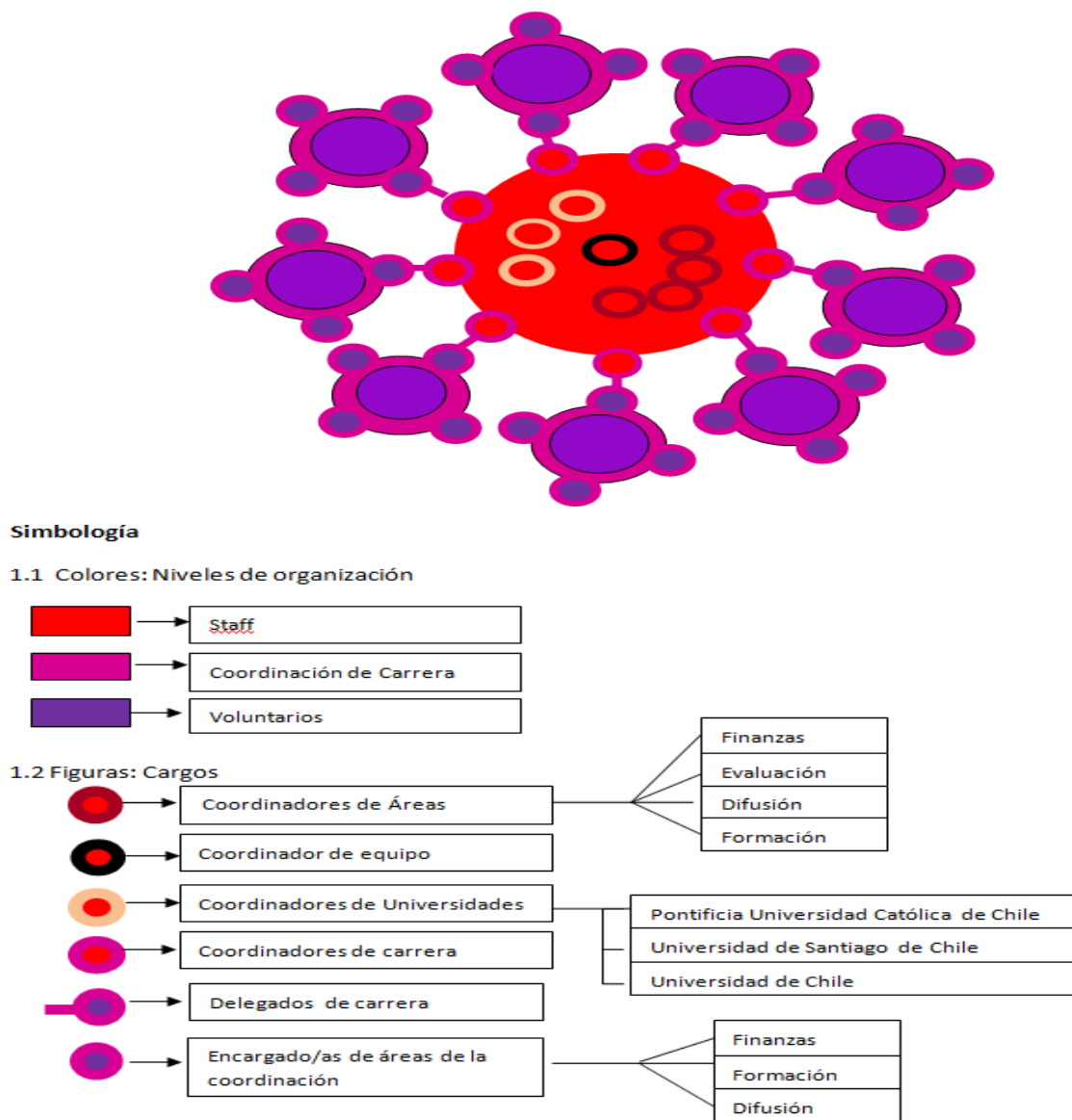
Además, cabe destacar que cada coordinador/a de carrera forma parte de Staff, mientras que el resto de estudiantes que participan de la coordinación de carrera no.

- Comuneros/as:

Corresponde al motor del proyecto, los y las voluntarias son quienes finalmente se encargan de que se cumpla el objetivo principal de la intervención. Esto lo hacen a través de dos metodologías: los talleres y las consejerías. La primera mencionada va dirigida fundamentalmente a grupos de personas con alguna característica común (mujeres, cuidadores, niños/as, padres, hijos/as, etc.), mientras que las consejerías, son de carácter personalizado y están focalizadas en un conflicto, problema, duda o consulta particular que tenga la persona, donde se busca informar, educar y/o guiar a la persona respecto a su salud.

A continuación, se muestra una figura que busca dar a entender la organización general del voluntariado TSR; reuniendo la posición y relaciones que tiene Staff, incluyendo cada cargo o rol de éste; coordinaciones de carrera, incluyendo roles y cargos en su interior; y voluntarios/as.

Figura 4. Organización general Trabajos de Salud Rural.



Fuente: Elaboración propia

- Guías:

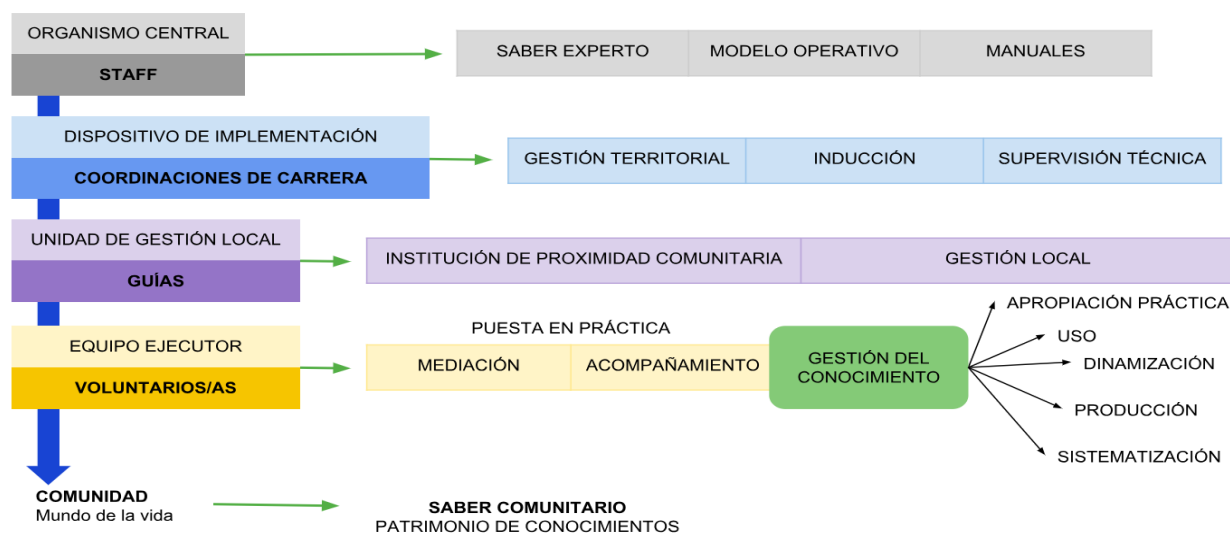
Son una pareja de estudiantes por comunidad, donde sus principales funciones se realizan durante el terreno; Tiene cuatro tareas fundamentales. La primera es ser unos mediadores entre la

comunidad y Staff. Además, tiene el rol de guiar, gestionar, organizar y apoyar a los estudiantes de la comunidad en sus diferentes labores. También tiene la labor de ser un intermediario con las autoridades propias de la localidad (presidente de la junta de vecinos, jardín infantil, junta de adultos mayores, radio local, etc.). Finalmente, están encargados de organizar y ordenar todos los documentos de registro que tiene el voluntariado, es decir, las fichas (generales y de carrera), el registro de talleres, la encuesta de satisfacción usuaria y la bitácora (en este último documento se relata lo que se hace durante el día como en la localidad)

Previamente al terreno, son seleccionados y capacitados, además tiene que ir a la ‘avanzada’, instancia donde se reúnen con las autoridades de la localidad que les corresponde para organizar el terreno, tanto en términos más administrativos (ver si tiene ducha, gas, etc.) como de gestión (cuáles son las redes disponibles en la propia localidad para intervenir). Finalmente, en las semanas previas al terreno tienen la tarea de armar el grupo de WhatsApp de la comunidad, canal de comunicación y organizar la alimentación durante el día en la sede.

Por lo tanto, según lo planteado, se puede entender la organización general de TSR y sus respectivas funciones y su relación con la producción de conocimiento a partir del siguiente esquema;

Figura 5: Organización general del voluntariado y su relación con la producción de conocimiento



Fuente: Extraído de la presentación “Programas de Proximidad Comunitaria” del académico de la Universidad de Chile Víctor Martínez, presentada la Séptima conferencia de Psicología Comunitaria.

E. B. 2. Descripción etapas del proyecto.

El voluntariado tiene dos versiones durante el año, una en el mes de julio y la otra a principios de enero. Además, en general se interviene una localidad por dos versiones.

Cabe destacar que, pese a que se pueda ir a la misma comunidad, los voluntariados que realizan la intervención cambian, por eso el modelo de gestión del conocimiento se vuelve útil, ya que siempre cambia el contexto no solo por la localidad, sino porque la comunidad de estudiantes también es nueva

Según TSR (2018), encontramos tres etapas en las que TSR se lleva a cabo. Estas etapas son transversales a los tres grupos o niveles antes descritos.

Figura 6: Etapas del proyecto



Fuente: elaboración propia

La primera etapa consiste en la *Preparación del viaje* en la que:

1. Implica la *planificación* de la intervención de salud interdisciplinaria, a realizarse en un lugar determinado. Por lo que se define el lugar a ir, coordinando con la municipalidad escogida y se realiza un diagnóstico participativo en la localidad para evaluar las necesidades y recursos en salud que posea la comunidad.
2. Implica la *capacitación* de los voluntarios, esto se traduce en el inicio de un ciclo de capacitaciones. Este parte con la capacitación general que la organiza Staff, a la cual asisten todas las carreras, siendo el primer filtro de selección. Posterior a eso se realizan las capacitaciones por carrera.
3. Paralelamente al proceso de capacitación, se realiza la selección y preparación de guías, la preparación culmina con la avanzada de guías, que es la última visita a la localidad previa al terreno, como se expuso anteriormente.

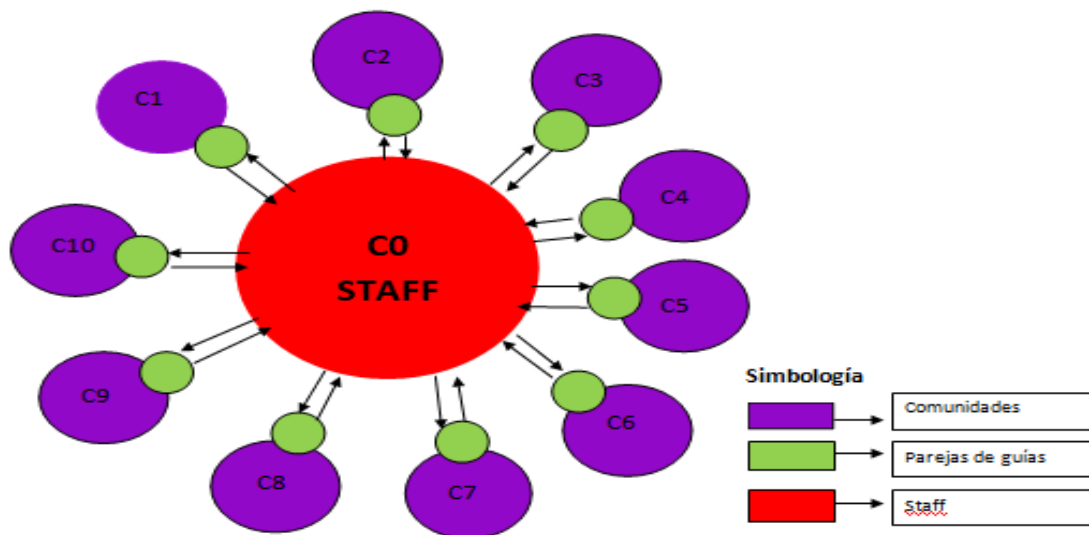
- Finalmente, también se realiza la preparación de los materiales necesarios para su desarrollo.

La segunda etapa, se refiere al *trabajo en terreno*, el cual:

- Se desarrolla durante una semana (7-8 días), con posibilidad de extenderla a 10 para la siguiente versión.
- Se entrega el trabajo. El voluntariado completo se instala en un colegio, durante el terreno, los comuneros se dividen en grupos pequeños de 22 personas, dos estudiantes por carrera más dos guías, repartidos en las diferentes localidades rurales que se intervendrán, que son las comunidades, en general son 10 comunidades aprox. Por tanto, en el día se va a la localidad que le tocó a cada comunidad y se hacen las consejerías, visitas domiciliarias, difusión, talleres educativos, etc. Y en la tarde vuelven al colegio para las actividades de carácter más recreativas y reflexivas.

A continuación, se muestra un esquema con la organización del voluntariado en el terreno mismo:

Figura 7: Organización del voluntariado en el terreno



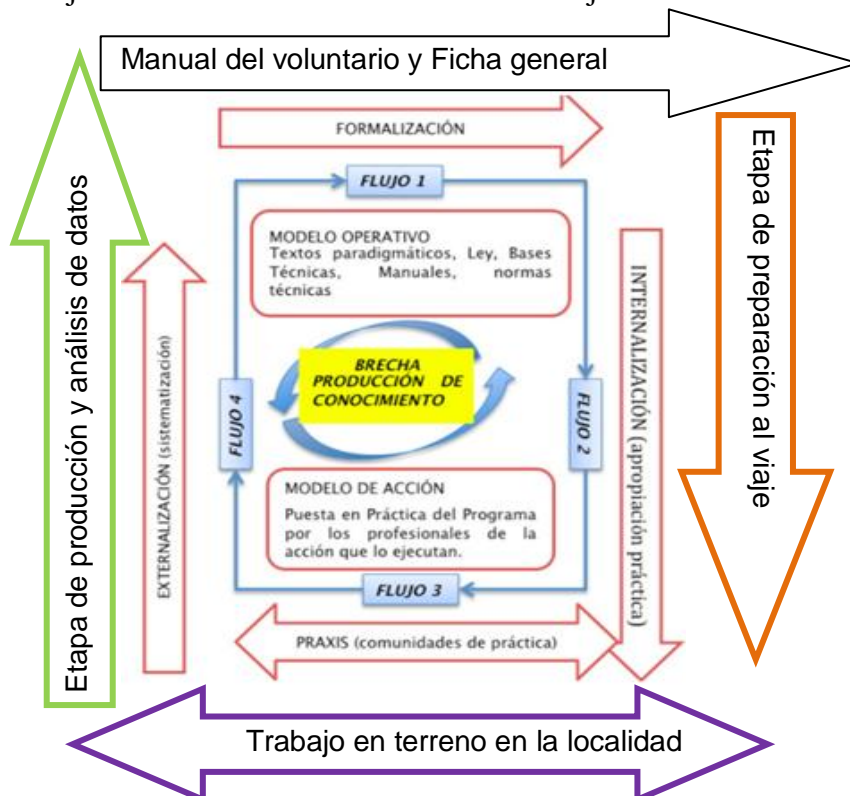
Fuente: Elaboración propia

3. La tercera etapa, consiste en el *análisis de datos*, en la cual, una vez de vuelta en Santiago, se recopilan los registros del trabajo realizado y se preparan informes destinados a la divulgación de la realidad intervenida.

E. C. Flujo de gestión del conocimiento en Trabajos de Salud Rural en general

Por tanto, teniendo en consideración las etapas descritas anteriormente complementando con los flujos de gestión del conocimiento, es que se puede ver que en cada uno de estas etapas se produce y genera saberes, propios de la práctica, mostrados en el siguiente esquema.

Figura 8: Flujo de Gestión del conocimiento en Trabajos de Salud Rural en General



Fuente: Extraído de los cuadernos de Psicología Comunitaria: Gestión del Conocimiento, 2018, en conjunto con las etapas TSR.

E. C. 1 Gestión y organización del tiempo en el terreno.

Los días en el terreno también poseen su propia organización, en base a lo planteado por el “Día a día” (ver en anexos), el cual es un plan gestionado por Staff, sobre las actividades que se realizarán durante la semana, en la tarde al llegar al colegio. Este va sufriendo modificaciones en el terreno. No obstante, durante la mañana, las actividades dependen netamente de la organización de cada comunidad en su localidad particular.

Pese a esto hay ciertos lineamientos en común. El primer día que se llega al colegio es contabilizado como día cero, debido a que no se va a la localidad, la tarea principal de ese día es instalarse y conocerse; Staff se presenta ante los voluntarios, se realiza la primera reunión de carrera y se conocen entre la comunidad.

Al día siguiente, es el primer día que se va a la localidad, por tanto las metas principales son; coordinar el espacio en común a ocupar y hacer la difusión del proyecto en la localidad. La difusión se realiza por medio de la elaboración de carteles y su distribución en distintos puntos estratégicos, además se realiza el “Puerta a Puerta” donde se reparte la localidad entre los estudiantes y van casa por casa informando e invitando a la participar del proyecto, haciendo a su vez, un catastro de las necesidades de salud.

Es a partir de este día en general y la información que se recolecta que se va articulando el plan para la semana. Cabe destacar que durante este día o los primeros del terreno se busca contactar directamente a las diferentes organizaciones comunitarias presente en el territorio, con el fin de articularse en conjunto para la realización de algún taller, actividad, etc, que se requiera.

El último día de la intervención en la localidad es el penúltimo día del voluntariado, ya que el último día se ocupa para preparar las cosas de la vuelta y emprender el regreso.

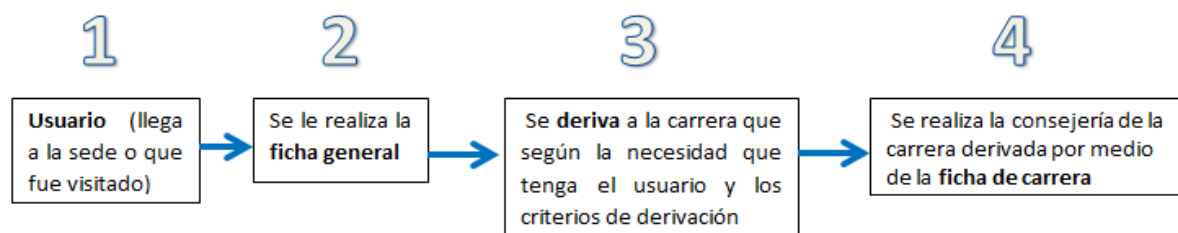
E.C.2 Organización y flujo de las metodologías de acción en el terreno

Durante el terreno se utilizan dos metodologías principalmente, como se mencionó anteriormente; la consejería y el taller, cada una de estas posee su propia organización y flujo que se describirá a continuación.

Consejería

La consejería es una conversación entre el estudiante y el usuario/a que consulta acerca de una problemática de salud en su amplio espectro, en donde se acompaña y orienta. La consejería en un primer momento se deja registrada en una ficha general, la cual existen diferentes formas según la edad del usuario y alguna condición especial de salud, como por ejemplo el estar embarazada, ser postrado o cuidador (ver anexo en fichas generales). Este es un documento que busca indagar información general sobre distintos ámbitos de la persona en relación a su salud (antecedentes familiares, hábitos alimenticios, deportivos, conducta sexual, datos socioeconómicos, etc.) cabe destacar que esta ficha puede ser realizada por cualquier estudiante del voluntariado, Posteriormente, con base en la información obtenida y a la misma inquietud y disposición del usuario se revisan los criterios de derivación por carrera (ver en anexos, en el manual del voluntario) y se deriva a la persona a la carrera pertinente en base a su motivación y necesidades, donde se realiza una segunda consejería, esta vez registrada por la ficha carrera correspondiente. Este protocolo se muestra en el siguiente esquema

Figura 9: Esquema de flujo de consejería.



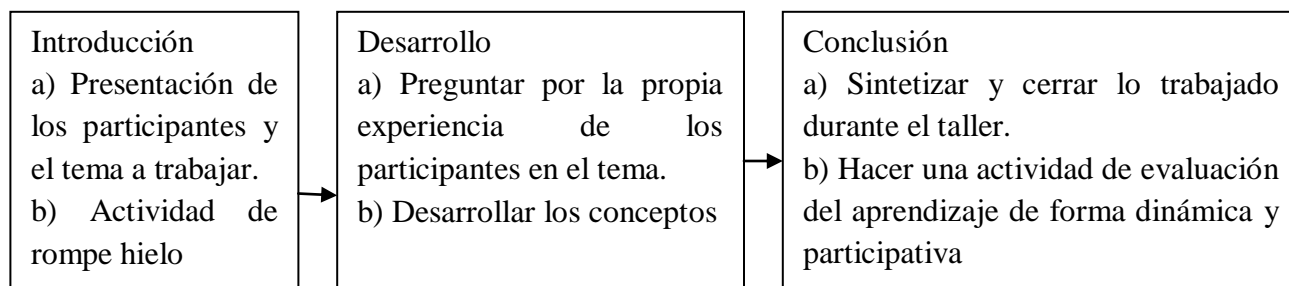
Fuente: Elaboración propia

Además, en casos más complejos de manejar, se activa el protocolo de caso prioritario, el cual implica devolver a la municipalidad la información recolectada por la ficha general y de carrera pertinente, con el fin de poner en antecedente y buscar la mejor forma de intervención y seguimiento del caso con la institucionalidad local. Finalmente cabe destacar que la ficha general, cumple un rol de vinculación en su amplio espectro, es decir no solo vincula al usuario con la municipalidad, sino que también en el voluntariado mismo vincula el trabajo realizado para la siguiente versión en la localidad.

También otra herramienta de derivación que tiene el voluntariado es la Carta médico tratante (Esta se encuentra disponible en los anexos en el apartado de Carta médico tratante). Este documento está dirigido al personal de salud directamente donde se contextualiza el voluntariado y se describe lo que se ve y señala el usuario, se la pasa directamente a este para que la comunique al personal de salud en su próxima visita al consultorio.

Talleres.

Los talleres son espacios grupales, donde se realiza un trabajo socioeducativo por medio de metodologías participativas acerca de un tema en salud que la comunidad solicite. Los talleres tienen la siguiente organización general;



Cada taller tiene su planificación, la cual cuenta con una breve indicación de este, un marco teórico y luego una carta Gantt explicando los diferentes momentos de este y el anexo.

F. La Intervención en Psicología

F.A Principios organizadores

Los principios organizadores del modelo de intervención de Psicología se construyen a partir de la experiencia de las versiones anteriores. En una de estas se planteó cambiar la ficha de la carrera, para ello se reunieron con el profesor de psicología comunitaria de la Universidad de Chile, donde se abordaron y emergieron diferentes conceptos con el fin de presentarle lo esencial sobre el funcionamiento de psicología en TSR. Es a partir de esta acta (ver en el apartado actas del equipo de Psicología) y la experiencia misma, que se desprenden ocho principios organizadores que guían la intervención, que se describirán a continuación.

F.A.1 Salud mental

La salud mental es un principio fundamental para los voluntariados de psicología, ya que su intervención en terreno está dirigida a promoverla, potenciarla y construirla. En este sentido es que se vuelve imprescindible definirla, aunque sea a grandes rasgos.

En el país a partir del año 2000 se ha implementado un plan de salud mental y psiquiatría que pone énfasis en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental, lo que generó según diferentes estudios un mejor estado de salud mental en Chile. (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Según una investigación de Carrasco y Yuing (2014) sobre los cambios subjetivos dentro de un equipo de un COSAM, producto de este nuevo modelo en el plan de salud mental del país; señalan que los funcionarios desde una perspectiva comunitaria consideran la salud mental como un proceso biopsicosocial, en el cual la persona es parte de un entramado de relaciones y de una comunidad: surgiendo, por tanto, la necesidad de intervenir a nivel del territorial. Por ende, su acento no está puesto en la búsqueda de diagnósticos o patologías, sino en poder escuchar a la persona, ya que la fuente de curación no estaría en el saber experto, sino en la relación que se establece con el usuario. Por último, también plantean la necesidad de trabajar en equipo, con el fin de que la curación del usuario no se concentre en un solo individuo (Yiung, 2014).

Además, la investigación plantea que “Lo “biomédico” (...) si bien se entienden como enfoques opuestos a lo comunitario-, conviven con los intentos de transformación de las prácticas profesionales” (p.106). Por tanto, no son prácticas excluyentes entre sí, sino más bien forma parte de un mismo mundo. Esto se condice con la práctica en terreno del equipo de psicología, no obstante, a esta disputa, existe una intencionalidad explícita por responder a una perspectiva más comunitaria de salud mental.

Finalmente, teniendo en cuenta que el quehacer de Psicología en el voluntariado se enmarca dentro del trabajo interdisciplinario de salud es que resulta necesario considerar a las prácticas en salud mental como un conjunto diverso dentro del campo más amplio de prácticas de salud (Stolkiner & Solitario, 2007). En palabras de Bang;

“Desde una perspectiva integral no es posible aislar la salud mental de la salud en general. La especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y promoción de salud”. (Bang, 2014, p. 112).

F.A.2 Voluntariado

Otro de los principios que sustenta la práctica misma del equipo de psicología y de TSR en general es el mismo concepto de voluntariado, pues son los voluntario/as sus actores principales. Si bien se mencionó acerca de la realidad de los voluntariados en el país, es necesario precisar el concepto que es acorde a la práctica misma.

En esta misma línea las Naciones Unidas (2011) señalan que existen múltiples formas de entender el voluntariado, no obstante, se identifican ciertas características transversales. La primera es que la acción es realizada por voluntad libre, es decir, por la decisión de una persona y no debido a alguna imposición. Además, tiene una motivación no pecuniaria; en otras palabras, no debe llevarse a cabo por una motivación económica, sino más bien la acción debe ser en función del beneficio para otros (Naciones Unidas, 2011).

Gaete (2015) señala que el concepto de voluntariado ha ido evolucionando con el tiempo, donde se pueden diferenciar los voluntariados conservadores de carácter más asistencialista que

buscan entregar una solución unidireccional a la comunidad, en contraposición con los voluntariados más progresistas que entienden que la comunidad misma es la que tiene solucionar sus propios problemas, fomentando el empoderamiento de esta, donde el aprendizaje se vuelve bidireccional.

Estas diferencias son radicales, ya que los voluntariados también han sido utilizados como un instrumento del modelo neoliberal, pues en muchas ocasiones viene a reemplazar la acción del Estado, mantiene el statu quo, fomentan la precarización laboral, entre otras cosas (Fouce, 2009). Por lo tanto, el voluntariado se tiene que entender como un movimiento social, donde se pone en juego un proyecto político de organización y resistencia colectiva, que busca transformar la realidad en espacios cotidiano reales, con el fin de reivindicar y dar voz a la gente que el sistema ha decidido callar (Fouce, 2009)

Es en este sentido que se va entender voluntariado como lo plantea Soler (2007) en su tesis de doctorado, donde lo define como un concepto operativo, en base a diferentes aristas de análisis. En síntesis, un voluntariado es un colectivo de personas que ha adquirido una conciencia solidaria basada en una visión crítica de la realidad y que, considerando su derecho de participación como ciudadano comprometido, desarrolla actividades de forma altruista, basadas en su libre elección, dentro de un compromiso con un marco organizativo que le facilita un proceso formativo adecuado. La finalidad última de su colaboración es la transformación de la realidad social, con unos ideales que aspiran a crear un mundo más solidario, justo y humano.

F.A.3 Vulnerabilidad

Otra de las características fundamentales del proyecto es que se enfoca en población en condiciones de vulnerabilidad. Por tanto, brindar una breve conceptualización de la “vulnerabilidad” o “condición de vulnerabilidad”, aunque sea a grandes rasgos, es necesaria para comprender el lugar de la intervención del equipo de Psicología.

El concepto de vulnerabilidad ha sido abordado desde distintas áreas de estudios, teniendo múltiples definiciones construida generalmente a partir de distintos componentes; entre

ellos se encuentran, riesgo, amenaza, estrés, adaptación, susceptibilidad y resiliencia (Ruiz, 2011).

No obstante, tradicionalmente está relacionado con la siguiente idea central. La unidad de análisis (grupo, familia, comunidad o persona) se define vulnerable ante un riesgo particular, teniendo la posibilidad de pérdida. Por lo tanto esta es definida a partir de una relación (Ruiz, 2011). Por otro lado, esto implica que se sostenga la existencia de una condición previa, que hace estar más o menos susceptibles a esta pérdida. Pero además se hace el análisis de la relación de la unidad en conjunto con la amenaza y su capacidad de ajuste ante esta. (Ruiz, 2011)

En línea con lo anterior Pizarro en su informe de la CEPAL, -Vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina- afirma “Existen factores objetivos y otros de carácter subjetivo que otorgan a la vulnerabilidad un rol explicativo fundamental” (Pizarro, 2001, p.10)

En relación a lo anterior, es que Arteaga y Pérez el 2011 plantean, que en Chile a partir de los cambios a nivel estructurales que se han producido como por ejemplo la privatización de la educación, la creación de las AFP y la abismal desigualdad en el país, entre otros ha generado una “individualización en la gestión del riesgo” (p. 70), lo que trae como consecuencia una vivencia subjetiva cotidiana de fragilidad constante en las experiencias de vida. Por tanto, la vulnerabilidad se refiere a una situación estructural de inestabilidad inseguridad, desprotección y obsolescencia lo que se relaciona con un “correlato subjetivo de fragilidad existencial”. (Arteaga, Perez, 2011, p. 73). En este sentido, no tener la información o los medios para enfrentar una enfermedad, se traduce en una vulnerabilidad de la experiencia subjetiva de la persona.

Complementando lo anteriormente Feito (2007) hace un análisis de bioética a partir del concepto de vulnerabilidad ya que en palabras de la autora “la bioética se centra en el ser humano enfermo, donde esa condición de vulnerabilidad es aún más evidente” (p.8). Ella distingue la vulnerabilidad humana de dos formas; La primera desde un carácter socio-político, comprendida como el producto de la pertenencia a un grupo, localidad, género, cultura, condición socio-económica, o contexto que conlleva a una mayor probabilidad de ser vulnerables a las personas (Feito, 2007)

La segunda desde términos antropológico, entendida como una base de fragilidad intrínseca y propia al ser humano, debido a la condición de la muerte como inevitable, que se traduce la posibilidad constante de ser susceptible al daño y/o amenaza, como también al no control e incertidumbre, en nuestras propias relaciones e historia; en palabras de la autora

“El ser humano es, por tanto, vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar, de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral. La vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica, sino también a la historia del individuo en relación con otros” (Feito, 2007, p.10)

En unas de las conclusiones del análisis, es que en el cuidado implica una necesidad de justicia de reconocimiento del otro, derivado de una concepción de la vulnerabilidad en términos relacionales. Esto implica poder conectarse, compartir y vincularse, en palabras de la autora.

“no podemos saber lo que es la vulnerabilidad, a menos que sintamos la vulnerabilidad. Más aún, el autor afirma que necesitamos sentir nuestra vulnerabilidad para afirmar nuestra humanidad. Al saber que somos limitados y vencibles, la vulnerabilidad se convierte en una fuente de preocupación por los otros, y también en una fuente de confianza en los otros. Nuestra común vulnerabilidad nos liga al resto de las personas” (Feito, 2007, p.16).

Finalmente, y complementando con lo anterior, Canales (2018) señala que la vulnerabilidad no es meramente la sumatoria de factores, sino más es la puesta en común de subjetividades de vivencia y cotidianidad, permeada por la crisis y el “debilitamiento y pérdida progresiva de control que impide la reacción y la prevención del riesgo” (p. 79). En esta línea sostiene que la vulnerabilidad y la pobreza demandan vínculo personalizado, con el fin que esa subjetividad en juego se transforme no solo en carencia sino que también en potencia (Canales, 2018)

F.A.4 Educación en salud

Uno de los objetivos del proyecto en general y en psicología es brindar educación en salud, por lo tanto, se vuelve imprescindible puntualizar este concepto para permitir un diálogo con la práctica.

El modelo de Atención Primaria en Salud, propuesto por la OMS tiene como base la educación en salud, fomentando la incorporación de la comunidad, como agentes en la construcción de su propia salud por medio de las estrategias de prevención y promoción (Barboza, 2011).

Estas dos estrategias se distinguen principalmente en la forma de encuadre que aplican. Las Prevención esta cimentadas desde un encuadre más bien negativo, en otras palabras, se hace algo para evitar que algo no deseable ocurra. Por otro lado, la promoción está basadas en un encuadre predominantemente positivo; se intenciona desarrollar las capacidades y competencias de las personas y comunidades (Bang, 2014)

Por otra parte, según Ogollón (2010) señala que históricamente ha habido tres concepciones principales sobre salud; la primera es la salud como equilibrio y la enfermedad como desequilibrio, con un enfoque principalmente biológico. Luego está la concepción de salud en relación a la unión cuerpo y mente, tomando como protagonismo el lenguaje y la biografía personal de la persona, adquiriendo relevancia el ámbito psicológico. Y finalmente está una perspectiva más sociológica, donde la salud está ligada directamente a las condiciones sociales en las que se desenvuelve la persona (Ogollón, 2010).

Esto implica a su vez, distintas formas comprender y realizar educación en salud, dos principalmente. La primera desde un enfoque más biológico (Ogollón, 2010) es concebir la educación en salud como una herramienta para intervenir en comunidades para corregir la conducta individual, con el propósito de aumentar la salud y bienestar (promoción) o reducir el riesgo de enfermar (prevención) (Guibert, Grau, y Prendes, 1999).

Por lo tanto, desde esta óptica el aprendizaje en salud tiene el objetivo de adaptación y control social, pues pretende corregir conductas “erróneas” (Guibert et al, 1999), traducándose en la enseñanza de hábitos saludables, abordando de forma individual la problemática (Bang, 2014).

En contraposición, con la visión desde una mirada más sociológica y ubicada en la vivencia del usuario/a (Ogollón, 2010). Teniendo por tanto dos principios fundamentales; conocer a la persona de forma situada, sus creencias, cotidianidad y circunstancia; y por otra parte que sea un espacio de autonomía y empoderamiento humano (Briceño, 1996). Concordante a lo planteado por Freire, es decir la educación como un espacio de pregunta, encuentro, histórico y por tanto de liberación colectiva (Freire, 1978).

En esta línea, Acevedo, Becerra, Ospina, Paucar, Córdova y Correa (2009) sostiene que la “educación para la salud (...) consolide una comprensión más integral. Para ello, un tema central es el “diálogo de saberes”, presentado como una alternativa al modelo tradicional impositivo” (p. 106). Estos mismos autores señalan que implica un desafío y aprendizaje constante, como se muestra en la siguiente cita;

“La educación para la salud tiene siempre, no obstante, una intención que no riñe con el diálogo de saberes como propuesta pedagógica, si se dirige a promover la libertad y la autonomía. Así, el educador deberá tener la capacidad de reconocerse a sí mismo como ser inacabado, consciente de la relatividad de sus conocimientos y de su racionalidad, para hacerse más comprensivo y estar dispuesto a dejarse tocar por el otro” (Acevedo et al, 2009, p. 110).

Es desde esta última definición, que se va a considerar la educación en salud como principio organizador del equipo de Psicología.

F.A.5 Aprendizaje- Servicio.

Otra de las características fundamentales del proyecto es que está compuesta y gestionada exclusivamente por estudiantes del área de la salud en proceso de formación profesional, por tanto, el voluntariado en sí mismo es una apuesta por un aprendizaje distinto al aula (Gallardo et al, 2018). Es en este sentido que se vuelve pertinente definir el concepto de aprendizaje-servicio, en función a la experiencia misma de TSR.

El concepto de aprendizaje-servicio surgió a partir de la necesidad de las universidades de formar profesionales que no sean competentes meramente para los intereses del mercado

laboral, sino que también puedan ser ciudadanos comprometidos (Folgueiras, González & Puig, 2013). Por lo tanto, Aprendizaje y servicio es una metodología de enseñanza que busca promover conocimientos cívicos y disciplinares por medio de la puesta en práctica en situaciones problemáticas para la comunidad, con el fin de elaborar estrategias para superar dichas problemáticas (Kendall, 2014).

En este sentido esta metodología se vuelve una innovación, pues es una propuesta donde se incorpora originalidad propia de la comunidad y sus necesidades, respondiendo a generar mayor reflexividad, compromiso y conciencia crítica en los estudiantes (Gaete, 2015).

Una de las definiciones que se vuelve pertinente a TSR es la planteada por Rodríguez (2014), quien define “Aprendizaje y servicio” como “una forma de educación experiencial en la que los estudiantes se comprometen en actividades de ayuda a la comunidad al tiempo que facilita el aprendizaje” (p. 96).

Se debe considerar que ha habido un auge de esta metodología Latinoamérica, particularmente en países como Argentina, Uruguay y Chile, creando el año 2000 el Centro Latinoamericano de Aprendizaje y Servicio Solidario (CLAYSS) en Buenos Aires, Argentina (Folgueiras, González & Puig, 2013). Este auge, se traduce también en la curricularización de esta metodología como lo muestra la Universidad de La Plata en Argentina, donde para graduarse deben tener 48 horas de práctica social (Kendall, 2014).

Debido a que TSR no es dependiente de una carga académica, es que surge complementar la definición anteriormente planteada con el concepto de comunidad de práctica, planteado por Martínez (2006), teniendo más bien un carácter informal, produciendo aprendizajes de forma colectiva en base a una empresa en común de forma cotidiana. Por ende, podría definirse afirmarse que “El aprendizaje es el motor de las prácticas y la práctica no es otra cosa que la historia continuamente en movimiento de estos aprendizajes acumulados” (p. 111).

F.A.6 Intervención de Proximidad Comunitaria:

Como se mencionó en un comienzo, TSR en general y el equipo de Psicología es una intervención de proximidad comunitaria, esto implica una forma de comprensión y funcionamiento particular con características específicas, que tiene repercusiones prácticas. Por tanto, se hace necesario su definición, la que se basa en lo planteado por Martínez, 2018.

En primer lugar, cabe definir que Martínez, acuñó el término “programas de proximidad comunitaria”, refiriéndose como programas a la concepción de unas ciertas políticas públicas, por tanto, considerando que TSR, no es una política pública, se referirá al término como intervención de proximidad comunitaria.

Como se mencionó anteriormente, las intervenciones de proximidad comunitaria, son las que tienen línea directa con las personas en situación de vulnerabilidad (Martínez, 2018), esto implica distintos tipos de proximidad entre las cuales se encuentra con: La Proximidad Activa, lo que conlleva el desafío de ir al territorio (Aguilar & Llobet, 2011), precediendo a la demanda, dado que esta no lograría hacerse explícita para el Estado por las condiciones de exclusión social y vulnerabilidad en que los sujetos se encuentran (Aguilar & Llobet, 2011).

Por otro lado, se encuentra la Proximidad Construida, que apunta al proceso de “creación o construcción de vínculos de cercanía y confianza entre personas en dificultad e intervinientes sociales” (Aguilar, Llobet, 2011 p.25).

Por último, se encuentra la Proximidad Existencial que “refiere al rol activo que en una matriz de apoyo recíproco e interacción grupal- pueden jugar las mismas personas destinatarias de los programas en la propia atención de otras personas destinatarias” (Martínez, 2018, p. 4).

F.A.7 Interdisciplinario

Otro de los pilares del modelo de la forma de intervención de psicología y de TSR en general, es el trabajo interdisciplinario que se realiza entre las carreras que participan del terreno.

En este sentido se va a precisar el concepto interdisciplinario en contraposición a los otros vocablos usados como sinónimos, aunque no lo sean, tales como multidisciplinario y transdisciplinario (Codina & Díaz, 2016). Martínez, Ortiz y González (2007) mostraron una clasificación y orden de distintas publicaciones de las definiciones de estos conceptos, evidenciando que no se tiene un consenso común con respecto al término.

No obstante lo anterior, se plantea un continuo entre estos conceptos, siendo la noción de interdisciplinario, un intermedio entre multidisciplinario y transdisciplinario (Codin & Díaz, 2016).

Por lo tanto, la definición que se ocupará como principio organizador, se basa en lo planteado por Peñuela (2005), el cual construye cinco categorías para operacionalizar el concepto, entre ellas la interdisciplinariedad dialéctica, descripción más acordada como principio organizador de la práctica, en palabras del autor: “En la interdisciplinariedad dialéctica, implica tanto la disciplina I como la disciplina II se afectan y cambian recíprocamente. Hay interacción, intercambio y cooperación” (Peñuela, 2005, p.52)

Es importante señalar que lo interdisciplinar surge en oposición al de “disciplina”, el cual tiene su origen a partir de la separación sujeto- objeto realizada por Descartes, surgiendo el pensamiento analítico de separar, atomizar y fragmentar el conocimiento, como parte del método para tener una mayor comprensión (Peñuela, 2005).

En este sentido, esto trae una serie de dificultades y desafíos, pues mientras se profundiza en la comprensión de cada uno de los elementos, se aleja cada vez más del entendimiento del fenómeno como un todo (Peñuela, 2005). Además, implica también un desafío en la comunicación, como lo plantean Codina y Díaz (2016):

“Posiblemente todos hemos sentido, en una u otra ocasión, lo difícil que se torna ser aceptado por “los expertos” especializados en una u otra disciplina cuando no se procede de la misma y se intenta vincularse con ella. Tales conformaciones (prácticas) de saber-poder-disciplinario han sido –y lo son aún– uno de los principales obstáculos para el diálogo multi, inter y transdisciplinario” (Codina & Díaz, 2016, p.16).

F.A.8 Estrategias de redes

El voluntariado funciona en sí mismo como una red de estudiantes, de diferentes lugares y carrera, que busca empoderar a la población rural, por tanto, las estas toman un rol fundamental.

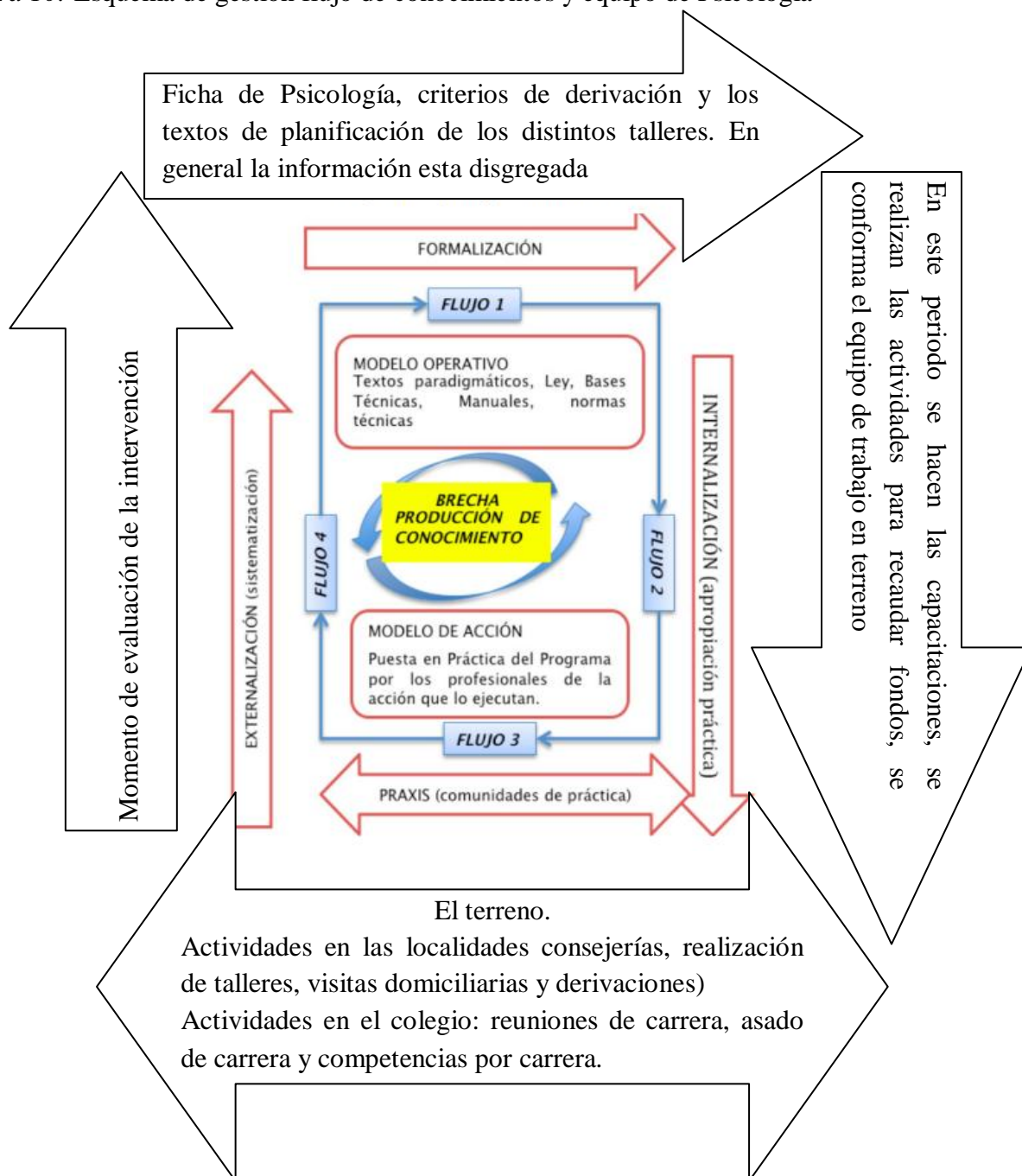
Martínez (2006), define red como “un sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social” (p.62). Actualmente las redes sociales y los movimientos entre los vínculos humanos han pasado a ser el sostén principal de integración entre las personas, a diferencia de antiguamente donde era la comunidad tradicional territorial la principal fuente de cobijo, como plantea Martínez “la red social vendría a ser un correlato psicosocial de la vida moderna” (p.60).

Esto implica ciertos instrumentos para orientar la práctica en palabras del autor señala “Las intervenciones planificadas diseñadas a partir de este enfoque, en términos generales, conectan la vida privada del individuo con sus amigos, familias, sus compañeros de trabajo, y con actores sociales pertenecientes a instituciones y organizaciones, configurando así un espacio amplio de circulación constructiva de apoyo social” (Martínez, 2006 p.61). Cabe entonces destacar que la estrategia de redes estaría más bien vinculada a un sistema de conversación orientado al intercambio de apoyo social (Martínez, 2006).

F.2 Modelo de Intervención del Equipo de Psicología

En el esquema siguiente se modelizan los momentos más relevantes de la estrategia de intervención aplicada por TSR, tomando como referencia el modelo de gestión del conocimiento

Figura 10: Esquema de gestión flujo de conocimientos y equipo de Psicología



Fuente: Extraído de los cuadernos de Psicología Comunitaria: Gestión del Conocimiento, 2018, en conjunto con realizado por el equipo de Psicología de TSR

F.2.1 Momento A: Formalización y organización de la intervención

Tal como se señaló anteriormente Psicología en TSR no dispone de un documento formal que codifique y manualice la intervención de forma integral, sino que más bien posee una serie de documentos que tiene información parcelada y segregado sobre el que hacer del equipo de Psicología. Sumándole que lo que se ha construido en sus distintas versiones permanece más bien en un plano tácito o implícito en la memoria y modelos de acción de sus participantes.

En este plano, un rol relevante en la actualización práctica anual de la estrategia de acción del TSR lo juega el equipo de coordinación.

Coordinación de Psicología.

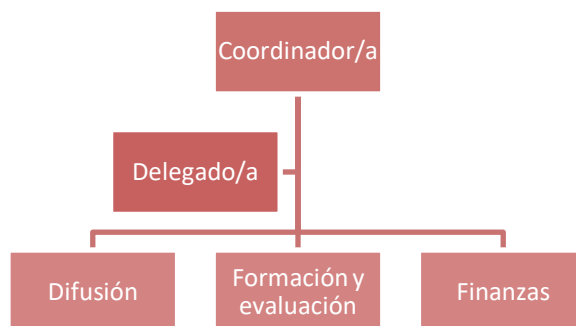
Como se explicó las coordinaciones son las responsables de gestionar durante todo el año la carrera, en otras palabras, son las encargadas de dirigir y construir un modelo operativo para el terreno, por lo tanto, se hace imprescindible describir en un primer momento el actuar de la coordinación en general.

Descripción e historia de la coordinación.

La coordinación de Psicología, en un comienzo como se dijo antes, estuvo compuesta únicamente por estudiantes de la Universidad Central de Chile, hasta el segundo semestre del año 2015, cuando se incorporan estudiantes de la Universidad de Chile. La coordinación la componen estudiantes de psicología de distintos años y generaciones de carrera, que hayan tenido la experiencia de haber participado del voluntariado (se pide mínimo haber asistido a una versión del proyecto). Estos estudiantes trabajan durante todo el año, versión por semestre, con el fin de coordinar y gestionar la carrera de psicología en el voluntariado.

La organización de la coordinación:

Para lograr este objetivo se han definido distintos roles a nivel interno, como lo muestra el siguiente esquema y que se describirán posteriormente:



Fuente: Elaboración propia

Coordinador(a): Es la persona que está en contacto directo con Staff, pues es parte de este, teniendo la tarea de asistir a las reuniones de Staff con el fin de que pueda transmitir la información y a su vez retroalimentar con base a lo conversado en las reuniones con la coordinación. A su vez, también tiene el rol de ser la “cara visible” de la carrera, en ese sentido, muchas veces es la persona que, por ejemplo, debe firmar fondos concursables, hablar con las autoridades de la universidad, ir a bodega a ver los materiales, entre otras acciones.

Delegado(a): Es la persona que futuramente será coordinador/a de carrera, también participa de las reuniones de Staff, debido a estar en formación, teniendo que acompañar a el/la coordinador/a en las diferentes actividades correspondientes a su cargo.

Encargado de finanzas: Es la persona que se hace responsable de los fondos concursables de financiamiento a nivel de Facultad que se consigan o del dinero que se genere y gestione como equipo de Psicología. Además, tiene la tarea de postular y proponer ideas para autogestionar los fondos, también de llevar el registro del dinero que se tiene y del presupuesto de lo que se pretende ocupar en cada versión, junto con calcular el dinero que se necesita recaudar.

Encargado de difusión: Son dos personas, una por cada universidad, la/os encargada/os del proceso de difusión del proyecto. Esto implica gestionar las visitas a las salas de clases avisando sobre el proceso de inscripción, hacer el afiche correspondiente a cada versión y difundirlo por los distintos medios de comunicación, y gestionar la página de “TSR

Psicología” en Facebook. Además, una vez acabado el proceso de inscripción, los encargados de difusión se deben hacer cargo de gestionar una vía de comunicación con los postulantes de psicología del proyecto, con el fin de avisar las fechas y el lugar de las capacitaciones y de las actividades de recaudación de fondos, por ejemplo.

Encargado de formación y evaluación: Es la persona que está a cargo de gestionar el tema y contenido de las capacitaciones para los voluntarios, además debe hacerse cargo de la forma en que la capacitación se va a realizar, la metodología, quién(es) la van a hacer, y conseguir los materiales y espacios necesarios para llevarla a cabo. Además de esto, se encarga de generar un mecanismo de evaluación tanto de las capacitaciones realizadas previas al terreno como formas de evaluación del trabajo realizado por los voluntarios de psicología en el terreno mismo. Por último, es la persona que está a cargo de coordinar la revisión, modificación o elaboración de las fichas de carrera.

Cabe destacar que si bien se pueden distinguir varios roles a nivel interno de la coordinación, en la práctica estos roles son bastantes flexibles. Por lo tanto, todos se ayudan mutuamente pese a no estar a cargo de la tarea, siendo el rol más rígido el del coordinador/a. A su vez, es necesario resaltar que pese a la existencia de estos roles internos en la coordinación, las relaciones que se dan en ella son de forma horizontal, tomando de forma colectiva y por medio del diálogo las diferentes decisiones.

Periodos de la coordinación de Psicología.

En este sentido las diferentes tareas y acciones que realiza la coordinación se pueden dividir según las distintas etapas generales del proyecto. No obstante lo anterior, la coordinación tiene en parte autonomía en su quehacer cotidiano de Staff, por lo tanto, las etapas que se pueden identificar a nivel de carrera, son más bien periodos que responden a la realidad local de la coordinación de psicología, teniendo por lo tanto, sus propias particularidades. En esta línea se pueden identificar los siguientes periodos, cada uno con sus respectivas tareas de coordinación.

A). *Periodo de pre-inscripción:*

Este generalmente coincide con el inicio del semestre, en donde se retoma la evaluación de la versión anterior y en base a esta se hace un panorama general de lo que se va a realizar durante el semestre, lo que puede ser: escoger las capacitaciones que se van a realizar; revisar los criterios de selección; revisar la ficha de psicología y el apartado de salud mental en la ficha general, por si es necesario hacer cambios; evaluar la posibilidad de creación de un nuevo taller; evaluar la posibilidad de hacer una nueva polera o polerón para los voluntarios de psicología; evaluar posibles protocolos para situaciones complejas que se puedan presentar en terreno; entre otras ideas, que van surgiendo a partir de los mismo integrantes de la coordinación. Todo esto se piensa con sus posibles fechas de ejecución; especialmente se deja establecida la fecha de inscripción para los postulantes a voluntarios del proyecto. Cabe destacar aquí, que psicología es la carrera que tiene más capacitaciones en su preparación a terreno, por ende, el periodo de inscripción empieza antes que las otras carreras de la salud.

Además de esto, se realiza un catastro económico y pequeño presupuesto de los posibles fondos universitarios a postular. Además de acordar el sistema de reunión durante el semestre, lo cual desemboca en una carta Gantt, generalmente. También se efectúan las primeras reuniones con la dirección de carrera de cada universidad para ver el nivel de apoyo institucional con que se contará durante el año. Y por último, se deciden las tareas de difusión que se efectuarán para llevar a cabo el siguiente momento.

B) *Difusión e Inscripción:*

Este periodo corresponde a todo el proceso previo a que se abra la inscripción y termina con el cierre de ésta. En este sentido una o dos semanas antes de abrir la plataforma para que los postulantes puedan inscribirse, se realiza todo el proceso de difusión del proyecto, esto puede ser: realizando un afiche, organizando la difusión por la mayor cantidad de salas de clases posible, y hablando con las autoridades locales de cada universidad (directores, secretarías, periodistas de carrera o facultad) para que se potencie el proceso de difusión (esto puede ser a través de enviar un e-mail a todos los estudiantes; difundiendo por la radio de la universidad; participando en la feria de vinculación con el medio de la institución; difundiendo los afiches en las pantallas o distintos medios de la facultad; etc.). Cabe señalar

que las inscripciones se dejan abiertas aproximadamente una o dos semanas, dependiendo de la demanda de postulantes de psicología del semestre.

C). Periodo de capacitaciones:

Este periodo comienza unas pocas semanas antes de la capacitación general (organizada a nivel de Staff del voluntariado) y finaliza con la penúltima capacitación antes de la selección de los voluntarios. En este momento se efectúa lo planificado en las etapas anteriormente descritas, y dura alrededor de 2-3 meses aproximadamente.

Aquí se realizan las capacitaciones de carreras, que en el caso de psicología son alrededor de unas 6 ó 7 capacitaciones, ya que debido a la diversidad de temas que abarca la carrera y la complejidad del terreno mismo, se intenta preparar de la mejor forma posible a los voluntarios. En concreto, se parte con la capacitación de bienvenida de psicología, en la cual se explica el proyecto, lo que hace psicología en éste, y se realiza la presentación de la coordinación de psicología y de los postulantes. Y se finaliza con una penúltima capacitación, en la que se les informa a los postulantes que luego de esta, se hará la selección de voluntarios en base a la participación que han tenido en el proceso y en las capacitaciones.

Por último, durante este tiempo también se realizan las actividades para recolectar fondos, y se revisan los materiales que se van a utilizar en terreno, se ve lo que se tiene y lo que falta, y en base a esto, se cotizan los materiales que se acordaron agregar como, por ejemplo: piochas, poleras o polerones, algún recuerdo para los voluntarios, etc. Y también en este tiempo ocurre que los encargados de formación de Staff envían los talleres re-correctos para que la coordinación de cada carrera, los vuelva a corregir y/o actualizar si es necesario.

La importancia de este periodo radica en la conformación del equipo de Psicología que irá a terreno.

D). Selección y previa al terreno:

Esta etapa comienza con una reunión en la que se selecciona a los postulantes a voluntarios, definiéndose también quiénes quedarán en lista de espera. En el caso que el número de postulantes sea insuficiente se busca alguna solución para que por lo menos por una comunidad haya un estudiante de psicología (en estas circunstancias se consideran los guías que sean estudiantes de psicología, egresados/as, y estudiantes que hayan tenido un

gran bagaje en el voluntariado previamente). Además, aquí no sólo se realiza la selección, sino que también se forman los pares de psicología por cada comunidad en base a los criterios que la propia coordinación haya estimado conveniente. Una vez realizada la selección y la formación de pares de psicología, se le informa esto a Staff para que puedan configurar las comunidades.

Una vez hecho lo anterior, se realiza la capacitación final en donde se enseña el llenado de la ficha general y de la ficha de psicología; junto con los criterios de derivación. Esta penúltima capacitación, suele ser después de que los respectivos temas de los criterios de derivación (para consejerías) y temas de los talleres, hayan sido abordados durante las capacitaciones.

Esta última capacitación también ayuda a proporcionar un espacio previo para que los voluntarios puedan conocer y trabajar junto a sus futuros pares de terreno.

Cabe destacar que se realiza en el periodo de capacitación, un grupo de WhatsApp con todo el equipo de psicología, con el fin de comunicarse en terreno mientras se está en las localidades. Es así como en este periodo se ven los últimos detalles para ir a terreno.

E). *Terreno:*

Este corresponde al periodo en el cual se va a la localidad, durante los 8 días acordados. El trabajo de la coordinación se diluye, ya que los integrantes de la coordinación se transforman en voluntarios comuneros al igual que el resto de los voluntarios previamente seleccionados; mientras que el/la coordinador/a se transforma 100% en Staff, es decir, pasa a formar parte de la comunidad C0.

Sin embargo, cabe destacar que hay dos momentos en los que se trabaja de forma oficial como coordinación. El primero, se realiza al inicio, es decir, al llegar al colegio donde se va a hacer el terreno, luego de instalar las cosas en la sala, la coordinación se junta para armar las mochilas de psicología (una por cada comunidad) con los materiales correspondientes que debe tener cada mochila, estos son: un juguete o peluche, scotch, una tabla para anotar, fichas de carrera, hojas blancas, un estuche completo (lápiz de pasta, lápices de colores y de mina, tijeras, pegamento, regla, goma de borrar, corrector, sacapunta), lana y cartulina.

Luego de esto, se realiza la primera reunión de carrera, en la cual se hace una breve bienvenida, dejando en constancia que todos los voluntarios de psicología forman un equipo, mostrando de esta manera, todos/as, una disposición de ayudar en caso de ser necesario. En este sentido, es el/la coordinador/a, quien se preocupa de la vivencia de los voluntarios, es decir, de detectar posibles inquietudes y conflictos que aparezcan, para así poder canalizar y avisar al resto de la coordinación las necesidades que van presentando los voluntarios. Además de esto, el/la coordinador/a debe gestionar en conjunto con Staff, la derivación de los casos prioritarios de psicología.

El segundo momento de este periodo, es al finalizar el terreno, previo a regresar a Santiago, donde la coordinación se reúne nuevamente, para ordenar los materiales y las fichas realizadas en terreno. Por último, se gestiona la toma de la foto final como equipo de psicología.

F). Post-terreno y evaluación:

Se inicia con la fiesta de finalización que realiza Staff a modo de despedida del terreno. Además, luego de esto, Staff entrega las cifras sobre el número de talleres, consejerías y chequeos preventivos realizados como carrera, a la coordinación respectiva. En este periodo es también donde cada carrera levanta un espacio de evaluación con sus propios voluntarios, esto puede ser, organizando una reunión cualitativa de evaluación o por medio de una encuesta virtual, por ejemplo.

Figura 12: Periodos de la coordinación de Psicología



Fuente: Elaboración propia

F.2.2 Momento B: Internalización.

Tomando como base las acciones realizadas durante esta etapa por la coordinación de psicología, las cuales implica la preparación y conformación del equipo, estas producen conocimiento a partir de sus mismas experiencias

Las capacitaciones cumplen la función de tratar de entregar de mejor forma herramientas transversales y de poder aproximarlos al terreno, con fin de prepararlos. Por tanto, se intenta responder a ¿Qué quiero transmitir?, y ¿Cómo hacerlo? lo que tiene su base una reflexión surgida a partir del terreno mismo, es decir, ¿Qué he aprendido de las versiones anteriores?, ¿Qué me ha funcionado?, ¿Qué conocimiento o habilidad necesito tener para ir a terreno?

Estas problemáticas son difíciles de responder, pues implica construir un plan de gestión para llevarlo a cabo, como se expuso anteriormente. Si bien la dificultad está dada por la complejidad del terreno en sí mismo, también obstaculiza tener la información disgregada, es decir no tener formalizado un modelo operativo del equipo de Psicología, teniendo como única base los criterios de derivación, la ficha de carrera y general y las planificaciones como guías. Por tanto, la coordinación en psicología juega un rol fundamental en cómo se va a orientar las capacitaciones y por tanto, la práctica misma a nivel de encuadre, siendo por tanto este un espacio de disputa también de poder.

A nivel general, se han hecho diferentes tipos de capacitaciones y de distintas modalidades; inducciones dictadas por profesores que sean expertos en algún área de los criterios de derivación o talleres, capacitaciones en conjunto con el profesor y el estudiante de coordinación, capacitaciones hechas meramente por el estudiante, capacitaciones realizadas por un egresado de psicología que haya participado del voluntariado y capacitaciones realizadas con otros estudiantes de otras carreras del área de la salud.

Por otra parte, también se han realizado diferentes orientaciones de capacitaciones, más bien teóricas y por otro lado, otras más bien de aplicación, como por ejemplo la resolución de casos y por otro lado más experiencial, relacionada con dinámicas lúdicas, por ejemplo.

Entre los aprendizajes generados en este proceso, se encuentran los referentes a la carrera misma, ya que si bien son todos estudiantes de psicología, proceden de distintas universidades por lo tanto tiene distinta formación, entonces las capacitaciones se convierten en la primera instancia donde se pone en dialogo esas diferencias y similitudes con respecto a los conocimientos y posicionamiento con respecto a la psicología

Por otra parte los conocimientos generados son a partir de la conformación de grupo, la organización y gestión en equipo. Donde se ponen en juego habilidades blandas y vinculares, resolución de conflicto, entre otras.

Finalmente, otros saberes que se construyen en esta etapa, están en relación a las reflexiones éticas generadas a partir de las mismas limitaciones del voluntariado, como por ejemplo ¿Qué intervención puedo hacer, considerando el tiempo en terreno?, ¿Qué hago con la información que me entregan las personas?, ¿Cuáles son mis límites como estudiante?, lo que ha construido y transmitido la idea de no abrir heridas que no se pueda cerrar, manejar la frustración y tener respeto por la creencias y cultura de las personas.

F.2.3 Momento C: Praxis

En terreno Psicología realiza intervenciones en tres niveles; contención, psico- educación y gestión de redes. A continuación, se describirán los tres niveles en las intervenciones principales realizadas en el terreno.

Consejerías en Psicología

Las consejerías se realizan a todas las personas de la localidad que manifieste interés en hablar con profesionales en formación de psicología o también si estudiantes de otras carreras han hecho la derivación a psicología. Las consejerías se realizan en base a los criterios de

derivación, a partir de lo recolectado de la ficha general, en el apartado de salud mental (esta en los anexos, en el apartado de Ficha Generales Actuales), siendo para la carrera los siguientes:

1. Deterioro de relaciones sociales, laborales, familiares o de pareja.
2. Anhedonia: pérdida significativa de placer para hacer las cosas que anteriormente hacía.
3. Miedo persistente, ataques de pánico, ataques de angustia.
4. Cambios significativos de ánimo en los últimos 6 meses.
5. Duelo y duelo patológico.
6. Ideaciones o intentos suicidas.
7. Dificultades para conciliar el sueño en los últimos 6 meses.
8. Delirios y/o Alucinaciones.
9. Alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y largos periodos de abstinencia.
10. Bajo rendimiento escolar.
11. Trastornos Alimenticios.
12. Cuidadores de personas postradas o de adultos mayores.

Estos criterios de derivación, tienden a ser las problemáticas que suelen verse con mayor frecuencia en las localidades y pueden ir variando dependiendo de lo que la coordinación de psicología del momento vaya pesquisando en cada localidad.

Es importante mencionar que dentro de las últimas versiones del proyecto, se ha evidenciado el incremento de problemáticas que no están dentro de los criterios anteriormente descritos, pero que de igual forma se han acogido en el trabajo en terreno, estas son: violencia intrafamiliar, abuso sexual infantil y adultos mayores en situación de abandono, que si bien, por criterios no son temas explícitamente abordados por psicología, ha surgido la necesidad de incluirlos como problemáticas sociales, ya que psicología es la única carrera incorporada en el voluntariado relacionada con una formación en ciencias sociales, aunque cabe recordar que actualmente se están realizando las gestiones correspondientes para que se incorpore de forma oficial, trabajo social al proyecto.

Ahora, junto con las consejerías que se van realizando se va llenando la ficha de psicología (se encuentra en los anexos, en la sección de Fichas actual de registro de Psicología). Esta ficha sirve como forma de registro y constancia del trabajo realizado durante el terreno, y

como forma de guía para la conversación con la persona. Además, ésta se va modificando en función de las necesidades que vayan surgiendo en las distintas versiones del proyecto.

Por tanto, se comprende la consejería como un espacio de escucha y por ende de contención del usuario, por medio de la conversación y acompañamiento.

A su vez en la consejería también se ve presente el nivel de la psico educación, pues uno de los puntos más importantes para realizar una consejería es educar entorno a la labor que realiza un psicólogo, en ese sentido, en general al iniciar una consejería, se realiza un encuadre, preguntándole a la persona sobre sus concepciones y experiencias que tiene entorno a la psicología, ya que en las zonas rurales existen muchos mitos y estigmatización acerca del psicólogo/a, por lo tanto una de las tareas fundamentales del equipo es poder combatir estos estigmas y prejuicios de forma práctica en una conversación, potenciando la promoción y prevención en salud mental.

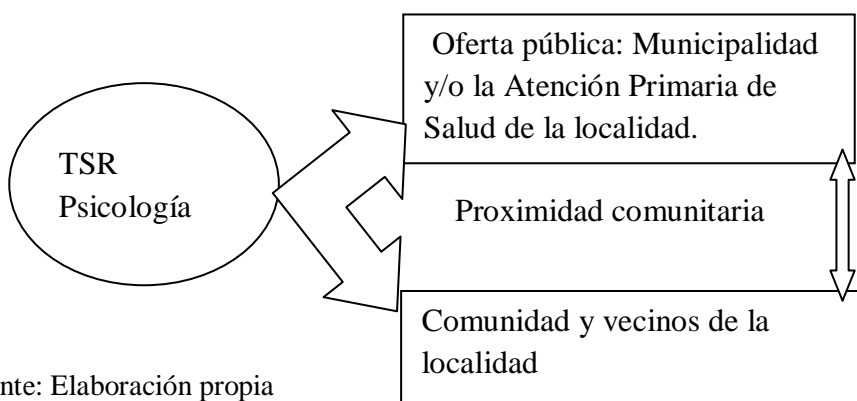
También en la consejería puede haber un proceso de psico-educación a partir de una orientación a una inquietud específica que traiga la persona, como, por ejemplo, no sé porque me mandaron del colegio de mi hijo a consultar al neurólogo.

Finalmente, la consejería es también un espacio de gestión de redes. Esto se realiza en dos planos. El primero es la gestión de la red que posee usuario en sí mismo, es decir preguntarle por los vínculos que establece, que herramientas posee, que gustos y proyectos tiene, con el fin de orientar una posible solución de la problemática a partir de sus redes.

Por otro lado, también se realiza una gestión de red, pero con el plano más institucional, es decir poner en sintonía la oferta pública con los proyectos de vidas de los usuarios, esto se puede realizar por medio de la orientación y sugerencia a diversos programas o funcionarios de la localidad, por ejemplo, la vinculación con el trabajador social, psicólogo, entre otros. Esto se expresa de forma evidente cuando se realiza un caso prioritario de psicología, ya que se conecta de forma directa el caso del usuario con la municipalidad para gestionar un plan de acción y seguimiento. Los casos prioritarios de Psicología son en relación a intentos o ideaciones suicidas graves y vulneración de derechos (maltrato físico, sospecha de abuso sexual, entre otros). Por lo

tanto, la gestión de redes en un plano más institucional vendría a ser una intervención socio-comunitaria, que busca disminuir las brechas existentes entre las instituciones de oferta pública de servicios y la comunidad de localidad misma, como se ve en el siguiente esquema.

Figura 13: Intervención socio-comunitaria de Psicología en TSR



Fuente: Elaboración propia

Talleres de la carrera.

Por otro lado, la carrera de psicología cuenta con seis talleres que abordan distintas temáticas. Se busca que estos talleres se realicen de forma didáctica, inclusiva y participativa, tomando en cuenta el conocimiento previo que tienen los participantes. Los temas de los talleres de psicología son:

1. Depresión y duelo.
2. Competencias parentales y marentales.
3. “Enfrentando las drogas”.
4. “Conociendo mis emociones”.
5. Técnicas de manejo de estrés.
6. Sexualidad.

Por lo tanto, al ser un taller participativo e interactivo, busca también generar un espacio confianza y contención que propicie la intervención de los participantes, por tanto, se configura como un espacio de escucha y reflexión colectiva.

Por otra parte, el nivel psico-educativo se da en el diálogo de saberes producidos a partir de las problemáticas planteadas, rescatando por lo tanto los conocimientos propios de las personas en conjunto con ciertos conceptos más académicos.

Finalmente, el nivel de gestión de redes también se produce debido a que el mismo taller es una instancia de fortalecimiento del tejido social, en donde se pueden potenciar las redes de apoyo entre el mismo grupo presente. Además, también de derivar en caso de ser necesario a otra red más institucional.

Actividades en el colegio

Por lo tanto, los voluntarios de psicología pasan en sus localidades correspondientes, la mayor parte del tiempo, en la mañana realizando consejerías, difusión, talleres, entre otras acciones que se mencionaron; y en la tarde compartiendo con sus compañeros/as de otras carreras de comunidad.

No obstante, hay tres momentos oficiales que se realizan como equipo de psicología en el colegio, estas son: las reuniones fijadas día por medio, el “asado de carrera” y la competencia final entre carreras. Estas se explicarán a continuación.

Sobre las reuniones de carrera, la primera de estas se realiza el día en el que se llega al colegio, durante la tarde, esta tiene como objetivo dar la bienvenida al terreno mismo y entregar la piocha de identificación y/o la polera/ polerón de carrera a cada voluntario, además se chequea que cada pareja de psicología por comunidad, tengan sus materiales respectivos (mochila de psicología).

Las posteriores reuniones de carrera, siguen el siguiente funcionamiento: cada comunidad expone por turnos las intervenciones (casos, consejerías, talleres, relación con otras carreras, etc.) realizadas en sus localidades respectivas; haciendo de moderador/a la/el coordinador/a de psicología. Aquí cada comunidad decide qué casos expondrá frente al equipo de psicología TSR; teniendo prioridad aquellos casos en los que se hayan presentado más dificultades o inquietudes técnicas, personales o emocionales en cada voluntario o pareja de psicología. Este análisis reflexivo de las prácticas permite que los voluntarios puedan tener una retroalimentación por

parte del equipo de psicología en su conjunto, pudiendo obtener de esta manera, un espacio de supervisión colectiva en terreno. Además, en estas reuniones se aprovecha de entregar información de índole administrativa, por ejemplo, la cuota para el asado de carrera, y de tomar decisiones de gestión en el mismo voluntariado como, por ejemplo, hablar con la coordinación de otra carrera.

En cuanto al asado de carrera, éste se realiza durante la estadía en terreno, sujeto a una fecha previamente asignada por Staff, la que puede ser al comienzo, durante o los últimos días de terreno. Se trata de una instancia en donde una vez llegado a colegio, se reúne todo el equipo de psicología y se comparte como carrera una cena, generalmente preparada por los mismos voluntarios/as, con el fin de potenciar el sentido de comunidad de práctica.

Sobre las competencias entre carrera; valga la redundancia, son diferentes competencias que se enfrentan por carreras, las competencias han ido variando con los años, siendo en algunas versiones, por ejemplo, una copa de fútbol, una gincana con una serie de pruebas sobre desafíos y destrezas, entre otras. En este sentido la característica de las competencias de carrera es que todos de los voluntarios deberían participar, ya sea en la competencia misma, o bien, entregando apoyo y motivación al equipo, por medio de cantos referidos a la carrera. Siendo similar a una especie de alianzas que ocurren, por ejemplo, en los aniversarios de los colegios.

Estas tres instancias que se mencionaron anteriormente se pueden considerar como prácticas de autocuidado del mismo equipo para ellos mismos. En este sentido el autocuidado estaría relacionado más bien de forma implícita en la distracción y dispersión con los juegos y fomento del trabajo en equipo con instancias como el asado de carrera. Por otro lado las reuniones de carrera vendrían a tener un doble papel, por un parte como autocuidado en la retroalimentación, orientación y contención del equipo, pero también cumple un rol como un espacio común de formación, es decir como un dispositivo de gestión y dialogo del conocimiento gestionado en terreno.

Además, cabe señalar que pese a estar en el colegio, continúa el rol como estudiante de psicología, pero de forma implícita y difusa, es decir a partir de lo que esperan los estudiantes de

las otras carreras de psicología. Esto se puede evidenciar a partir de conversaciones de pasillos en el terreno o en situaciones más concretas, como por ejemplo la improvisada derivación de ciertos casos a psicología, que no siguen los criterios anteriormente explicitados, sino más bien la falta de manejo en caso de llanto por parte del usuario.

Entonces, en general la demanda se genera a partir del desborde emocional producida en el terreno. Por lo tanto, el rol como estudiante de psicología con relación a los compañeros/as de las otras carreras, es crear y/o fomentar condiciones de espacios de escucha y contención colectiva entre los mismos estudiantes, buscando el empoderamiento de estos, más que solo consuelo del desborde individual.

Finalmente, para entender el rol de la carrera en el voluntariado, es clave mencionar los límites que como carrera se tienen, es decir, aquello que psicología no debe hacer en TSR: No se realiza psicoterapia, no se aplica test psicológicos, no se hacen diagnósticos (ni siquiera los estudiantes egresados o psicólogos que acompañan en cada versión pueden hacerlo). Esto es, con el fin de ser coherentes con la finalidad y el objetivo del voluntariado, que es entregar educación en Salud; y con el fin ético de que este es un voluntariado, y es realizado por estudiantes, por lo que se reconoce que aún no se tienen las herramientas ni el conocimiento completo y suficiente para realizar ese tipo de tareas.

F.2.4 Momento C: Externalización

Esto se produce posterior del terreno. La externalización está más dirigida a las estadísticas de consejerías y talleres generadas por Staff en base a los elementos de registro. Y de forma particular en el equipo de Psicología se hace un cierre en la última reunión, sin embargo, este generalmente se hace de forma superficial debido a la falta de tiempo, por tanto, la externalización del voluntariado se vive de forma más individual por medio de la encuesta por internet o publicaciones de Facebook u otras redes sociales relatando la experiencia.

Cabe destacar que la experiencia de TSR en general es bastante intensa, por tanto, la externalización implica un proceso y tiempo de reflexión y análisis.

G. Discusión

G.1 Modelo de gestión del conocimiento como propuesta de comprensión del voluntariado.

TSR es una intervención de proximidad comunitaria, autogestionada por el propio colectivo de estudiantes que tiene un modelo operativo ‘debilitado’. Esto último significa que opera con un programa flexible, con orientaciones generales abiertas, no demasiado codificadas y sin manuales que especifiquen patrones estandarizados de intervención. Por tanto, es un modelo abierto a la práctica, a las exigencias y demandas que surgen del contexto mismo de intervención.

En esta misma línea y considerando el objetivo general de elaborar una propuesta de intervención de psicología, es que se entra a discusión acerca de la forma de comprender el actuar del voluntariado, siendo por tanto la práctica un elemento fundamental y motor de este, entonces se vuelve pertinente pensar la estructura y funcionamiento del TSR mediante un modelo de gestión del conocimiento, no solo fines de investigación, sino que parte de la práctica de este mismo.

En este sentido se puede afirmar que el voluntariado ya funciona con esta lógica de gestión del conocimiento en ciertos equipos, pero de forma implícita, esto se evidencia en que todas las reglas señaladas en el manual del voluntariado, realizadas por Staff se han hecho debido a errores en el pasado, los cambios en la ficha de registro de psicología, también responden a inquietudes surgidas a partir del terreno mismo. Por tanto queda explicitar y concientizar el porqué del voluntariado en base a su propia historia, ya que el Modelo de Gestión del conocimiento busca reflejar el actuar de la organización en base a su propia experiencia.

G.2 Propuesta como un espacio de dialogo a contrastar, tarea pendiente.

Por otro lado, tomando como base los objetivos de describir y ordenar las intervenciones tanto del voluntariado en general y las del equipo de Psicología en sí-. Se debe considerar que el

orden que se dio sobre las intervenciones no fue al azar o simplemente lógico, sino que se generó a partir de un posicionamiento político personal en la concepción de salud y el quehacer de la carrera de Psicología en ella.

En esta línea y tomando el objetivo general de la elaboración de una propuesta de modelo de intervención, se debe señalar que esta no es necesariamente armónica ni acorde con toda la realidad del voluntariado; Inclusive puede estar en tensión con otros modelos de intervención en el mismo TSR. Pues el voluntariado es también un espacio de disputa de poder, que se expresa en la práctica de forma implícita.

Adicionalmente, trabajar con estudiantes del área de la salud implica a su vez muchas veces una concepción biomédica de esta, en donde la salud es meramente ausencia de enfermedad; Se normaliza y corrigen patrones en base a lo “sano” y se tiene la concepción que son los expertos los que tiene la capacidad de curar (Carrasco & Yuing, 2014)

Esto no es exclusivo de un estudiante en particular, ni una carrera específica, sino más bien de un modelo estructural que también el equipo de Psicología es susceptible a ello. Esto se ve por ejemplo en la atención en los síntomas de la persona, más que en la conversación con esta y/o en la concepción que se viene a enseñar de forma “correcta” algunas de las temáticas de los talleres (formas de afrontar el duelo, crianza, entre otros)

Cabe mencionar que esta contienda no es exclusiva tampoco del voluntariado, sino que es un cambio estructural que se puede evidenciar en las políticas públicas de salud en el país; donde la implementación de la Atención Primaria en Salud ha venido a transformar el paradigma biomédico clásico hacia una mirada más comunitaria; enfoques que aún continúan en dialogo y disputa (Carrasco & Yuing, 2014)

Así, teniendo diferentes formas de posicionamiento frente a la misma intervención, se hace imprescindible el diálogo y reflexión sobre las concepciones de la misma práctica para explicitar, debatir y construir este posicionamiento.

En línea con lo anterior y teniendo en consideración la heterogeneidad presente en el mismo equipo de Psicología, surge la necesidad de contrastar esta propuesta de intervención con

los demás actores del equipo de psicología, con el fin de poder validarla y ponerla en diálogo con otras visiones y así enriquecerla y/o modificarla.

G.3 Riquezas y retos del trabajo interdisciplinario.

Otro de los objetivos planteados en la investigación fue fundamentar el quehacer del equipo de Psicología, en esta línea uno de los principios organizadores que lo sustenta es el trabajo interdisciplinario.

Esto conlleva, que la acción de los estudiantes de psicología este en una continua relación y conformación, a partir de su vinculación con las otras carreras. Lo cual implica la riqueza de una constante diversidad, actualización y diálogo con otros saberes, interpelando los propios. Por tanto los límites del trabajo, si bien esta orientados, no están definidos a priori.

Como consecuencia de lo anterior, el rol de Psicología en terreno, va a depender en cierta medida de cada pareja de voluntarios y su relación con sus compañero/as de las otras áreas, y por otro lado, la defensa de un posicionamiento de la carrera misma que se pone en juego al momento de intervenir. Lo que conlleva al persistente cuestionamiento; ¿Qué se puede aportar a la intervención como psicología? y por otra parte ¿Qué se puede aprender de las otras carreras?

Esto se vuelve fundamental y coherente con lo planteado sobre el concepto de aprendizaje y servicio, donde los saberes construidos en TSR responden no solo a un aspecto disciplinar específico, sino también a conocimientos y herramientas integrales y transversales, como por ejemplo; tomar la presión, el trabajo en equipo, entre otros.

A su vez, también está en sintonía con la definición expuesta de salud mental, como lo planteaba Bang; una concepción integral que no se puede aislar de la salud propiamente tal, teniendo el desafío de rescatar la subjetividad imbricada en el proceso (Bang, 2014).

Por otra parte, el trabajo interdisciplinario trae consigo el reto de la constante búsqueda de espacios de diálogo. Esto se trata de garantizar, por medio de los diferentes instrumentos del voluntariado, los criterios de derivación, las fichas generales y de carrera; con el fin de facilitar un lenguaje en común, siendo este uno de los grandes desafíos, en especial para la carrera de

Psicología y Trabajo social debido a la formación en Ciencias Sociales de estas. El tener un lenguaje común, es lo que posibilita los espacios de diálogo y por tanto de trabajo en red, equipo y de forma interdisciplinaria.

Por otro parte, otro obstáculo para efectuar este diálogo es el saber experto, que cierra puertas e inflexibilidad la intervención (Codina & Díaz, 2016). Por tanto el desafío y aprendizaje radica en estar constantemente buscando una apertura a la relación con las otras carreras, desde el aporte de psicología y también desde su carencia.

G.4 Implicancias y consideraciones de la propuesta de intervención

A partir de la propuesta que se desarrolló, surgen diferentes implicancias y consideraciones que se ponen a discusión. En primer lugar, se debe considerar la coherencia de la propuesta en sí misma; es decir que los principios organizadores que la fundamentan se relacionan entre sí, teniendo consecuencias prácticas.

En relación a lo anterior, uno de los principios organizadores del equipo de psicología es que está enmarcada dentro de un voluntariado. Esto tiene distintas repercusiones y tensiones en la cotidianidad. Una de ellas es la relación con la institucionalidad-es decir con el mundo académico de la Universidad-pues, al tener como principios organizadores también el aprendizaje-servicio y la vulnerabilidad, implica desafíos y aprendizajes que los estudiantes no enfrentan solos, sino que lo realizan con una institución de marco.

No obstante, esta relación no deja de ser compleja, debido a la posible institucionalización del proyecto, perdiendo por tanto el carácter voluntario; de este modo la participación en el voluntariado puede estar mermada por otros factores relacionados con la recompensa académica. A la inversa la posibilidad de no tener contacto o diálogo con la academia implica, a su vez, un desgaste para el propio equipo en Psicología ya que se pierde una potente red de apoyo para el proyecto.

Por lo tanto, surge a partir de estas tensiones, la vinculación de manera colaborativa con la universidad, pero teniendo en consideración ciertos límites con el fin que no se pierdan estos principios organizadores. Estos límites no son establecidos a priori, sino que se construyen a partir del posicionamiento del equipo y el vínculo que se tenga con la institución. Por tanto, está en constante cambio y construcción. Un ejemplo de ello es un documento de una propuesta de

vinculación con el departamento, la cual se encuentra en los anexos (en el apartado de Actas de la Coordinación de Psicología).

Además, otra de las consideraciones fundamentales que tiene esta propuesta de intervención, es tener la precaución que no se convierta en un manual ni en reglas de práctica. Ya que la propuesta de intervención busca ordenar y fundamentar lo que se ha hecho para ser un insumo para futuras intervenciones, pero nunca para definir las. Acorde a lo dicho, para el enriquecimiento de la práctica se tiene que estar constantemente al rescate de lo planteado por los equipos mismos.

En esta misma línea, se concuerda con la metáfora planteada por Bonilla y Prosser (2017), en el análisis del programa Habilidades para la Vida, aludiendo al modelo de intervención de ese programa como un “balde relleno de plastilina”, indicando que poseía cierta estructura que permite la flexibilidad de la plastilina (Bonilla & Prosser, 2017). En el caso del equipo de Psicología el asunto es debatir hasta qué punto esa flexibilidad, es un camino para llegar a tener un proyecto y enriquecerlo constantemente o es la expresión de la ausencia de reflexión.

G.5 Desafíos a considerar en el modelo de intervención y su vinculación con la formación profesional en Psicología.

Finalmente, a partir de esta aproximación de intervención se puede plantear que Trabajos de Salud Rural no responde solamente a hechos accidentales o sobre la contingencia exclusivamente, sino que tiene un orden, una estructura, un propósito que ha configurado su actuar, específicamente Psicología en TSR tiene a la base entonces un proyecto político que conlleva el desafío de ser contingente a la realidad del país. Por lo cual se abre la siguiente interrogante ¿Qué cabida tiene para pensar otras problemáticas sociales que repercuten en la salud mental? Como por ejemplo el enfoque de género, discursos de inclusión y los debates sobre migraciones, entre otros.

Estas preguntas y/o desafíos del modelo de intervención apuntan a un telón de fondo más grande; la formación profesional en psicología, ligada directamente al principio organizador aprendizaje-servicio. En este sentido la formación del estudiante no depende de la academia

meramente, sino también de la participación autónoma y activa de estos como ciudadanos comprometidos con la realidad del país y, por tanto, poder llevar a debatir sus necesidades en la propia formación, con el objetivo que esta pueda contribuir al desarrollo de un sistema más justo y humano.

Finalmente cabe destacar que los mayores aprendizajes del voluntariado se producen justamente a partir del “no saber”; ese “no saber” no corresponde únicamente al estudiante, sino que tiene un relato con su formación y más específicamente con el espacio universitario. En ese sentido el voluntariado, al develar las carencias formativas del estudiante, vendría a ser una puerta incómoda a la realidad, muchas veces distante con la sala de clases. Sin embargo, esta incomodidad, ofrece una oportunidad de diálogo y reflexión sobre lo que se tiene que aprender y escuchar, desafiando a estar en una constante formación.

H. Conclusiones

En síntesis, se pudo realizar una primera aproximación a un modelo de intervención del equipo de Psicología, ocupando el modelo de Gestión del conocimiento.

En una primera instancia se describió y ordenó las diferentes intervenciones del voluntariado en general, ya que es el marco en donde se encuentra el equipo de Psicología. En este sentido se pudo distinguir la organización del voluntariado durante el año, identificándose tres niveles; el Staff, las coordinaciones y los comuneros/as. Además de identificar la organización del voluntariado en el terreno mismo, emergiendo los guías, las comunidades y C0 o Staff.

Por otro lado, se pudo conocer los diferentes propósitos que persigue el voluntariado, teniendo dos públicos objetivos: la localidad, con la finalidad general de brindar promoción y educación en salud para contribuir al acceso en esta, y el estudiante y su formación, con el objetivo de fomentar un espíritu crítico y la vocación por el sistema público.

También se mostró de forma general la historia del voluntariado surgido el 2002 y como ha sido el proceso de incorporación de las distintas carreras de la salud y ciencias sociales al proyecto y como este ha ido variando.

Por otra parte, y considerando el Modelo de Gestión del Conocimiento, se pudo describir que la etapa de formalización está presente en el manual del voluntario y la ficha general, como el modelo operativo de este. En el proceso de inducción, es decir la “preparación al viaje”, se realiza su internalización, pues se llevan a cabo la capacitación general y las de carrera. Posteriormente se pasa a la etapa de la praxis, es decir el terreno mismo en la localidad, que dura aproximadamente ocho días. Por último se termina en la etapa de externalización, que estaría acorde al análisis de datos, para luego volver a la formalización.

Finalmente, se distinguió la organización y estructura del tiempo en terreno de TSR, además de sus principales metodologías y flujos, los cuales son las consejerías y los talleres.

Con respecto al equipo de Psicología en sí mismo, se pudo identificar y desarrollar ocho principios organizadores que fundamentan su quehacer en el voluntariado.

Entendiendo que el TSR es un voluntariado, esto implica una voluntad en juego por un proyecto que trabaja con la salud mental, tanto su promoción, construcción y fomento. Esta se concibe –acorde con lo planteado por Carrasco y Yuing (2014) – como un tránsito en la incorporación de una perspectiva más comunitaria de la psicología, de forma integral y relacionada con las prácticas de salud.

Además, también se trabaja con la vulnerabilidad, la cual implica una experiencia subjetiva de riesgo, que trae como consecuencia la demanda de un vínculo personalizado. Donde lo que se busca, por una parte, es la educación en salud, es decir fomentar los espacios de circulación de saberes en torno a la salud por las propias personas de la localidad, con el fin de empoderarlas. Pero por otra, también se busca el aprendizaje y servicio, metodología de enseñanza por medio de una experiencia llevándola a cabo como una intervención de proximidad comunitaria, que conlleva un modo de búsqueda y vínculo, trabajo en red y de forma interdisciplinar; esta última significa la colaboración y reciprocidad con las demás carreras.

También se pudo apreciar la importancia de la Coordinación en el equipo de Psicología, su organización y etapas en el proceso.

Asimismo, se identificaron los diferentes momentos del modelo de gestión del conocimiento en el Equipo de Psicología, donde la formalización está de manera parcial, es decir no hay un modelo operativo delimitado, sino más bien fragmentado a las planificaciones de talleres, la Ficha general y la Ficha de carrera de Psicología. La unión de este modelo operativo, se realiza en el momento de interiorización e inducción, las capacitaciones. En las cuales se pone en juego la transmisión de los aprendizajes necesarios para confrontar la práctica. En este plano surge la necesidad de hacer responsable al estudiante del terreno que viene próximamente, teniendo en consideración por tanto las limitaciones del mismo voluntariado.

Posteriormente en la praxis, en el terreno, se identificó que Psicología interviene en tres niveles diferentes. El primero es la contención, la que se manifiesta en la creación de espacios individuales de escucha en la consejería y colectivos en los talleres. Además de generar un sostén ante el desborde emocional entre los mismos estudiantes en el voluntariado. Por otra parte, se interviene en un nivel de psico-educación, que en la consejería se enseña sobre el quehacer del

psicólogo con el fin de romper estereotipos, prejuicios y estigmas, además de resolver inquietudes propias del usuario/a; y en el taller se psicoeduca a partir del diálogo de saberes de la misma gente de la localidad en torno a un tema. El último nivel es la gestión de redes de dos formas: una, a nivel institucional donde se acerca la oferta pública del estado a la comunidad. Esto se hace por medio de la derivación a la municipalidad de los casos prioritarios. La otra forma es la gestión de redes del propio usuario, tanto a nivel familiar, como amistades y la propia comunidad, siendo el taller un espacio de fomento del tejido social.

Además, en el terreno se mencionaron las actividades realizadas por Psicología en el colegio: la reunión, el asado y competencias de carreras, las cuales se analizaron como prácticas implícitas de auto cuidado que deben potenciarse y replantearse.

Y finalmente, respecto del momento de externalización de la práctica, realizada por medio de una encuesta por redes sociales, se aprecia que esta constituye la etapa más débil del equipo de Psicología.

Se sugiere, por tanto, trabajar en estas tres etapas de Gestión del Conocimiento con el fin de potenciarlas, por medio de la elaboración de una biblioteca en la página web para el momento de la inducción. Replantear y manejar de mejor forma la reunión de carrera, entendiéndolo como un observatorio de prácticas auto-gestionado en el terreno y finalmente, hacer de forma más constante una sistematización de carácter cualitativo después de cada terreno (Martínez, 2018).

Esta propuesta, es la puerta a distintas proyecciones de investigación, que abarcan tanto la disciplina de psicología misma, como las otras carreras de la salud. La primera invitación a nivel general es poder efectuar una investigación similar de sistematización en cada carrera, tomando en consideración sus propias particularidades, con el fin de construir una aproximación a un modelo de intervención en común del cual sostiene la práctica, con el propósito que de ir mejorando la propia intervención y aprender de esta más conscientemente.

Con respecto a psicología, más específicamente. La primera de ellas es la necesidad de contrastarla con diferentes actores del equipo de Psicología ya que TSR es un espacio heterogéneo, donde también se disputan distintos modelos de intervención que están en juego de forma implícita en la práctica.

Además, también queda la tarea de poder evaluarla, con el fin de ir mejorando el voluntariado para futuro. Ya que el tener una propuesta de intervención, busca de alguna forma abrir el debate de brindar cierta estructura a la intervención, para así en algún futuro poder tener cierto manejo sobre el impacto del equipo de Psicología en el voluntariado

En relación a lo planteado anteriormente, es importante que la investigación sea realizada a partir de los estudiantes para que estos sean interpelados como protagonistas, para estudiar y validar la propia acción y ver sus propias limitaciones, siendo por tanto no solo sujetos de conocimientos, sino que también productores.

Finalmente, es importante destacar que esta investigación está enmarcada dentro de la experiencia de un proceso de finalización de la formación profesional de pregrado, lo cual no solo tiene consecuencias académicas, sino que también está en relación a historias que se van construyendo en ese espacio y tiempo, es decir, memorias, afectos, vínculos y vivencias. En este sentido el haber participado del voluntariado y preguntarse por el modelo que sostiene las propias vivencia e intervenciones, es también una forma de intentar dar un sentido a esta, con el fin de hacer un cierre también en el voluntariado mismo. Esto interpela directamente al mundo académico y su lógica surgiendo la siguiente pregunta ¿Es posible pensar una producción científica que abra espacios para reflexionar la propia experiencia?

I. Referencias

- Acevedo, M., Becerra, F., Ospina, J., Paucar, G., Córdoba, A., & Correa, F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 27(1), 104-111. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100011&lng=en&nrm=iso.
- Aguilar, M., y Llobet, M. (2011). Integralidad, acompañamiento, proximidad, incorporación: el papel de los servicios sociales. Guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social. Madrid, España: Fundación Luis Vives.
- Arteaga, C. & Pérez, Sonia. (2011) Experiencias de vulnerabilidad: de las estrategias a las tácticas subjetivas. *Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, vol. 2, núm. 26, 67-81.
- Bang, C. (2014). Community strategies in mental health promotion: Constructing a conceptual framework for approaching complex psychosocial problems. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Barboza, V. (2011). Construcción del concepto de Promoción de la Salud en la Práctica Transdisciplinaria. *Enfermería actual de Costa Rica*, vol (19). Doi [10.15517/REVENF.VOI19.3640](https://doi.org/10.15517/REVENF.VOI19.3640)
- Barnechea, M.; González, E.; Morgan, M. (1998). "Taller permanente de Sistematización: La producción de conocimientos en sistematización". Ponencia presentada al *Seminario Latinoamericano de Sistematización de Prácticas de Animación Sociocultural y Participación Ciudadana en América Latina*. Medellín, 1998. En: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan033084.pdf>.
- Berdegué, J. Jara, E. Modrego, F. Sanclemente, X. y Schejtman, A. (2010). *Comunas Rurales de Chile*. (Documento de Trabajo N° 60). Recuperado de Programa Dinámicas Territoriales Rurales: <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/03/comunas-rurales-chile.pdf>
- Briceño-León, R. (1997). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Medicamentos y Salud Popular*, 9(35), 4-14. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1594.pdf>
- Bonilla y Prosser (2017). *Balde de plasticina: Fidelidad, Adaptación y Adecuación de un programa a gran escala en salud mental escolar*. (Tesis de Pregrado), Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Cámara de Diputados de Chile. (2018). Desarrollo social despachó proyecto que regula actividades de voluntariado y establece derechos y deberes para estos. Recuperado 18 de Septiembre del 2018 de https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=134363
- Canales, M. (2018). Pobreza, vulnerabilidad y personas. En Martínez, V, Canales, M & Valdivieso, P (Eds), Cuaderno de trabajo N-1 Programas de Proximidad Comunitaria (pp. 68-79). Chile: Magíster en Psicología mención Psicología Comunitaria.
- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98- 108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Codina, P., & Díaz, C. (2016). La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes. *Trans-pasando Fronteras*, (10), 11-24. Recuperado de https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/transpasando_fronteras/article/view/2631/3260
- Comisión de Salud. (2012). Problemas de salud y respuestas del sistema sanitario para Chile al año 2040 (N-6). Recuperado de <http://www.academiaparlamentaria.cl/Archivo.aspx?idArchivo=247>
- Corvalán, T., Gallardo, G., Morales, J., Rodríguez, P. y Valenzuela, I. (2018) De Estudiantes a Profesionales: Las contribuciones de la experiencia en el voluntariado Trabajos de Salud Rural para el desarrollo profesional de estudiantes egresados de Psicología, en Chile. En J. Torralbas (Ed.). *Memorias del X Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología* (152- 172). Habana, Cuba: Universidad de la Habana.
- Domínguez, M. (2009). Responsabilidad Social Universitaria, *Humanismo y Trabajo Social*. Vol. 8, pp. 37-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/678/67812869001.pdf>.
- Feito, L. (2007). Vulnerability. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 07-22. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=en.
- Fernández, C., Hernández, R., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición. Nueva York:Mc Graw Hill.

- Folgueiras, P., González, E., y Puig, G. (2013). Aprendizaje y servicio: estudio del grado de satisfacción de estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, vol. 362, 159-185. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65896/1/586668.pdf>.
- Fouce, J. (2009). Voluntariado social en el siglo XXI: ¿Movimiento social o instrumento neoliberal? *PsychosocialIntervention*, 18(2), 177-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179814021008.pdf>.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freire, P. (1978). *La educación como práctica de la libertad*. Siglo XXI.
- Gaete, R. (2015). El voluntariado Universitario como ámbito de aprendizaje servicio y emprendimiento social: Un estudio de caso. *Última década*, 23(43), 235-260. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362015000200009>.
- Galeano, E. (1993) *Las palabras andantes*, México: Siglo Veintiuno Editores.
- Gallegos, M. (2009). Movimiento y participación estudiantil en la psicología latinoamericana: consideraciones históricas y futuras perspectivas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 33-60. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627004>.
- Gómez, E., Fernando, D., Aponte, G., Betancourt, L. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*. 81(184), 158-163. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49630405022>.
- Guibert, W., Grau, J., y Prendes, M. (1999). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 176-183. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200010&lng=es&tlng=en.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2017). Octava Encuesta Nacional de la Juventud 2015. Recuperado el 14 de Septiembre del 2018, del Ministerio del Desarrollo Social de Chile Sitioweb:http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2017). Organizaciones de todo el país participaron del Encuentro Nacional de Voluntariado INJUV. 8 de Enero del 2019, del Ministerio del Desarrollo Social de Chile. Sitio web:

<http://www.injuv.gob.cl/noticias/organizaciones-de-todo-el-pais-participaron-del-encuentro-nacional-de-voluntariado-injuv>

Jara, O. (2012). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Perú: CEP-Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.

Kandall, V. (2014). Capítulo IV: Ciudadanos para la universidad, universidad para los ciudadanos. Prácticas sociales educativas en la Universidad de Buenos Aires. En *Educación superior y voluntariado* (pp. 89-103). Mar de Plata, Argentina: Grupo SOVIUC

Krauskopf, D. (2010). Perspectivas para el desarrollo del voluntariado juvenil. *Revista Observatorio de Juventud*, vol 26, 13-23. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Participaci%C3%B3n%20social%20emprendimiento%20juvenil%20y%20VoluntariadoRevista%20Observatorio%20N26.pdf>.

Martínez, F., Ortiz, E., y González, A. (2007). Hacia una Epistemología de la Transdisciplinariedad. *Humanidades Médicas*, 7(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202007000200008&lng=es&tlng=es.

Martínez Ravanal, V. M. (2006). *El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales*. (Tesis de magíster), Universidad de Chile, Santiago de Chile

Martínez, V. (2018). La Gestión Del Conocimiento: Bases conceptuales. En Martínez, V, Canales, M & Valdivieso, P (Eds), Cuaderno de trabajo N-2 Gestión del Conocimiento desde el enfoque comunitario (pp. 18-31). Chile: Facultad de Ciencias Sociales: Departamento de Psicología.

Martínez, V. (2018). La dinamización del conocimiento. En Martínez, V, Canales, M & Valdivieso, P (Eds), Cuaderno de trabajo N-2 Gestión del Conocimiento desde el enfoque comunitario (pp. 32-51). Chile: Facultad de Ciencias Sociales: Departamento de Psicología.

Ministerio del Desarrollo Social (2017). Informe de Desarrollo Social 2017. Chile. Extraído desde: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS2017_2.pdf

Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 346-358. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/346-358/es>.

- Ogollón, S. (2010) La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, v. 3, n. 1, 62-77. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/578>
- Peñuela Velásquez, L. A. (2005). La transdisciplinariedad: Más allá de los conceptos, la dialéctica. *Andamios*, 1(2), 43-77. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-00632005000300003&script=sci_abstract.
- Pizarro Hofer, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL.
- Programa de voluntarios de las naciones unidas (2011): «*V Informe sobre el estado del voluntariado en el mundo. Valores universales para alcanzar el bienestar mundial*». Disponible en línea: www.unv.org.
- Rodríguez, K., y Vidal, D. (2010). Voluntariado y responsabilidad social en jóvenes estudiantes de educación superior de la provincia de Concepción, Chile. *Trayectorias*, 12(31). Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60717342008>.
- Ruiz, N. (2011). Defining and measuring social vulnerability. Towards a normative approach. *Invest. Geog* , 63-74. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018846112012000100006&lng=es&nrm=iso.
- Sardury, A., Del Portal, L., y Alfaro, A. (2003). Formar psicólogos: un enfoque desde la integración de tres concepciones. *Summa Psicológica UST*, 1(1), 49-58 Recuperado de <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/7>.
- Soler, P. (2007): «Factores psicosociales explicativos del voluntariado universitario». (Tesis Doctoral, Departamento de Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica, Facultad de Económicas, Universidad de Alicante
- Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121- 146). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Tommasino, H., & Cano, A. (2016). Modelos de extensión universitaria en las universidades latinoamericanas en el siglo XXI: tendencias y controversias. *Universidades*, (67), 7-24.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

Trabajos de Salud Rural. (2013) ¿Qué es TSR?. Recuperado el 14 de Agosto del 2018, de Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad Central. Sitio web: <http://trabajosdesaludrural.weebly.com/>.

Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis


I. ANEXOS.....	75
I.1 FICHAS GENERALES ACTUALES	75
I.1.1 FICHA GENERAL ADULTO	75
I.1.2 FICHA GENERAL ADOLESCENTE.....	77
I.1.3 FICHA GENERAL ADULTO MAYOR	79
I.1.4 FICHA GENERAL EMBARAZADA/ NODRIZA	82
I.1.5 FICHA GENERAL LACTANTE.....	85
I.1.6 FICHA GENERAL POSTRADO	87
I.1.7 FICHA GENERAL PREESCOLAR Y ESCOLAR	90
I.2. FICHA GENERAL ANTERIOR	92
I.3. FICHAS ACTUALES DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA.....	94
I.3.1 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADULTOS.....	94
I.3.2 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: NIÑO/A.....	97
I.3.3 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADOLESCENTE	102
I.3.5 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADULTO MAYOR.....	106
I.3.6 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: CUIDADORES	110
I.4 FICHA ANTERIOR DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA	114
I.5 MANUAL DEL VOLUNTARIO/A.....	118
I.6 TALLERES DE PSICOLOGÍA.....	146
I.6.1. TALLER DE COMPETENCIAS PARENTALES	146
I.6.2 TALLER DUELO Y DEPRESIÓN	154
I.6.3 TALLER “HABLEMOS DE SEXUALIDAD”	164
I.6.4 TALLER AUTOCONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN NIÑOS/AS.....	177
I.7 PLANIFICACIÓN CAPACITACIÓN GENERAL	185
I.8 ACTAS DE REUNIONES DE LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA (2016-2017).....	198
I.8.1 ACTA REUNIÓN PSICOLOGÍA 26/09/2017	198
I.8.2 ACTA REUNIÓN PSICOLOGÍA 06/09/2017.....	198
I.8.3 CATASTRO DE NECESIDADES DEL VOLUNTARIADO TRABAJOS DE SALUD RURAL Y SU VINCULACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE- PRIMER SEMESTRE 2017.	199
I.8.4 ACTA REUNIÓN MIÉRCOLES 16.11.2016.....	202
I.8.5 ACTA REUNIÓN VIERNES 28 DE OCTUBRE.....	204
I.8.6 ACTA DE LA REUNIÓN DE TRABAJO CON EL EQUIPO DE TSR Y EL PROFESOR VÍCTOR MARTÍNEZ EL 29.09.2016	206
I.9 RECUENTO ESTADÍSTICOS VERSIÓN PASADA	210
I.10 DÍA A DÍA EN EL TERRENO	212
I.11 POSTULACIÓN A FONDOS CONCURSABLES	213
I.11.1 POSTULACIÓN AL FONDO PREMIO AZUL A NIVEL UNIVERSIDAD DE CHILE	213
I.11.2 POSTULACIÓN A FONDO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL POR LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA	223
I.12 CARTELES DE DIFUSIÓN	228
I.13 REGISTRO DE TALLERES	230

I. 14 BITÁCORA DE GUÍA	232
I.15 CARTA MÉDICO TRATANTE	243
1.6 DICCIONARIO DE LA JERGA BÁSICA DE TRABAJOS DE SALUD RURAL, DURANTE EL TERRENO.	244

J. Anexos

J.1 FICHAS GENERALES ACTUALES

J.1.1 FICHA GENERAL ADULTO



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo ADULTO
 (Tipo de Ficha: "IV")

IV

Ficha N°: ___ Localidad donde VIVE: _____ Fecha: ___/___/___

1) Información del Paciente:
 Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: 1.F 2.M
 Rut: _____ Ocupación: _____ Nivel Educativo: _____ Previsión: _____
 Dirección/Referencia: _____ Teléfono: _____
 E.C. Soltero(a) Casado(a) Otro _____ Hijos (Edades) _____ Con quién vive _____

2) Motivo consulta:
 1. Problema Actual 2. Chequeo Preventivo 3. Ambas ¿Cuál? _____
 ¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, ¿por qué? _____
 ¿Cuándo fue su último control preventivo? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____

3) Control de Signos vitales y evaluación nutricional
 Peso _____ kg Talla _____ mt CC _____ cm IMC _____ (Peso/Talla²)
 FC _____ lpm FR _____ rpm HGT _____ 1. PA _____/_____ mmHg 2. PA _____/_____ mmHg
 Conciencia vigil obnubilado sopor _____ Orientación: Tiempo: Sí No Espacio: Sí No

4) Antecedentes Personales de Salud: (Anotar tratamiento y fecha de diagnóstico por un profesional de la salud)
 a. Alergias _____ o. Insuf Cardíaca _____
 b. DM _____ p. Depresión _____
 c. DLP _____ q. Bipolaridad _____
 d. HTA _____ r. Esquizofrenia _____
 e. EPOC f. Asma _____ s. Hepatitis _____
 g. AVE _____ t. Hipoacusia _____
 h. TEC _____ u. Problemas Dentales _____
 i. TBC _____ v. IAM _____
 j. ERC _____ w. Cáncer _____
 k. Hipertiroidismo _____ x. Otros _____
 l. Hipotiroidismo _____ _____
 m. Artrosis n. Artritis _____ Cirugías _____

5) Antecedentes Familiares de Salud: (Si ha fallecido por esa enfermedad, anotar edad)
 Madre _____ Abuelo/a materna _____ Hermana/o _____
 Abuelo/a paterno _____ Padre _____ Hijo/a _____

6) Hábitos:
Tabaquismo: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____ N° cigarrillos/día _____ Años fumando _____
 Paquetes/Año _____ ((N° cigarrillos día x N° años)/20) ¿Ha pensado en dejar el cigarrillo? Sí No (→ medicina/psico)
Consumo de alcohol: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____
 ¿Qué bebe/bebía? _____ ¿Cuánto? _____ (vasos [250 ml]/día)
 ¿Ha tenido problemas relacionados al alcohol? Sí No → (Realizar Test AUDIT _____ ptos)
Drogas: Sí No Suspendidas ¿hace cuánto suspendió? _____
 ¿Cuál? _____ Frecuencia _____ ¿Ha pensado en dejarlo? Sí No (→ psico)
Audición: Normal Alterada Pérdida abrupta ¿Uso de audífonos? Sí No ¿Utiliza cotonitos? Sí No



Trabajos de Salud Rural
 Ficha chequeo ADULTO
 (Tipo de Ficha: "IV")

IV

Alimentación: ¿Cuántas comidas al día? ____ ¿De qué tipo? _____

¿Ha sentido pérdida o aumento del apetito en el último tiempo? _____

Se atora o tiene tos al comer? Sí No (Sí → Fono) Consistencia: Líquido Semi sólido Sólido

Hábitos dentales: Nº lavado dientes al día ____ ¿Usa prótesis Dental? Sí No

Ejercicio: Sí No, ¿Cuál y cuánto a la semana? _____

Actividad Extras / Pasatiempos: _____ (Si no tiene → psico)

Sueño: ____ hrs ¿Cómo siente que duerme? _____ ¿Ha tenido problemas para dormir? _____ (Si tiene → psico)

¿Tiene a quién acudir frente a problemas?: Sí No ¿Quién? _____ (Si no tiene → psico)

¿Consumo hierbas con fines medicinales?: Sí No (Si consume → QyF)

Saneamiento ambiental básico: Agua Potable: Sí No Alcantarillado: Sí No

Retiro de basura: Sí No, ¿Cuántas veces a la semana? _____

7) Conducta sexual:

Inicio Actividad Sexual: Sí No Conductas de riesgo: Sí No

¿Ha tenido alguna ITS?: Sí No ¿Cuáles? _____

♀ Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Método(s) AC _____ G ____ P ____ A ____

Menarquia ____ años Menopausia ____ años FUR ____/____/____ Duración Del Ciclo _____

Características Del Ciclo menstrual (frecuencia, cantidad, dolor) _____

Último PAP ____/____/____ (si > 3 años → obstetricia) Última mamografía ____/____/____ (si > 1 año → obstetricia)

Fecha último control preventivo y médico ____/____/____ Infecciones urinarias: Sí No ¿Cuántas? _____

♂ Antecedentes preventivos: Fecha último APE ____/____/____ Último control preventivo ____/____/____

Dificultad/alteraciones al orinar: Sí No

8) Salud Mental: ligar estas preguntas con aspectos antes mencionados por el participante, y no hacerlas tan directas

¿Siente que ha dejado de hacer cosas que antes le gustaban? Sí No ¿Cuál cree que es el motivo? _____

¿Cómo cree usted que es su relación con los demás? (Amigos, vecinos, familiares) _____

¿Cómo se ve usted en 5 años más? ¿Tiene planes a futuro? _____

Si tuviera que describirse en 3 palabras ¿Cuáles serían? _____

Diagnósticos Previos (realizados por profesional de la salud)

Hallazgos detectados (Anotar según inicio a fin de ficha)

1) _____

1) _____

2) _____

2) _____

3) _____

3) _____

Observaciones: _____

Derivaciones: (Marca con X la derivación y rellena cuando se realice, en el espacio anota el motivo de derivación).

1. Medicina: _____ 4. Química y Farmacia: _____ 7. Fonoaudiología: _____

2. Enfermería: _____ 5. Nutrición: _____ 8. Odontología: _____

3. Kinesiología: _____ 6. Obstetricia: _____ 9. Psicología: _____

Consejería: ¿cuál?: _____

USO JEFES: Nº total consejerías _____

Invitación a taller, ¿Cuál?: _____ **Visita Domiciliaria:** Sí No **Caso prioritario:** Sí No

Nombre entrevistador 1: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

Nombre entrevistador 2: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

J.1. 2 FICHA GENERAL ADOLESCENTE



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo ADOLESCENTE (11 a 19 años)
 (Tipo de Ficha: "III")



Ficha Nº: ____ Localidad donde VIVE: _____ Fecha: ____/____/____

1) Información del Paciente:
 Nombre: _____ Edad (aa/mm/dd): ____/____/____ Sexo: 1.F 2.M
 Rut: _____ - Escolaridad Sí No Nivel: _____ Promedio Notas: _____ Previsión: _____
 Dirección/Referencia _____ Teléfono: _____
 ¿Con quién viene? _____ Parentesco acompañante: _____
 ¿Con quién vive? _____ Previsión: _____

2) Motivo consulta:
 Chequeo Preventivo Problema actual Ambas ¿Cuál? _____

 ¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, ¿por qué? _____

3) Evaluación nutricional y evaluación física:
 Peso _____ kg Talla _____ cm IMC _____

4) Antecedentes Personales de Salud: (Anotar tratamiento y fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud)
 Alergias _____ Epilepsia _____
 Pie Plano _____ Traumatismo _____
 Escoliosis _____ Problemas de visión _____
 DM _____ TDA _____
 SBO _____ TEA _____
 Asma _____ Cirugías _____
 ITU _____ Otras _____

5) Antecedentes Familiares de Salud: (Anotar parentesco; si ha fallecido por esa enfermedad, anotar edad)
 Madre _____ Abuelo/a paterno _____ Abuelo/a Materna _____

 Padre _____ Hermana/o _____

6) Hábitos:
Tabaquismo: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____
 Nº cigarrillos/día _____ Años fumando _____ Paquetes/Año _____ ((Nº cigarrillos día x Nº años)/20)
 ¿Ha pensado en dejar el cigarrillo? Sí No (→ medicina/psico)
Consumo de alcohol: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____
 ¿Qué bebe/bebía? _____ ¿Cuánto? _____ (vasos [250 ml]/día)
 ¿Ha tenido problemas relacionados al alcohol? Sí No → (Realizar Test AUDIT ____ ptos)
Drogas: Sí No Suspendidas ¿hace cuánto suspendió? _____
 ¿Cuál? _____ Frecuencia _____ ¿Ha pensado en dejarlo? Sí No (→ psico)
Alimentación: ¿Cuántas comidas al día? _____ ¿De qué tipo? _____
 ¿Ha sentido pérdida o aumento del apetito en el último tiempo? _____
Cepilla dientes: Sí No ¿Cuántas veces al día?: _____



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo ADOLESCENTE (11 a 19 años)
 (Tipo de Ficha: "III")



Ejercicio: Sí No, ¿Cuál y cuánto a la semana? _____

Actividad Extras / Pasatiempos: _____ (Si no tiene → psico)

Sueño: ____ hrs ¿Cómo siente que duerme? _____ ¿Ha tenido problemas para dormir? _____ (Si tiene → psico)

¿Tiene a quién acudir frente a problemas? Sí No ¿Quién? _____ (Si no tiene → psico)

¿Consume alguna hierba medicinal? Sí No (derivar QyF)

¿Consume algún medicamento, suplemento nutricional o vitaminas? Sí No ¿Cuál? _____

¿Quién lo prescribió? _____

Saneamiento ambiental básico: Agua Potable: Sí No Alcantarillado: Sí No

Retiro de basura Sí No ¿Cuántas veces a la semana? _____

7) Salud Sexual:

Telarquia ____ años Pubarquia ____ años Polución nocturna Sí No

Conducta sexual

Inicio Act. Sexual Sí No Edad ____ años Conductas de riesgo ITS Sí No ¿Cuáles? _____

Método(s) AC _____

♀ Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarquía ____ años G ____ P ____ A ____ FUR ____/____/____ Duración Del Ciclo _____

Características Del Ciclo menstrual (frecuencia, cantidad, dolor) _____

8) Salud Mental: ligar estas preguntas con aspectos antes mencionados por el participante, y no hacerlas tan directas

¿Siente que ha dejado de hacer cosas que antes le gustaban? Sí No ¿Cuál cree que es el motivo? _____

¿Cómo cree usted que es su relación con los demás? (Amigos, vecinos, familiares) _____

¿Cómo se ve en 5 años más? ¿Tiene planes a futuro? _____

Si tuviera que describirse en 3 palabras ¿Cuáles serían? _____

Resumen Diagnósticos Previos (realizados por un profesional de la salud)

1) _____

2) _____

3) _____

Resumen Problemas detectados (Hallazgos): (Anotar en orden según inicio a fin de ficha)

1) _____

2) _____

3) _____

Observaciones: _____

Derivaciones: (Marca con X la derivación y rellena cuando se realice, en el espacio anota el motivo de derivación).

1. Medicina: _____ 4. Química y Farmacia: _____ 7. Fonoaudiología: _____

2. Enfermería: _____ 5. Nutrición: _____ 8. Odontología: _____

3. Kinesiología: _____ 6. Obstetricia: _____ 9. Psicología: _____

Consejería: ¿cuál?: _____ **USO JEFES:** Nº total consejerías _____

Invitación a taller, ¿Cuál?: _____ **Visita Domiciliaria:** Sí No **Caso prioritario:** Sí No

Nombre entrevistador 1: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

Nombre entrevistador 2: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

J.1. 3 FICHA GENERAL ADULTO MAYOR

Trabajos de Salud Rural **V**

Ficha chequeo ADULTO MAYOR
(Tipo de Ficha "V")

Ficha Nº: ___ - Localidad donde VIVE: _____ Fecha: ___/___/___

1) Información del Paciente:
 Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: 1.F 2.M
 Rut: _____ - Dirección _____ Teléfono: _____
 Nivel Educativo: _____ Ocupación: _____ Previsión: _____
 E.C. Soltero(a) Casado(a) Otro _____ Hijos _____ Con quién vive _____
 Participación social: Sí No ¿Dónde? _____ ¿Retira alimento PACAM?: Sí No

1.2) Información del Cuidador
 Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M Rut: _____ -
 Dirección/Referencia: _____ Teléfono: _____
 Ocupación: _____ Nivel Educativo: _____ Previsión _____
 Con quién vive _____ E.C. Soltero(a) Casado(a) Otro _____ Hijos _____
 Parentesco con postrado _____ Fecha inicio cuidado _____ Beneficiario de Estipendio Sí No
 ¿Se siente más cansado de lo habitual con su rol de cuidador? Sí No (Si, aplicar escala sobrecarga del cuidador)

2) Motivo consulta:
 Chequeo Preventivo Problema actual Ambas ¿Cuál? _____
 ¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, ¿por qué? _____
 ¿Cuándo fue su último control preventivo? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____

3) Control de Signos vitales y evaluación nutricional
 Peso _____ kg Talla _____ mt CC _____ cm IMC _____ (Peso/Talla²)
 FC _____ lpm FR _____ rpm HGT _____ 1. PA sentado _____/_____ mmHg 1. PA de pie _____/_____ mmHg
 2. PA sentado _____/_____ mmHg

4) Antecedentes Personales de Salud: (Anotar tratamiento y fecha aproximado de diagnóstico por un profesional de la salud)

<input type="radio"/> a. Alergias _____	<input type="radio"/> q. Bipolaridad _____
<input type="radio"/> b. DM _____	<input type="radio"/> r. Esquizofrenia _____
<input type="radio"/> c. DLP _____	<input type="radio"/> s. Hepatitis _____
<input type="radio"/> d. HTA _____	<input type="radio"/> t. Hipoacusia _____
<input type="radio"/> e. EPOC <input type="radio"/> f. Asma _____	<input type="radio"/> u. Problemas Dentales _____
<input type="radio"/> g. AVE _____	<input type="radio"/> v. IAM _____
<input type="radio"/> h. TEC _____	<input type="radio"/> w. Cáncer _____
<input type="radio"/> i. TBC _____	<input type="radio"/> x. Otros _____
<input type="radio"/> j. ERC _____	
<input type="radio"/> k. Hipertiroidismo _____	<input type="radio"/> y. Demencia _____
<input type="radio"/> l. Hipotiroidismo _____	<input type="radio"/> z. Parkinson _____
<input type="radio"/> m. Artrosis <input type="radio"/> n. Artritis _____	<input type="radio"/> Fracturas _____
<input type="radio"/> o. Insuf Cardíaca _____	<input type="radio"/> TEC _____
<input type="radio"/> p. Depresión _____	<input type="radio"/> Cirugías _____



Ficha chequeo ADULTO MAYOR (Tipo de Ficha "V")

5) Antecedentes Familiares:

Madre _____ Hermana/o _____ Abuelos _____
 Padre _____ Hijos/as _____

6) Hábitos:

Alimentación: Independiente Dependiente

Dificultad para tragar: Sí No (→ Fono) ¿Con qué tipo de alimentos? Sólidos Líquidos Semisólidos

¿N° comidas al día? ____ ¿De qué tipo? _____ Líquidos (tipo y volumen/día): _____

¿Ha sentido pérdida o aumento del apetito en el último tiempo? _____

Higiene de la cavidad oral: n° veces al día ____ **Dentadura:** Propia completa Propia incompleta Prótesis

Sueño: ____ hrs ¿Cómo siente que duerme? _____ ¿Ha tenido problemas para dormir? ____ (Si tiene → psico)

Marcha: Alteración de la marcha Sí No, ¿Requiere ayuda técnica? Sí No ¿cuál? _____

Caida últimos 6 meses: Sí No ¿Dónde? _____ ¿Fractura asociada? Sí No ¿De qué? _____

Audición: Normal Alterada Pérdida abrupta (Si pérdida abrupta → derivación urgente a Fono)

¿Uso de audífonos? Sí No ¿Utiliza cotonitos? Sí No **Visión:** Normal Alterada

Memoria: ¿Siente usted que su memoria ha disminuido? Sí No (Si → Enfermería)

Patrón de Eliminación: Continente Incontinente ocasional Incontinente ¿Uso de pañal? Sí No

Frecuencia deposiciones _____ Última deposición _____ (Si > 3 días → medi)

Tabaquismo: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? ____ N° cigarros/día ____ Años fumando ____

Paquetes/Año ____ ((N° cigarros día x N° años)/20) ¿Ha pensado en dejar el cigarrillo? Sí No (→ medicina/psico)

Consumo de alcohol: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? ____

¿Qué bebe/bebía? _____ ¿Cuánto? ____ (vasos [250 ml]/día)

¿Ha tenido problemas relacionados al alcohol? Sí No → (Realizar Test AUDIT ____ ptos)

Drogas: Sí No Suspendidas ¿hace cuánto suspendió? ____

¿Cuál? _____ Frecuencia _____ ¿Ha pensado en dejarlo? Sí No (→ psico)

Consumo hierbas con fines medicinales: Sí No (Si → QyF)

¿Consumo todos sus medicamentos? Sí No, ¿Cuáles? _____

¿Respeto los horarios? Sí No, ¿Por qué no? _____

¿Tiene a quién acudir frente a problemas? Sí No ¿Quién? _____ (No → psico)

Saneamiento ambiental básico: Agua Potable Sí No Alcantarillado Sí No

Retiro de basura Sí No ¿veces a la semana? _____

♀ Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Terapia Hormonal: Sí No ¿Cuál? _____

Menopausia ____ años G ____ P ____ A ____ Fecha último control preventivo y médico _____

Fecha último PAP ____/____/____ (> 3 años → obstetricia) Fecha última mamografía ____/____/____ (> 1 año → obstetricia)

♂ Antecedentes preventivos: Fecha último APE ____/____/____ Último control preventivo _____

Dificultad/alteraciones al orinar: Sí No



Trabajos de Salud Rural

V

Ficha chequeo ADULTO MAYOR
(Tipo de Ficha "V")

7) Salud Mental: ligar estas preguntas con aspectos antes mencionados por el participante, y no hacerlas tan directas
¿Siente que ha dejado de hacer cosas que antes le gustaban? Sí No ¿Cuál cree que es el motivo? _____

¿Cómo cree usted que es su relación con los demás? (Amigos, vecinos, familiares) _____

¿Qué planes tiene para esta semana? ¿o prontamente? _____

Si tuviera que describirse en 3 palabras ¿Cuáles serían? _____

Problemas para comunicar sus ideas/aislado socialmente _____ (→Fono)

Sospecha de maltrato: Sí No (En caso de sí, derivar Enf y Psico inmediatamente).

Resumen Diagnósticos Previos (realizados por un profesional de la salud)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Resumen Problemas detectados (Hallazgos): (Anotar en orden según inicio a fin de ficha)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Observaciones: _____

Derivaciones: (Marca con X la derivación y rellena cuando se realice, en el espacio anota el motivo de derivación).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1. Medicina: _____ | <input type="radio"/> 4. Química y Farmacia: _____ | <input type="radio"/> 7. Fonoaudiología: _____ |
| <input type="radio"/> 2. Enfermería: _____ | <input type="radio"/> 5. Nutrición: _____ | <input type="radio"/> 8. Odontología: _____ |
| <input type="radio"/> 3. Kinesiología: _____ | <input type="radio"/> 6. Obstetricia: _____ | <input type="radio"/> 9. Psicología: _____ |

Consejería: ¿cuál?: _____

USO JEFES: Nº total consejerías _____

Invitación a taller, ¿Cuál?: _____

Visita Domiciliaria: Sí No Caso prioritario: Sí No

Nombre entrevistador 1: _____ Carrera: _____ Curso: _____

Nombre entrevistador 2: _____ Carrera: _____ Curso: _____

J. 1. 4 FICHA GENERAL EMBARAZADA/ NODRIZA



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo EMBARAZADA/NODRIZA
(Tipo de Ficha: "VII")

VII

Ficha Nº: ___ - ___ Localidad donde VIVE: _____ Fecha: ___/___/___

1) Información del Paciente:

Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: 1.F 2.M
Rut: _____ - ___ Ocupación: _____ Nivel Educativo _____ Previsión: _____
Dirección/Referencia _____ Teléfono: _____
E.C. Soltero(a) Casado(a) Otro _____ Hijos (edades) _____ Con quién vive _____

2) Motivo consulta:

Chequeo Preventivo Problema Actual Ambas ¿Cuál? _____

¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, ¿por qué? _____

¿Cuándo fue su último control preventivo? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____

Recibe beneficios legales PNAC (licencia prenatal, asignación familiar) _____

3) Control de Signos vitales y evaluación nutricional

Peso- preC _____ kg Peso actual _____ kg Talla _____ mt CC _____ cm IMC _____ (Peso/Talla²)
FC _____ lpm FR _____ rpm *HGT _____ 1. PA _____/____ mmHg 2. PA _____/____ mmHg

*Realizar HGT a mujeres con patología asociada, o con mal control durante el embarazo.

Conciencia vigil obnubilado sopor _____ Orientación: Tiempo Sí No Espacio Sí No

4) Antecedentes Personales de Salud:(Anotar fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud y su tratamiento)

a. Alergias _____ o. Insuf Cardiacas _____
 b. DM _____ p. Depresión _____
 c. DLP _____ q. Bipolaridad _____
 d. HTA _____ r. Esquizofrenia _____
 e. EPOC f. Asma _____ s. Hepatitis _____
 g. AVE _____ t. Hipoacusia _____
 h. TEC _____ u. Problemas Dentales _____
 i. TBC _____ v. IAM _____
 j. ERC _____ w. Cáncer _____
 k. Hipertiroidismo _____ x. Otros _____
 l. Hipotiroidismo _____
 m. Artrosis n. Artritis _____ Cirugías _____

5) Antecedentes Familiares de Salud:(si ha fallecido por esa enfermedad, anotar edad)

Madre _____ Abuelo/a materna _____ Hermana/o _____
Abuelo/a paterno _____ Padre _____ Hijo/a _____

6) Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Método(s) AC _____
Menarquia _____ años G _____ P _____ A _____
Fecha último PAP _____/____/____ Fecha última mamografía _____/____/____
Fecha último control preventivo y médico _____/____/____ Duración Del Ciclo _____
Características Del Ciclo menstrual(frecuencia, cantidad, dolor) _____
Conductas de riesgo: Sí No ¿Ha tenido alguna ITS?: Sí No ¿Cuáles? _____
Último VDRL _____/____/____ Resultado: _____



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo EMBARAZADA/NODRIZA
 (Tipo de Ficha: "VII")

VII

8) Embarazos previos

N° de Partos ____ N° de Hijos ____

Tipo de parto anterior: Normal Cesárea Fórceps

¿Tuvo alguna complicación y patología en la gestación anterior? Sí No ¿Cuál? _____

¿Ha tenido hijos prematuros? (<37 semanas de gestación) Sí No

7) Embarazo actual:

FUR ____/____/____ FUR operacional: ____/____/____

Edad gestacional actual: ____ semanas Fecha probable de parto: ____/____/____

Condición fetal: ¿Siente a su bebé moverse? Sí No ¿Se ha realizado el test de movimientos fetales? Sí No

¿Ha presentado alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo?

Diabetes Gestacional Preeclampsia Otros ¿Cuáles? _____

¿Cuándo? _____

Síntomas digestivos: Náuseas Vómitos Constipación Acidez Otro _____

Antojos: _____

Apreciación general del embarazo _____

9) Lactancia

Edad del Bebé ____/____/____

Lactancia Materna: Sí No Lactancia artificial: Sí No

Frecuencia (lactancia/día) y duración LME _____

Lugar de amamantamiento: _____ Dolor o molestia al amamantar: _____

Observaciones: _____

10) Hábitos:

Tabaquismo: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____ N° cigarros/día ____ Años fumando ____

Paquetes/Año ____ ([N° cigarros día x N° años]/20) ¿Ha pensado en dejar el cigarrillo? Sí No (→ medicina/psico)

Consumo de alcohol: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____

¿Qué bebe/bebía? _____ ¿Cuánto? ____ (vasos [250 ml]/día)

¿Ha tenido problemas relacionados al alcohol? Sí No → (Realizar Test AUDIT ____ ptos)

Drogas: Sí No Suspendidas ¿hace cuánto suspendió? _____

¿Cuál? _____ Frecuencia _____ ¿Ha pensado en dejarlo? Sí No (→ psico)

Alimentación: ¿Cuántas comidas al día? ____ ¿De qué tipo? _____

¿Ha sentido pérdida o aumento del apetito en el último tiempo? _____

Hábitos dentales: N° lavado dientes al día ____ Usa prótesis Dental Sí No

¿Está en GES salud oral integral para la embarazada? Sí No

Ejercicio físico: Sí No, ¿Cuál y cuánto a la semana? _____

Actividad Extras / Pasatiempos: _____

Sueño: ____ hrs ¿Cómo siente que duerme? _____ ¿Ha tenido problemas para dormir? ____ (Si tiene → psico)

¿Tiene a quién acudir frente a problemas?: Sí No ¿Quién? _____ (Si no tiene → psico)

¿Consume hierbas con fines medicinales?: Sí No (Si consume, derivar a QF)



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo EMBARAZADA/NODRIZA
 (Tipo de Ficha: "VII")

VII

Saneamiento ambiental básico:

Agua Potable: Sí No Alcantarillado: Sí No Retiro de basura: Sí No N° de veces por semana _____

11) Salud Mental: ligar estas preguntas con aspectos antes mencionados, y no hacerlas tan directas

¿Siente que ha dejado de hacer cosas que antes le gustaban? Sí No ¿Cuál cree que es el motivo? _____

¿Cómo cree usted que es su relación con los demás? (Amigos, vecinos, familiares) _____

¿Cómo se ve usted en 5 años más? ¿Tiene planes a futuro? _____

Si tuviera que describirse en 3 palabras ¿Cuáles serían? _____

Resumen Diagnósticos Previos (diagnosticados por algún profesional de la salud)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Resumen Problemas detectados (Hallazgos): (Anotar en orden según inicio a fin de ficha)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Observaciones: _____

Derivaciones: *(Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva)*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1. Medicina: _____ | <input type="radio"/> 4. Química y Farmacia: _____ | <input type="radio"/> 7. Fonoaudiología: _____ |
| <input type="radio"/> 2. Enfermería: _____ | <input type="radio"/> 5. Nutrición: _____ | <input type="radio"/> 8. Odontología: _____ |
| <input type="radio"/> 3. Kinesiología: _____ | <input type="radio"/> 6. Obstetricia: _____ | <input type="radio"/> 9. Psicología: _____ |

Consejería: ¿cuál?: _____ **USO JEFES:** N° total consejerías _____

Invitación a taller, ¿Cuál?: _____ **Visita Domiciliaria:** Sí No **Caso prioritario:** Sí No

Nombre entrevistador 1: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

Nombre entrevistador 2: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

*Sugerencia de consejería: Signos y síntomas de alarma; Nutrición materno-fetal; Lactancia y cuidados del recién nacido; Derechos legales; Actividad sexual durante el embarazo; Planificación familiar; Preparación para el parto.

J.1. 5 FICHA GENERAL LACTANTE

Trabajos de Salud Rural

Ficha chequeo LACTANTE

(Tipo de Ficha: "I")

Ficha Nº: ___-___ Localidad donde VIVE: _____ Fecha: ___/___/___

1.1) Información del Paciente:

Nombre: _____ Edad (aa/mm/dd): ___/___/___ Sexo: F M

Rut: _____ Dirección/Referencia _____

Teléfono: _____ Jardín/Sala Cuna Sí No Nivel: _____ Edad de Inicio _____

1.2) Información Acompañante/Cuidador

¿Con quién viene? _____ Parentesco: _____

¿Con quién vive? _____ Previsión: _____

¿Cuidador principal?: _____ Nivel Educativo: _____ Ocupación: _____

Motivo consulta: Chequeo Preventivo Problema actual Ambas ¿Cuál? _____

¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, ¿por qué? _____

¿Cuándo fue su último control de niño sano? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____

2) Antecedentes Personales de Embarazo (madre):

¿Presentó alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo, parto o Post-parto?

Diabetes Gestacional Preeclampsia Otros ¿Cuándo? _____

¿Consumió alguna de los siguientes sustancias durante el embarazo?

Alcohol: Sí No Tabaco: Sí No Drogas: Sí No ¿Cuál? _____

¿Presentó alguna complicación durante el embarazo? Sí No ¿Cuál? _____

3) Antecedentes Personales de Salud (niño)

Tipo de parto: Vaginal Cesárea Edad Gestacional _____ semanas Peso de nacimiento _____ Kg

¿Ha estado Hospitalizado? Sí No ¿Por qué? _____

¿Su hijo presenta o ha presentado algunas de las siguientes condiciones?(Anotar tratamiento y fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud)

Alergias _____ Epilepsia _____

SBO _____ Traumatismo _____

ITU _____ Cirugías _____

Asma _____ Otras _____

Vacunas al día Sí No, _____

¿Cree usted que su hijo presenta algún retraso en el desarrollo de las siguientes áreas?

Habilidades motoras (marcha, gateo, etc) _____

Lenguaje (balbuceo, primeras palabras, etc) _____

Coordinación (acomodación de objetos, etc.) _____

Social (reacciones frente a personas, imitación de gestos, etc) _____

4) Antecedentes Familiares de Salud:(Anotar enfermedad, si ha fallecido por esa enfermedad, anotar edad)

Madre _____ Abuelo/a paterno _____ Abuelo/a Materna _____

Padre _____ Hermana/o _____



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo LACTANTE
 (Tipo de Ficha: "I")

I

5) Examen Físico y evaluación nutricional:

Peso _____ kg Talla _____ cm PC _____ cm

6) Hábitos:

¿Con quién duerme? _____ ¿Cada cuánto se baña? _____

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Higiene Oral? Sí No

¿Usa almohada? _____ ¿De qué Tipo? _____

Horarios y tiempos entre cada comida:

¿En qué consiste la alimentación del lactante?

¿Retira los alimentos de PNAC? Sí No

¿Recibe alguna hierba medicinal? Sí No

¿Consumo algún medicamento, suplemento nutricional o Vitaminas? Sí No ¿Cuál? _____

Resumen Diagnósticos Previos (realizados por un profesional de la salud)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Resumen Problemas detectados (Hallazgos): (Anotar en orden según inicio a fin de ficha)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Observaciones: _____

Derivaciones: (Marca con X la derivación y rellena cuando se realice, en el espacio anota el motivo de derivación).

1. Medicina: _____ 4. Química y Farmacia: _____ 7. Fonoaudiología: _____

2. Enfermería: _____ 5. Nutrición: _____ 8. Odontología: _____

3. Kinesiología: _____ 6. Obstetricia: _____ 9. Psicología: _____

Consejería: ¿cuál?: _____


USO JEFES: Nº total consejerías _____

Invitación a taller, ¿Cuál?: _____ Visita Domiciliaria: Sí No Caso prioritario: Sí No

Nombre entrevistador 1: _____ Carrera: _____ Curso: _____

Nombre entrevistador 2: _____ Carrera: _____ Curso: _____

J. 1. 6 FICHA GENERAL POSTRADO



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo POSTRADO
(Tipo de Ficha: "VI")

Ficha Nº: ___-___ Localidad donde VIVE: _____ Fecha: ___/___/___

1) Información del Paciente:
 Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: 1.F 2.M
 Rut: _____ - Nivel Educacional _____ Previsión _____
 Dirección/Referencia _____ Teléfono: _____
 E.C. Soltero(a) Casado(a) Otro _____ Hijos _____ Con quién vive _____
 ¿Hace cuánto esta postrado? _____
 Puntaje índice Barthel (escala de dependencia) Independiente Leve Moderado Grave Total _____

2) Información del Cuidador:
 Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: F M
 Rut: _____ - Dirección/Referencia: _____
 Teléfono: _____ Ocupación: _____ Nivel Educacional: _____
 E.C. Soltero(a) Casado(a) Otro _____ Hijos _____ Con quién vive _____
 Parentesco con el postrado _____ Fecha inicio cuidado _____
 Previsión _____ Beneficiario de Estipendio Sí No
 ¿Se siente más cansado de lo habitual con su rol de cuidador? Sí No (Si, aplicar escala sobrecarga del cuidador)
 En el caso de que el postrado sea adulto mayor: ¿Retira alimento PACAM?: Sí No

3) Motivo consulta:
 Chequeo Preventivo Problema actual Ambas ¿Cuál? _____
 Previsión: _____ ¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, ¿por qué? _____
 ¿Cuándo fue su último control preventivo? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____

4) Examen Físico y evaluación nutricional:
 Peso _____ kg Talla _____ mt IMC _____ CC _____ cm HGT _____
 1. PA _____/_____ mmHg 2. PA _____/_____ mmHg Presencia de UPP Sí No
 ¿Se le realizan curaciones? Sí No ¿Quién? _____
 Conciencia vigil obnubilado sopor _____ Orientación: Tiempo Sí No Espacio Sí No

5) Antecedentes Personales de Salud: (Anotar tratamiento y fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud)

<input type="radio"/> a. Alergias _____	<input type="radio"/> o. Insuf Cardíaca _____
<input type="radio"/> b. DM _____	<input type="radio"/> p. Depresión _____
<input type="radio"/> c. DLP _____	<input type="radio"/> q. Bipolaridad _____
<input type="radio"/> d. HTA _____	<input type="radio"/> r. Esquizofrenia _____
<input type="radio"/> e. EPOC <input type="radio"/> f. Asma _____	<input type="radio"/> s. Hepatitis _____
<input type="radio"/> g. AVE _____	<input type="radio"/> t. Hipoacusia _____
<input type="radio"/> h. TEC _____	<input type="radio"/> u. Problemas Dentales _____
<input type="radio"/> i. TBC _____	<input type="radio"/> v. IAM _____
<input type="radio"/> j. ERC _____	<input type="radio"/> w. Cáncer _____
<input type="radio"/> k. Hipertiroidismo _____	<input type="radio"/> x. Otros _____
<input type="radio"/> l. Hipotiroidismo _____	<input type="radio"/> Demencia/alzheimer _____
<input type="radio"/> m. Artrosis <input type="radio"/> n. Artritis _____	<input type="radio"/> Cirugías _____



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo POSTRADO
(Tipo de Ficha: "VI")

6) Características Espacio Físico:

Iluminación: _____

Espacio alrededor de la cama: _____

Tipo de calefacción: _____ Ventilación: _____

Condiciones cama: _____ Condiciones Colchón _____

¿Es usuario de Colchón Antiescaras? Sí No

Saneamiento ambiental básico:

Agua Potable Sí No

Alcantarillado Sí No

Retiro de basura Sí No ¿Cuántas veces a la semana? _____

Animales en el hogar: Sí No

Implementos del Hogar:

Barandas en la cama: Sí No ¿Barandas en la Ducha? Sí No Piso Anti deslizante: Sí No

Silla de ruedas u otra ayuda técnica (muletas/andador): Sí No

7) Hábitos:

Tabaquismo: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____ Nº cigarrros/día _____ Años fumando _____

Paquetes/Año _____ ((Nº cigarrros día x Nº años)/20) ¿Ha pensado en dejar el cigarrillo? Sí No (→ medicina/psico)

Consumo de alcohol: Sí No Suspendido, ¿hace cuánto suspendió? _____

¿Qué bebe/bebía? _____ ¿Cuánto? _____ (vasos [250 ml]/día)

¿Ha tenido problemas relacionados al alcohol? Sí No → (Realizar Test AUDIT _____ ptos)

Drogas: Sí No Suspendidas ¿hace cuánto suspendió? _____

¿Cuál? _____ Frecuencia _____ ¿Ha pensado en dejarlo? Sí No (→ psico)

Alimentación (n° y caract. de comidas): V.O SNG. GTT _____

Higiene de la cavidad oral: _____/día

Dentadura Propia completa Propia incompleta Prótesis

Dificultad para tragar Sí No (derivar a Fono) ¿Con qué tipo de alimentos? Sólidos Líquidos Semisólidos

Sueño: _____ hrs. Calidad de sueño _____ **Patrón de eliminación:** Chata Ostomía Pañal Baño

Frecuencia deposiciones _____ Última deposición _____ (Si > 3 días → Medi)

Cuidador realiza movilizaciones: Sí No (derivar a kinesiología) ¿Cada cuantas Horas? _____

Red de Apoyo: Sí No **Consumo hierbas con fines medicinales:** Sí No (derivar QyF)

♀ **Antecedentes Gineco-Obstétricos:** Método (s) AC _____

Menarquia _____ años Menopausia _____ años FUR ____/____/____ G ____ P ____ A ____

Fecha último control preventivo y médico ____/____/____ Duración Del Ciclo _____

Características Del Ciclo Mentrual _____

Fecha último PAP ____/____/____ Fecha última mamografía ____/____/____

Infecciones urinarias: Sí No ¿Frecuencia? _____

♂ **Antecedentes preventivos:** Fecha último APE ____/____/____ Último control preventivo _____

Dificultad/alteraciones al orinar: Sí No



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo POSTRADO
(Tipo de Ficha: "VI")

8) Salud Mental: ligar estas preguntas con aspectos antes mencionados por el participante, y no hacerlas tan directas
 ¿Siente que ha dejado de hacer cosas que antes le gustaban? Sí No ¿Cuál cree que es el motivo? _____

¿Cómo cree usted que es su relación con los demás? (Amigos, vecinos, familiares) _____

¿Qué planes tiene para esta semana? ¿o prontamente? _____

Si tuviera que describirse en 3 palabras ¿Cuáles serían? _____

Resumen Diagnósticos Previos

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Resumen Problemas detectados (Hallazgos):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Observaciones: _____


Derivaciones: (Marca con X la derivación y rellena cuando se realice, en el espacio anota el motivo de derivación).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1. Medicina: _____ | <input type="radio"/> 4. Química y Farmacia: _____ | <input type="radio"/> 7. Fonoaudiología: _____ |
| <input type="radio"/> 2. Enfermería: _____ | <input type="radio"/> 5. Nutrición: _____ | <input type="radio"/> 8. Odontología: _____ |
| <input type="radio"/> 3. Kinesiología: _____ | <input type="radio"/> 6. Obstetricia: _____ | <input type="radio"/> 9. Psicología: _____ |


<input type="radio"/> Consejería: ¿cuál?: _____		USO JEFES: Nº total consejerías _____
<input type="radio"/> Invitación a taller, ¿Cuál?: _____	Visita Domiciliaria: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Caso prioritario: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Nombre entrevistador 1: _____	Carrera: _____	Curso: _____
Nombre entrevistador 2: _____	Carrera: _____	Curso: _____

Trabajos de Salud Rural

J.1. 7 FICHA GENERAL PREESCOLAR Y ESCOLAR



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo PREESCOLAR y ESCOLAR
 (Tipo de Ficha: "II")



Ficha N°: _-____ Localidad donde VIVE: _____ Fecha: __/__/__

1.1) Información del Paciente:
 Nombre: _____ Fecha Nacimiento __/__/__ Edad (aa/mm/dd): __/__/__ Sexo: F M
 Rut: _____ - ____ Jardín- Colegio Sí No _____ Nivel: _____ Promedio notas _____
 Colegio Diferencial o de lenguaje Sí No (si, derivar a fonó) ¿Motivo? _____
 Dirección/Referencia _____ Teléfono: _____

1.2) Información Acompañante/Cuidador
 ¿Con quién viene?: _____ Parentesco acompañante: _____
 ¿Con quién vive?: _____ Previsión: _____
 ¿Quién es su cuidador principal?: _____ Nivel Educacional: _____

Motivo consulta: Chequeo Preventivo Problema actual Ambas ¿Cual? _____

¿Está inscrito en su consultorio? Sí No, por qué _____

¿Cuándo fue su último control preventivo? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____

2) Antropometría y evaluación nutricional:
 Peso _____ kg Talla _____ cm CC _____ cm IMC (>6: Peso/talla²) _____

3) Antecedentes Personales de Salud: (Anotar tratamiento y fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud)
 Alergias _____ Epilepsia _____
 TDAH _____ SBO _____
 TEA _____ Traumatismo _____
 ITU _____ Cirugías _____
 Asma _____ Otras _____
 DM _____
 Vacunas al día Sí No ¿Cuáles? _____
 Consumo de medicamentos? Sí No ¿Cuáles? _____

¿Cree usted que su hijo presenta o presentó algún retraso en el desarrollo de las siguientes áreas?
 Coordinación (manipular objetos, dibujar, etc) _____
 Lenguaje (nombrar objetos, describir escenas, etc) _____
 Motricidad (saltar en un pie, tomar una pelota, etc) _____

4) Antecedentes Familiares de Salud: (Anotar parentesco; si ha fallecido por esa enfermedad, anotar edad)
 Madre _____ Abuelo/a paterno _____ Abuelo/a Materna _____
 Padre _____ Hermana/o _____



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo PREESCOLAR y ESCOLAR
 (Tipo de Ficha: "II")



5) Hábitos:

¿Con quién duerme? _____ ¿Cuántas horas? _____
 ¿Usa almohada? _____ ¿Juega con otros niños? Sí No _____
 ¿Cada cuánto se baña? _____ Cepilla dientes Sí No, Nº veces/día: _____

6) Alimentación:

¿Cuántas comidas al día? _____ ¿En Que Horarios? _____
 ¿Cuántas colaciones? _____
 ¿Qué lleva al Jardín/Colegio? _____

Consumo a la semana	Frecuencia	Observación
Lácteos		
Vegetales		
Carne		
Pan		
Golosinas		
Frituras/Chatarra		

¿Consume alguna hierba medicinal? Sí No (derivar a QF)

Saneamiento ambiental básico:

Agua Potable Sí No
 Alcantarillado Sí No
 Retiro de basura Sí No ¿Cuántas veces a la semana? _____

Resumen Diagnósticos Previos (realizados por un profesional de la salud) **Resumen Problemas detectados (Hallazgos):** (Anotar en orden según inicio a fin de ficha)

1) _____ 1) _____
 2) _____ 2) _____
 3) _____ 3) _____
 4) _____ 4) _____

Observaciones: _____


Derivaciones: (Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva)

1. Medicina: _____ 4. Química y Farmacia: _____ 7. Fonoaudiología: _____
 2. Enfermería: _____ 5. Nutrición: _____ 8. Odontología: _____
 3. Kinesiología: _____ 6. Obstetricia: _____ 9. Psicología: _____

Consejería: ¿cuál?: _____ **USO JEFES:** Nº total consejerías _____
 Invitación a taller, ¿Cuál?: _____ **Visita Domiciliaria:** Sí No **Caso prioritario:** Sí No
Nombre entrevistador 1: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____
Nombre entrevistador 2: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

J.2. FICHA GENERAL ANTERIOR

PARA EFECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SE MOSTRARÁ SOLO LA FICHA ANTERIOR DE ADULTOS, PARA EVIDENCIAR EL CAMBIO EN EL APARTADO DE SALUD MENTAL

 Trabajos de Salud Rural Ficha chequeo ADULTO (Tipo de Ficha: "IV")		IV
Ficha N°: ___ - Localidad donde VIVE: _____		Fecha: ___ / ___ / ___
1) Información del Paciente:		
Nombre: _____		Edad (años): ___ Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Rut: _____	Ocupación: _____	Nivel Educativo: _____
Dirección/Referencia _____		Teléfono: _____
E.C. <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> Hijos ___ Con quién vive _____		
2) Motivo consulta:		
<input type="radio"/> Problema Actual <input type="radio"/> Chequeo Preventivo <input type="radio"/> Ambas ¿Cuál? _____		
Previsión: _____		
¿Está inscrito en su consultorio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, ¿por qué? _____		
¿Cuándo fue su último control preventivo? _____ Hace más de 1 año, ¿Por qué? _____		
3) Control de Signos vitales y evaluación nutricional		
Peso _____ kg	Talla _____ mt	CC _____ cm IMC _____ (Peso/Talla ²)
FC _____ lpm	FR _____ rpm	HGT _____ 1. PA _____ / _____ mmHg 2. PA _____ / _____ mmHg
Conciencia <input type="radio"/> Alerta <input type="radio"/> Confuso <input type="radio"/> Otro _____ Orientación: tiempo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Orientación: espacio <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
4) Antecedentes Personales de Salud: (Anotar fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud y su tratamiento)		
<input type="radio"/> Alergias _____	<input type="radio"/> Artritis/Artrosis _____	
<input type="radio"/> ODM _____	<input type="radio"/> I Cardíaca _____	
<input type="radio"/> ODLP _____	<input type="radio"/> Depresión _____	
<input type="radio"/> OTBC _____	<input type="radio"/> Hepatitis _____	
<input type="radio"/> OEPOC/Asma _____	<input type="radio"/> Hipoacusia _____	
<input type="radio"/> OAVE _____	<input type="radio"/> Problemas dentales _____	
<input type="radio"/> OTEC _____	<input type="radio"/> IAM _____	
<input type="radio"/> OHTA _____	<input type="radio"/> Cirugías _____	
<input type="radio"/> OERC _____	<input type="radio"/> Cáncer _____	
	<input type="radio"/> Otros _____	
5) Antecedentes Familiares de Salud: (Anotar parentesco; si ha fallecido por esa enfermedad, anotar edad)		
<input type="radio"/> OHTA _____	<input type="radio"/> ODM _____	<input type="radio"/> ODLP _____
<input type="radio"/> ODepresión _____	<input type="radio"/> I. Cardíaca _____	<input type="radio"/> O Cáncer _____
<input type="radio"/> OIAM _____	<input type="radio"/> OERC _____	<input type="radio"/> Otros _____
6) Hábitos:		
Tabaquismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, N° cigarrillos/día _____ Años fumando _____ Paquetes/Año _____ ([N° cigarrillos día x N° años] /20)		
¿Suspendió? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿hace cuánto? _____		
¿Ha pensado en dejar el cigarrillo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Alcoholismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, ¿Qué? _____ ¿Cuánto? _____ (vasos [250 ml]/día)		
¿Ha tenido problemas relacionados al alcohol? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No → (Realizar Test AUDIT _____ pts)		
Drogas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, ¿Cuál? _____ Frecuencia _____ ¿Ha pensado en dejarlo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Alimentación: ¿Cuántas comidas al día? _____ ¿De qué tipo? _____		
Hábitos dentales: N° lavado dientes al día _____ Usa prótesis Dental <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Ejercicio: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, ¿Cuál y cuánto a la semana? _____		
Actividad Extras / Pasatiempos: _____		



Trabajos de Salud Rural
Ficha chequeo ADULTO
 (Tipo de Ficha: "IV")

Sueño: _____ hrs. Red de Apoyo: Sí No ¿Quién? _____

¿Consumes hierbas con fines medicinales?: Sí No (Si consume, derivar a QF)

Saneamiento ambiental básico:

Agua Potable: Sí No

Alcantarillado: Sí No

Retiro de basura: Sí No, ¿Cuántas veces a la semana? _____

7) Conducta sexual:

Inicio Act. Sexual: Sí No

Conductas de riesgo: Sí No

¿Ha tenido alguna ITS?: Sí No ¿Cuáles? _____

♀ **Antecedentes Gineco-Obstétricos:** Método(s) AC _____

Menarquia _____ años Menopausia _____ años FUR ____ / ____ / ____ G ____ P ____ A ____

Si está en gestación, ¿Retira los alimentos PNAC? Sí No

Fecha último PAP ____ / ____ / ____ Fecha última mamografía ____ / ____ / ____

Fecha último control preventivo y médico ____ / ____ / ____ Duración Del Ciclo _____

Características Del Ciclo menstrual(frecuencia,cantidad,dolor) _____

♂ **Antecedentes preventivos:** Fecha último APE ____ / ____ / ____ Último control preventivo _____

8) Salud Mental:

¿Ha tenido problemas para dormir en el último tiempo? Sí No

¿Se siente conforme con la vida que está llevando? Sí No

¿Ha tenido pensamientos negativos hacia su persona? Sí No

¿Le resulta difícil relacionarse con las personas? Sí No

Resumen Diagnósticos Previos

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Resumen Problemas detectados (Hallazgos): (Anotar

en orden según inicio a fin de ficha)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Observaciones: _____

Derivaciones: *(Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva)*

Medicina Enfermería Kinesiología Química y farmacia Nutrición

Obstetricia Fonoaudiología Odontología Psicología

LLENADO OBLIGATORIO:

Consejería: ¿cuál?: _____

Invitación a taller, ¿Cuál?: _____

Paciente crónico Sí No

Caso prioritario Sí No

Nombre entrevistador: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____

USO JEFES: N° total consejerías _____

J.3. FICHAS ACTUALES DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA

J.3.1 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADULTOS

Registro N° _____	Localidad donde vive: _____	Fecha: / / _____
--------------------------	------------------------------------	-------------------------

1) Datos personales:

Nombre: _____ Edad (años): _____ Género: F M
 Rut: _____ - Estado Civil: _____ Previsión de salud: _____
 Teléfono: _____ Dirección/Referencia: _____
 Nivel educacional: _____ Profesión/Oficio: _____
 Situación económica: _____ Pasatiempos: _____

2) Datos familiares:

¿Con cuántas personas vive? _____ ¿Quiénes? (edades): _____
 Ocupación(es): _____
 Hijos: _____ ¿Qué edades? _____
 ¿Cómo definiría usted la relación con su familia? (Relaciones) _____

 ¿Con cuál miembro de su familia mantiene el vínculo más cercano? _____

3) Redes sociales:

¿Participa usted de forma activa en alguna actividad grupal? (*Familiar, vecinal, religiosa, Política, etc.*) _____
 ¿Cómo es su relación con sus vecinos? _____

3) Redes sociales:

¿Participa usted de forma activa en alguna actividad grupal? (*Familiar, vecinal, religiosa, Política, etc.*) _____
 ¿Cómo es su relación con sus vecinos? _____

4) Motivo de derivación (*¿Quién derivó y por qué?*) (*Uso interno*) _____

5) Antecedentes Psicológicos y psiquiátricos:

¿Alguna vez ha ido al psicólogo o psiquiatra? PSICÓLOGO PSIQUIATRA NO

¿Recibió algún diagnóstico? _____

¿Cuándo? _____ ¿Qué tratamiento siguió? _____

¿Consume o consumió algún fármaco para tratar su enfermedad? SI NO ¿Cuál? _____

¿Cuánto tiempo asistió? _____ ¿Lo finalizó? SI NO

¿Por qué desistió? (*En caso si la respuesta es negativa*) _____

REGISTRO DE PSICOLOGÍA. ADULTO TRABAJOS DE SALUD RURAL (HOJA "E")

IV_ψ

¿Hay algún familiar directo que haya sido diagnosticado con alguna patología o trastorno? SI NO
Indicar quién y cual _____

6) Problema actual (*Motivo de consulta*)

¿Es necesario una derivación a un Psicólogo? SI NO
¿La persona quiere recibir ayuda psicológica? SI NO (*En caso de ser negativa la respuesta
indicar el motivo, realizar consejería referente a recibir ayuda psicológica*)

6) Consejería aplicada

Derivación Kinesiólogo TSR Derivación Médico TSR Derivación Enfermería

Derivación Nutricionista TSR Derivación Odontólogo TSR Derivación Química y Farmacia

Derivación Obstetricia TSR Derivación Fonoaudiólogo TSR

Invitación Taller Educativo, ¿Cuál? _____

Consejería temas de salud, ¿Cuántas? _____

Derivación a Red Social: _____

Nombre y firma Psicología TSR: _____

J.3.2 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: NIÑO/A

II ψ

Registro de Psicología

Registro de Psicología TSR NIÑO/A (Hoja “E”)

Registro N° ___ - ___ Localidad donde vive: _____ Fecha: ___/___/___

1) Datos personales:

Nombre: _____ Edad (años): _____ Género: F M

Rut: _____ - ___ Previsión de salud: _____ Teléfono: _____

Dirección/Referencia: _____

Nivel educacional: _____ Colegio- Jardín _____

2) Motivo de derivación (*¿Quién derivó y por qué?*) (*Uso interno*)

3) Antecedentes personales de salud (anotar tratamiento y fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud)

TDAH _____ Discapacidad intelectual _____

TEA _____ Trastorno Alimenticio _____

Otro _____

4) Datos familiares:¿Con quién viene? (**parentesco**) _____ ¿Con cuántas personas vive? _____

Parentesco y edades _____

¿Con quién de la familia se lleva mejor? _____

¿Con quién de la familia es más distante?

¿Quién lo(a) cuida durante el día?

5) Datos escolares:

Colegio Científico- Humanista / Colegio técnico profesional/ Jardín / escuela de lenguaje /

Asiste al Programa PIE? (Programa de integración escolar) **SI** **NO**

Promedio de notas los últimos 3 meses: _____

¿Ha repetido algún curso? _____

¿Se ha cambiado de institución alguna vez? _____ ¿Cuándo? _____

¿Por qué?

¿Quién lo (a) ayuda a estudiar/ hacer tareas? _____

6) Redes sociales:

¿Cómo se comporta en el colegio?

¿Cómo se lleva con sus compañeros de colegio?

¿Tiene amigos en el colegio? _____ ¿De qué edades? _____

¿Cómo se comporta en su casa?

¿Realiza actividades extra programáticas? ¿Cuál? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____

7) Habilidades Parentales

Cuando su hijo/a está triste, ¿Cómo lo expresa?

Cuando su hijo/a está feliz, ¿Cómo lo expresa?

Cuando su hijo/a está enojado, ¿Cómo lo expresa?

¿Ayuda en tareas domésticas?

8) Antecedentes Psicológicos y psiquiátricos:

¿Alguna vez ha ido al psicólogo o psiquiatra? A) PSICÓLOGO/A B) PSIQUIATRA C) NO

¿Recibió algún diagnóstico? _____

¿Cuándo? _____ ¿Qué tratamiento siguió? _____

¿Consume o consumió algún fármaco para tratar su enfermedad? SI NO ¿Cuál?

¿Cuánto tiempo asistió? _____ ¿Lo finalizó? SI NO

¿Por qué desistió? *(En caso si la respuesta es negativa)*

¿Hay algún familiar directo que sufra o haya sufrido alguna patología o trastorno? SI NO

Indicar quién y cual _____

9) Problema actual (*Motivo de consulta*)

¿Es necesario una derivación a un Psicólogo? SI NO

¿La persona quiere recibir ayuda psicológica? SI NO (*En caso de ser negativa la respuesta indicar el motivo, realizar consejería referente a recibir ayuda psicológica*)

10) Consejería aplicada

Derivaciones: (*Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva*)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Derivación Kinesiólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Médico TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Enfermería TSR | <input type="radio"/> Derivación Nutricionista TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Odontólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Química y Farmacia TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Obstetricia TSR | <input type="radio"/> Derivación Fonoaudiólogo TSR |

- Invitación Taller Educativo, ¿Cuál? _____
- Consejería temas de salud, ¿Cuántas? _____
- Derivación a Red Social: _____

Nombre y firma Psicología TSR:

J.3.3 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADOLESCENTE

Registro de Psicología

III Ψ

Registro de Psicología ADOLESCENTE (11 a 19 años) (Hoja "E")

Registro N° ___ - ___ Localidad donde vive: _____ Fecha: ___/___/___
--

1. Datos personales:

Nombre: _____ Edad (años): _____ Género: F M
 Rut: _____ - ___ Previsión de salud: _____ Teléfono: _____
 Dirección/Referencia: _____
 Nivel educacional: _____ Establecimiento Educacional _____

2) **Motivo de derivación** (*¿Quién derivó y por qué?*) (Uso interno) _____

3) **Antecedentes personales de salud** (anotar tratamiento y fecha aproximada de diagnóstico por un profesional de la salud)

TDAH _____ Discapacidad intelectual _____
 TEA _____ Depresión _____
 Trastorno alimenticio _____ Abuso de sustancias _____
 Otro _____

4) Datos familiares:

¿Con quién viene? (**parentesco y edades**) _____
 ¿Con cuántas personas vive? _____
 ¿Con quién de tu familia te llevas mejor? _____
 ¿Con quién compartes/convives la mayor parte del día? _____

5) Datos escolares:

Colegio Científico-Humanista / Colegio Técnico-profesional / Universidad
 Promedio de notas los últimos 3 meses: _____
 ¿Ha repetido algún curso? _____
 ¿Se ha cambiado de institución alguna vez? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Porqué? _____
 ¿Recibes apoyo en tus labores académicas? Quién? _____

6) Relaciones sociales

¿Cómo se comporta en el establecimiento? _____

¿Cómo se lleva con sus compañeros de establecimiento? _____

¿Quiénes conforman tu grupo de amigos en el colegio? _____

¿De qué edades? _____

¿Tienes amigos fuera del colegio? _____

¿Qué otra labor realiza aparte de estudiar? _____

¿Realiza actividades extra programáticas? ¿Cuál? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____

7) Antecedentes Psicológicos y psiquiátricos:

¿Alguna vez ha ido al psicólogo o psiquiatra? PSICÓLOGO PSIQUIATRA NO

¿Recibió algún diagnóstico? _____

¿Cuándo? _____

¿Qué tratamiento siguió? _____

¿Cuánto tiempo asistió? _____ ¿Lo finalizó? SI NO

¿Por qué desistió? (*En caso si la respuesta es negativa*) _____

¿Ha requerido la utilización de algún fármaco para el diagnóstico recibido? SI NO

¿Cuál? _____

¿Hay algún familiar directo que sufra o haya sufrido alguna patología o trastorno? SÍ NO

Indicar quién y cual _____

8) Problema actual (*Motivo de consulta*)

¿Es necesario una derivación a un Psicólogo? SI NO

¿La persona quiere recibir ayuda psicológica? SI NO (*En caso de ser negativa la respuesta indicar el motivo, realizar consejería referente a recibir ayuda psicológica*)

9) Consejería aplicada

Derivaciones: *(Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva)*

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Derivación Kinesiólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Médico TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Enfermería TSR | <input type="radio"/> Derivación Nutricionista TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Odontólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Química y Farmacia TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Obstetricia TSR | <input type="radio"/> Derivación Fonoaudiólogo TSR |

- Invitación Taller Educativo, ¿Cuál? _____
- Consejería temas de salud, ¿Cuántas? _____
- Derivación a Red Social: _____

Nombre y firma Psicología TSR:

J.3.5 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: ADULTO MAYOR



Registro de Psicología

Registro de Psicología, ADULTO MAYOR (> 65 Años) (Hoja “E”)

Registro N° ____ - ____ Localidad donde vive: _____ Fecha: ____/____/____

Datos personales:

Nombre: _____ Edad (años): _____ Género: F M
 Rut: _____ - ____ Estado Civil: _____
 Previsión de salud: _____ Teléfono: _____
 Dirección/Referencia: _____
 Nivel educacional: _____ Profesión/Oficio: _____
 Situación económica: _____ Pasatiempos _____
 ¿Requiere acompañamiento de otro adulto responsable? Sí No
 ¿Quién es su cuidador? _____

1. Motivo de derivación (*¿Quién derivó y por qué?*) (*Uso interno*) _____

2. Datos familiares:

¿Con cuántas personas vive? _____ ¿Quiénes? (edades): _____
 Ocupación(es): _____
 Hijos: _____ ¿Qué edades? _____
 ¿Cómo definiría usted la relación con su familia? (Relaciones) _____

 ¿Con quién(es) considera que mantiene un vínculo más cercano? (Familia, amigos, vecinos etc..) _____



3. Redes sociales:

¿Qué hace en el día a día? ¿Participa de forma activa en alguna actividad grupal? (*Familiar, vecinal, religiosa*) _____

¿Con quién(es) comparte la mayor parte de su tiempo? _____

¿Cómo es su relación con sus vecinos? _____

¿Qué le gusta hacer en su vida cotidiana? _____

4. Antecedentes Psicológicos y psiquiátricos:

¿Alguna vez ha ido al psicólogo o psiquiatra? PSICÓLOGO PSIQUIATRA NO

¿Recibió algún diagnóstico? _____

¿Cuándo? _____ ¿Qué tratamiento siguió? _____

¿Consume o consumió algún fármaco para tratar su enfermedad? SI NO ¿Cuál? _____

¿Cuánto tiempo asistió? _____ ¿Lo finalizó? SÍ NO

¿Por qué desistió? (*En caso de que la respuesta sea negativa*) _____

¿Hay algún familiar directo que sufra o haya sufrido alguna patología o trastorno?

SÍ NO (En el caso afirmativo indicar el grado de parentesco y cual trastorno) _____

6) Problema actual (*Motivo de consulta en profundidad*)

Registro de Psicología

V_ψ

¿Es necesario una derivación a un Psicólogo? SI NO
 ¿La persona quiere recibir ayuda psicológica? SI NO (En caso de ser negativa la
 respuesta indicar el motivo, realizar consejería referente a recibir ayuda
 psicologica) _____

6) Consejería aplicada

Derivaciones: (Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Derivación Kinesiólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Médico TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Enfermería TSR | <input type="radio"/> Derivación Nutricionista TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Odontólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Química y Farmacia TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Obstetricia TSR | <input type="radio"/> Derivación Fonoaudiólogo TSR |

- Invitación Taller Educativo, ¿Cuál? _____
 Consejería temas de salud, ¿Cuántas? _____
 Derivación a Red Social: _____

Nombre y firma Psicología TSR:



J.3.6 FICHA DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA: CUIDADORES

**REGISTRO DE PSICOLOGÍA, CUIDADORES. TRABAJOS DE SALUD RURAL
(HOJA "E")**

Registro N° ___ - ___ Localidad donde vive: Fecha: ___/___/___
--

Datos personales:

Nombre: _____ Edad (años): _____ Género: F M
 Rut: _____ - _____ Estado Civil: _____
 Previsión de salud: _____ Teléfono: _____
 Dirección/Referencia: _____
 Nivel educacional: _____ Profesión/Oficio: _____
 Situación económica: _____ Tiempo como cuidador(a): _____
 Persona cuidada (*Vínculo, edad y causa de dependencia*): _____

1. **Motivo de derivación** (*¿Quién derivó y por qué?*) (*Uso interno*) _____

2. Datos familiares:

¿Con cuántas personas vive? _____ ¿Quiénes? (edades): _____

Ocupacion(es): _____

Hijos: _____ ¿Qué edades? _____

¿Cómo definiría usted la relación con su familia? (Relaciones) _____

¿Con cuál miembro de su familia mantiene el vínculo más cercano? _____

¿Tiene más familiares que No vivan en su casa? ¿Cómo es la relación con ellos? _____

Además de usted, ¿Hay alguien más con quién se podría compartir el cuidado? ¿Cómo es su relación con esa persona mencionada? _____

C_ψ**Relación Cuidador(a)- Persona Cuidada**

¿Se ha informado sobre la enfermedad?

 Sí No*(Si responde No, hacer derivación correspondiente)*¿Cómo ha sido su relación con la persona cuidada? *(tome en consideración la relación previo a la enfermedad y su evolución)* _____

_____**4. Pasatiempos y Redes de Apoyo:**

¿En qué consiste su día a día? ¿La rutina es siempre la misma? (escriba lo más importante y de manera breve)

_____Pasatiempos: _____ ¿Continúa con ellos? Sí NoSi no continúa con sus pasatiempos, indicar la causa _____
_____¿Recibe ayuda externa? *(programas municipales, de gobierno, etc.)* _____
_____¿Participa usted de forma activa en alguna actividad grupal? *(Familiar, vecinal, religiosa, etc.)* _____
_____¿Cómo es su relación con sus vecinos? _____
_____**5. Antecedentes Psicológicos y psiquiátricos:**¿Alguna vez ha ido al psicólogo o psiquiatra? PSICÓLOGO PSIQUIATRA NO

¿Recibió algún diagnóstico? _____

¿Cuándo? _____

¿Qué tratamiento siguió? _____
_____¿Consume o consumió algún fármaco para tratar su enfermedad? SI NO¿Cuál? _____
_____¿Cuánto tiempo asistió? _____ ¿Lo finalizó? SÍ NO¿Por qué desistió? *(En caso si la respuesta es negativa)* _____

C_ψ

¿Hay algún familiar directo que haya sido diagnosticado con alguna patología o trastorno?

SI NO. Indicar quién y cual

6) Problema actual (*Motivo de consulta*)

¿Es necesario una derivación a un Psicólogo? SI NO
 ¿Quiere recibir ayuda psicológica? SI NO (*Si la respuesta es No, indicar el motivo, realizar consejería referente a recibir ayuda psicológica*) _____

6) Consejería aplicada _____

Derivaciones: (*Marca con una X la derivación y rellena cuando sea efectiva*)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Derivación Kinesiólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Médico TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Enfermería TSR | <input type="radio"/> Derivación Nutricionista TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Odontólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Química y Farmacia TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Obstetricia TSR | <input type="radio"/> Derivación Fonoaudiólogo TSR |

Invitación Taller Educativo, ¿Cuál? _____

Consejería temas de salud, ¿Cuántas? _____

Derivación a Red Social: _____

Nombre y firma Psicología TSR:

J.4 FICHA ANTERIOR DE REGISTRO DE PSICOLOGÍA

Trabajos de Salud Rural**Registro de Psicología TSR
(Hoja "E")**

Registro N° ___ - ___ Localidad donde vive: _____ Fecha: ___/___/___

1) Datos personales del participante:

Nombre: _____ Edad (años): ___ Sexo: F ___ M ___
 Género: F ___ M ___ Rut: _____ - ___ Estado Civil: _____
 Previsión de salud: _____ Teléfono: _____
 Dirección/Referencia: _____

2) Datos familiares del participante:

I) ¿Con cuántas personas vive? _____ Especificar quienes.

(a) Padre (b) Madre (c) Cónyuge o Pareja (d) Hijos (e) Hermanos
 (f) Hermanas (g) Abuelo (h) Abuela (i) Otros _____

¿Tiene hijos? Si ___ No ___ ¿Cuántos? _____

II) ¿Cómo definiría usted la relación con su familia?

(a) Muy buena (b) Buena (c) Conflictiva (d) Distante (e) No hay relación

III) ¿Con cuál miembro de su familia mantiene un vínculo más cercano?

(a) Cónyuge o pareja (b) Padre (c) Madre (d) Hijos (e) Hermanos

(f) Otros _____

- (a) Chile crece contigo (b) Programa Infantil (c) Programa del adulto
 (d) Programa de la mujer (e) Programa Odontológico (f) Programa Chile Solidario
 (g) No (h) Otro_____

7) Antecedentes Psicológicos:

- I) ¿Sufre de alguna patología o trastorno mental? Sí___ No___
 II) ¿Cuál?_____

En el caso de que la respuesta sea positiva, indicar quién generó el diagnóstico (Médico, Psicólogo, Vecinos, él/ella misma, otros)

- III) ¿Utiliza algún fármaco para tratar su enfermedad? Sí___ No ___ ¿Cuál?_____

(En el caso de que afirme derivar a Farmacia)

- IV) Usted, ¿ha recibido tratamiento psicológico en la zona? a) Sí b) No

En el caso de qué la respuesta sea positiva, indicar el motivo de consulta :

- a) ¿Cuánto tiempo asistió? _____

- b) ¿Lo finalizó adecuadamente? a) Sí b) No

- c) ¿Por qué desistió? *(En caso si la respuesta sea negativa)* _____

6) Observaciones y Consejería

Derivaciones

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Derivación Kinesiólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Médico TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Enfermería TSR | <input type="radio"/> Derivación Nutricionista TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Odontólogo TSR | <input type="radio"/> Derivación Química y Farmacia TSR |
| <input type="radio"/> Derivación Obstetricia TSR | <input type="radio"/> Derivación Fonoaudiólogo TSR |

Invitación Taller Educativo, ¿Cuál?

Consejería temas de salud, ¿Cuál?

Derivación a Red Social:

Nombre y firma Psicología TSR:

Manual del Voluntario



INTRODUCCIÓN

HOLA! Te damos una calurosa bienvenida a esta nueva versión de TSR, y queremos darte las gracias por ponerte la camiseta con este proyecto, tanto si ya has asistido anteriormente, como si es la primera vez que participas de esta grandiosa experiencia.

Pensando en ti, y en todos los demás voluntarios, hemos creado este manual para entregarte herramientas que te ayuden en momentos de duda y, además, para asegurar que vayas 100% preparado a terreno y que no olvides nada importante en casa (sobre todo en el caso de quienes cursan los primeros años de su carrera, o bien, asisten por primera vez al voluntariado). De esta manera, pretendemos brindarte seguridad, y lograr que esta vivencia sea, ante todo, una instancia de aprendizaje única, satisfactoria y entretenida, de la cual, esperamos, quieras seguir participando posteriormente.

Como ya debes saber, TSR es un voluntariado que nació bajo la inquietud de un grupo de alumnos por la situación, en materia de salud, de las personas que habitan en lugares rurales, quienes tienen pocas oportunidades de acceder a un servicio de calidad, asistencia médica, tratamientos, etc., y que además no cuentan con el conocimiento respecto de lo que deben hacer en las situaciones en que ponen en riesgo su salud y calidad de vida. Es precisamente en este último punto en el que nosotros pretendemos intervenir con más fuerza, ya que si bien realizaremos chequeos médicos, entregaremos atención en diversas áreas e identificaremos casos de mayor gravedad, será en la parte de **educación en promoción y prevención** donde podremos entregarles a ellos las herramientas necesarias para que sepan qué hacer en aquellos momentos en que no tengan acceso a un profesional o centro de salud y puedan, también, cambiar aquellos elementos en su estilo de vida que estén siendo perjudiciales para su salud y su bienestar.

No olvides que este manual es solo una guía que te servirá para resolver algunas dudas sobre cómo llenar una ficha o recordar algunas cosas que hayas olvidado de las capacitaciones; el resto lo debes aportar tú, tanto las ganas de ayudar como el conocimiento que pondrás a disposición de la gente. Ten en cuenta, también, que a TSR no solo se viene a «enseñar» sino que también se viene a aprender, así que no desesperes si olvidaste cómo tomar la presión o tienes alguna duda particular sobre un caso, recuerda que nunca estarás solo y que siempre podrás recurrir a tus jefes y/o compañeros para que te echen una mano y te orienten.

Por último, queremos hacerte saber que tu opinión siempre será escuchada y que esperamos que en un futuro puedas participar de la construcción y mejoramiento de TSR, por lo que no dudes en decirnos si hay algo que no te gusta o sientes que algo se puede mejorar. ¡Toda opinión emitida con respeto será bienvenida! Ahora solo nos queda desearte que disfrutes a concho este voluntariado, que te empapes de cada momento y estés dispuesto a aprender, por sobre todo, de la gente que te tocará atender, que tiene mucho que entregar.

¡Contamos contigo y nos vemos Pronto! Un saludo cariñoso,

Staff TSR

Índice

¿QUÉ DEBO LLEVAR?	4
ASPECTOS PRÁCTICOS Y CONSEJO.....	7
• Lugar físico.....	7
• Higiene.....	7
• Estrategias de atención.....	8
RELACIÓN CON EL USUARIO.....	9
• Resumen de habilidades interpersonales.....	10
CÓMO PREPARAR UN TALLER.....	11
FICHAS GENERALES.....	12
• Ficha del adulto (IV).....	12
• Ficha del lactante (I).....	16
• Ficha del escolar y preescolar (II).....	16
• Ficha del adolescente (III).....	18
ANEXOS.....	19
• Glosario.....	19
• Listado de 80 enfermedades cubiertas por GES al 20 de junio de 2014.....	19
• Calendario de vacunación.....	20
• Medicamentos.....	21
• Protocolo de accidente cortopunzante.....	22
• Criterios de Derivación.....	23

¿QUÉ DEBO LLEVAR A TSR?

A quién no le ha pasado que al realizar un viaje de varios días, al llegar a tu destino, abres el bolso y ¡sorpresa! Te das cuenta de que olvidaste en casa el cepillo de dientes y las zapatillas. Como en TSR queremos evitar que te pasen este tipo de situaciones, hemos hecho una lista con las cosas fundamentales que debes llevar contigo para tener una buena estadía en terreno. A esto debes sumar todos aquellos elementos que consideres necesarios de acuerdo a tus propias necesidades y hábitos. ¡Empecemos!



Saco de Dormir

No siempre tendremos la posibilidad de dormir en una cama :(, por lo que debemos buscar la forma más cómoda para descansar y reponer fuerzas.

Si además puedes llevar un colchón inflable, ¡mucho mejor!

¡Hará mucho frío durante las noches! Por lo que te aconsejamos llevar además una frazada o mantita para taparse. ¡Así puedes dormir y descansar como corresponde para estar animado para el siguiente día!



Útiles de Aseo

No debes olvidar toalla, hawaianas o chalas, champú, bálsamo, jabón, y traje de baño

(recuerda que las duchas son comunes, ¡así que para los pudorosos no es mala idea!). Además, son indispensables el confort, cepillo y pasta de dientes.



Ropa

Parece obvio, pero la sugerencia es que lleves ropa cómoda y ¡no en exceso! Esto sobre todo para no cargar peso de más, recuerden que vamos por poquitos días.

No olvides llevar una chaqueta (para la noche), zapatillas apañadoras y lo demás lo dejamos a tu criterio: pantalones, poleras, polerones, chalecos, etc., además del pijama (si no usas, esta puede ser una excelente oportunidad para empezar a utilizarlo).



Delantal O Credencia

Como vamos a entregar información sobre educación en salud, es importante que las personas puedan saber con quién está hablando y de qué área. Además, ¡nos ayuda a lucir más profesionales!

Computador

Siempre es necesario, ya sea para preparar material que será útil en los talleres, llevar el registro de fichas, etc. Es útil que se pongan de acuerdo entre comuneros para llevar uno o dos PC (basta y sobra), alargadores o triples, parlantes, un hervidor, etc.

**Artículos de escritorio**

Lápiz pasta, tijeras, pegamento, scotch, lápices de colores, corrector, stickers, etc. siempre son necesarios en TSR, sobre todo cuando hay que preparar talleres o realizar actividades para niños. Además, si posees fonendoscopio, esfigmomanómetro, otoscopio, baja lenguas, jabón gel, etc., intenta llevarlos también

**Comida**

Si bien las comidas principales (desayuno, almuerzo, colación y cena) están cubiertas, considera cosas como galletas, chocolates y otros para picar, no solo porque pueda haber momentos del día en que te dé hambre, sino además porque no faltarán momentos para compartir con tu comunidad. Bebestibles como té y café también son buena idea, sobre todo pensando en el clima. Si tienes alguna dieta especial (celiaco, vegetariano, etc.) será importante que consideres que, dada la cantidad de voluntarios, no siempre el menú será apto para tus necesidades y, por tanto, es importante que lleves cosas para estar preparado y no pasar hambre.

**Cotillón**

En TSR no todo es trabajo y habrá muchas actividades para nuestros voluntarios, tanto artísticas como deportivas, por lo que cualquier cosa que les sirva para disfrazarse o para alentar a su equipo es bienvenido. No olvides llevar tu cámara, siempre salen actuaciones memorables. Consejo: pelucas, disfraces de todo tipo... ¡LO QUE SE TE OCURRA! Todo sirve a la hora de hacer un buen show.

**Juegos**

Nunca están de más: si alguien quiere llevar un juego de mesa, cartas o una pelota de fútbol puede hacerlo, pero es mejor si se organizan como comunidad para que no haya cosas repetidas o en exceso



¡OJO, QUE LO SIGUIENTE ES MUY IMPORTANTE!

Está *estrictamente prohibido* llevar o beber *alcohol* durante la semana que estemos en la localidad (eso también incluye el último día). En TSR se estableció hace algún tiempo la **LEY SECA**, por lo que es necesario que tengas claro lo que esto implica y por qué.

No se puede beber alcohol porque:

- Parte de nuestro trabajo es hacer consejería para evitar o disminuir el consumo de alcohol de los consultantes debido a que generalmente el alcoholismo suele ser un tema bastante delicado en estas zonas (implica problemas familiares, maltratos, adicción, etcétera).
- Nuestra credibilidad como futuros profesionales está en juego.
- Disminuye nuestro rendimiento. Andamos más cansados, irritables y con poca disposición. De por sí el trabajo en terreno conlleva un poco de sacrificio (acostarse tarde, despertarse temprano, caminar mucho...) por lo que no podemos seguir sumando factores en contra.
- Por un tema ético. Y recae un poco en el punto uno. Nos tocará trabajar con niños y abuelitos, por lo que debemos estar en óptimas condiciones para no tener problemas. Debemos enseñar con el ejemplo.

- Esta ley seca aplica desde que subes al bus en Santiago, hasta que bajas de él al regreso del voluntariado, así que para ahorrarse el mal rato, tengamos claros los objetivos que nos impulsan a participar en TSR y cuál es el verdadero sentido del voluntariado. Además, tiempo para carretear habrá de sobra; una vez en Santiago podrás juntarte cuantas veces quieras con tu comunidad y tendrás la opción de participar en el carrete post-TSR :D
- Por último, es importante que tengas claro que si eres **fumador** debes hacerte cargo de las colillas de tus cigarrillos y evitar fumar en lugares públicos, ya que lo más probable es que estemos trabajando en establecimientos educacionales en los cuales está prohibido llevar a cabo esta práctica. La ley es la ley.

Aspectos prácticos y consejos

Es tu primer día de trabajo en TSR y estás muy nervioso: no sabes a qué tipo de localidad vas, cuánta gente llegará, ni por dónde puedes empezar a ayudar. ¡Pero tranquilo!, aquí te damos una manito y te preparamos un poco para lo que viene.

1.- LUGAR FÍSICO

El lugar al que vas puede ser un colegio, un consultorio o una junta de vecinos; puede ser pequeño o espacioso y puede estar muy equipado como puede estar casi vacío. Por eso es sumamente importante que mantengan el orden y sean creativos

¿Qué pueden hacer?	Mantener el lugar ordenado
	Definir espacios y fijar límites (box, lugar de recepción, posible cocina, etc)
	Delimitar cada box. Usen cortinas o Sábanas n caso de que sólo se tenga una sala
	“Decorar” para que se vea acogedor y cómodo (¡Ocupen su creatividad!)
	Mantener la limpieza e higiene
	Llevar un inventarios de las cosas con las que cuentan
	Definir un lugar para dejar las carpetas y tener conocimiento de cada una de ella.

2.- HIGIENE

¿Qué pueden hacer?	Siempre lavar y desinfectar el utensilio que ha tenido contacto con la piel de un usuario: termómetros, campanilla del fonendo, otoscopio, etc.
	Productos desechables como lancetas y algodones deben botarse inmediatamente después de ser utilizados
	Mantener basureros y lugares de colación apartados de los lugares de atención

3.- ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN

Debemos tener claro que los mecanismos de trabajo cambian según la concurrencia de gente.

Consejos con poca gente	Preparar los talleres
	Hacer puerta a puerta (Difusión)
	Visitar a postrados
	Pedirles a comuneros de cursos más grandes que te enseñen a tomar la presión, el hemoglucotest, etc. (¡También sirve como práctica!)

Consejos con mucha gente	Fijar roles entre comuneros (que uno tome la presión, otro las medidas, etc.)
	Designar a un comunero que lleve el registro de los usuarios, de manera que se respeten los turnos y sea atendido en todas las áreas a las que fue derivado.
	Explicarles a las personas la situación para saber si tienen poco tiempo y, en ese caso, sugerirles que vuelvan más rato.
	Mantener la calma

¡NO OLVIDAR!

- Si viene alguien por una urgencia o tú detectas una, debes comunicársela, inmediatamente, a alguno de tus jefes.
- Si tienes cualquier consulta o comentario respecto de alguna parte del examen físico que no sabes cómo tomar, o si olvidaste algo, no dudes en recurrir a tus jefes y/o compañeros.
- Si sales a hacer puerta a puerta o a comprar, procura estar seguro de cómo volver a la sede; idealmente ve acompañado y ten a mano el teléfono de uno de tus compañeros o jefes.
- Al hacer visitas o puerta a puerta asegúrense de que quede por lo menos una persona de cada carrera en la sede.
- Si tienes ideas para realizar un taller, compártelas y pide ayuda a tus compañeros para llevarlo a cabo si es necesario.

Estrategias de atención

¡Llegó el momento! Tienes a tu primer usuario (OJO, como no vamos a realizar asistencialismo, no es correcto llamarlo “paciente”) sentado frente a ti y empiezas a sentirte ansioso... Pero te darás cuenta de que la cosa no es para nada terrible y que puede resultar más fácil de lo que crees. Como equipo TSR queremos promover la naturalidad y que te sientas relajado; pese a que esta sección te pueda parecer estereotipada y lineal, su finalidad es solo entregarte un esquema y ser una guía de salida en caso de que te pongas nervioso (No se trata de seguir los puntos al pie de la letra, utilízalos *solo como guía*). ¡Partamos!

SALUDA Y PRESENTATE. Es necesario que la persona sepa con quién está hablando.

ENTREGA CONFIANZA Y DISPOSICIÓN.

SÉ AMABLE Y EMPÁTICO. Es necesario que te adaptes al usuario, a su contexto cultural y a su lenguaje, de manera que puedas desarrollar una conexión cercana y confiable. Esto te permitirá poder encontrar respuestas fidedignas que no son fáciles de responder por la persona si es que no hay mayor intimidad

Asegúrate de que si la persona es adolescente o mayor de edad y viene acompañada, no le resulte incómodo que la otra persona esté presente durante la entrevista.

Por norma, los menores de edad deben venir ACOMPAÑADOS

ESCUCHA ACTIVAMENTE A TU USUARIO. Hay cosas que él/ella no te dirá directamente y que tú tendrás que inferir, ya que ese tipo de información puede ser relevante a la hora de derivar.

NO HAGAS DE LA FICHA UN CHECK-LIST. Intenta realizar una conversación semiespontánea en su lugar.

TEN EN CUENTA TU LENGUAJE CORPORAL. Míralo a los ojos; si te cuenta alguna historia intenta escucharlo más y escribir menos, evita las gestualidades reprobatorias con la cara y no te cruces de brazos o piernas.

Si tienes la oportunidad de ACOMPAÑARLO DURANTE LAS DERIVACIONES, hazlo. De esta manera se sentirá valorado y en confianza.

Si hay demasiadas personas, intenta retener la información fundamental y comunicársela al compañero al que lo derivaste, de manera que si no alcanza a leer la ficha pueda tener claro los parámetros evaluados.

NO LO RETES NI LO CORRIJAS REPROBATORIAMENTE. En su lugar, intenta aconsejarlo y que juntos busquen una estrategia ante el problema.

Hazle saber que a todo el resto del equipo les importa su bienestar igual que a ti.

INTENTA LLAMARLO POR SU NOMBRE. Que no sea “el señor con disfagia”, sino que “Don Pedro”. Sabemos que puede ser difícil retener nombres, pero por lo menos mientras ellos estén presentes, trata de que sea así.

Relación con el usuario

Resumen de habilidades interpersonales

Por último, te dejamos un pequeñito resumen con las habilidades interpersonales que nos ayudan a establecer una relación integral con nuestro usuario.

ESCUCHA ACTIVA	Poner atención a todo lo que la persona dice, no solo a lo que se pide en la ficha
REFLEJO	Repetir a la persona lo que acaba de decir para comprobar si hemos entendido, de manera correcta, lo que nos estaba contando
SILENCIO	De vez en cuando, debemos darle un tiempo a la persona para que medite, recuerde o elabore bien sus ideas.
CLARIFICACIÓN	Si hay algún concepto o frase que no comprendemos (algún modismo propio de la zona, por ejemplo) debemos pedirle a la persona que nos lo explique bien, para no sacar conclusiones erradas.
CONFRONTACIÓN	Si la persona está diciendo algo incoherente, debemos intentar corregirlo de manera sutil, siendo claros y asertivos.
PERSONALIZAR	Intentar hacer que la persona se haga responsable de lo que está haciendo o diciendo (p. ejemplo, <i>No hago ejercicio porque los chilenos somos flojos</i> , cuando podría decir <i>No hago ejercicio porque me da flojera</i>), de manera que pueda tomar conciencia de que muchas veces los problemas de salud son derivados de malas prácticas, las cuales pueden ser corregidas.
VALIDAR	No corregir al usuario en aspectos técnicos diciéndole que lo que está haciendo es incorrecto; hay que tener en cuenta su realidad para buscar soluciones. Utilizar frases como “ahora se recomienda” en lugar de “lo que está haciendo está malo”.
AUTORREVELACIÓN	Contarle a la persona una experiencia que se relacione con el tema, siempre y cuando sea pertinente y le vaya a servir.

Como preparar un taller

Cuando alguien tiene hambre y le das de comer puede que logre saciar esa necesidad por el momento, pero si le enseñas a pescar, tendrá las herramientas para sustentarse cada vez que se presente la misma condición”

En TSR lo que buscamos es lograr lo segundo; si bien nos dedicaremos a realizar screening y atención primaria, es en la parte de educación donde queremos ponerle más énfasis, de manera que las personas no solo se queden con la impresión de que tienen o pueden tener “algo”, sino de que ese “algo” tiene soluciones viables, las cuales pueden ser aplicadas por ellos mismos. Por eso es tan importante la correcta elaboración de los talleres y aquí te enseñaremos los pasos a seguir.

Promoción	Ya sea vía afiches, carteles, trípticos, puerta a puerta, radio, megáfono, ¡todo lo que se te ocurra! El medio de difusión debe indicar nombre del taller, el día y la hora en que se realizará, el público al que está dirigido, el lugar donde se llevará a cabo y, si es posible, una breve descripción de los objetivos.
Organización	Los talleres tienen temas específicos que son manejados por algunas carreras mejor que por otras, sin embargo, esto no es excluyente y cualquiera que quiera participar puede hacerlo, tal vez no tanto en la parte técnica, pero sí en la elaboración, como ayudante, etc. En resumen, si te sientes capacitado (leíste la parte teórica del taller, por ejemplo) puedes hacerlo.
Creatividad	Es sumamente importante, ya que el taller debe ser atractivo y fácil de comprender, ojalá participativo, en donde exista <i>feedback</i> de los asistentes para ver si aprendieron. Pueden utilizarse juegos (como memorices o rompecabezas), presentaciones con material audio- visual, charlas, bailes, obras con títeres, canciones, etc. También puedes utilizar premios u otras formas de incentivo.
Lenguaje	No debe ser técnico ni rebuscado (por ejemplo, hablar de “presión alta” en lugar de “hipertensión arterial”), pero debemos cuidar de no pasar al otro extremo, hablando de manera infantil o usando diminutivos, con esto puede que la gente se sienta subestimada u ofendida.
Expresión corporal	Al igual que cuando llenas la ficha, es necesario que comuniques amabilidad, disposición y buena onda con tu cuerpo, de manera que las personas se atrean a preguntar cuando algo no les queda claro o a responder cuando les haces alguna pregunta sin temor a equivocarse.

Fichas generales

1.- Ficha del adulto (IV)

Dentro del llenado de fichas generales A hay algunos puntos con los que puedes no estar muy familiarizado, por lo que aquí te enseñamos qué debes hacer en cada uno de ellos. De todos modos te recomendamos que practiques con algún compañero antes, de manera que no te pongas tan nervioso cuando veas al usuario y, además, para que alguien que sí sepa te pueda corregir/lo ayudar

1. PRESIÓN ARTERIAL

Si el usuario no te indica una estimación de su PA habitual, te aconsejamos partir por el primer método, para evitar de esta manera incomodidad en el usuario y para no entorpecer el procedimiento

METODO PALPATORIO: Este es un método poco preciso y solo se logra obtener la presión sistólica. El usuario debe colocar el brazo apoyado a la altura del corazón, el cual será rodeado por el manguito para ocluir la arteria braquial. Debes identificar el pulso radial (ubicado en la muñeca en relación al borde del pulgar) y luego comenzar a insuflar hasta un valor de 30 mmHg por sobre el valor en el que dejaste de sentir pulso. El valor de la presión sistólica corresponderá al valor marcado cuando comiences nuevamente a sentir el pulso radial.

METODO AUSCULTATORIO: Los instrumentos a utilizar son un esfigmomanómetro y un fonendo. El usuario tiene que estar calmado, no haber consumido café ni haber fumado previamente y debe colocar el brazo en el que se tomará la presión apoyado a la altura del corazón. En primer lugar, debes rodear el brazo desnudo con el manguito del esfigmo (2 cm sobre la fosa cubital) para ocluir la arteria braquial (idealmente). Luego, coloca el fonendoscopio superficial a la arteria braquial (que se encuentra medial al tendón del bíceps). Cuando esté todo bien instalado, debes insuflar rápidamente hasta un valor de presión 30 mmHg superior al que la persona tiene generalmente, o al valor de presión sistólica que obtuviste con el otro método. Después debes desinflar lentamente el manguito (lo suficientemente lento como para escuchar los sonidos y lo suficientemente rápido como para no estrangular el brazo al usuario) y estar atento al momento en que comience el pulso, ya que esta corresponde a la presión sistólica. Finalmente, llegará un instante en el que dejarás de escuchar el pulso, que corresponde a la presión diastólica. Este método, si bien es efectivo, NO determina si la persona es hipertensa, solo si obtiene 1 o 2 valores por sobre los normales. Para saberlo, debe realizarse durante varios días la toma de presión.

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)		PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)
Óptima	< 120	Y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado I	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado II	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado III	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

EMERGENCIA
si hay alteraciones asociadas, como orina con sangre, hemorragia retiniana y otras alteraciones por problemas de perfusión, que pueden implicar riesgo vital (por lo general, PAD > 120 mmHg)

URGENCIA
paciente asintomático o con síntomas inespecíficos y hay daños ni otras alteraciones clínicas (PAS >180 mmHg y/o PAD > 120 mmHg)

Ante una crisis hipertensiva hay que llevar al usuario al servicio de salud más cercano

2. DIABETES

Deben encontrarse los “3 polis”: **POLIURIA**(orinar muchas veces al día), **POLIDIPSIA**(tener mucha sensación de sed y consumir mucha agua) y **POLIFAGIA**(comer mucho, acompañado de un leve aumento de peso 2-3 kilos o inexistente). El hemoglucotest (HGT) debe ser aplicado a usuarios diabéticos y usuarios que presenten factores de **riesgo de síndrome metabólico**:

- Glicemia en ayuno ≥ 100 mg/dl
- P. arterial $\geq 130/85$ mmHg o en tratamiento con antihipertensivos
- Triglicéridos ≥ 150 mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes
- C-HDL < 50 mg/dL ♀ y < 40 mg/dL ♂
- Circunferencia de cintura ≥ 80 cm ♀ y ≥ 90 cm ♂

Los valores normales de la glucosa son entre los 70 y 100 mg/dL en un periodo de ayuno de 6 a 8 horas.

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE SEGÚN GLICEMIA	AYUNO	2 HORAS POSCARGA
Normal	<100	<140
GAA	100-	<140
IGO	125<1	140-199
GAA e IGO	26	140-199
Diabetes	100-125 ≥ 126	≥ 200

GAA: Glicemia en ayuno alterada
IGO: intolerancia a la glucosa oral

3. Índice de Masa Corporal (IMC)

El índice de masa corporal corresponde a la relación que debe existir entre el peso de una persona y su estatura. Se calcula, por tanto, así:

IMC: PESO/(TALLA)²

CLASIFICACIÓN	IMC	RIESGO
Rango normal	18.5-24.9	Promedio
Sobrepeso	25-29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30-34.9	Moderado
Obesidad grado II	35-39.9	Severo
Obesidad grado III	≥ 40	Muy severo

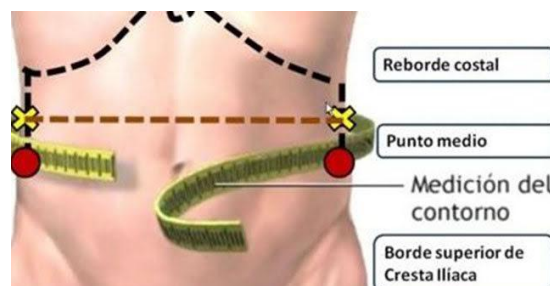
NOTA: En adulto mayor: Normal: 19-28 Sobrepeso: 28.32 Obesidad: > 32

4. CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

La circunferencia de cintura es un buen indicador de dislipidemia (colesterol alto). Se debe colocar la huincha de medir en el punto medio entre la 12.^a costilla y la espina iliaca antero superior.

Valores de Riesgo

Hombres: ≥ 90 cm
Mujeres: ≥ 80 cm



4. DISLIPIDEMIA

La dislipidemia corresponde a una elevación anormal de la concentración de las grasas en la sangre

VALORES DE RIESGO

Colesterol total	> 200
LDH	> 100
HDL	< 40 (> 60 es factor protector)
TRIGLICÉRIDOS	> 150

4. HÁBITOS

Primero que todo, y como se ha dicho anteriormente en este manual, debemos crear un ambiente de confianza con el usuario de manera que podamos indagar en temas más íntimos de la persona sin que esta se sienta presionada o incómoda. Si logramos llegar a este nivel, tenemos que ser muy cuidadosos con la forma en que los afrontamos, no podemos ejercer juicios de valor sobre las actitudes o decisiones del usuario y mucho menos retarlo ni mostrarnos asombrados o incrédulos ante lo que nos cuenta. Si el usuario nos confiesa que ha sido infiel, que se ha tomado una botella de copete al día, que se ha fumado 20 cigarrillos diarios, que ha consumido cocaína o que ha intentado suicidarse, etcétera, nosotros debemos tomar una actitud neutral (poker face (H)) y aconsejarle o recomendarle qué es lo mejor que se puede hacer

en este tipo de casos. Por supuesto, es sumamente importante que el usuario quiera cambiar su estilo de vida, si no, no servirá de mucho. (Podrías quizás contarle los riesgos que corre con este tipo de prácticas, pero si aun así él no se ve preocupado ni interesado, es mejor no insistir). De todos modos, si pesquias que tiene problemas con el alcohol o que fuma en exceso, debes aplicarle el test AUDIT en el caso del alcohol (derivarlo a enfermería para que se le aplique el test y le den consejería, o si tiene problemas con el cigarro

$$\text{paquetes/año} = \frac{\text{n.º de cigarrillos al día} \times 20}{\text{años de consumo}}$$

¿CÓMO PREGUNTAR...?

TÉRMINO	CÓMO PREGUNTARLO
HTA	¿Tiene problemas con la presión? ¿Sufre de presión alta?
DB	¿Tiene problemas con el azúcar?
DLP	¿Tiene problemas con el colesterol? ¿Tiene el colesterol alto?
Insuficiencia cardiaca	¿Problemas al corazón? ¿Siente que se cansa muy rápido?
EPOC	¿Tuvo alguna enfermedad respiratoria grave cuando nació?
TBC	¿Tiene problemas para respirar cuando se agita?
Depresión	Ha tenido una tos que dure más de 2 semanas? ¿Ha tosido sangre?
Artritis o artrosis	¿Se siente decaído, triste o deprimido sin motivo?
G/P/A	¿Siente dolor en las articulaciones? ¿Cuántos hijos tiene?/¿Cuántas veces ha estado embarazada? ¿Ha tenido alguna pérdida?
Ideas suicidas	¿Alguna vez ha pensado en atentar/ha atentado contra su vida?
Conducta sexual	¿Alguna vez se ha hecho daño intencionalmente? <i>Lo ideal es que hayas generado suficiente confianza para poder preguntar cosas como "¿Pololeas?, ¿hace cuánto tiempo?" para pasar gradualmente a preguntas más directas.</i>
Insomnio/hiperinsomnia	¿Tiene problemas para dormir? ¿Duerme demasiado? (indagar cuánto es demasiado)
Menarquia/menopausia	¿A qué edad le llegó la regla por primera vez?/¿Cuándo fue la última menstruación?

Hay términos que para nosotros pueden ser muy simples o cotidianos, pero para otras personas pueden ser algo confusos o, derechamente, puede que no sepan que significan. Por ello te aconsejamos que cuando vayas a preguntar algo, no lo hagas textual de la ficha. Aquí algunas sugerencias:

¿ARTRITIS O ARTROSIS?

ARTRITIS	ARTROSIS
Generalmente es bilateral, lo más común es que ocurra en articulaciones interfalángicas, metacarpo falángicas, columna, rodilla y cadera.	Se da principalmente en articulaciones de carga (rodillas, caderas, etc.), debido a movimientos repetitivos o con carga. También es común en articulaciones de la mano (trapecio MTC) y en el hombro.
Enfermedad inflamatoria (autoinmune) de las articulaciones	Enfermedad "mecánica" de las articulaciones.
En general se asocia a dolor e inflamación articular (aumento de volumen, enrojecimiento), rigidez articular (en la mañana), disminución del rango de movimiento. Deformación y pérdida de la alineación articular.	Se asocia a dolor articular después de actividades específicas por mucho tiempo (por ej. caminar mucho rato, correr, durante la jornada laboral, hacer actividades que impliquen actividad de las manos).

DERIVACIONES

Muy importante: la persona que estamos atendiendo debe pasar, idealmente, por todas las carreras que realmente requiera, para lo cual debemos también inferir y ser muy observadores. Si es posible, intenta acompañar a la persona que atendiste por todas las derivaciones correspondientes, a menos que haya mucha gente que atender o que el usuario se sienta incómodo. Por último, en la parte de derivaciones, debes marcar los círculos de las carreras con una cruz, de manera que cada vez que la especialidad correspondiente haya finalizado la atención lo relleno completo. Esto ayudará a que si no puedes acompañar a tu usuario por todas las derivaciones, el resto de tus compañeros sepa por quiénes ha sido atendido y a dónde le falta pasar

Fichas generales

2.- Ficha del lactante (I)

Como es de esperar, esta ficha se hace entrevistando directamente a las mamás o acompañante. Debido a lo complicado de la toma de signos vitales y antropometría en bebés, siempre es bueno apoyarse en los/las enfermeros/as y matrones/as, que son los más experimentados en este tipo de cosas. Otras consideraciones son:

EVALUAR HIGIENE DEL LACTANTE. Cada cuánto lo bañan, si le lavan los dientes, si lo mudan correctamente, etc.

EVALUAR HÁBITOS NUTRICIONALES. Qué consume y con qué

CONFIRMAR QUE SUS VACUNAS ESTÉN AL DÍA. Anexo IV

SIEMPRE DERIVAR A ENFERMERÍA Y/O OBSTETRICIA para consejería sobre alimentación, amamantamiento, etc.

Fichas generales

2.- Ficha del preescolar y escolar (II)

Es necesario para el llenado de esta ficha que el niño/a se encuentre acompañado de alguien mayor de edad, no solo por un tema de protocolo, sino porque el paciente puede no manejar cierta información. Probablemente, la persona que lo acompañe (si no es el cuidador oficial) tampoco maneje toda la información, por eso es necesario pedirle algún teléfono o dirección al cual poder recurrir para obtenerla.

Nivel educacional y promedio de notas: Del cuidador, no del niño ni del acompañante.

¿Con quién vive? No solo cuántos, sino qué vínculo poseen con el niño (padres, abuelos, etc.)

Rendimiento Escolar: Las causas de un mal rendimiento escolar pueden ser múltiples; genéticas, motivacionales, relacionadas con condiciones socioculturales o con el ambiente emocional de la familia. Los Trastornos Específicos del Aprendizaje pueden estar relacionados con la lectura, escritura o cálculo; viven con un CI normal, pero con problemas en procesos concretos. También pueden estar ligados a TDHAT (trastornos por déficit de atención con hiperactividad). En estos casos se debe derivar a Fonoaudiología, para que se les entreguen las herramientas necesarias para sobrellevar el problema y a enfermería para ver el tema de la hiperactividad.

Nutrición y alimentación. El requerimiento nutricional de los niños a esta edad da un giro considerable, ya que no solo aumentan la actividad física, sino que también la actividad intelectual. Además, se alcanza cierto grado de "independencia" para adquirir algunos alimentos, por lo que los padres tienden a perder parte del control sobre lo que consumen sus hijos. Llevar una alimentación saludable es fundamental, ya que hay una serie de patologías, tanto físicas como cognitivas, que pueden derivar de una mala práctica de ella, de ser identificada esta última se debe derivar a Nutrición.

Actividad Física: La falta de deporte (o actividad física) es *una de las principales causas de la obesidad en niños* (sumado, por supuesto, a un gran consumo de alimentos poco nutritivos), por lo que es necesario crear conciencia en el acompañante del niño para que logre revertir esta situación lo antes posible. La obesidad trae consigo una serie de factores de riesgo que pueden desencadenar otro tipo de patologías, como problemas cardíacos, respiratorios, baja autoestima, depresión, etc.



Fichas generales

2.- Ficha del adolescente III

Esta etapa de la vida suele ser un poco compleja de llevar debido a que el paciente está buscando y formando su identidad como persona, por lo que está más expuesto a caer en conductas de riesgo y sentir cierto pudor en responder algunas preguntas. Es sumamente importante que seamos empáticos y logremos generar cierto grado de confianza, de manera que no solo podamos obtener respuestas a ciertos temas más delicados, sino que logremos que nuestros consejos sean acogidos y comprendidos por el o la joven.

Conducta Sexual:

Debemos identificar las principalmente, las conductas de riesgo que posee el paciente, de manera que pueda aprender lo importante que es cuidarse en el ámbito sexual, para que tenga noción de los peligros que corre y que comprenda que solo él/ella es quien puede tomarlas de- cisiones en relación a su cuerpo.

Las principales conductas de riesgo son:

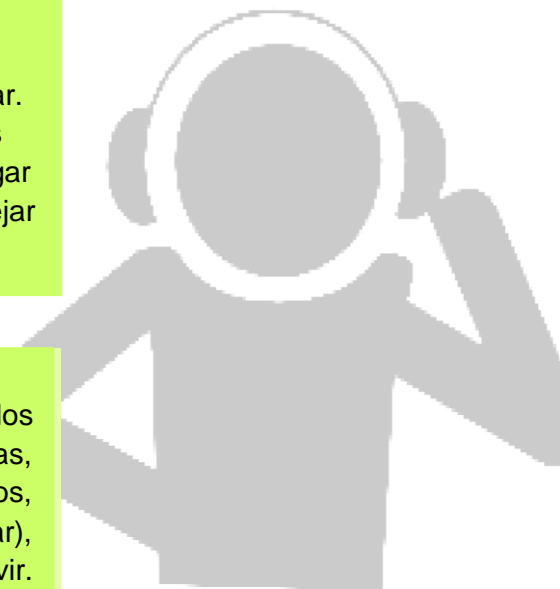
- Tener parejas sexuales múltiples (Más de una dentro de 6 meses).
- Tener una historia pasada de cualquier ETS.
- Tener una pareja con una historia pasada de cualquier ETS.
- Tener una pareja con una historia desconocida.
- Usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual.
- Tener una pareja que se droga de forma intravenosa.
- Tener relaciones homo- u heterosexuales “promiscuas”.
- Sexo anal.
- Tener una relación sexual sin protección con una pareja desconocida.

Hábitos:

Generalmente, es en esta etapa cuando comienza el consumo de alcohol y de otras sustancias, además de iniciarse el hábito de fumar. Es por esto que se debe crear conciencia de los perjuicios y riesgos que se corren al llevar estas prácticas sin un debido control y entregar las herramientas necesarias para aquellas personas que quieren dejar o disminuir el consumo de los mismos

Trastornos anímicos u otros:

Como esta es una etapa de cambios, es muy frecuente que los adolescentes pasen por periodos de tristeza, cuestionamientos, dudas, cambios de ánimo, etc. Puede que tengan problemas amorosos, familiares o académicos, crisis vocacionales (no saben qué estudiar), peleas con amistades, etc. que afecten particularmente su diario vivir. Ante cualquier situación de esta índole, que esté teniendo repercusiones en la vida del paciente, se debe derivar a Psicología.



ANEXOS

AC	Anticonceptivos	EMPA	Examen de medicina preventiva del adulto
APE	Antígeno prostático específico. Sustancia Proteica que pasa al torrente sanguíneo en hombres enfermos, por lo cual se usa para el diagnóstico y seguimiento del cáncer y otros trastornos prostáticos. NO CONFUNDIR con tacto rectal	EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
AVE	Accidente vascular encefálico	ETS	Enfermedades de transmisión sexual
AUDIT	Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol	FC	Frecuencia cardíaca
CC	Circunferencia de cintura	APS	Atención primaria en salud
DLP	Dislipidemia	FR	Frecuencia respiratoria
DM	Diabetes mellitus	FUR	Fecha última regla
EFAM	Evaluación funcional del adulto mayor	GES	El plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) – antes plan AUGE- , que tiene por objetivo garantizar la cobertura de un número determinado de problemas de salud.

II.- LISTA DE PATOLOGÍAS GES

20

1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer cérvico-uterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5. Infarto agudo del miocardio
6. Diabetes Mellitus tipo I
7. Diabetes Mellitus tipo II
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
13. Fisura labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave

49. Hepatitis crónica por virus hepatitis B	70. Hepatitis C
50. Hepatitis crónica por virus hepatitis	71. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
51. Traumatismo craneoencefálico moderado o grave	72. Cáncer de ovario epitelial
52. Trauma ocular grave	73. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
53. Fibrosis quística	74. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
54. Artritis reumatoide	75. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
55. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	76. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
56. Analgesia del parto	77. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
57. Gran quemado	78. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
58. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono	79. Lupus eritematoso sistémico
59. Retinopatía del prematuro	80. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
60. Displasia broncopulmonar del prematuro	81. Tratamiento de erradicación de <i>Helicobacter Pylori</i>
61. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	
62. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más	
63. Asma bronquial en personas de 15 años y más	
64. Enfermedad de Parkinson	
65. Artritis Idiopática Juvenil	
66. Prevención Secundaria Insuficiencia Renal Crónica Terminal	
67. Displasia luxante de caderas	
68. Salud oral integral de la embarazada	
Esclerosis múltiple remitente recurrente	

III- CALENDARIO DE VACUNACIÓN

CALENDARIO DE VACUNACIÓN 2017		
EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por <i>M. tuberculosis</i>
2 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio inyectable	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
4 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
6 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada (sólo prematuros)	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
12 meses	Tres Virica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>M. meningitidis</i>
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
18 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A*	Hepatitis A
Adultos de 65 años y más	Neumocócica	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
VACUNACIÓN ESCOLAR		
1º Básico	Tres Virica dTp (acelular)	Sarampión, Rubéola y Paperas Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4º Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiroma Humano**
5º Básico	VPH (segunda dosis)	Infecciones por Virus Papiroma Humano
8º Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

* Sólo para la Región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas de Biobío, debido a su epidemiología.
** Cáncer cervicouterino, verrugas genitales y otras enfermedades asociadas a VPH.

IV.- MEDICAMENTOS

Hipertensión

- **Hidroclorotiazida** Útil para edemas de todo tipo, HTA e insuficiencia cardíaca. Diurético (las tiazidas son un tipo de diurético, fármacos que provocan la eliminación de agua y sodio en el cuerpo. Estos compuestos inhiben la reabsorción de Na⁺ /Cl⁻ en los túbulos contorneados del nefrón).
- **Nifedipino** Antihipertensivo (efecto hipotensor) y antianginoso. Es un antagonista del calcio (actúa bloqueando los canales de calcio del corazón y vasos sanguíneos). El menor flujo de calcio se traduce en una disminución del ritmo cardíaco y la presión arterial, ya que relaja la musculatura de los vasos sanguíneos, disminuyendo la resistencia periférica. A nivel coronario induce vasodilatación, que permite mayor irrigación y oxigenación al corazón).
- **Amlodipino** Antihipertensivo y antianginoso. Es un antagonista del calcio.
- **Nitrendipino** Antihipertensivo y antianginoso. Es un antagonista del calcio.
- **Losartán potásico** Antihipertensivo. Antagonista de los receptores de angiotensina II tipo 1 o ARAII (la angiotensina II induce vasoconstricción y reabsorción de Na⁺, aumentando el volumen sanguíneo y la presión arterial).
- **Enalapril** Antihipertensivo. Es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o ECA (disminuyendo los niveles de angiotensina II). Atenolol Indicado para la HTA (anti hipertensivo), angina de pecho (antianginoso) y arritmia cardíaca. Actúa como beta bloqueador (los receptores 1 adrenérgicos aumentan la frecuencia cardíaca, contractilidad cardíaca e inducen liberación de renina).
- **Prazosina** Antihipertensivo, alfa bloqueador (los receptores adrenérgicos se encuentran en los vasos sanguíneos y producen vasoconstricción, elevando la presión arterial)

Diabetes

- **Metaformina** Insulinosensibilizante. Útil en DM-2 (no insulino dependiente).
- **Glibenclamida** Hipoglicémica. Útil en DM-2. Insulina
- **Hipoglicémica.** Útil en DM-1 o DM-2 avanzadas.

Dislipidemia

- **Atorvastatina** Antihiperlipémico. Disminuye los niveles sanguíneos de colesterol total, colesterol LDL (colesterol "malo", factor de riesgo para la aterosclerosis), apolipoproteína B (componente LDL) y triglicéridos (cuyo exceso también es factor de riesgo para la aterosclerosis).
- **Gemfibrozilo** Hipolipémico, regulador de lípidos. Reduce los niveles elevados de colesterol total, triglicéridos (su efecto más importante).

Insuficiencia Cardíaca

- **Furosemida** Diurético de asa (actúa interfiriendo con el mecanismo de intercambio de iones sodio, potasio y cloro en la rama ascendente gruesa del asa de Henle). Enalapril Antihipertensivo.
- **Carvediol** Antihipertensivo. Bloqueador de receptores -adrenérgicos (disminuye resistencia vascular periférica) y adrenérgicos (menor actividad del sistema renina angiotensina-aldosterona, lo que disminuye el volumen sanguíneo y, en consecuencia, la presión arterial).
- **Propranolol** Usado en HTA, arritmias cardíacas y cardiopatías. Es un bloqueador B-adrenérgico (los receptores B1 adrenérgicos aumentan la frecuencia cardíaca, contractilidad cardíaca e inducen liberación de renina).
- **Hidralazina** Antihipertensivo y vasodilatador arterial.
- **Isosorbide** Usado en anginas, cardiopatías e hipertensión pulmonar. Es un vasodilatador coronario.
- **Digoxina** Usado como agente antiarrítmico en la insuficiencia cardíaca. Actúa inhibiendo la bomba Na⁺ /K⁺ ATPasa en el corazón, disminuyendo la salida de Na⁺ y aumentando la entrada de Ca²⁺, aumentando la fuerza de contracción del músculo cardíaco.
- **Espironolactona** Diurético. Antagonista competitivo renal de la aldosterona (menor absorción de agua y Na) y diurético ahorrador de potasio.

Psicotrópicos

- Amitriptilina** Antidepresivo. Inhibe recaptación de adrenalina y serotonina.
- Fluoxetina** Útil para depresión y TOC. Inhibidor potente de la recaptación de serotonina en la neurona presináptica, con acción relativamente más débil sobre la noradrenalina. Conocido generalmente como Prozac™.
- Imipramina** Antidepresivo. Inhibe recaptación de noradrenalina y serotonina.
- Clonazepam** Antiansiolítico, anticonvulsivante y tranquilizante. Es una benzodiazepina útil para la ansiedad y el insomnio. Promueve la liberación de GABA. Conocido como Ravotril™.
- Diazepam** Al igual que el clonazepam, también es una benzodiazepina, provocando, por lo tanto, los mismos efectos.
- Alprazolam** Benzodiazepina que se une al receptor GABA, inhibiendo el sistema nervioso central. Útil para trastornos de ansiedad y depresión.
- Midazolam** Benzodiazepina de efecto rápido, útil para insomnio y trastornos de ansiedad. Zopiclona Hipnótico y sedante no benzodiazepínico, frecuente para el insomnio.

V.- PROTOCOLO CORTOPUNZANTE

Para esta versión de TSR, la coordinación de Enfermería se ha encargado de realizar un protocolo frente a 2 tipos de accidentes:

- *Domésticos.* Son el tipo de accidentes que pueden ocurrir en cualquier momento, como una caída, una lesión, etc. Para esto la coordinación de Enfermería cuenta con un botiquín de TSR, el que contiene los materiales necesarios para realizar primeros auxilios sin utilizar insumos que están destinados para la atención de los usuarios. Dependiendo de la gravedad del accidente, el abordaje del mismo se hará en algún centro de salud de la localidad, o se trasladará directamente a Santiago
- *Cortopunzante.* Son accidentes que ocurran con objetos cortopunzantes (como una aguja), que tengan relación con la atención en salud. Para evitarlos, todas las comunidades contarán con una caja cortopunzante, la que debe ser eliminada al final de TSR.

¿Qué hago si me pincho? Lo primero es mantener la calma, lavar la zona con abundante agua y jabón, y luego avisar a sus jefes, quienes estarán en conocimiento de los próximos pasos.

En el protocolo también están señaladas algunas obligaciones que deben cumplir por ser voluntarios:

- Dar aviso a sus respectivas coordinaciones y jefes si tienen alguna patología de base y contar con los medicamentos que tengan de tratamiento.
- En caso de realizar procedimientos con contacto con fluidos como la sangre, es importante que usen barreras de protección como los guantes y que estén vacunados contra la hepatitis B.
- Queda estrictamente prohibido la práctica de procedimientos de extracción de sangre ni punciones entre los mismos voluntarios. En caso de ser sorprendidos en esto, serán sancionados con la prohibición de participar en el próximo TSR.

Criterios de Derivación

Obstetricia	Nutrición	Kinesiología	Medicina	Psicología	Fonoaudiología	Odontología	Enfermería	Farmacia

<i>Derivaciones Obstetricia</i>	Carreras que lo reemplacen		Carrera (s) con la cual compartir consejerías
Usuarios con conducta de riesgo para ETS	<i>Enfermería (tramo materno)</i>	<i>Medicina</i>	Ninguna
Usuaris en climaterio	<i>Medicina (desde 4to)</i>		Ninguna
Usuaris embarazadas o en lactancia	<i>Nutrición</i>		Ninguna
Adolescente con actividad sexual sin MAC	<i>Enfermería</i>	<i>Medicina (desde 5to)</i>	Ninguna
Usuaris de MAC o que presente problemas con el MAC	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris embarazada con antecedentes de Diabetes gestacional, Parto prematuro, Colestasia	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris con amenorrea o FUR dudosa	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris que no puede quedar embarazada	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris con uso irregular de MAC	Ninguna		Ninguna
Usuaris entre 25 y 64 años sin PAP al día (teniendo en cuenta que se toma cada 3 años)	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris mayor de 40 años sin mamografía	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris con antecedentes de cáncer de mamá, endometrio u ovario	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris que tenga cualquier tipo de sintomatología de incontinencia urinaria o prolapso	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Adolescentes hombres y mujeres con duda sexual	Ninguna		Ninguna
Usuaris sin examen ginecológico anual	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna
Usuaris que se encuentre o entre al sistema de planificación familiar	Ninguna		Ninguna
Hitos del desarrollo (tunner)	<i>Enfermería</i>		Ninguna
Usuaris sin conocimiento del autoexamen de mamas	<i>Enfermería (tramo materno)</i>		Ninguna
Usuaris con hábito de tabaco que este con MAC hormonales	<i>Interno de Medicina</i>		Ninguna

<i>Derivaciones Nutrición</i>	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías	
Personas de cualquier grupo etario con bajo peso, sobrepeso u obesidad	Ninguna	Ninguna	
Lactantes de 5 meses (control 5° mes)	Ninguna	Ninguna	
Preescolar de 3 años 5 meses (control)	Ninguna	Ninguna	
Mujeres embarazadas y que estén amantando (nodrizas) independiente de su estado nutricional	Ninguna	<i>Fonoaudiología</i>	<i>Enfermería</i>
Personas con trastornos de la conducta alimentaria como: anorexia, bulimia	Ninguna	<i>Psicología</i>	
Personas con enfermedades crónicas no transmisibles como: HTA, DM2, DLP, ERC.	Ninguna	Ninguna	
Personas con patologías como anemia, úlceras gastroesofágicas, reflujo, gastritis, colon irritable, problemas hepáticos, etc.	Ninguna	<i>Medicina</i>	
Personas con problemas en la deglución (disfagia)	Ninguna	<i>Fonoaudiología</i>	
Personas interesadas en tener buenos hábitos alimenticios.	Ninguna	Ninguna	
Adultos mayores, para evaluar dentadura, estado nutricional y retiro de alimentos (PACAM)	Ninguna	Ninguna	
Postrados y cuidadores de los mismos	Ninguna	Ninguna	
Niños pequeños en general para crear hábitos nutricionales	Ninguna	<i>Enfermería</i>	<i>Odontología</i>

<i>Derivaciones Kinesiología</i>	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías	
ADULTOS			
Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas controladas (EPOC y asma)	Ninguna	<i>Medicina</i>	<i>Química y Farmacia</i>
Pacientes con síntomas respiratorios crónicos y tabaquismo	Ninguna	<i>Medicina</i>	
Paciente con Enfermedades crónicas no transmisibles que tiene como tratamiento actividad física (HTA, DL, DM, obesidad, sobrepeso)	Ninguna	Ninguna	
Dolores ME no asociados a patología aguda	Ninguna	Ninguna	
Adultos sanos con estilos de vida sedentaria	Ninguna	Ninguna	
Postrados y sus cuidadores (Para realizar visita domiciliaria)	Ninguna	<i>Enfermería</i>	<i>Carreras que se estimen convenientes</i>

Dolores lumbares con diagnóstico de lumbago	Ninguna	Ninguna
Persona que realiza trabajos con movimientos repetitivos o mucha carga (fijarse en la ocupación)	Ninguna	Ninguna
Alteración de la marcha, uso de batones, silla de ruedas, uso de prótesis	Ninguna	Ninguna
LACTANTES Y NIÑOS		
Que tenga madre con bajo nivel escolar o adolescentes.	Ninguna	Ninguna
Lactante de 0 a 24 meses. Si la madre/cuidadora tiene desarrollo psicomotor normal del niño/a.	Ninguna	Ninguna
Todo tipo de enfermedad respiratoria.	Ninguna	Ninguna
ESCOLARES		
Alteraciones Posturales	Ninguna	<i>Nutrición</i>
Riesgo de obesidad u obesidad	Ninguna	<i>Nutrición</i>
Estilo de vida sedentario	Ninguna	Ninguna
Dolores Musculo esqueléticos no asociados a patología aguda	Ninguna	Ninguna

<i>Derivaciones Fonoaudiología</i>	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías
Todos los niños de 0-6 años, independiente de las características que se observen en ellos.	Ninguna	Ninguna
Todos los adultos mayores (se revisará comunicación, cognición, audición)	Ninguna	Ninguna
Personas postradas que refieran algún problema de deglución, cognición, audición	Ninguna	<i>Nutrición</i>
Escolares y preescolares con malos hábitos orales (uso de mamadera, chupete, succión digital y /o de objetos, onicofagia)	<i>Odontología</i>	Ninguna
Estudiantes con mal rendimiento escolar, problemas para hablar, conductas extrañas, problemas en la lectoescritura	Ninguna	Ninguna
Personas que hayan tenido un evento de TEC o ACV	Ninguna	Ninguna
Personas con enfermedades neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer, demencias, ELA, entre otros) y que refiera problemas con la comunicación, alimentación y no esté recibiendo atención médica regular.	Ninguna	Ninguna
Personas con problemas de audición y/o equilibrio	Ninguna	<i>Medicina (desde 4to)</i>
Personas con disfonía, afonía o que esté interesada en el cuidado de la voz.	Ninguna	Ninguna

Derivaciones Medicina	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías
Todo usuario de cualquier edad con sintomatología aguda o crónica (desde 3er año)*	Ninguna	Ninguna
<i>*RN, Lactantes, Niños (desde 5to año con pasada por pediatría o a criterio de la coordinación dependiendo de cada caso)</i>	Ninguna	Enfermería
Todo usuario con enfermedad crónica (desde 3er año):		
No controlada o mal controlada - pesquisar signos de alarma	Ninguna	Enfermería <i>Química y Farmacia</i>
Dudas sobre su enfermedad o tratamiento	Ninguna	<i>Química y Farmacia</i>
Todo usuario con factores de riesgo o sospecha de enfermedad crónica no diagnosticada (desde 3er año)	Enfermería	Ninguna
Todo usuario con hábito tabáquico activo independiente de la carga tabáquica – consejería breve (todos)	Ninguna	Ninguna
Todo usuario con patología GES no cubierta o dudas sobre el procedimiento (todos)	Ninguna	Ninguna
Todo usuario con dudas en exámenes de laboratorio, imágenes, ecg, entre otros (desde 4to año)	Ninguna	Ninguna

Derivaciones Psicología	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías
Deterioro de relaciones sociales, laborales, familiares o de pareja.	Ninguna	Ninguna
Anhedonia, pérdida significativa de placer para hacer las cosas que anteriormente hacía.	Ninguna	Ninguna
Miedo persistente, ataques de pánico, angustia, ataques de angustia.	Ninguna	Ninguna
Cambios significativos de ánimo en los últimos 6 meses.	Ninguna	Ninguna
Duelo y duelo patológico.	Ninguna	Ninguna
Ideaciones e intentos suicidas.	Ninguna	Ninguna
Dificultades para conciliar el sueño en los últimos 6 meses	Ninguna	<i>Medicina (desde 4to)</i>
Delirios o alucinaciones.	Ninguna	Ninguna
Alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y largos periodos de abstinencia	Ninguna	Enfermería Medicina
Bajo rendimiento escolar	Ninguna	<i>Fonoaudiología</i>
Trastornos alimenticios	Ninguna	<i>Nutrición</i>
Cuidadores	Ninguna	Enfermería

Derivaciones Farmacia	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías
Enfermos crónicos	Ninguna	Medicina
Personas automedicadas o que presenten polifarmacia (3 medicamentos o más)	Ninguna	Ninguna
Pacientes con dudas respecto a su tratamiento	Ninguna	Ninguna
Pacientes que consuman hierbas medicinales	Ninguna	Ninguna

Derivaciones Enfermería	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías
ECNT para personas no descompensadas	<i>Medicina</i>	<i>Medicina</i>
Educación sexual en niños/as y adolescentes (hombres) con inicio de la actividad sexual	<i>Obstetricia</i>	Ninguna
Niños en general para evaluar desarrollo	Ninguna	<i>Interno de Medicina (que pasó por pediatría)</i>
EMPA y EMPAM	<i>Obstetricia</i>	Ninguna
Minimental	<i>Fonoaudiología</i> <i>Medicina</i>	Ninguna
Pacientes con AUDIT alterado (consejería en consumo de alcohol y drogas)	<i>Obstetricia (interno)</i> <i>internos de Medicina (que pasó por psiquiatría)</i>	Ninguna
EFAM	Ninguna	Ninguna
Adultos mayores autovalentes y no autovalentes (para realización de EMPA o EFAM)	Ninguna	Ninguna
Mujeres y niños en periodo de lactancia	<i>Obstetricia</i> <i>Nutrición</i>	Ninguna
Pacientes que necesiten curaciones (atención educativa)	Ninguna	Ninguna
Todos los preescolares, escolares y adolescentes	Ninguna	Ninguna
Población adulta sana	Ninguna	Ninguna
Población adulta no sana	Ninguna	Ninguna

Derivaciones Odontología	Carreras que lo reemplacen	Carrera (s) con la cual compartir consejerías
Niños de 5 y 6 años (Futuros beneficiarios y ya beneficiados de GES odontología, respectivamente)	Ninguna	<i>Fonoaudiología</i>
Mujeres embarazadas	Ninguna	Ninguna
Adultos con prótesis dental total o parcial	Ninguna	Ninguna
Adultos entre 58 y 60 años (Futuros beneficiarios y ya beneficiados de GES odontología, respectivamente)	Ninguna	Ninguna
Pacientes con halitosis, placa dental (sarro) y/o periodontitis	Ninguna	Ninguna
Personas con factores de riesgo: DM, tabaquismo, alcohol, etc	Ninguna	Ninguna
Personas que quieran mejorar su conducta dental	Ninguna	Ninguna



J.6 TALLERES DE PSICOLOGÍA

A continuación se presentará de la estructura de planificación de cuatro talleres del equipo de Psicología, debido a que el taller de “Prevención en el consumo de drogas y alcohol” y el “Manejo de estrés y ansiedad” se encuentran en proceso de modificación, por tanto el material no está disponible aún.

I.6.1. TALLER DE COMPETENCIAS PARENTALES

Planificación TSR 30 Rauco 2018

Nombre Difusión:		Habilidades parentales
Nombre Técnico	Competencias Parentales	
Público Objetivo	Padres/cuidadores e hijos.	
Carrera Responsable	Psicología	
Breve Descripción	El objetivo de este taller es dar la información y herramientas básicas primordiales hacia las figuras paternas y/o maternas de niños y adolescentes, para que éstos desempeñen su rol de forma más informada y por ende de mejor forma, llegando así, a que se logre una convivencia familiar grata, mejores lazos y ante todo, un mejor desarrollo del niño tanto psicológicamente como en y para su entorno.	
Tiempo de Duración	45 minutos aproximadamente.	

Marco Teórico

1. Competencias parentales

Según lo expuesto por la psicóloga Maryorie Dantagnan y el Psiquiatra Jorge Barudy en el año 2007, las competencias parentales hacen referencia a capacidades prácticas que deben poseer los padres, en cuanto al cuidado, protección y educación de sus hijos, asegurándoles un desarrollo óptimo y sano.

Dicho concepto, puede ser llevado a cabo en su práctica, además de por los padres biológicos de del niño o joven, por adultos significativos y que, por ende, sean importantes para él y de cierto modo cumplan el rol de figuras paternas. En este punto, se hace referencia tanto a cuidadores, profesores o cercanos de la persona en cuestión.

Lo mencionado anteriormente, tiene relación con el término de parentalidad social, que según lo expuesto por Barudy (2007), es un concepto que no precisamente debe tener relación con la parentalidad biológica, ya que existen padres que, pese a que ellos mismos engendraron a sus hijos, no poseen las competencias necesarias respecto al cuidado de los niños, hecho que puede provocar carencias y daños en su desarrollo.

Los principales componentes de las competencias parentales hacen relación a las capacidades parentales, dentro de las cuales se encuentran la capacidad de apego, empatía, modelos de crianza, capacidad de participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios y por otra parte las habilidades parentales, que se integran por una función nutriente, función socializadora y la función educativa, que serán expuestas a continuación.

1. Capacidades parentales

Es posible entender las capacidades parentales como el conjunto de capacidades necesarias para el desarrollo y cumplimiento adecuado de las competencias parentales, cuyo origen está determinado por factores biológicos y hereditarios, no obstante, son modulados por las experiencias vitales y son influenciados por la cultura y los contextos sociales.

Dentro de estas capacidades parentales, las más fundamentales corresponden a:

La capacidad de apego: esta, hace referencia principalmente a la relación que tienen los padres o cuidadores (adultos significativos) al momento de apegarse al niño y responder positivamente a sus necesidades, a ella se le asocian factores emocionales, cognitivos y conductuales.

Con respecto a esto, en el Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales (2009), se señala que, si una persona en su infancia logra tener un apego seguro con sus padres, posteriormente, en la adultez, podrá establecer relaciones basadas en la confianza y seguridad, mientras que por el contrario, si la persona tuvo experiencias negativas con sus padres, tenderá a desarrollar relaciones que presenten ansiedad, inestabilidades y desconfianzas insertas en su psiquis.

La empatía: concepto que tiene vinculación con capacidad de los padres, por lograr captar y estar en constante sintonía con el mundo interno del niño, reconociendo los diversos estados de ánimos que poseerán, respondiendo así de manera eficiente a las necesidades de sus hijos.

Los modelos de crianza: tienen que ver con los modelos culturales, transmitidos de generación en generación, que hacen hincapié a los procesos de aprendizaje que desarrollan los padres en cuanto a sus hijos, en el ámbito de la educación, protección y cubrimiento de sus necesidades.

La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios: como se establece que la parentalidad es una práctica social, la existencia de redes sociales, familiares y/o institucionales, validadas por los padres o adultos, fortalecen las relaciones en el ámbito familiar, y por ende, ayudan al desarrollo de una parentalidad positiva.

1.2 Habilidades parentales

Otro punto importante, que corresponde a aptitudes necesarias para el cumplimiento de las competencias parentales, son las habilidades parentales las que en base al Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales (2009) se puede decir, que constan de 3 funciones primordiales, las cuales son:

**Función Nutriente:* la presente función se relaciona con la construcción de un apego y espacio familiar seguro, mediante las experiencias sensoriales y emocionales.

Vale decir, que para hacer efectivo un reconocimiento mutuo, en cuanto a las experiencias sensoriales, los canales de comunicación no deben verse obstruidos, para que no exista un quiebre en el proceso de familiarización.

Cabe agregar, que el concepto de apego seguro hace referencia a la vinculación positiva y sana entre los niños y las figuras de apego, ya sean los padres, o bien, los adultos significativos.

**Función Socializadora:* la función socializadora, hace referencia a la contribución de los padres para la construcción de la identidad o concepto de sí mismos, de sus hijos, y además, corresponde a las experiencias que son observadas por los niños (de sus padres), que los ayuda a tener un referente, es decir, son un modelo conductual, para que aprendan a vivir de una manera adaptada, adecuada y armónica en la sociedad.

Se podría decir, que dicha función, es una de las habilidades parentales con mayor importancia y trascendencia para la formación del niño, puesto que, en base a ella, se definirán los niños y sabrán que caminos tomar en el futuro.

**Función Educativa:* la presente función, aborda que la educación de los niños dependerá de los procesos relacionales, más bien, dependerá de la calidad de vinculación emocional que exista entre padres e hijos, puesto que como lo han señalado Berger y Cyrulnik, en distintas ocasiones, “*los niños y las niñas aprenden para alguien*”.

Además, la función educativa, señala que entre más herramientas culturales tengan los padres, mayor influencia moralmente positiva tendrán sobre sus hijos, afirmación vista como un problema para las familias más vulnerables, por lo que, entonces, el tipo de educación que reciba

un niño, determinará el tipo de acceso al mundo social de éste, estableciendo también, en muchas ocasiones, las posibilidades de pertenencia a los distintos grupos sociales existentes.

1. Tips para la solución de conflictos

En base a lo anteriormente mencionado, existen técnicas no muy complejas que el cuidador puede utilizar, dentro de estas se encuentran frases y expresiones que pueden mejorar o empeorar, respectivamente, la relación entre el niño y su cuidador, siendo éstas las siguientes:

Intente	Evite
<ul style="list-style-type: none"> •Destacar lo positivo •“Contener primero y educar después” •“Sancionar conductas y no relaciones” •“Elegir las batallas” •Considerar desarrollo del niño(a) • Pensar antes de actuar • Ofrecer alternativas • Ponerse en el lugar del niño •Elogiar al niño ante comportamientos adecuados. 	<ul style="list-style-type: none"> •Destacar lo negativo •Ridiculizar, ignorar •Uso del “ser” en vez de “tener” •Descontrolarse •Reglas múltiples o excesivas para dº del niño(a) *No pasar por alto los logros del niño

Objetivo general: Conocer posibles soluciones relacionadas con competencias parentales frente a problemáticas cotidianas en la relación padres-hijo.

Objetivos específicos	Contenidos	Actividades de aprendizaje/ Enseñanza	Tiempo	Medios audiovisuales y materiales	Evaluación	Responsables
Identificar a los integrantes del grupo.		<p>El monitor 1 da la bienvenida e introduce la actividad inicial “La telaraña”. (Anexo 1) en donde se necesita que los participantes, sentados o de pie, formen un círculo y mediante esa dinámica se presenten. (el ovillo de lana se encuentra en la mochila de psicología)</p> <p>En paralelo, el monitor 2 irá escribiendo en trozos de cartulina los nombres de cada participante a modo de distintivo y se los entregará posterior a la actividad</p> <p>Luego se darán a conocer los objetivos del taller y los temas a tratar</p>	5 minutos.	<p>Anexo 1: La telaraña.</p> <p>-Ovillo de lana</p> <p>-Trozos de cartulina</p> <p>-Sillas</p> <p>-Plumones</p> <p>-Masking Tape</p>	100% de los integrantes conoce a los integrantes del grupo mediante el desenredo de la telaraña.	Monitor 1 y 2
Reconocer situaciones que dificulten la relación entre padres e hijos y como poder enfrentarlas	Relación padres-hijo/s en la vida cotidiana	<p>Para llevar a cabo esta actividad el monitor 1 comenzará a crear grupos y utilizará la “técnica Philips 6-6” (Anexo 2), y les dará 6 minutos, para discutir acerca de los problemas con sus hijos. A medida que vayan respondiendo, el monitor 2 irá anotando los problemas, que los distintos participantes han manifestado, en la cartulina.</p> <p>-Una vez identificados los problemas más recurrentes en las familias, el monitor 2 intentará agrupar los temas según su contexto. (Por ejemplo: “escolar”, “doméstico”, “social”) para así poder caracterizarlos de mejor forma</p> <p>Posteriormente el monitor 1, preguntará a los participantes si alguna vez han logrado solucionar un problema con sus hijos, con el fin de que puedan explicar cómo lo hicieron.</p> <p>En ese momento uno de los monitores dará paso para que los mismos participantes identifiquen las capacidades y habilidades parentales presentes en los relatos y logren explicarlas. En caso de que no se presente alguna de las expuestas en el marco teórico, uno de los dos monitores deberá explicar y ejemplificar las capacidades o habilidades faltantes a los</p>	15 minutos.	<p>-Plumón</p> <p>-Cartulinas</p> <p>-Scotch</p>	Se espera que alrededor del 80% de los participantes reconozcan al menos un conflicto que hayan tenido con sus hijos. Mientras que se espera que más del 60% de los participantes manifieste su manera de resolverlos mediante los relatos de cada grupo.	-Monitor 1 -Monitor 2

		participantes.				
Identificar soluciones con relación a situaciones de conflicto.	Espacio familia seguro y apego adecuado.	<p>El monitor 2 pedirá a dos personas que sean voluntarias para realizar un role playing mientras que el resto de los participantes propondrá en conjunto una situación de conflicto para ellos. Si los participantes no logran desarrollar uno por su cuenta, se ayudará con diversos ejemplos. (ver anexo 3). La idea es que quien se encuentre en el rol de padre, logre recrear el conflicto e intente buscar soluciones adecuadas para este, de no poder resolverlo, podrá pedir ayuda de los demás participantes. Una vez concluida cada actuación, el monitor 1 abrirá una instancia de diálogo para evaluar lo sucedido. Al finalizar los role playing, se les solicitará a los participantes que escriban en un papel otras posibles soluciones al conflicto presentado.</p> <p>Posterior a esto, el monitor 1 presenta los Tips para soluciones de conflicto, entregando ejemplos y explicando la importancia y efectividad de estos</p>	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Cartulina -Plumones -Hojas en blanco -Lápices 	El 80% de los participantes identifica una solución.	Monitor 2
Evaluar el taller		<p>El monitor 1 les preguntará a los participantes si tienen alguna duda o inquietud respecto a los temas abordados en el taller e intentará responder y resolver las en conjunto al monitor 2.</p> <p>Si no se expresan dudas al respecto, cualquiera de los dos monitores procederá a hacer preguntas con respecto a los contenidos vistos. (Ver ejemplo en anexo 5) o también puede hacer la actividad de verdadero y falso (Anexo 4)</p> <p>Una vez que todas las dudas sean resueltas, el monitor 1 agradecerá la participación de cada uno de los integrantes y los dejará invitados a otro taller que se realice posteriormente y se despedirá y entregará la evaluación de monitores</p>	10 minutos	.	El 80% de los participantes responde las preguntas de manera correcta o de la actividad de verdadero o falso	<ul style="list-style-type: none"> -Monitor 1 -Monitor 2

Anexos

1. La telaraña

El monitor mostrará una madeja de lana a los participantes para luego explicar que el primer participante será quién reciba la madeja de lana, partiendo el rompe hielo con la presentación, diciendo su nombre y una descripción breve de lo que le gusta hacer. Quién coordina se acercará a una de las personas participantes y le entregará una madeja de lana. Acto seguido, ésta se presenta en voz alta diciendo su nombre y lo que le gusta hacer. A continuación, sujetando una punta del ovillo, arrojará la madeja a otra persona del círculo que a su vez deberá presentarse y sujetar el hilo de lana al tiempo que arroja la madeja a otro participante y así sucesivamente. El ir y venir de la madeja hace que los hilos se entrecruzan formando una telaraña. Una vez que la lana ha pasado por todos los participantes, es momento de desenredarla y para esto, la última persona en recibirla tiene que devolverla a la persona que se la había tirado, diciendo el nombre de esa persona y así sucesivamente. De esta forma es posible dar cuenta que los participantes saben los nombres entre ellos.

1. Técnica Philips 6-6

El monitor deberá subdividir un grupo, en grupos de 6 personas, para que estos en 6 minutos conversen y discutan sobre la problemática expuesta, expresando la mayor cantidad de ideas posibles y participando todos los integrantes del grupo. Una vez finalizado el tiempo deben expresar una idea en conjunto como grupo.

1. Situaciones problemas role-playing:

El niño o el adolescente:

- a. Llega a una hora no correspondiente a la casa.
- b. Llega con una mala nota a la casa.
- c. No cumple con sus tareas, ya sea en el ámbito escolar o tareas asignadas en el hogar.
- d. Tiene un conflicto en el colegio en el cual se cita a inspección.

1. Evaluación del taller, actividad Verdadero y Falso.

- Debo destacar lo negativo de mi hijo frente a una problemática. (F)
- Debemos tratar de pensar antes de actuar frente a un problema con el niño (v)
- Debo recalcar cuando mi hijo tiene una buena conducta o iniciativa. (V)
- Ofrecer alternativas frente a un problema cotidiano es adecuado. (V)
- Actuar con gritos o de forma descontrolada es lo adecuado. (F)
- No debo poner en ridículo o ignorar a mi hijo. (V)
- No dejar que mi hijo se junte con otros compañeros por una mala conducta está bien. (F)

1. Preguntas de evaluación.

- En simples palabras, ¿Qué es la capacidad de apego?

- ¿Qué es la empatía?
- ¿Son los modelos de crianza una sola forma de criar?
- ¿Cuál es la habilidad parental más significativa en la vida de un niño?
- ¿Es más importante destacar lo negativo?

Evaluación Monitores(as), preguntas:

Evaluación del taller y monitores(as), preguntas:	De acuerdo/ En desacuerdo
Logró definir que son las competencias parentales.	
Puedo reconocer las diferentes situaciones de conflicto en la relación padre e hijos	
Puedo utilizar las técnicas que se me explicaron en el taller	
Me gustó cómo se desarrolló el tema.	
Las/los monitoras/es presentaron destrezas y conocimientos necesarios para el taller.	
Las/los monitoras/es fueron claras a la hora de explicar	
Las/los monitoras/es se mostraron seguras de sus conocimientos	
Me sentí cómoda(o) en este taller	
Comprendí la información dada (para ponerla a futuro en práctica)	
Considero que realmente este taller me sirvió/servirá	

Referencias.

Manual de apoyo para la formación de competencias parentales, 2009. *Programa abriendo caminos. Extraído el 22 de mayo del 2015 desde*
http://www.chilesolidario.gob.cl/abriendo_caminos/publicaciones/doc/Manual_%20Apoyo_Formacion_Competicencias_Parentales.pdf

Planificación TSR 29 Curepto 2019

Nombre Difusión:	
Nombre Técnico	Depresión y Procesos de Duelo.
Público Objetivo	Adultos/familias que se interesen en el tema, estén viviendo y/o hayan vivido por procesos de duelo o depresión.
Carrera Responsable	Psicología.
Breve Descripción	En este taller se exponen las distinciones básicas entre la depresión y los procesos de Duelo, estableciendo de esta forma los criterios de cada tema, ayudando así a que las personas puedan asimilar estos conceptos en vivencias cotidianas.
Tiempo de Duración	70 minutos aproximadamente.

Marco teórico

Diferencias entre los términos de depresión y duelo

Actualmente, la depresión es una enfermedad que ha cobrado un alto impacto al mundo occidental, significando un gran número de muertes a causa del suicidio que puede conllevar si es que no es tratada a tiempo. Por ello, en general es posible que a raíz de la pérdida de un ser querido, el proceso de duelo se vea confundido con una posible depresión, o bien, este conlleve a la formación de un trastorno depresivo en el sujeto. Esto debido a que adquieren características anímicas similares; los cuadros son muy parecidos en cuanto al estado emocional de la persona, pero es importante diferenciar que el duelo es un proceso común y normal que enfrentan las personas cuando existe una pérdida de un aspecto importante de su vida, no necesariamente es la muerte de alguien, más bien habla de la pérdida de la relación con otro, como puede ser la pérdida de contacto de un familiar, amigo, etc., en este proceso se describe teóricamente que existen 5 fases (negación, ira, negociación, depresión, aceptación) en las cuales el sujeto va avanzando a medida que el tiempo también pasa, tiene una cantidad de tiempo “normal” esperado en que el sujeto demore en realizar un duelo sano, en caso de que se extienda por más tiempo o que el sujeto no sea capaz de avanzar en las etapas, se podría hablar de un duelo patológico pero requiere un exhaustivo análisis del caso y del cuadro clínico que presente la persona.

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Según la OMS (2017) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

“La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” (OMS, 2017)

Esta enfermedad presenta una alta prevalencia (*se describe una prevalencia de depresión mayor de 10% en 12 meses y de 17% a lo largo de la vida. En Chile la prevalencia de episodio*

depresivo va entre 7,6% y 16,3%.). En nuestro país, se define como “a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante. La persona con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida. Es un trastorno heterogéneo, de curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos a cabalidad. (Mühlenbrock, Gómez, González., Rojas, Vargas, Mühlenbrock. 2011)

Por otra parte, Enrique Echeburúa y Paz exponen que *“Casi el 5% de la población sufre anualmente la pérdida de un ser querido muy cercano. El tiempo medio de duración del duelo suele ser de 6 a 12 meses, pero en el 10% de los casos persiste más allá de 18 meses y se cronifica. Es más, alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca. El duelo supone una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida desde una perspectiva distinta” (Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999). “En cualquier caso, hay muchas diferencias de unas personas a otras en la forma de vivir el duelo. Hay quienes están afectados profundamente durante años y sólo con dificultad consiguen llevar un duelo normal, pero muy limitado. Otros sufren intensamente, pero durante un período corto de tiempo. Sin embargo, también hay quienes superan sus pérdidas casi de inmediato y reanudan su vida en condiciones de normalidad” (Bonanno y Kaltman, 2001).*

Además, el experto e investigador J. Bowlby define el duelo como todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado. En efecto, el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo. Por lo tanto, podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Así es que no se trata de ningún suceso patológico. Incluso hay quien sostiene que el duelo por la pérdida de un ser querido es un indicador de amor hacia la persona fallecida. No hay amor sin duelo por la pérdida.

Características del proceso de duelo

Ahora bien, el proceso que acompaña a los episodios de duelo siempre va a requerir de la compañía de la familia y las personas que rodean al doliente. Éste, tiene que vivir el desarrollo de su duelo de manera que pueda desprenderse de su pena, a fin de poder afrontar la vida con los recuerdos de la persona, asumiendo que ella ya no estará, pero con la tranquilidad de que vivió verdaderamente su proceso *“sólo puede lograrse una recuperación si aquéllos llevan a cabo el trabajo de duelo”* (Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B. 2008). En este sentido “Existen dos signos que indican que la persona está recuperándose de una pérdida: la capacidad de recordar y de hablar de la persona amada sin llorar ni desconcertarse; y la capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida” (et al).

En consecuencia, el proceso de duelo se diferencia de la depresión en primera instancia desde un punto de vista clínico, en donde la depresión se corresponde con procesos de enfermedad propios de comportamientos anómalos en las dinámicas del ánimo implicando sintomatología neurológica, conductual, cognitiva y afectiva. En cambio, el proceso de duelo es una reacción natural ante una pérdida significativa que hace sus veces de muerte, pérdida de nacionalidad o cambios radicales en las vidas de las personas, dicha manifestación se corresponde con formas de enfrentar la realidad y la pérdida. Si se utilizan estrategias de afrontamiento relacionadas con la represión y la negación, de esta manera se habla de duelos patológicos.

Parkes y Waiss (2010) hablan de que el duelo puede atascarse en cualquiera de las etapas descritas en el recorrido individual del duelo. Nos orientará en el diagnóstico de un duelo patológico: Su duración total, como hemos señalado, de más de dos años. La prolongación de la etapa de estupor o shock más allá de tres semanas. La ausencia total de respuesta afectiva en una persona que no se caracterizaba por ello. La prolongación de las etapas de negación y/o culpa por encima de seis meses. La presencia de un sentimiento desproporcionado de culpa. Cambios bruscos en el comportamiento: personas que antes salían poco ahora no entran en casa, o viceversa. Idealización excesiva del fallecido, especialmente si hay constancia de malas relaciones previas. Aparición de alteraciones diversas: insomnio pertinaz, abuso de tóxicos, fobias, ansiedad incontrolable, estados depresivos prolongados, ideas persistentes de suicidio.

“Aunque estas circunstancias nos pueden orientar, el diagnóstico se realizará siempre considerando el contexto y las circunstancias que rodean a la pérdida y al sobreviviente, además de los síntomas que presente. Con frecuencia aparecen experiencias pseudoalucinatorias, concretamente en la fase de anhelo y búsqueda, que asustan mucho a quienes las padecen: creen haber visto al fallecido cuando se ha cruzado alguien con una prenda de vestir similar a la que utilizaba el difunto, “escuchan” la llave en la puerta o el ruido de los platos a la hora habitual de llegada a casa o de poner la mesa. Aunque producen gran alarma, porque las personas que sufren estas pseudoalucinaciones creen estar enloqueciendo, generalmente no tienen mayor importancia, salvo que se perpetúen en el tiempo o se conviertan en alucinaciones verdaderas.”
(Parkes y Weiss, 2010, p.661)

Consejos acerca de lo que se debe y no se debe hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida:

Cosas que se deben evitar hacer:

- Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un papel, diciendo: “lo estás haciendo muy bien”. Debemos dejar que la persona tenga sentimientos perturbadores sin tener la sensación de que nos está defraudando
- Decirle a la persona que ha sufrido la pérdida que “tiene” que hacer. En el mejor de los casos, esto refuerza la sensación de incapacidad de la persona y, en el peor, nuestro consejo puede ser “contraproducente”
- Decir “llámame si necesitas algo”. Este tipo de ofrecimientos suele declinarse y la persona que ha sufrido la pérdida capta la idea de que nuestro deseo implícito es que no se ponga en contacto con nosotros.
- Sugerir que el tiempo cura todas las heridas. Las heridas de la pérdida no se curan nunca por completo y el trabajo del duelo es más activo de lo que sugiere esta frase.
- Hacer que sean otros quienes presten la ayuda. Nuestra presencia y preocupación personal es lo que marca la diferencia.
- Decir: “sé cómo te sientes”. Cada persona experimenta su dolor de una manera única, por lo que lo mejor que podemos hacer es invitar al afectado a compartir sus sentimientos, en lugar de dar por supuesto que los conocemos.

- Utilizar frases manidas de consuelo, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”. Esto sólo convence a la persona de que no nos preocupamos lo suficiente por entenderla.
- Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor animándola a ocupar su tiempo, a regalar las posesiones del difunto, etc. El trabajo del duelo requiere tiempo y paciencia y no puede hacerse en un plazo de tiempo fijo.

Objetivo general: comprender las diferencias entre duelo y depresión

Objetivo específico	Contenidos	Actividades de aprendizaje/ Enseñanza	Medios Audiovisuales o técnicas	Tiempo	Recursos	Evaluación	Responsable
Conocer a los participantes		Se comienza la sesión saludando a los asistentes. Luego, el monitor 1 invitará a los participantes a realizar una actividad de inicio la cual está descrita en el anexo 1, sin embargo, es de libre elección de acuerdo al contexto y el criterio de los monitores, así se recomienda usar la dinámica de la lana por su finalidad de generar un ambiente protector en el taller y dar a conocer cuáles son los objetivos.	Técnicas rompe-hielo (Anexo 1)	5 min.		El 100% de los participantes conoce a los asistentes mediante el rompe hielo.	Monitor 1
Conocer e identificar la definición de depresión y duelo.	Definición de duelo. Definición de depresión.	El monitor 1 dará a conocer los objetivos del taller y cómo se irá realizando, de forma general. Luego, monitor 2 solicitará abiertamente a los participantes si se imaginan alguna diferencia entre el duelo y la depresión utilizando la metodología de lluvia de ideas. Después de eso, se les preguntará a los participantes si desean compartir experiencias que posean en relación al concepto de depresión y/o duelo. Mientras el monitor 1 escribe en paralelo las ideas que vayan surgiendo en ambas cartulinas. Posteriormente, el monitor irá encerrando uno a uno los conceptos atinentes a la definición de duelo y depresión que estén presentes en las ideas dadas por los participantes, e irá	Lluvia de ideas.	15 min.	1 o 2 cartulinas dependiendo de los recursos, en caso de ser una dividir en dos para plantear duelo en una y depresión en la otra. Cartulinas Plumones	Se espera que más del 80% de los participantes conozcan e identifiquen al menos un aspecto de la definición de depresión y duelo mediante la entrega de ideas acertadas con relación a ambos conceptos.	Monitor 1 y 2

		agregando otros de ser necesarios, para construir una definición final.			Masking tape.		
Diferenciar los conceptos de depresión y duelo.	Diferencias entre Depresión y procesos de Duelo.	A continuación, el monitor 1 solicitará a los participantes que inicien una discusión en torno a las diferencias que podrían existir entre la depresión y el duelo (Ver Anexo 2).		30 min.		El 80% de los participantes logrará diferenciar los conceptos básicos de duelo y depresión mediante preguntas directas hechas a los participantes.	Monitor 1 y/o monitor 2
Reconocer técnicas de apoyo para personas que vivencien la etapa de duelo.		Se finaliza la sesión mostrando consejos para poder abordar el duelo, los cuales se encuentran en el marco teórico, para entregar herramientas útiles a los participantes del taller, luego de exponer el contenido se les entregará una tarjeta de cartulina escrita con estas herramientas para que se la lleven a sus casas y se les agradece por la participación.		10 min.	Técnicas para abordar el duelo y las cartulinas que muestren el contenido abordado para que se las puedan llevar como material de apoyo (Marco teórico).	Se espera que al menos el 80% de los participantes puedan reconocer técnicas de apoyo a personas que han vivenciado un duelo recientemente .	Monitor 1 y 2
Reconocer aprendizajes.		Para evaluar la totalidad del taller se solicitará abiertamente a los participantes que entre ellos mismos vayan reconstruyendo con sus propias palabras los temas abordados; depresión y duelo, las diferencias entre ambos conceptos, y los consejos que ellos les darían a las personas que vivencien un duelo. Para guiar esta evaluación el monitor podrá ir facilitando el resumen mostrando las frases escritas en cartulinas pequeñas para así ir pegándole en esta nueva cartulina que diga VERDADERO/FALSO sin lo previamente escrito y si es necesario ir preguntado a los participantes si necesitan ayuda para recordar. Por ejemplo:” la depresión es una enfermedad, el duelo es una enfermedad, es normal estar triste por perder a alguien, es normal que esta tristeza dure más de un año y así sucesivamente. Luego preguntar a viva voz ¿qué debo evitar decirle o hacerle a una persona que está pasando por una pérdida? ¿Cómo la puedo ayudar?		10 min.	Un pliego de cartulina que muestre un resumen, pegamentos, papeles lustres que dirán verdadero y falso.	El 75% de los participantes reconoce los aprendizajes en el taller.	Monitor 1 y 2

Anexos

Anexo 1

Rompe hielo: De manera introductoria al taller, es recomendable realizar una actividad rompe hielo de la cual se sugieren las siguientes:

Aviso clasificados: El aviso clasificado: se les pide a los participantes que confeccionen un aviso clasificado, vendiéndose. Luego, se ponen en círculos interior y exterior y se van mostrando los avisos unos a otros hasta dar la vuelta completa. Después, se elige a alguien que comience diciendo a quién compraría y porqué.

Cadena de nombres: hay que decir el nombre y luego la persona a la derecha dice su nombre y repite el nombre de los que anteriormente se presentaron. Juego de memoria. Puede variarse utilizando, además del nombre, algún animal o inclusive el sonido que éstos producen.

Presentación por parejas: el objetivo es promover la presentación de los integrantes de un grupo. Se forman parejas cuyos miembros no se conocen, ellos deben compartir información personal (nombre, edad, actividad, intereses, etc.). Luego, en reunión plenaria, cada participante presenta a su compañero.

Telaraña: Los participantes se disponen en círculo. Se toma un ovillo de lana y se lo arroja hacia un miembro del grupo al azar que se presenta a sí mismo, cuando concluye, lo arroja a otro miembro reteniendo la punta del ovillo y así, hasta llegar al último. Se construye una red que une a todos los miembros. Luego, se inicia el proceso inverso siguiendo el camino que trazó el ovillo. Cuando cada participante recibe nuevamente la madeja, expresa sus expectativas respecto del grupo, la reunión o el tema mientras ovilla la lana que le han entregado. De esta forma, concluye la presentación cuando la red fue desarmada y el ovillo reconstruido.

Nombres escritos: Los participantes se reúnen en círculo y cada miembro se coloca una tarjeta con su nombre en el pecho. Se da un tiempo para que cada participante pueda memorizar el nombre de los demás. Luego, las personas se quitan la tarjeta y las hacen circular en un sentido. Cuando el coordinador lo dispone, cada participante debe intentar ubicar al dueño de la tarjeta que le tocó en suerte. La dinámica se repite varias veces hasta que los miembros del grupo se familiaricen entre sí.

*** Estas actividades están sujetas a modificación de acuerdo al contexto en que se apliquen y a criterio del facilitador encargado del grupo.*

Anexo 2: Actividades lúdicas para entender el duelo.

Perdiendo las cosas importantes:

Materiales: Tarjetas de cualquier tipo donde se pueda escribir, y lápices.

Se les pedirá a los participantes que anoten en una hoja o nombren 2 cosas que les guste hacer y los haga felices y 2 personas a las cuales le tengan mucho afecto. Luego, el monitor irá caminando alrededor de ellos y les pedirá una a una las tarjetas que escribieron, hasta que al final se queden solo con una. Para seguir con el siguiente ejercicio, donde hacen las siguientes preguntas: ¿Qué cosas fueron las que perdieron? ¿Cómo se sentirían si de verdad perdieran a las personas o cosas valiosas que tienen? ¿Cómo se llama la etapa que vivimos después de perder algo muy querido para nosotros? Para que de esa forma se aclaren las diferencias a partir del marco teórico y de lo que se ha ido construyendo en el taller.

Luego, a partir de la actividad anterior donde se aclaró las diferencias entre un proceso de duelo y una depresión se buscará indagar que conductas encuentran normales o anormales de acuerdo a ciertos ejemplos. (¿Creen ustedes que es normal creer que uno ve o escucha a la persona que uno ha perdido si ha pasado poco tiempo desde este acontecimiento?, entre otras) para que así se vaya aclarando aún más como es la diferencia entre ambas.

El soporte del vaso:

Materiales: Al menos 5 vasos de plástico o plumavit del mismo tamaño.

Se les pedirá a los participantes que entre todos formen una pirámide utilizando los vasos. Cuando esté listo, se utilizará como metáfora sobre las relaciones y lazos que se forman con otras personas, los vasos que están a la base serán aquellas persona que tenemos mayor apego o afecto, y las de más arriba serán las personas con menos apego o afecto. El monitor preguntará ¿Qué sucedería con la pirámide si quitamos al vaso de arriba?, esperando respuestas como “Se mantendría en pie, pero sin la punta” luego realiza esa acción, con cuidado de no botar los demás vasos, después, deliberadamente vuelve a colocar el vaso en su lugar, luego el monitor pregunta ¿Qué sucedería si sacamos un vaso que se encuentra en la base?, esperando respuestas como “Se derrumba”, luego se realiza esta acción, y una vez con la pirámide derrumbada se pregunta ¿Creen que se podría volver a armar la pirámide sin el vaso que le falta?, luego los participantes deben intentar armar aquella pirámide, una vez

terminada, se utilizará la metáfora de que si bien la pirámide no ha quedado igual, se ha vuelto a levantar, algo parecido es lo que sucede en el proceso del duelo.

Bibliografía

Azar, S.T. & Cote, L. R. (2002). Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custodial decision making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer? *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 193-217.

Echevarría, E. y de Corral, P. EL DUELO NORMAL Y DUELO PATOLÓGICO Extraído de la página

<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Necesidades%20psicosociales%20en%20el%20terminalidad/EL-DUELO-NORMAL-Y-DUELO-PATOLOGICO-14%20Echeburua.pdf>

Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, Enero-Marzo, 28-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>

Pereira, R. (2010) “Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico” Roberto Pereira Tercero Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar. Bilbao. Vizcaya. España. Extraído de la página http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Evaluaci%C3%B3n_y_Diagn%C3%B3stico.pdf

Robert A. Neimeyer. (s/f) APRENDER DE LA PÉRDIDA. Una guía para afrontar el duelo. (página 1-35) Extraído de la página: <http://www.recuperacionemocionalecuador.com/documentos/Aprender-de-la-perdida-Neimeyer.pdf>

Rodrigo, M., Cabrera, E., Martín, J. & Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18(2), 113-120.

Von Mühlenbrock S, Friedrich, Gómez D, Rocío, González V, Matías, Rojas A, Alberto, Vargas G, Lorena, & von Mühlenbrock P, Christian. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 331-337. Recuperado en 07 de junio de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004&lng=es&tlng=es.10.4067/S071792272011000400004.

White, A. (2005). Assessment of parenting capacity. Literature review. Australia: Centre for Parenting and Research, Department of Community Services.

J.6.3 Taller “Hablemos de sexualidad”

Planificación TSR 29 Rauco 2018

Nombre Difusión: “Hablemos de Sexualidad”	
Nombre Técnico	Sexualidad en el Adolescente y Adulto.
Público Objetivo	Adolescentes y Adultos.
Carrera Responsable	Estudiantes de Psicología y Obstetricia.
Breve Descripción	En el presente taller, se tratará de manera dinámica el tema de la sexualidad, diferenciándola del sexo y otros conceptos que se revisarán (género, orientación sexual, identidad de género). Además, de presentar cómo se establecen las relaciones afectivas, las prácticas sexuales, los riesgos y las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual, señalando a su vez, los derechos sexuales y reproductivos de las personas.
Tiempo de Duración	90 minutos.

MARCO TEÓRICO.

¿Qué es la sexualidad? Rol a nivel individual y social (identidad sexual)

Una concepción clásica de la sexualidad puede verse expresada en la definición entregada por la Real Academia Española (RAE), la que se refiere a ésta como las condiciones anatomofisiológicas características de cada sexo (RAE, 2014), sin embargo, lo que entendemos por sexualidad ha ido cambiando a lo largo del tiempo a la palestra de los discursos de diversas instituciones como la iglesia, la política, las ciencias médicas, psicológicas y ciencias sociales entre otras, como también los discursos de ciertos grupos colectivos como la comunidad LGBTQQ y el movimiento feminista (Rubin, 1989; González, Galaz, Troncoso y Núñez, 2018), por lo que aquella concepción sobre la sexualidad determinada por las características biológicas ha ido cambiando a la luz de la nueva evidencia (dirección de SIDA y ETS y ministerio de salud de la nación, 2016).

Cuando hablamos sobre sexualidad nos estamos refiriendo a diversas dimensiones del ser humano, tales como como el sexo, las identidades, el rol de género, erotismo, placer, orientación sexual, reproducción, entre otras, que incluyen factores tanto biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, los cuales podrían expresarse y vivenciarse a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (Alvarado, 2013).

Al componerse de diversas dimensiones, podríamos decir que a la base de la dimensión biológica se encuentra el “sexo”, el que da cuenta de diferencias biológicas entre el macho y la hembra, por ejemplo, al comparar los aparatos reproductores, u órganos como como los ovarios y el útero en mujeres y la próstata que es propia de los varones (Naciones Unidas, 2013; dirección de SIDA y ETS y ministerio de salud de la nación 2016).

Junto con esto, la anatomía de los genitales, estructura física, fuerza, consistencia de la piel, tono de voz, presencia de vello corporal, entre otras, son características propias de cada sexo, mientras que la vivencia interna e individual del cuerpo y género, tal como cada persona lo siente forma nuestra **identidad sexual**. En base a este último término, una persona puede presentar características de mujer, sin sentirse mujer, o características de hombre, sin sentirse

hombre. A estas personas se les llama transgéneros, es decir, personas que sienten una disconformidad entre su sexo biológico y sexo psicológico.

A razón de esto, siguiendo con esta lógica la idea del “género”, que se refiere a las funciones, identidades y atributos sociales de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye al sexo (Naciones Unidas, 2013; dirección de SIDA y ETS y ministerio de salud de la nación 2016). Estos elementos definen las diferentes características emocionales e intelectuales, así como también, los comportamientos asociados a hombres y mujeres, sólo teniendo en cuenta su sexo biológico Y, claro está, que hay diversas formas de ser mujer u hombre, como personas existen y todas son igualmente válidas y respetables, por lo cual estas formas de ser, no tienen la obligación de ajustarse a los roles de género presente en las sociedades. (Centro de Educación Sexual Integral, 2015).

En cuanto a la **orientación sexual**, definida como la atracción sexual y emocional que siente una persona por otra, una persona, puede sentirse atraído por su mismo sexo (homosexualidad), sentir atracción por ambos sexos (bisexual), no sentir atracción por ninguno (asexual) o sentir atracción por el sexo opuesto (heterosexualidad).

¿Qué es sexo (acto sexual)?

Como se mencionó anteriormente, existe el sexo anatómico: vagina-pene, el género: femenino-masculino, y el acto sexual, que hablaremos a continuación. El hablar de acto sexual, no sólo incluye la actividad penetrativa (coito), sino que involucra la interacción completa de todo lo que respecta a comunicación de tipo sexual, intimidad, privacidad e interacción mutua. Actualmente la sociedad ha podido liberarse de algunos tabú en relación a este tema, existiendo prácticas sexuales de todo tipo: orales, anales, vaginales. (Caponni, 2014).

En base a esto, si pudiéramos definir la CALIDAD de una relación sexual, esta tendría que ver con la siguiente ecuación:

➤ **Excitación + *afectividad* = calidad del vínculo.**

Excitación: Proceso biológico de preparación para el acto de coito (erección y secreciones vaginales, erección de pezones, enrojecimiento de labios, etc.)

Afectividad: Estado emocional que acompaña una conducta o que subyace a la interpretación de una de estas. Puede ser POSITIVA o NEGATIVA.

Calidad del Vínculo: Grado de satisfacción integral y potencialidad de desarrollo que tiene la relación. (Caponni, 2014).

Amor y vínculo

La mente se estructura en base a las relaciones. Nos construimos desde la relación con nuestros padres, con nuestro entorno, amigos y pareja. La mente se nutre o se intoxica. Estas interacciones modelan nuestra forma de ser.

La importancia central del vínculo es permitir que uno se conozca fuera del autoengaño que está presente para resguardar la identidad y que suprime la angustia existencial.

Cuando el sujeto se conoce más así mismo, sacando y conociendo los fantasmas, pierden fuerza los temores y las angustias que los cargan. Esto se realiza en un vínculo con otro confiable, que permita que se activen los conflictos y poder pensarlos en conjunto. Es un acto profundamente vincular y emocional, facilitando el cambio psíquico y crecimiento mental.

Las relaciones íntimas son fuentes de crecimiento. Es un encuentro apasionado y con riesgos, activándose la ambivalencia amor-odio porque activa fantasías sumamente idealizadas que se van a confrontar con la realidad, generando frustración, desencadenando a su vez en ODIO.

Tipos de prácticas sexuales y Riesgos Asociados.

1. Sexo Oral: práctica sexual en la que se estimulan los órganos genitales con los labios y la lengua.
2. Vaginal con y sin penetración: práctica sexual que consiste en la penetración del pene en el interior de la vagina; también se refiere a la introducción de algún objeto con fines sexuales en la vagina de la mujer.
3. Anal con y sin penetración. : Práctica sexual que consiste en la introducción del pene o juguetes en el ano de otra persona, hombre o mujer. La flora bacteriana del recto es diferente a la de la vagina resultando muy agresiva si llega a contaminarla.

- 4 Masturbación unidireccional o recíproca: acción que consiste en estimular los órganos sexuales de una persona o los propios con las manos o por otro medio (juguetes sexuales), para proporcionar u obtener placer sexual pudiendo llegar o no al orgasmo.

Los riesgos asociados a las diferentes prácticas son **básicamente infecciones**, estas pueden ser vaginales, generalmente de origen bacteriano del canal rectal, de microbiota de manos, uñas, etc. (tienen diferentes síntomas según bacteria u hongo: picazón, irritación, edema, flujo de mal olor y abundante, etc), infecciones peneanas, anales e ITS.

ITS (Infección de Transmisión Sexual): son enfermedades que se transmiten de persona a persona a través del contacto de fluidos genitales o sanguíneo, por ende se pueden transmitir durante cualquier de las prácticas sexuales posibles en el acto sexual o durante el embarazo, parto y lactancia. Ejemplos: VIH, Virus del Papiloma Humano, Herpes genitales, sífilis, entre otros.

Factores de riesgo: inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, ser trabajador sexual, no utilizar método de barrera, haber tenido ITS previamente, ser víctima de abuso sexual, abuso de drogas/alcohol y sistema inmune deprimido.

Medidas Generales para prevención de ITS: Evitar factores de riesgo (1) Abstinencia sexual, (2) Mantener una pareja única y que ambos decidan mantener fidelidad mutua (3) Uso de método de barrera (condón masculino o femenino) esta es **la medida básica**, el preservativo evita contacto de fluidos y además el contacto con lesiones o heridas genitales, los cuales junto a los fluidos corporales son los principales mecanismos de transmisión de los patógenos que desencadenan dichas infecciones.

Medidas específicas particulares para cada práctica sexual:

1. Oral: Buena higiene, lavar zona bucal antes de realizarlo y una vez finalizado repetir lavado. Evitar si hay daño de mucosa oral, pareja única y si es posible uso de condón(mostrar y explicar cómo realizarlo)

2. Vaginal con y sin penetración. Si es penetrativo siempre con condón. Pareja estable, ideal pareja única. Buen aseo genital (agua por arrastre, buen secado).Control con matrona de forma frecuente.
3. Anal con y sin penetración. Siempre con condón, practicarla de forma exclusiva, es decir, no alternar entre ano y vagina. En lo posible sin eyaculación. Ayudarse con lubricante. Evitar si hay hemorragias, hemorroides o heridas previas
4. Masturbación: lavado de manos previo. Si utiliza juguete sexual, lavarlo y ponerle condón. Uso de lubricante. Evitar en caso de tener heridas abiertas o úlceras en las manos que puedan contagiarse a la zona genital.

objetivo específico	Contenido	Actividades de aprendizaje/ enseñanza	Tiempo	Recursos	Evaluación	Responsables
Identificar a los integrantes del grupo participante	Bienvenida. Conocer a los participantes del taller	Bienvenida: los monitores se presentan. Bienvenida a los participantes. El monitor 1 explicara de manera general los temas a tratar en el taller. En conjunto con los participantes se formara un círculo para dar inicio al "rompe hielo". Caldeamiento (Formar grupos en base al anexo 1.2	5 minutos	Según actividad escogida del anexo: <ul style="list-style-type: none"> • Ovillo de lana • Sillas • Recurso humano 	100% de los participantes se presenta	Monitor 1 Monitor 3
Distinguir entre los conceptos de sexo y sexualidad	Concepto de sexualidad	Monitor 1: Mediante lluvia de ideas, se compartirán ideas sobre qué se entiende por sexualidad y sexo, anotar dichas ideas en el pliego de cartulina Monitor 2 y 3: A partir de las ideas propuestas por los participantes y las posibles dudas que surjan; definir los conceptos en cuestión y explicar los diversos ámbitos en los que se desarrollan	10 minutos	Recurso humano. Recurso visual: <ul style="list-style-type: none"> • pliego de cartulina • Plumón • Sillas para los participantes 	80% de los participantes logra distinguir los conceptos, describiendo al menos dos componentes. CÁLCULO: N° de personas que logran distinguir el concepto / total de los presentes X100	Monitor 1 Monitor 2 Monitor 3
El concepto de sexualidad y las distintas dimensiones que la componen	Concepto de género, orientación sexual, sexo, sexualidad y acto sexual	Monitor 3: hará entrega a cada uno de los participantes una serie de tarjetas con las definiciones de conceptos tales como: orientación sexual, género, sexo, etc. (anexo 3). Se realizarán las actividades de verdadero/falso en cuanto a la identificación de los conceptos. Monitor 4: realizará una reflexión sobre la diferencia de los conceptos, dando énfasis en la diversidad sexual actual, su aceptación y respeto	15 minutos	Recurso humano <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina • Verdadero/falso • Pegamento • Cinta adhesiva 	70% de los participantes logran describir los conceptos mencionados CÁLCULO: N° de personas que logran describir el concepto de género / total de los asistentes X100	Monitor 1 Monitor 3 Monitor 4
Señalar estereotipos/ roles de género	Identidad de género	A partir de la discusión anterior el Monitor 3 pedirá a los participantes que den cuenta de que es para ellos ser hombre/mujer. Para esto los Monitores 2 y 3 separaran en dos grupos a los asistentes, y mediante una lluvia de ideas, se les pedirá a los integrantes del grupo qué señales, actitudes o conceptos que se asocian al ser hombre o mujer en nuestra sociedad.	15 minutos	Recurso humano <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina • Plumón • Lápices 	El 70% de los participantes expresa su identidad de género CÁLCULO: N° de personas que expresan su identidad de género / total de presentes X100	Monitor 2 Monitor 3 Monitor 4

		Posteriormente el Monitor 4 realizará una reflexión sobre los estereotipos de género y la importancia de la aceptación de otras formas de vivir la sexualidad.				
Reconocer riesgos y prevenciones de ITS en las distintas prácticas sexuales	Prevención de ITS en prácticas sexuales	<p>Comentar abiertamente tipos de prácticas sexuales con una debida interrupción en el caso de que se requiera aclarar ciertas cosas. Realizar una nube de riesgos; dividir en 2 zonas la cartulina y se anotarán riesgos.</p> <p>El monitor 2, explicará en qué consiste una ITS, propondrá diferentes factores (Anexo 4), mientras que los participantes, mediante su pulgar hacia arriba o abajo deben identificar si lo consideran o no de riesgo. El monitor 3 recapitulará usando la otra parte de la nube de riesgo, donde anotarán medidas generales de prevención de ITS y se comentarán medidas específicas de cada práctica.</p> <p>El Monitor 4 mostrará un condón femenino y masculino. Demostrará cómo usar un condón para la prevención en el sexo oral y junto a dos voluntarios ejemplificarán usando un dildo el correcto uso del condón. Mientras tanto el monitor 2 entregará trípticos del uso de preservativo</p>	15 minutos	<p>Recurso humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina • Plumón • Condón de muestra • 3 dildos • Trípticos (ubicados en la caja de Obstetricia) 	<p>80% de los participantes reconoce los riesgos y medidas de prevención dando al menos un ejemplo de prácticas sexuales, el riesgo de dicha conducta y su prevención. Dos de los participantes logra colocar de buena forma el condón en el dildo.</p> <p>CÁLCULO:</p> <p>N° de personas que logran dar un ejemplo correcto / total de presentes X100</p>	<p>Monitor 2</p> <p>Monitor 3</p> <p>Monitor 4</p>
Reconocer los diferentes componentes de una relación en la vida cotidiana	Componentes de la relación afectiva (amor y vínculo)	<p>El Monitor 3 realizará la pregunta ¿de qué creen que está construida una relación afectiva? Luego de escuchar las respuestas de las personas, el Monitor 4 complementará las respuestas explicando además los tres factores que influyen en una relación de vínculo. Posteriormente el Monitor 4 le pedirá a los participantes que ejemplifiquen con su propia experiencia, cómo creen que</p>	15 minutos	<p>Recurso humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina • Plumón 	<p>El 80% de los participantes logra reconocer los componentes de una relación afectiva en la vida cotidiana</p> <p>CÁLCULO:</p> <p>N° de personas que logran dar dos ejemplos de componentes de la relación afectiva / total</p>	<p>Monitor 2</p> <p>(idealmente ambos de obstetricia)</p>

		esto se refleja en sus vidas			de presentes X100	
Derechos sexuales y reproductivos	Derechos sexuales y reproductivos	<p>Monitor 3: pedirá que se formen en círculos y dará introducción a los DSSR.</p> <p>Monitor 4: debe introducir la actividad recalando que el respeto, la autonomía y la confidencialidad, estas son claves para participar. La actividad consta en leer (anexo 5) y que cada participante de forma voluntaria avance un paso al centro del círculo si siente que su derecho ha sido respetado y validado a lo largo de su vida, de lo contrario debe quedarse en su lugar.</p> <p>Ambos monitores, tras finalizar la lista de derechos, se evidenciarán diferencias en distancia al centro del círculo. Se hará una reflexión final en torno a cómo hoy en día se vulneran los DSSR y la relevancia que tiene conocerlos, para así poder ejercerlos (anexo 6).</p> <p>Finalmente se dará gracias por la asistencia y se cierra el taller.</p>	10 minutos	Recurso humano Lista de DSSR	El 70% de los participantes logra identificar los derechos sexuales y reproductivos	Monitor 3 Monitor 4

Evaluación general del taller: “Carita feliz y triste”. (5 minutos)

Un monitor/a entregará a cada participante, una paleta, por un lado tendrán una cara feliz y por el otro una cara triste. Se explicará que deben responder preguntas que nos ayudarán a guiar y mejorar nuestras futuras sesiones y necesitamos su mayor sinceridad. Anexo 2.

Cierre de la sesión: (5 minutos): Por último, uno de los monitores preguntará a los participantes si aún tienen dudas para aclararlas antes del fin de la sesión. Se agradecerá la asistencia y participación en el taller.

Anexo 1: Actividades rompe hielo

- Tela de araña con ovillo de lana: Los participantes, sentados o de pie, forman un círculo. El monitor 1 dará instrucciones al grupo sobre la actividad. Mostrará una madeja de lana. Explicará que al recibir la madeja de lana la persona tendrá que decir su nombre y realizar una breve descripción de sí mismo (edad, en que trabaja, gustos) y pasársela a

otra persona al azar. El ir y venir de la madeja hace que los hilos se entrecrucen formando una telaraña.

- **Aviso publicitario:** El monitor 1 presentará a modo de ejemplo las características principales del monitor 2 promocionando éstas como si fuese un tentador aviso publicitario para que alguien quiera comprar al monitor 2. Posteriormente se solicitará que entre parejas compartan su realidad y características para que posteriormente tengan que cada uno promocionar a su compañero y así, el resto de los participantes escuchará e irá conociendo a los integrantes del grupo.
- **Corre que te pillo:** El grupo debe formar un círculo, cada uno debe poner sus manos con las palmas hacia arriba de forma alternada, es decir, si a la derecha tengo mi mano sobre la mano de mi compañero a la izquierda la debo tener debajo. El monitor 1 iniciará la actividad dando una breve información de sí mismo y golpeando con un aplauso la mano de su compañero y así cada uno debe decir lo más rápido posible su información para pasar la palabra al de al lado.

Anexo 1.2: Actividad para formar grupo

- Repartir papeles con nombre de animales, cada participante debe emitir el sonido de su animal e identificar quienes hagan el mismo sonido para juntar

Anexo 2:

Evaluación del taller y monitores(as), preguntas:	Número de caras tristes y felices
Logro definir y diferenciar que es la sexualidad y el sexo.	
Puedo reconocer los diferentes componentes de una relación afectiva.	
Puedo mencionar los tipos de prácticas sexuales y las medidas preventivas para ETS en cada una.	
Me gusto cómo se desarrolló el tema.	
Se logró comprender las diversas expresiones y conceptos asociados a la sexualidad actualmente.	
Las monitoras presentaron destrezas y conocimientos necesarios para el taller.	
Las monitoras fueron claras a la hora de explicar	
Las monitoras se mostraron seguras de sus conocimientos	
Me sentí cómoda(o) en este taller	
Comprendí la información dada (para ponerla a futuro en práctica)	
Considero que realmente este taller me sirvió/servirá	

Anexo 3.

Definiciones (CESI, 2015).

Sexualidad: corresponde a cómo se vive nuestro proceso como seres sexuados, y se vincula en cada aspecto de nuestra vida siendo entonces una dinámica presente, permanente y que jamás termina de completarse en el transcurso de los años.

Sexo: corresponde al hecho de ser hombre o mujer a partir de variedades anatómicas, fisiológicas y psicológicas del individuo.

Orientación Sexual: se refiere a la atracción sexual y emocional que una persona siente por otra. (Heterosexual, atracción por el sexo opuesto- Homosexual, atracción por el mismo sexo- Bisexual, atracción por ambos sexos.)

Género: Roles esperados por la sociedad hacia cada sexo, en cuanto a actitudes propias y adecuadas de estos.

Identidad de Género/Sexual: es aquella identidad que hace al sujeto tener la certeza subjetiva acerca de sentirse hombre o mujer, independiente de sus características físicas.

Anexo 4 factores de Riesgo para ITS:

Factores de riesgo (principales*): inicio precoz de relaciones sexuales, *múltiples parejas sexuales, ser trabajador sexual, *no utilizar método de barrera, *haber tenido ITS previamente, *ser víctima de abuso sexual, *abuso de drogas/alcohol y sistema inmune deprimido.

Otros factores a mencionar: mantener pareja única, buen aseo genital, ser virgen, entre otros que puedan agregar los monitores.

Anexo 5 Derechos Sexuales y Reproductivos

Introducción al tema:

Todas las personas tienen derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos en legislaciones nacionales y en normas internacionales de derechos humanos.

Chile tiene la obligación de garantizar que, libremente, sin miedo, coacción ni discriminación, las personas pueden:

**Recordar dar un paso si sientes que nunca se les ha prohibido o vulnerado este derecho, si sientes que alguna vez ha sido vulnerado deben permanecer en el lugar.

- tomar decisiones acerca de su salud, su cuerpo, su vida sexual y su identidad
- Vivir y expresar la propia identidad y orientación sexual
- buscar y recibir información sobre sexo, métodos anticonceptivos de los servicios de salud
- decidir si tener hijos y cuándo
- Tener un embarazo y parto en las mejores condiciones y sin riesgos
- decidir si casarse o no y qué tipo de familia fundar
- vivir sin miedo a sufrir una violación u otras formas de violencia como el embarazo, el aborto, la esterilización, el matrimonio forzado y la mutilación/excisión genital femenina.
- buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad/educación sexual
- Prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/sida
- hacer que se respete su integridad física
- elegir a su pareja
- decidir si quiere mantener relaciones sexuales o no, es decir, mantener relaciones sexuales consentidas
- tener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera

Anexo 6 Ideas para reflexión

Barreras en nuestro país para poder ejercer los DSSR

- Falta de acceso a educación sexual en los colegios
- Barreras en el acceso a la píldora de emergencia en los consultorios de salud pública
- Denuncia a tribunales y maltrato a mujeres después de un aborto
- Esterilización sin consentimiento a mujeres viviendo con VIH
- Negación de anticonceptivos a adolescentes en los consultorios
- Exigencia de la presencia de los padres de los/as adolescentes para proveer anticonceptivos en los consultorios
- Violencia contra las mujeres y las minorías sexuales

Conocer los DSSR es importante:

- Para ejercerlos
- Para exigirlos
- Para propiciar políticas públicas que los garanticen y resguarden
- Para mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva de las personas, sin discriminación de ningún tipo

Bibliografía

Alvarado, J. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes.

Capponi, R. (2014). Curso de educación sexual integral. ¿Cómo construir una sexualidad madura?

Capponi, R. (2014). Curso de educación sexual integral. La importancia de enamorarse para la relación de pareja “Tema VII, Distintas formas de buscar y elegir pareja”.

Centro de Educación Sexual Integral(CESI), (2015). Programa de Educación Sexual Integral.

González, M., Galaz, C., Troncoso L., Núñez, C. (2018). Diversidades sexuales y de género: Lógicas y usos en la acción pública.

Ministerio de Salud (2016). Dirección de SIDA y ETS.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad.

Gobierno de Chile, Ministerio de educación:” Formación en sexualidad, afectividad y género, [en línea] http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201307221719000.PDF_formacion_sexualidad.pdf [visitado:12/11/2014]

Federación Internacional de Planificación de la Familia, “Glosario de IPPF sobre términos relacionados con la salud sexual y reproductiva” [en línea]<http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/IPPFglossarySpanish.pdf>[visitado:12/11/2014]

Naciones Unidas, derechos humanos, “Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos”. [en línea] < www.uchile.cl/documentos/mitos-o-realidad_5053_1_1623.pdf > [visitado:12/11/2014]

J.6.4 TALLER AUTOCONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN NIÑOS/AS



Planificación TSR 29 Rauco 2018

Nombre difusión:	Taller de emociones para niños
Público objetivo	Niños y niñas de entre 6 a 9 años
Responsable	Psicología
Breve descripción	El objetivo de este taller es que se le entreguen herramientas a los/as niños/as, y que, mediante el autoconocimiento, la tolerancia y el respeto a sus pares, se logren mejorar sus relaciones interpersonales.
Tiempo de duración	35 minutos

Marco teórico

Emoción

Las emociones corresponden a pautas de respuestas fisiológicas y conductas típicas de una especie, las que tendrían consecuencias en las diferentes funciones de los sujetos, como, por ejemplo, la sobrevivencia (Carlson, 2010).

Estas respuestas tiene 3 tipos de componentes: el comportamental, que refiere a los movimientos musculares apropiados a la situación que los genera; el neurovegetativo, que se encarga de facilitar las conductas mediante la movilización de energía, por ejemplo; y el endocrino, que potencia las respuestas neurovegetativas. También cabe destacar que, en el caso de los humanos, las emociones se acompañan de sentimientos, que corresponderían a la vivencia subjetiva de éstas.

Entre las emociones básicas encontramos: la rabia, que corresponde a la emoción suscitada cuando algo interfiere con la búsqueda de un objetivo o algo intenta causarle un daño a un sujeto e involucra el deseo de herir aquello que interfiere o quiere dañar al sujeto; el miedo es la respuesta a la amenaza de daño físico o psicológico, activando la respuesta de enfrentamiento o escape; tristeza, que es la respuesta a la pérdida de un objeto o persona a la cual el sujeto se encuentra muy ligado; sorpresa, que corresponde a la respuesta a un evento inesperado y súbito, siendo la emoción más corta; asco, que trata de la repulsión debido a la visión, olor o sabor de algo o debido al actuar de otro que se aprecia como repulsivo; y, por último, la alegría, que trata del disfrute de eventos o sentimientos que son experimentados por la persona.

La inteligencia emocional engloba todas aquellas capacidades que nos permiten resolver problemas relacionados con las emociones y los sentimientos.

“La inteligencia emocional incluye la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones, para promover crecimiento emocional e intelectual”. (Poyarco, 2013)

El niño/a es capaz de reconocer emociones positivas o negativas desde los primeros meses de vida.

“Los niños son capaces de percibirse a sí mismos; acerca de esto la misma asociación explica que a través del autoconocimiento se adquiere la noción del yo, de las propias cualidades y características; es decir, esto permite tener confianza en uno mismo, en los otros, motiva para el logro, la superación de sí mismos e incluso la capacidad de aceptar los propios errores”. (Porcayo, 2013)

Las emociones infantiles son mucho más ricas de lo que los niños/as son capaces de expresar, saben discriminar las emociones, antes de ser capaces de nombrarlas. Los niños/as muy pequeños manifiestan empatía respecto a los demás, mostrando una total desconexión por parte del mundo adulto sobre la visión de mundo de los niños(as) y cómo estos la vivencian. Por último, la dimensión afectiva y salud de los niños también se ve mermada por la reproducción de patrones culturales que fomentan las diferencias entre géneros en cuanto a la expresión de emociones en niños, fomentando o limitando algún rango de éstas - con frases como, por ejemplo, los niños no lloran - (Chaplin y Aldao, 2013), pues su funcionamiento socio-emocional se ve fuertemente comprometido.

Esta problemática cobra alta relevancia debido a que conforma una de las claves principales para un desarrollo saludable en niños. Esta habilidad, que propiciaría el autoconocimiento y mejoraría la comunicación emocional, es un componente central para el desarrollo de competencias sociales y afectivas, lo que se relacionaría además con relaciones interpersonales y afectivas exitosas, mayor adaptación a los diferentes contextos en los que los niños se desenvuelvan (Dunsmore, Her, Halberstadt, Perez-Rivera, 2009), así como con una retroalimentación en el proceso de crianza.

Dentro de los primeros años de vida, los niños desarrollan patrones flexibles de expresiones de emoción (faciales, vocales y corporales), los que les permitirán comunicar sus emociones, de la misma forma que reconocer las sensaciones que éstas conllevan. Esto se vería incrementado con el paso de la niñez temprana a la media, donde la comprensión de los niños de sus propias características, de las emociones, la precisión en el ámbito no verbal y su habilidad para compararse con otros también aumenta (Dunsmore, Her, Halberstadt, Perez-Rivera, 2009),

abriéndose paso a dos importantes aspectos para el desarrollo y mantenimiento de relaciones con sus pares: la regulación emocional y la empatía (Davis, Levine, Lench y Quas, 2010).

Empatía

Se entiende como aquella respuesta afectiva que surge a partir de la comprensión del estado emocional de un otro o de aquello que se esperaría que este otro estuviese sintiendo en una determinada situación (Decety, 2011).

Mediante esta respuesta, los sujetos no sólo serían capaces de comunicar sus respuestas a otros, sino que, al inferir los estados o condiciones de otros, podrían también responder a las necesidades o requerimientos de estos; facilitando el desarrollo de relaciones sociales y forjamiento de vínculos.

Con base en esto, y según el Portal de educación infantil y primaria (s,f), la empatía es útil para:

- Ayudar a una mejor comprensión de sí mismo.
- Favorecer el desarrollo y la adaptación emocional, ya que se aprende a no centrar en nosotros mismos aquello que ocurre a nuestro alrededor.
- Desarrollar la sociabilidad.
- Permitir actuar considerando a quienes rodean al sujeto.
- Aprender a detectar el lenguaje no verbal y diferentes tonos de voz, como sarcasmo e ironía
- Al contribuir a todo esto, la empatía por lo tanto va a fortalecer el autoestima de la persona, su seguridad y equilibrio.

Por lo anteriormente mencionado, entonces, se considera que al desarrollar la empatía en los niños y niñas se fomenta una comunicación sana entre sujetos, relacionándose de manera más asertiva, siendo así capaces de expresar mejor sus sentimientos, creciendo seguros y fortaleciendo su autoestima.

Igualdad

En el contexto del trabajo en el ámbito emocional de los niños es importante considerar la fuerte influencia que las expectativas y estereotipos socioculturales cumplen, pues, tal como se mencionó anteriormente, estos patrones establecen límites inflexibles con respecto a lo que se encuentra prohibido y a lo que se refuerza socialmente, por ejemplo, según el género del niño.

Cuando los niños aprenden y dominan las habilidades sociales y emocionales, esto les ayuda no solo en la escuela, sino también en todos los aspectos vitales, si los padres y los hijos practican y emplean estas habilidades en casa, los efectos son doblemente beneficiosos (Lantieri, 2009).

De la misma forma operan las percepciones de los padres con respecto a las habilidades que presentan sus hijos, haciendo atribuciones causales respecto de los “éxitos” de sus hijos basados en la diferenciación de género (por ejemplo, que el hijo es bueno en matemáticas por el hecho de ser niño), alterando la percepción del niño de sí mismo y sus asociaciones afectivas, dado que un buen desempeño en una tarea que se corresponde socialmente con el género se ve reforzada; y, con ello, modulando sus intereses e involucramiento en diferentes tareas (Eccles, Jacobs y Harold, 1990).

Dado que estos tipos de comportamientos por parte de los adultos son aquellos que perpetúan el orden social organizado con respecto a los roles de género, es importante trabajar en ellos desde la niñez de las nuevas generaciones, fomentando actitudes de tolerancia y respeto que apunten a todo tipo de diferencias, no sólo de género.

Objetivo	Contenido	Actividad	Métodos de enseñanza y/o medio audiovisual	Tiempo	Recursos	Evaluación	Responsabilidad
Conocer a los integrantes del grupo		El monitor 1 da la bienvenida a los asistentes, y posteriormente se presenta, invitando a que los demás participantes lo hagan. En paralelo el monitor 2 irá escribiendo los nombres de cada uno en tarjetas a modo de distintivo. Luego, el monitor 2 explicará los objetivos del taller, incentivando a los niños y preguntándoles si esperan divertirse. Posteriormente, para generar un clima de mayor confianza, el monitor 2 presenta la siguiente dinámica rompe hielo (Anexo 1).	Rompe hielo (Anexo 1)	5 min.	Trozos de cartulina Cinta adhesiva Plumón	El 100% de los asistentes conoce a los integrantes del grupo	Monitor 1 y 2

Identificar situaciones que ejemplifican similitudes entre los integrantes del grupo.	Empatía	El monitor 1 invita a los participantes a formar un círculo y procede con la actividad “¿A quién...?” (anexo 2), se hace una reflexión entre todos los participantes con el objetivo de dilucidar similitudes entre sí.	¿A quién.? (Anexo 2)	10 min.	Sillas	Todos los niños pueden identificar diferentes situaciones en las que se sientan identificados con otro mediante la realización de al menos dos preguntas	Monitor 1
Identificar actitudes de respeto	Respeto e igualdad	El monitor 1 invitará nuevamente a los/las niños/as a armar el círculo inicial. Luego, se les repartirá a los niños paletas de goma eva (las cuales se encontrarán en la caja de psicología) con diferentes formas para realizar la actividad “Yo puedo” (Anexo 4). Se invita a una posterior reflexión.	“Yo puedo” (Anexo 4)	5 min.	Plumones de colores Palitos de helado Pegamento	Los/las participantes logran identificar actitudes de respeto hacia los/las demás mediante la actividad, se espera que el 70% de ellos/as lo logre.	Monitor 1
Evaluación del taller		Finalmente, el monitor 2 explica a los/las niños/as que para terminar se harán preguntas abiertas para ver si aprendieron lo visto en las actividades, respondiendo quienes se sientan con la disposición a hacerlo. (Anexo 5) Después se le pide a los niños dibujen que su estado emocional actual después de la actividad. Luego, se agradece la participación y el ánimo a los niños/as, y se les dará una retroalimentación de sus desempeños. Finalmente se dejará el espacio para que los niños opinen si así lo desean.	Anexo 5	5 min	Hoja en blanco por niño/a Lápices para dibujar	Los/las niños/as respondan correctamente al 70% de las preguntas. Estas serán realizadas de forma abierta a todo el grupo de niños/as. Además, el dibujo realizado por los niño/as es concordante con la emoción que manifiesta durante la actividad. (un 70% de los dibujos es concordante)	Monitores

Anexos

Anexo 1: “Rompe Hielo”

Se forma un círculo con todos y todas los/as participantes, el/la mediador/a tendrá la pelota y se la pasara a cualquiera, cuando la tire debe mencionar un elemento (Aire, Agua o Tierra) y el que atrape la pelota debe mencionar un animal que pertenezca al elemento que mencionaron (por ejemplo: agua - tiburón) y pasársela a otro diciendo un elemento. No se pueden repetir animales y se debe responder rápido. Realizar esta actividad hasta que todos/as hayan jugado con la pelota.

Anexo 2: “¿A quién...?”: Formando el círculo, sentados en sillas, los monitores comienzan a hacer una serie de preguntas, frente a las que, aquellos niños que respondan afirmativamente, deben cambiar de sillas. A modo de ejemplo, la

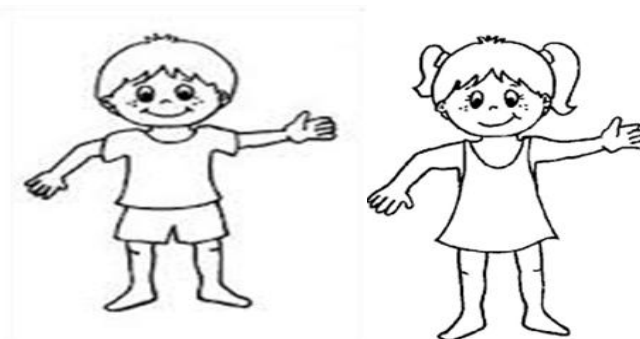
indicación se puede dar de la siguiente forma: “Que se pongan de pie y se cambien de silla quienes les gusta el recreo en el colegio” y se puede continuar la actividad con frases como: quién tiene sueño, a quién le gusta el color verde, quiénes han dado un beso a alguien esta mañana, quiénes tienen una mascota en casa, quiénes tienen miedo cuando están a oscuras, a quién le gusta bailar y quién desea ser padre/madre cuando crezcan.

De esta forma pueden observar las cosas que tienen en común pese a sus diferencias (como amistades, físico o género), logrando establecer lazos, empatía y sentimientos de igualdad con el resto.

Se pueden ir sumando elementos, tales como que quienes se paren, se saluden efusivamente en el centro antes de ir al nuevo sitio.

Anexo 3: “Coloreando mis emociones”: En esta actividad se hará entrega de dos figuras para pintar las emociones, una será de una niña y la otra de un niño. Cada niño debe elegir la figura con la que quiere trabajar.

Luego se explicará la actividad, donde, en primer lugar, se explicará que en la figura se debe pintar donde se sienten las diferentes emociones como la rabia, la alegría y la pena. Se les preguntará a los niños en qué parte del cuerpo sienten las emociones y se pueden dar ejemplos para comprender mejor la tarea: “Cuando yo tengo rabia, la siento en mis manos”. Explicada la indicación y antes de que pinten, los niños con las monitoras harán un listado de emociones en la pizarra (o cartulina), eligiendo un color para pintar cada emoción (por ejemplo, rabia-rojo), el que se graficará como un papel lustre de dicho color al lado de la emoción correspondiente. Una vez llegado al acuerdo, cada niño comenzará a pintar las distintas emociones localizadas en el cuerpo de sus figuras de papel..



Anexo 4: “Yo puedo...”: Cada niño(a) escogerá una paleta de goma eva (las que tendrán diferentes formas: flores, pelotas, planetas, etc.) y se les explicará las indicaciones: Los monitores mencionarán diferentes frases como: “yo puedo (correr, lavar mi taza, jugar a la pelota, etc.)” de forma que los niños, si creen poder realizar la actividad mencionada, deberán levantar su paleta. Si alguno no levanta su paleta, se le preguntará por qué cree que no poder hacerlo y, luego, se le preguntará al resto de los niños si creen que él puede hacerlo. La idea es estimular que los compañeros incentiven a sus pares a hacer aquellas actividades de las que no se sienten capaces y a que no se sienta limitado por ninguna razón.

Para concluir, se hará una pequeña reflexión (idealmente se incitará que los niños lleguen a ella) para que los niños y niñas sepan que independiente de su género o diferentes habilidades, tienen características en común y son capaces de hacer las mismas cosas, inculcando el respeto mutuo.

Anexo 5: Evaluación del taller: A continuación se realizarán algunas preguntas acerca del taller realizado y sobre los puntos que se trabajaron en él, para evaluar el aprendizaje logrado:

- ¿Ustedes se han puesto en el lugar del otro/a durante esta actividad? Que se den algunos ejemplos de la actividad o de la cotidianidad.
- ¿Les parece importante ponerse en el lugar del otro/a?
- ¿Les gustaría que se pusieran en su lugar? ¿Por qué?
- ¿Podrían nombrarme algunas emociones que hemos utilizado en el taller?
- ¿Qué descubrieron acerca de las emociones en esta actividad?
- ¿Encuentran que tienen cosas en común con los niños y niñas que los rodean?

Referencias

- Carlson, N. R. (2010). *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Pearson Educación.
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender Differences in Emotion Expression in Children: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735–765. <http://doi.org/10.1037/a0030737>.
- Davis, E. L., Levine, L. J., Lench, H. C., & Quas, J. A. (2010). Metacognitive Emotion Regulation: Children's Awareness that Changing Thoughts and Goals Can Alleviate Negative Emotions. *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(4), 498–510. <http://doi.org/10.1037/a0018428>.
- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92-108.
- Dunsmore, J. C., Her, P., Halberstadt, A. G., & Perez-Rivera, M. B. (2009). Parents' beliefs about emotions and children's recognition of parents' emotions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 33(2), 121-140.
- Eccles, J. S., Jacobs, J. E., & Harold, R. D. (1990). Gender role stereotypes, expectancy effects, and parents' socialization of gender differences. *Journal of Social Issues*, 46(2), 183-201.
- Educapeques (s,f). Portal de educación infantil y primaria. Escuela para padres: La empatía. Extraído el 01 de noviembre del 2015 desde <http://www.educepeques.com/escuela-de-padres/consejos-educacion-hijos/escuela-de-padres-la-empatia.html>
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion Review*, 3(4), 364-370.
- Porcayo, B. (2013). Inteligencia emocional en niños (tesis de pregrado). Universidad autónoma del estado de México, toluca, México.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse & neglect*, 7(2), 177-193.

Planificación TSR 28 Rauco

Nombre Difusión:		Capacitación General
Público Objetivo	Voluntarios capacitación general	
Responsable	Monitores de todas las carreras	
Breve Descripción	El objetivo de esta capacitación es que se le entreguen las herramientas necesarias a los futuros voluntarios para tener un buen desempeño durante el voluntariado, así como para que puedan tener una idea general de las labores que se cumplen en terreno.	
Tiempo de Duración	40-60 minutos	

Planificación creada por:

José Ibarra
Catalina Rojas
Pilar Sánchez

Modificada en mayo del 2016 por:

José Sobrón
Morelia Fernández

Última modificación, Octubre del 2016 por:

Sofía Guzmán
Morelia Fernández

Modificada en octubre del 2017 por:

Sebastián Meza
Sofía Guzmán

Marco teórico

Educación en salud

Años atrás, la educación para la salud consistía básicamente en distribuir información y dirigir mensajes a la población con la esperanza que estas medidas de algún modo, trajeran cambios en las costumbres de individuos y comunidades. Con el transcurrir de los años se ha hecho cada vez más evidente que para hacer efectiva la educación en salud, se requieren diversas estrategias que trasciendan la información. La educación convencional parece no ser pertinente cuando se fundamenta sólo en concepciones teóricas, sin tener en cuenta el contexto, la cultura y los comportamientos humanos, lo que en muchos casos genera pérdida de recursos, desperdicio de tiempo y baja productividad e impacto de las intervenciones.

Los espacios para hablar de educación en salud deben posibilitar el compartir de saberes y experiencias, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y habilidades, además de permitir que las personas expresen su forma de ver y sentir el mundo. Lo anterior denota la necesidad de que las prácticas de promoción de la salud trasciendan la tecnología educativa y se preocupen por el acercamiento a la cotidianidad y a la realidad social en la cual se desarrollan.

La educación de adultos es un proceso educativo que tiene como objetivo que la persona pueda aumentar sus oportunidades para lograr su autorrealización. Es un proceso sinérgico que permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, cautelando como aspecto fundamental, el respeto cuidadoso de la persona, su dignidad y libertad, como centro del proceso de aprendizaje

A diferencia de la pedagogía para niños, la educación de adultos (andragogía) está orientada al proceso educativo, es decir, a su desarrollo en etapas que se van alcanzando según los tiempos particulares de cada grupo y que a la vez, permite retroceder a etapas anteriores sin que eso sea interpretado como un fracaso. El proceso de enseñanza aprendizaje en la educación de adultos debe responder a las características y motivaciones de los educandos. Para eso es fundamental considerar que la motivación es producto de incentivos internos y de la curiosidad y no de premios y castigos y que la experiencia de los participantes y su disposición para aprender es un recurso de gran importancia para la enseñanza

Principios básicos:

- El adulto ejerce su libertad para moverse de la dependencia a la autonomía y además, está dispuesto a asumir sus consecuencias. En ese sentido, quien enseña debe tener un particular respeto y consideración.
- El adulto usa sus experiencias previas para aprender. Considerar este conocimiento previo como válido, ayuda a establecer el diálogo, lo cual es esencial para que el participante se sienta reconocido como persona adulta, con historia y valores propios, y con su propia postura frente a la vida.
- El adulto tiene una mayor disposición a aprender al percibir la emergencia de nuevas necesidades o de la necesidad de asumir nuevos roles. Por lo tanto, busca lo que es más relevante para poder responder a esas nuevas demandas tomando en cuenta su realidad y los temas que lo mueven (temas generativos).
- El adulto quiere resolver sus problemas y aplicar sus conocimientos inmediatamente. Si se le da la oportunidad de aplicarlo inmediatamente, la persona tiene mayor posibilidad de fijar en su memoria de forma integrada los nuevos contenidos y de aumentar su motivación por el aprendizaje

La principal característica del proceso educativo es la horizontalidad

La persona del educando es el centro del proceso educativo.

Consejería en salud

Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

La Consejería se enmarca en la relación de ayuda que existe entre el equipo de salud y un individuo o familia, y como tal debe tender a desarrollar en el usuario habilidades y destrezas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro.

Utilidad de las teorías, en la implementación y desarrollo de la consejería

Las teorías ayudan a comprender los comportamientos de salud que se quieren lograr. Explican la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él.

Es importante mencionar que el uso de estas teorías no garantiza necesariamente el éxito de una intervención, debido a lo dinámico del proceso. Sin embargo, son una herramienta valiosa para la identificación y entendimiento, de los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud de las personas, y proporcionan toda una estructura o base sobre la cual apoyar la planificación, ejecución y evaluación de una intervención.

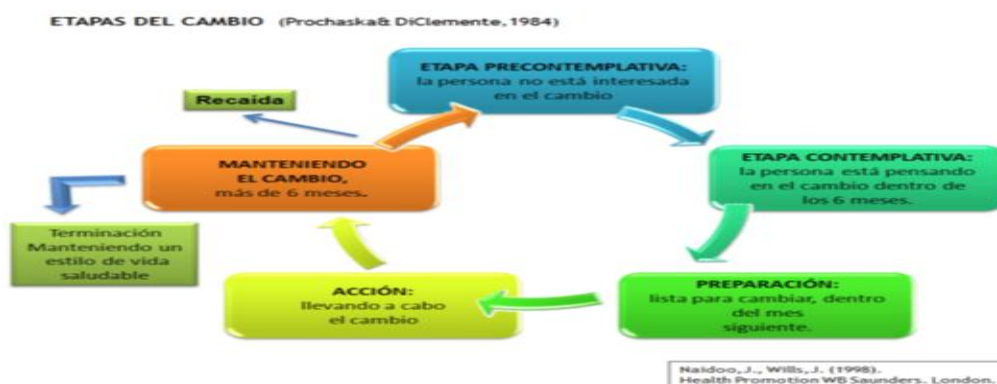
A continuación, se presentan algunas de las teorías, más utilizadas en la consejería, que explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo, a nivel individual.

Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC):

En 1982 dos autores, Prochaska y DiClemente describieron una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de conducta. Las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios en la rueda del cambio. Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente. Según este modelo, el cambio conductual es un proceso y no un suceso, que abarca cinco etapas diferentes: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento, las que se presentan en la tabla y figura siguientes.

El Modelo de Etapas del Cambio, propone que **la adopción de conductas saludables es un proceso, en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria.** Cada etapa, involucra movimientos crecientes hacia la próxima etapa, a diferente velocidad y a menudo las personas pueden retroceder y avanzar de nuevo, varias veces antes de lograr el objetivo, que es la etapa de mantenimiento. Por tanto, **las recaídas son parte normal del proceso de cambio.**

Las intervenciones se deben realizar de acuerdo a la etapa en que se encuentra el individuo, de esta manera se podrá mejorar la efectividad de los esfuerzos, en la reducción de las conductas de riesgo que se quiere modificar.



Estadios de la rueda de cambio

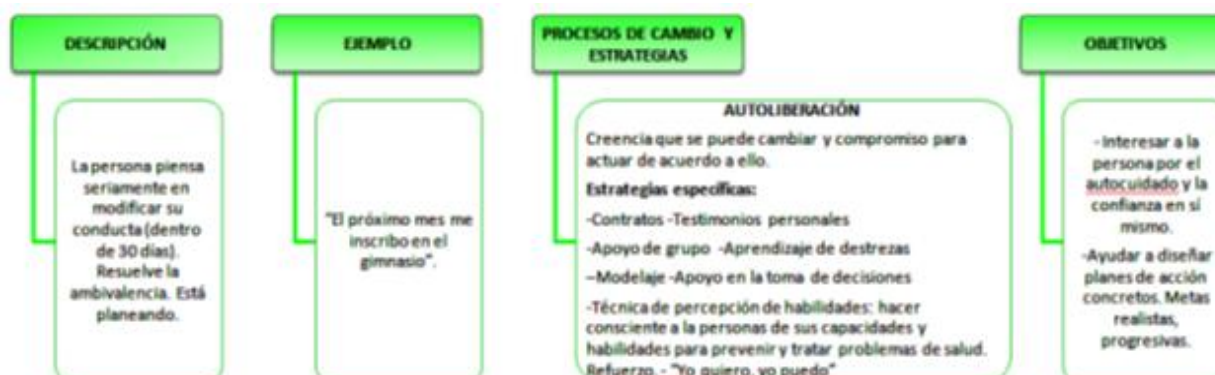
PRECONTEMPLACIÓN

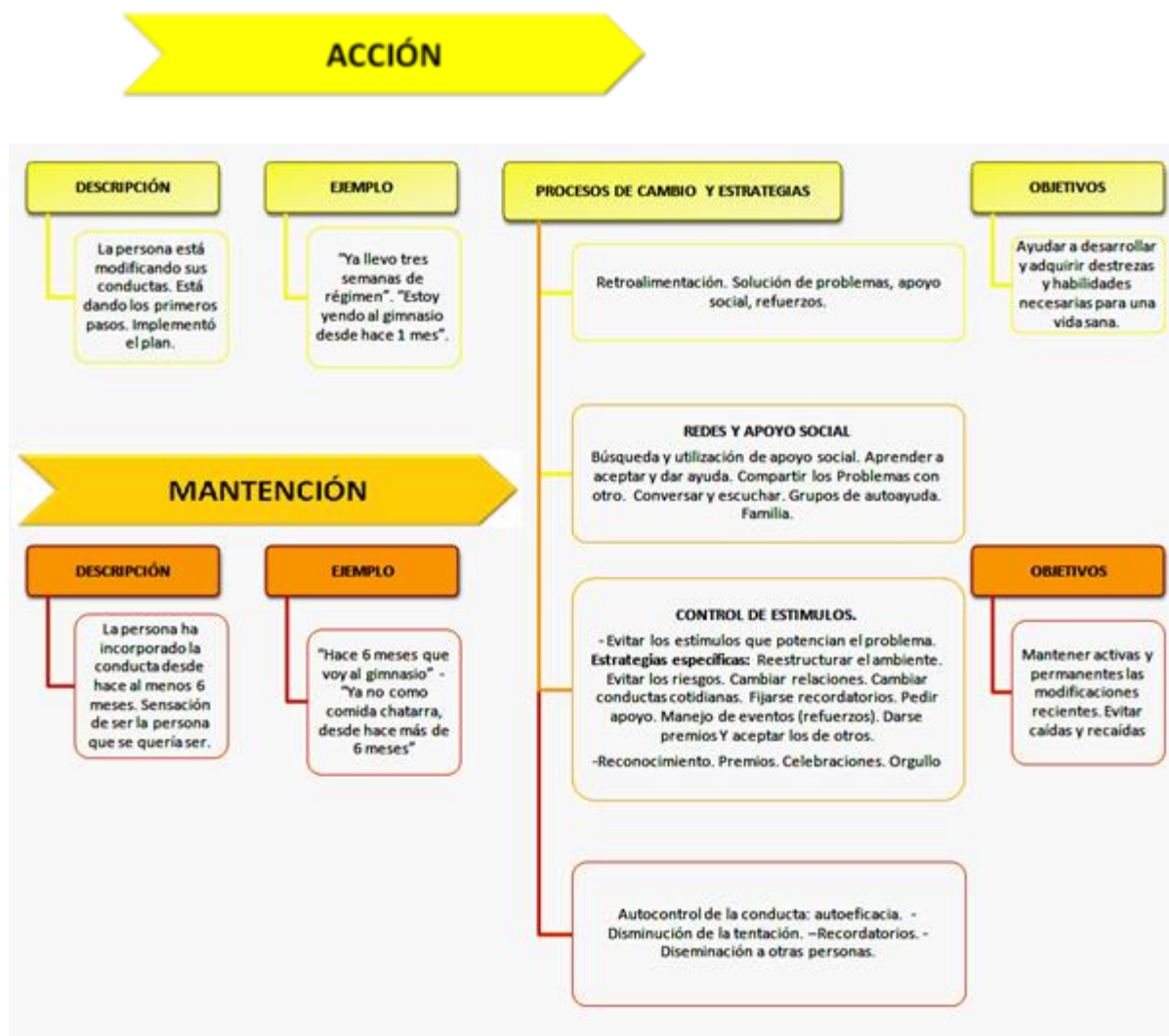


CONTEMPLACIÓN



PREPARACIÓN





PRINCIPIOS, EN QUE EL CONSEJERO O CONSEJERA DEFINE SU ACTUACIÓN

Expresar empatía. Aceptar en forma incondicional, sin rechazos ni estigmatizaciones. Escuchar en forma reflexiva, asegurando, que su ambivalencia (ej. en torno a usar condón o seguir no usando) es normal en el proceso de cambio.

Desarrollar las discrepancias. Propiciar que se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual (ej. no usar protección en las prácticas sexuales coitales/penetrativas) y las metas importantes (ej. entrar a la universidad).

Evitar las discusiones-argumentaciones. Son contraproducentes; si se producen, es preferible cambiar de estrategia. EJ. "parece que en esto no estamos de acuerdo, busquemos otra forma de verlo. ¿Cómo ves tú este problema...?).

No etiquetar. Es innecesario y a veces contraproducente emitir o sacar conclusiones apresuradas. Se debe intentar lograr un "compromiso colaborativo" inicial, para explorar los problemas o conductas de riesgo y pasar así a las etapas de evaluación y negociar un plan de intervención.

"Rodar con la resistencia". Las percepciones pueden cambiar, para lo cual más que imponer estrictamente una visión, se le debe apoyar o invitar a mirar sus conductas de riesgo desde una perspectiva que hasta el momento no había considerado.

Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante ser responsable de realizar e implementar un plan para lograr el cambio. Se insta a que realice cambios pequeños, para que pueda realizar y experimentar el logro.

Aspectos que deben estar presentes en una buena consejería

Dentro de una buena consejería es muy importante la forma en que la abordemos, y esto tiene relación con determinadas habilidades blandas que debemos desarrollar para poder realizarla de forma adecuada. A continuación, se presenta una lista con las habilidades más importantes a tener en cuenta.

- *Escucha Activa*: es una actitud receptiva del entrevistador, donde se pone atención voluntaria y se da respuesta a la doble necesidad de la persona: ser escuchado y comunicar a alguien el propio mundo interior. Mantener los silencios de la persona sin angustia.
- *Reflejo*: Mostrarle al otro lo que está diciendo o haciendo para hacerlo consciente. Puede ser con sus mismas palabras o con palabras propias. Denota escucha activa.
- *Silencio*: Pausa intencionada para que el otro medite, reflexione o piense acerca del tema o del problema.
- *Clarificación*: Preguntarle a los pacientes palabras, frases o situaciones que no hayan quedado claras por el entrevistador y que sean importantes en su historia.
- *Confrontación*: Hacer ver al otro que está diciendo una ambigüedad.
- *Personalizar*: Hacer que el otro se haga responsable de lo que está diciendo o haciendo.
- *Validar*: Aceptar que la realidad que el paciente presenta, es SU realidad. Tomar como verdadero lo que el paciente dice, nunca decirle que está haciendo lo incorrecto.
- *Autorrevelación*: Contarle al otro una experiencia personal siempre y cuando le sirva.
- *Resumen*: Hacer una síntesis de lo dicho y de los acuerdos a los que se llegaron. Corrige malos entendidos reafirma lo expuesto anteriormente.

Concepto metodología participativa

Es una forma de concebir y abordar los procesos de aprendizaje y construcción del conocimiento. Concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción, conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores. Tiene como punta de partida la realidad, conocimientos y las experiencias de los sujetos. Genera un proceso creativo de reflexión y análisis sobre las creencias, actitudes y prácticas que forman parte de su realidad.

Clasificación de técnicas

Tomando en cuenta el objetivo general que se quiere lograr con el uso de las diferentes técnicas, se manejan los siguientes tres grupos de técnicas:

A) Técnicas o dinámicas de presentación y de animación

Las técnicas de presentación permiten que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Generalmente estas técnicas son dinámicas vivenciales, porque participan todos los participantes de un evento. Las técnicas rompehielos o de animación tienen la finalidad de mantener una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Generalmente las técnicas de este grupo se caracterizan por ser activas, que permiten relajar a los participantes, involucrar al conjunto y se hace notar que en el desarrollo de cada una de estas técnicas está presente el humor.

B) Técnicas o dinámicas de análisis y profundización

Este grupo de técnicas comprende una serie de técnicas vivenciales, de actuación, audiovisuales y visuales. La característica principal de estas técnicas es permitir analizar y reflexionar con mayor profundidad los conocimientos sobre un tema en desarrollo. De esta manera estas técnicas dan paso a los participantes a asimilar y comprender más objetivamente la importancia de un tema cualquiera, además de permitir a que los mismos expresen ideas propias sobre el tema.

C) Técnicas o dinámicas de evaluación

Estas técnicas permiten evaluar algunos indicadores de un evento desarrollado, con la finalidad de mejorar a futuro la organización de eventos similares. Entre los indicadores que son evaluados a través de estas técnicas figuran la participación de los asistentes, los métodos y técnicas empleadas, la actuación de los monitores, la claridad y comprensión de los temas, el interés despertado por ellos, entre otros. Las opiniones de los participantes giran alrededor de las cosas que les gustaron y que no les gustaron, las cosas que propondrán mejorar o incorporar, la utilidad del evento y el compromiso o actitud que tomará como consecuencia del mismo.

Definición marco teórico

Llamado también marco de referencia; comprende el conjunto de saberes teóricos que sustentan el trabajo. La teoría brinda orden y discernimiento a lo que se puede observar y hacer. Es fundamental en la creación de un taller, ya que proporciona veracidad y autenticidad a la información tratada en las actividades.

Definición análisis estructural

Representación teórica-estructural del taller. Orienta el desarrollo de la actividad en búsqueda del cumplimiento del objetivo central y los objetivos específicos propuestos.

Unidad estructural

Objetivo general: Conocer los elementos básicos de una consejería y un taller aplicados en el contexto de los Trabajos de Salud Rural.

Objetivos	Contenido	Actividad	Método de enseñanza y/o medio audiovisual	Tiempo	Recursos
Conocer a los integrantes del grupo		El monitor 1 se presenta e invita a que cada asistente diga su nombre, carrera y cuáles son sus expectativas respecto al voluntariado y a la capacitación, y cuál fue su motivación para inscribirse.		5 minutos	humano
Conocer el concepto de consejería y sus características	-Definición de consejería y sus características	Como segunda actividad los monitores preguntan a los asistentes si es que alguno de ellos sabe que es una consejería, donde y cuando se realiza. Para ello se realiza una lluvia de ideas acerca del tema. Luego se recogen las ideas de los participantes, se validan y se corrigen los conceptos errados. Se explican las características principales de las consejerías y se refuerza lo importante que es para la educación en salud.	Lluvia de ideas (Anexo 2)	10 minutos	humano
Conocer las teorías sobre los comportamientos en salud	Teorías sobre los comportamientos en salud	El monitor 1 procede a explicar que existen distintos enfoques a partir de los cuales abordar una consejería, basados en las teorías sobre los comportamientos en salud, sin embargo se debe enfatizar que la capacitación se centrará en el Modelo Transteórico de cambio. Uno de los monitores preguntará a los asistentes si conocen o saben algo respecto de este modelo. De las ideas que se mencionan, se deberá describir el modelo a grandes rasgos. Luego de esto, uno de los monitores, utilizando el material disponible, procederá a describir cada etapa del modelo dando un ejemplo y cómo podemos intervenir en cada una. Para finalizar los monitores les pedirán a los voluntarios simular una	Lluvia de ideas	15 minutos	Cartulina con esquema del modelo

		<p>situación en la que se pueda identificar una de las etapas del cambio para luego ser analizada con el resto del grupo.</p> <p>Durante esta actividad el monitor debe reforzar las ideas entregadas correctamente y complementar las que estén erradas.</p>			
Identificar aspectos presentes en una buena consejería	Habilidades blandas	<p>Los monitores explicaran a los participantes que durante una consejería podemos utilizar distintas habilidades que nos permitirán realizarla de mejor forma. Estos se llaman habilidades comunicativas. Preguntar a los participantes si conocen algunas y en qué consisten.</p> <p>Los monitores les pedirán a los participantes que entreguen sus ideas sobre cuáles son los aspectos que deben estar presentes en una consejería. La idea es que se discuta entre los participantes los elementos que deben estar presentes para que una consejería sea efectiva. Las ideas que estén correctas se anotarán en un papelógrafo.</p>	Lluvia de ideas (anexo 2)	10 minutos	-RRHH -Papel kraft -Plumón
Reconocer la importancia de una metodología participativa para el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto metodológico a participativa - Tipos de metodologías a participativa 	<p>El primer monitor explica a los participantes que la metodología de trabajo en TSR son las metodologías participativas. Preguntar a los asistentes que entienden por metodologías participativas y luego explicar a grandes rasgos en qué consisten.</p> <p>El primero monitor le entregará un papel a cada participante en que se describe una característica de metodología tradicional o metodología participativa. La idea es que se lean e voz alta y determinen a que metodología de aprendizaje pertenece.</p> <p>Posteriormente el segundo monitor expondrá los distintos tipos de metodologías que existen y que son más utilizadas durante los talleres (presentación y animación, análisis y profundización, y evaluación). Pueden dar ejemplos de cada una tomando en cuenta las actividades de la misma capacitación o mencionando otras como las descritas en el Anexo 5.</p> <p><i>*La idea no es profundizar mucho en esta actividad ya que se utilizará esta información en la capacitación de fichas.</i></p>		10 minutos	Anexo 5: Metodologías participativas

Reconocer los elementos presentes en un taller	- Definición análisis estructural - Definición marco teórico - Características de un taller	Uno de los monitores describirá los segmentos de un taller: Marco teórico (dando una breve definición y sus características) y análisis estructural (describiendo brevemente sus partes). <i>*Pueden mostrar un taller o incluso esta misma planificación.</i>		10 minutos	Anexo 6: Papeles con características
Describir la preparación e implementación de un taller en terreno		Ambos monitores, idealmente, irán agregando sus experiencias de cómo se organizan los talleres en terreno y cómo es la dinámica general de estos, agregando experiencias de personas que han asistido a versiones anteriores o de los monitores mismos. Finalmente se agradece a los asistentes su participación y se les invita a seguir yendo a las capacitaciones de carreras.	Planificación capacitación general.	8 minutos	RRHH

Anexos

Anexo 1: “2 mentiras y 1 verdad”

El participante debe decir 3 cosas sobre él, de las cuales 2 son mentira y 1 es la verdad. El objetivo es que los integrantes adivinen cual es la verdad.

Anexo 2: “Lluvia de ideas”

Es una metodología participativa, también llamada Brainstorm, donde los asistentes dan ideas o dicen francamente lo que piensan sobre un tema en especial. Estas ideas o pensamientos pueden ser anotados en una pizarra si se tiene una a mano.

Anexo 3: Preguntas consejería

1. ¿Qué es una consejería?
2. ¿Pueden ser aplicadas en cualquier situación?
3. ¿Se realizan para un grupo? ¿Porqué?
4. ¿Reemplazan a un taller?

Anexo 4: Role-playing Modelo Transteórico de cambio

- *Modelo Transteórico del cambio (Etapa precontemplativa):*
oMI: “Y dígame señor/a Juan/a, hace cuánto fuma?”

M2: *“Fumo hace como 15 años mijo/a”*

M1: *“Y usted tiene o ha tenido ganas de dejar de fumar?”*

M2: *“Nooo, nunca, me gusta mucho fumar”*

M1: *“Pero sabe que eso le hace mal o no?”*

M2: *“A mí no me va a hacer nada!”*

- *Modelo Transteórico del cambio (Etapa contemplativa):*

oM1: *“Cómo se siente actualmente con su peso actual?”*

M2: *“La verdad es que siento que es un problema, porque estoy pesando mucho”*

M1: *“Y usted ha intentado hacer algo con su problema de peso?”*

M2: *“La verdad es que tengo pensado ir al nutricionista el otro mes e inscribirme a un gimnasio”*

Anexo 5: Metodologías participativas

1. Presentación de participantes: Afiche publicitario, celular loco, 2 mentiras y 1 verdad, lo mejor de mí, foto-lenguaje, la telaraña, etc.
2. Técnicas para formar grupos: rompecabezas, animales/frutas, etc.
3. Recogida de información: Lluvia de ideas, role-playing, uso de imágenes, etc.
- 4.- Evaluación: Caja caliente, preguntas dirigidas, verdadero o falso.

Anexo 6: “Papeles para diferencias de aprendizaje tradicional vs taller”

- Relación jerárquica del espacio físico con respecto a quién “enseña” y quién “aprende”
- El aprendizaje es pasivo, sólo se escucha a quien enseña
- Intenta abarcar todas las áreas del aprendizaje ajustando actividades según todos los tipos de aprendizajes posibles (visual, auditivo, kinésico)
- La persona posee un rol participativo con respecto a su aprendizaje
- El aprendizaje es unidireccional, sólo aprenden los alumnos
- El aprendizaje puede ser bidireccional, aprendiendo tanto del facilitador de contenidos como de los participantes
- Quien educa es un facilitador de información que además suma experiencias previas para crear aprendizaje
- Quien educa sólo busca entregar información sin importar lo que la persona “traiga consigo”

- El facilitador es “un participante más” del grupo, por lo que existe un ambiente horizontal de aprendizaje (espacio físico, dinámicas, etc.)
- Sin importar el tipo de aprendizaje de cada persona (visual, auditivo o kinésico) se entrega la información de un solo modulo.

Bibliografía

CIMAS (2009). *Manual de metodologías participativas*. Recuperado de http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf

MINSAL (2012) *ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

MINSAL (2011) *Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Orientaciones generales. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>

J.8 ACTAS DE REUNIONES DE LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA (2016-2017)

EL ORDEN QUE SIGUEN LAS ACTAS ES DESDE LO MÁS RECIENTE A LO MÁS ANTIGUO

I.8.1 Acta reunión Psicología 26/09/2017

Se habló principalmente de las fichas y las capacitaciones. Con respecto a la ficha general, se estableció que cada integrante de la coordinación, reformulará la ficha general incluyendo preguntas de salud mental en cada ítem, creando nuevamente el ítem de salud mental y además incluyendo las redes. Con fecha a definir, entre el 16 y 22 de octubre nos reuniremos para juntar las idas y revisar el prototipo de ficha que c uno hizo y presentarlo a Staff.

Con respecto a la ficha de carrera, se postuló crear diferentes tipos de ficha (Cuidadores, Escolares, adolescentes). Las cuales se comenzará a trabajar posterior al trabajo con la ficha general.

Además el día jueves 5 de octubre se revisaran los materiales en la bodega para poder hacer el inventario. Con respecto a las capacitaciones, se decidió realizar 6 esta versión, las cuales deben incluir la mención y relación de los criterios de derivación y además deben ser tipo taller.

ADICCIONES (A realizarse entre las capacitaciones generales y organizadas por Javiera)

CUIDADOS DEL CUIDADOR (a realizarse a la semana siguiente de capacitación de adicciones y organizada por Paula)

DEPRESIÓN Y DUELO (a realizarse a la semana siguiente de la capacitación de CC y organizado por Gabriela)

Faltarían las capacitaciones de estrés y ansiedad y FAMILIA. Esta última debemos definirla exactamente como la haremos.

Los voluntarios deberían estar seleccionados con tres capacitaciones.

EN OTRAS NOTICIAS

Las inscripciones comienzan el lunes y esta versión iremos a la Comuna Rauco en la región del Maule del 4 al 12 de enero

El jueves iremos a la radio de la UCEN con la Tami

I.8.2 Acta reunión Psicología 06/09/2017.

Se estableció crear una bitácora de coordinación la cual consistirá en juntar las ACTAS de las reuniones de manera que quede un registro de lo hecho y no hecho por las coordinaciones. Ya sea en beneficio de las próximas coordinaciones y ayuda en la investigación de Paula. En cada versión es necesario hacer una revisión de lo que se espera, se hizo y falto por hacer en la versión.

Se habló de participar en el congreso de Psicología comunitaria, pero no quedo en nada.

Se decidió hacer las capacitaciones solo con personas que hayas asistido a TSR con anterioridad y estas deben ser tipo taller y participativas.

Definición de la Coordinación:

Coordinadora: Javiera Morales (4to UCEN)

Delegada: Tamara Corvalán (2do UCEN)

Finanzas: Gabriela Gallardo (4to UCEN)

Formación: Paula Rodríguez (4to UCH)

Difusión: Ihara Valenzuela (4to UCH)

I.8.3 Catastro de necesidades del voluntariado Trabajos de Salud Rural y su vinculación con el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile- Primer semestre 2017.

El presente documento tiene el objetivo de hacer un diagnóstico de las necesidades que como equipo de estudiantes de Psicología del voluntariado de Trabajos de Salud Rural presentamos en nuestro quehacer. Con el fin de poder esbozar una propuesta de vinculación a partir de éstas con el departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

Esto se debe a que si bien el voluntariado, es un proyecto más bien de carácter estudiantil creemos fielmente que uno de los objetivos y desafíos que tenemos es poder vincularnos con el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, con el fin de generar un proyecto entre todo, que pueda vincular nuestra universidad y carrera con la realidad rural.

Nos incorporamos recientemente al proyecto a partir del primer semestre del año 2015, siendo actualmente cuatro estudiantes (cursando diferentes años de la carrera) los que formamos parte del equipo de coordinación de Psicología, ya que anterior a esto eran sólo estudiantes de la Universidad Central los que formaban el equipo de psicología.

Considerando lo anteriormente dicho, **una de las principales necesidades que detectamos nosotros tiene relación con la difusión del proyecto.** Actualmente trabajamos en conjunto con la periodista de psicología y de FACSO, quienes han hecho un gran aporte al voluntariado, sin embargo creemos que es imprescindible seguir trabajando esta área, poder difundir la iniciativa al interior del mismo departamento con el fin que todos los profesores, funcionarios y estudiantes la conozcan, para que así este proyecto pueda ir haciéndose válido y consolidándose.

El voluntariado tiene una serie de etapas en su quehacer. La primera de ella es la inscripción de los voluntarios, una vez inscritos comienza un periodo de capacitación, en donde como carrera de psicología tenemos aproximadamente 7-8 capacitaciones para los voluntarios, a partir de la asistencia a estas capacitaciones es que se seleccionan los voluntarios, y luego viene el terreno en donde se va a la comunidad rural por 8 días.

El tema de la formación es fundamental para nuestra práctica como voluntariado, ya que encontramos que la realidad rural es compleja y dura en muchas ocasiones y sentidos, por lo que intentamos que los voluntarios que asistan al terreno estén lo más preparado posible.

Cabe destacar que como voluntariado tenemos dos metodologías de intervención en promoción y educación en salud. La primera de ella es la consejería, la cual se realiza de forma individual acerca de alguna inquietud que tenga la persona, además nosotros tenemos criterios de derivación de psicología que son ocupados por los estudiantes de otras carreras (hay criterios de derivación para todas las carreras). En ese sentido en las capacitaciones se trata de dar la mayor cantidad de herramientas para realizar estas consejerías y poder abarcar los diferentes criterios de derivación. Ante esto, las capacitaciones que realizamos son sobre: abordaje al adulto mayor, cuidados al cuidador, trabajo en red comunitaria, e inducción (que es la última capacitación antes de ir a terreno en donde se repasan los criterios y se enseña cómo llenarla ficha general y la ficha de psicología); además ahora estamos gestionando una capacitación acerca de violencia intrafamiliar.

La segunda metodología corresponde a los talleres psicoeducativos, que como psicología hemos elaborado y ejercido en terreno, estos actualmente son:

1. Estrés y ansiedad.
2. Depresión y duelo.
3. Habilidades parentales.
4. Prevención de alcohol y drogas.
5. Manejo en emociones en niños.
6. Memoria y vejez.

Cada temática de un taller se ve en términos conceptuales y prácticos, en una capacitación en específico (excepto memoria y vejez, porque sus conceptos se abordan en la capacitación de abordaje del adulto mayor). Por ende, bajo lo planteado anteriormente es que hemos ***detectado la necesidad de tener profesores que nos puedan ayudar en esta etapa de formación con el fin de que puedan realizar alguna capacitación a los voluntarios sobre los temas expuestos anteriormente***. Cabe destacar que ya ha habido un profesor del departamento que ha brindado ayuda para capacitar, hablamos del profesor Víctor Martínez, quien nos ha ayudado en el trabajo de redes comunitarias.

Además a partir de lo planteado anteriormente, es que también detectamos que surge la ***necesidad de tener profesores que nos puedan ir orientando en la retroalimentación de los talleres y así también en la gestión de nuevos talleres***, ya que versión tras versión se revisan los talleres y se proponen nuevos temas para hacer psico-educación. En este sentido el profesor Mauricio López participó el año pasado en la revisión de los talleres de habilidades parentales y manejo de

emociones en niños, junto con la profesora Daniela Thumala que fue asesora en la formulación de una posible elaboración de un taller sobre la reivindicación del adulto mayor (que aún no ha sido concretado).

Otro elemento importante de nuestra práctica como voluntariado es el registro que nosotros hacemos de nuestro quehacer. En ese sentido cada vez que viene una persona a la junta de vecinos/ cecof donde nos instalamos por el día, se le hace una ficha general que la puede realizar cualquier estudiante de diferentes carreras, donde ven temas generales de salud y a partir de esta y la motivación de la persona es que se deriva para las otras carreras, las cuales tiene su propia ficha. En el caso de psicología nos encontramos en un periodo que queremos replantear nuestra ficha de psicología y en el apartado de salud mental también, esto se debe a que encontramos a que las preguntas están mal formuladas y que se han cambiados los objetivos del registro. En un primer momento las fichas tiene el mero objetivo de poder sistematizar nuestra intervención con el fin de poder respaldar el voluntariado en términos de fondos y concursos. Sin embargo creemos como equipo de psicología que este objetivo se queda corto, ya que encontramos que el registro también debería tener la misión de poder generar datos de las comunidades intervenidas con el fin de poder formular futura investigaciones con el fin de vincular la academia con la realidad rural. Además que estos mismos datos generados también encontramos que tiene la función de retroalimentar a las misma municipalidad acerca de su gestión sobre las necesidades de las personas de la comunidad. Por otro lado la ficha de general y de psicología también cumple el rol de ser una pauta de conversación, con el fin que a los voluntarios se les facilite las consejerías. ***De acuerdo a esto es que hemos detectado la necesidad de asesoramiento en términos metodológicos acerca de la elaboración de la nueva ficha de psicología.*** El año pasado el profesor Uwe Kramp ayudo acerca de algunas indicaciones generales que lamentablemente no pudieron ser concretadas y continuadas producto de la vuelta del paro, por ende nos gustaría seguir con este proyecto. Además en términos de discusión teórica el profesor Víctor Martínez nos ha ayudado bastante, ya que la línea comunitaria ha apadrinado el voluntariado.

Otro elemento importante acerca de nuestro funcionamiento, es la organización del mismo voluntariado, esta se divide en tres niveles. El primero serían los voluntarios por cada carrera. El segundo nivel son las coordinaciones de cada carrera y el tercer nivel sería Staff quien se compone por el coordinador de equipo de cada carrera, más coordinadores de formación, difusión, evaluación y finanzas, además de dos coordinadores por universidad (Universidad de Chile y Universidad Católica). A partir de lo planteado anteriormente es que hemos descubierto la necesidad de una asesoría, ya que a nivel de staff se están haciendo muchos protocolos acerca de diferentes temas, y a psicología le fue encargado el protocolo

sobre qué hacer en caso de abuso sexual y violencia intrafamiliar, en este sentido comprendiendo la complejidad del tema es que *nos gustaría si es posible, que la línea jurídica del departamento nos pueda ayudar a revisar, orientar y mejorar este protocolo*. Además staff también nos ha pedido, como equipo de psicología, que podamos elaborar una pauta para el proceso de selección de jefes (los jefes son los que en terreno mismo son el canal de comunicación entre los voluntarios y staff y también con la misma comunidad), por ende *nos gustaría también que el área laboral del departamento nos pueda orientar en esto*.

En el mismo terreno también nos hemos dado cuenta *de diferentes necesidades que tenemos, la primera de ella es tener un profesor asesor*, ya que la mayoría de las asesorías son por psicólogos licenciados que también fueron voluntarios cuando fueron estudiantes, sin embargo en la práctica esto también ha quedado corto, por ende *nos gustaría que en el momento práctico podamos contar con el departamento como una red de apoyo*. Además otra forma de intervención que tiene el voluntariado son la capacitaciones a los mismos funcionarios de los centro de salud, educación, etc. En este sentido han venido varios profesores de la Universidad Central a hacer capacitaciones, sin embargo creemos que también no es suficiente ya que las demandas de los funcionarios son más complejas, por ende entre más personas mejor.

Finalmente la última necesidad que hemos detectado como voluntariado *es poder tener más apoyo institucional de forma sistemática*. Actualmente tenemos apoyo institucional y monetario por parte de la vicerrectora porque nos ganamos para este año el premio azul en conjunto con la facultad de Medicina. Sin embargo, entendemos que este fondo es circunstancial, por lo que ya estamos en búsqueda de nuevos fondos a postular, y una de las grandes trabas con las que nos hemos encontrado es con la carencia de apoyo de profesores e institución en el proyecto.

I.8.4 Acta reunión Miércoles 16.11.2016

Asistentes de la reunión: Profesor Victor, Ihara, Mati y Paula

El tema de la reunión fue ver las consejerías, fichas y talleres, es decir la intervención misma que realizamos con el fin de poder enlazarla con el quehacer del psicólogo comunitario. Ya que existen dos paradigmas de intervención el modelo comunitario y el modelo médico (el profe en el drive dejó un archivo donde se mostraban los dos modelos y sus diferencias).

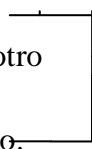
Se explico que el primer día de llegada al lugar, la comunidad se pone de acuerdo en los diferentes criterios de derivación para las carreras, después de eso se organiza el puerta a puerta en donde se invita a la comunidad a participar de los talleres y consejerías. Luego se explico que viene una consejería general, en donde se llena la ficha general que puede ser llenado por cualquier estudiante de

cualquier carrera y que finalmente a partir de esta se deriva a una carrera específica, en donde se hacen una consejería y ficha específica, en este caso la ficha de psicología (que es la que reviso el profesor).

Da la sensación en la conversación que la ficha es para nosotros y no para la persona en sí, ya que es una forma para validarnos a nosotros psicología como carrera, como una ficha que registre el trabajo hecho por psicología. Además los motivos de consulta son muy diferentes, desde la demanda espontánea hasta el ir a la casa, la cual es desde una relación individual, la ficha no capta esta diversidad.

Posterior a esto se pregunto por el modelo operativo que está detrás de la ficha, es decir preguntarse por el sentido de la ficha, siendo esta una modalidad de registro, ya que tiene una fuerte parte centrada en la identificación y caracterización (datos económicos, laborales, etc.)

Además en la ficha se habla de actividad y grupo en el mismo registro que las redes, cuando participación es diferente a red. Ya que el profesor nos explico, que hay diferentes niveles de redes. Es importante identificar bien el nivel de compromiso que se encuentra la gente, con el fin de poder potenciar de mejor forma las redes y la intervención en sí.

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer : saber la existencia de la red 2. Vincularse: establecer una relación con otro 3. Participar: estar regularmente 4. Proyecta: contribución en algún proyecto. |  | <p>Mayor grado de
compromiso</p> |
|--|---|--------------------------------------|

Por ende en ese apartado lo que uno se debería preguntar, ¿Cuál es su territorio cercano?, ¿Cuál es su comunidad?. Teniendo en cuenta que institucionalidad no es gubernamentalidad (ya que esta última dura cada cuatro años). En ese sentido se debe averiguar por la oferta pública de servicios de las redes intersectoriales y que ojala nos entreguen también el funcionamiento y cuáles son los servicios con dependencia municipal.

Además el profesor comento que en la parte de antecedentes psicológicos, estos responden más bien a antecedentes más psicopatológicos propiamente tal.

Después se continuo con el sentido de la ficha, generándose la siguiente pregunta ¿Hay diferencia entre pauta de registro o pauta de conversación?, ya que la ficha da la sensación de ser una pauta de conversación y de registro a la vez.

Ante esta interpelación se explico que la ficha es también dirigida a la municipalidad, ya que es un respaldo para hacer un informe acerca de los casos prioritarios. En este sentido se hablo del rol de mediador que tiene TSR, mediador tanto con la comunidad que se ve en la escucha misma, contención, consejerías y talleres. Como con la municipalidad ya que la ficha es una sistematización,

presentada por medio de “los casos prioritarios”, ya que en la misma ficha se tiene que poner si es un caso prioritario y los criterios que cumple (nivel de riesgo, vulnerabilidad y agencia)

En este sentido TSR funciona a partir de cuatro niveles.

- 1) Informe de casos (más parecido al modelo médico, pero se describe el caso de una forma comunitaria)
- 2) Socioeducativa
- 3) Derivación (en el caso que haya que sugerir o denunciar ante una situación)
- 4) Consejería.

A partir de esto el profesor propuso ver de nuevo el instrumento siguiendo este escenario de intervención teniendo en cuenta el rol de mediador. Esta tarea se dejó para trabajar el próximo año, ya que dado el poco tiempo que tenemos antes de la siguiente versión se decidió priorizar lo siguiente.

Una reunión tentativa para el viernes 16 de diciembre con el profe, con el fin de poder saber acerca de la red institucional. Además el profesor quedo en enviarnos material acerca de las guías de cómo abordar casos complejos como por ejemplo abuso sexual.

Otra reunión tentativa con la profesora Myriam para el Miércoles 21 de Diciembre, ella es preventologa y es experta en salud pública y tiene conocimiento de una serie de guías clínicas del ministerio de salud de casos complejos como por ejemplo intervención en crisis, ya que se converso también en la reunión que en muchas ocasiones la situaciones nos sobrepasan y necesitamos tener más herramientas y saber qué hacer, es decir, Cómo poder intervenir en casos complejos

I.8.5 Acta Reunión viernes 28 de octubre

Reunión Coordinada por Paula Rodríguez.

Participantes: Profesor Víctor Martínez, Javiera Morales, Ihara Valenzuela, Paula Rodríguez y Gabriela Gallardo.

Los temas abordados en la reunión fueron los siguientes:

- 1) Leer acta de la reunión pasada**
- 2) El quehacer del psicólogo comunitario**
- 3) Ficha, consejería y talleres (se abordará en una próxima reunión)**

- Se presenta el acta de la reunión pasada.

- Se habla de que la consejería es un punto importante de agregar al acta pasada dentro del método a utilizar.
- El profesor da una sugerencia de abarcar el cuidado del equipo, por ende, nos proporcionará información acerca de esto.
- El punto principal por el que se guía la reunión reside en el *quehacer del psicólogo comunitario*.
- El psicólogo comunitario tiene como punto de partida la comunidad. Para la psicología comunitaria; “La persona es constitutivamente comunitaria”. Esto significa que todo el diseño corporal del ser humano está hecho para ser comunidad, para estar en un entorno comunitario. La persona está diseñada comunitariamente. Para la psicología comunitaria la persona ya nace vinculada a la comunidad. La comunidad está en las personas, pero es más que la persona.
- En cambio; para la psicología social, la persona se construye individualmente, para luego formarse en comunidad.
- Aplicación práctica: Cuando uno estudia a un grupo o comunidad; uno estudia cómo se relacionan las personas. Todo tiene una configuración de red. Por eso se debe pensar en la persona en su entramado relacional.
- No solo debemos centrarnos en las personas en sus características individuales, sino que también en el entramado relacional en el que se encuentra. (Esposos, hijos, vecinos, redes laborales, etc.).
- El rol del psicólogo comunitario, es fortalecer, crear, el sentido de comunidad.
- Lo importante es situarse en el punto de vista de la persona. Escuchar lo que dice y lo que es. No imponer ideas.
- El psicólogo comunitario es “experto en no ser experto”; esto quiere decir que debe propiciar la formación de un contexto en el cual logren potenciarse las capacidades de las personas.
- El psicólogo debe salirse del rol del experto, y de la perspectiva médica. Éste debe tener un rol de mediador. El psicólogo comunitario no resuelve los problemas directamente, sino que genera un contexto en el cual los problemas sean resueltos desde los propios miembros. Es por esto que el psicólogo *lleva el foco de interés hacia las capacidades y recursos de las personas*. Lograr que las personas confíen en sus propios recursos. Hacer un fortalecimiento de su autonomía.
- “El psicólogo es experto en abrir conversaciones”
- El mirar a los ojos es crear vínculo. Lo que debemos hacer es generar un vínculo de confianza, apoyo, reconocimiento y respeto.
- En la conversación debe abrirse la posibilidad de que la persona también sea quien formula las preguntas, pero sin salirse del foco de la conversación, ya que todo es planificado.
- Todas las intervenciones son planificadas, todas tienen objetivos.
- ¿Cuál es el sentido de la ficha? —> Sistematizar
- La ficha es una herramienta, pero no se utiliza para la planificación de la consejería, ya que la ficha no debe hacerse como una entrevista.

- Se pone énfasis en que la ficha sirve como pauta para ordenar la conversación, por lo que no debe aplicarse como entrevista a la persona.
 - En la otra reunión se pondrá énfasis en ver en profundidad las consejerías y los talleres.
 - En otra reunión centrarnos en la ficha de psicología.
 - La próxima reunión queda fijada para el día 16 de noviembre; desde las 14:00 hasta las 16:00.

I.8.6 Acta de la reunión de trabajo con el equipo de TSR y el profesor Víctor Martínez el 29.09.2016

Asistentes: Profesor Víctor Martínez, Coordinador de psicología Francisco Aracena, Paula Rodriguez, Ihara Valenzuela e Isabel

La tabla que se trabajo la reunión fue la siguiente.

1. Presentación
2. Conocimiento
3. Acuerdo Operativo

Entonces en la introducción de la reunión se presento cada uno de los asistentes a la reunión, en que curso estaba, que cargo tenían en la organización de TSR, que le gusto del voluntariado y cuáles son los posibles proyectos para el futuro de TSR. Dando nociones generales del voluntariado, es decir que está compuesto por estudiantes de 9 carreras del área de la salud, de tres universidades que van a una comunidad rural a promover y prevenir en salud.

Después a partir de esta presentación breve, se hicieron preguntas por parte del profesor más profundas para conocer mejor el funcionamiento y la lógica de TSR, para ello mientras se daba dando la discusión se fueron identificando ciertos conceptos claves acerca de lo que significa los trabajos de salud rural y más específicamente, la labor de psicología en estos. Entre los conceptos se encuentran;

- 1) **Voluntariado:** se explico que el trabajo es dependiente de la voluntad de las personas, que se firmaba una carta de compromiso, pero que están más relacionados con las reglas acerca del consumo de alcohol, manipulación de objetos corto punzantes, horarios, etc. Se explico también que si bien es voluntario, el criterio de selección para participar es tener compromiso el cual se evalúa con la asistencia a las capacitaciones en el proceso de formación.
- 2) **Salud integral:** se rescato que se trabaja con un concepto de salud integral en donde esta no se entiende solo como la falta de enfermedades,

sino más bien en un sentido más amplio combinado de diferentes factores y perspectivas.

- 3) **Transdisciplinar:** se reforzó mucho que una de las cualidades de TSR es la transdisciplinaridad del voluntariado, ya que al tener 9 carreras diferentes se aborda la salud desde distintas perspectivas
- 4) **Ruralidad:** es aquí el contexto principal donde se realiza los TSR
- 5) **Atención Primaria:** este concepto no lo nombraron textualmente, pero se conversó de ello, ya que los TSR están enfocados a los contactos con los CESFAM, CECOF, postas rurales, siendo la atención primaria su línea de movimiento principal
- 6) **Estudiantes:** es un voluntariado, planificado, gestionado y ejecutado por los estudiantes, teniendo el rol principal y han asistido profesores al voluntariado, pero siempre en calidad de asesor más bien.
- 7) **Comunidad:** durante la conversación se mostró que un eje fundamental del trabajo es el trabajo en comunidad, donde el mismo voluntariado crea comunidades donde se reconocen a sí misma como una (c1, c2, c3, etc) y se cuida ese espacio de diferentes formas como por ejemplo los espacios de recreación. Además que el mismo trabajo también se hace en comunidad
- 8) **Articulación institucional comunitaria:** En esta parte se explicó que TSR, involucra a diferentes agentes de la comunidad, es decir no solo establecen contacto con la municipalidad sino también con la junta de vecinos, centro de adultos mayores, centro de madres, la radio, etc. Además se habló que el mismo TSR, tiene una articulación interna, estando staff, las coordinaciones, los jefes y los voluntarios, teniendo más bien de forma definida los trabajos de cada uno.
- 9) **Población en situación de vulnerabilidad:** se conversó que en general el público era una población en situación de vulnerabilidad en especial en relación al acceso tanto a salud, como educación, etc. Siendo este muy mermado
- 10) **Municipalidad:** se conversó que un agente clave para la realización del voluntariado es la municipalidad y en base a la participación de la municipalidad con staff es que se forma una nueva versión del proyecto, siendo un trabajo en conjunto
- 11) **Comunidad de aprendizaje, en práctica:** es decir que aprendemos de nuestros compañeros en la práctica, que es parte de la dinámica que se da en TSR
- 12) **Modo de búsqueda:** en salud está el modo de espera a que la persona espere que llegue el paciente y está el modo de búsqueda,

- 13) Agencia:** el enfoque del voluntariado está en poder potenciar la agencia de las personas, la cual se hacen por medio de dos modalidades que son los talleres educativos y las consejerías
- 14) Promoción y prevención en salud:** estos son los objetivos claves en el voluntariado que definen el trabajo
- 15) Gestión de la información y el conocimiento:** se hablo del proceso de sistematización en donde se explico que hay registro tanto a nivel general, con la ficha general como de la carrera misma, con la ficha de carrera, además de los registro de talleres y encuestas de satisfacción y además se dijo que si bien teníamos la información, todavía no generamos una sistematización, es decir una descripción de lo que se hace más un modelo teórico detrás, que se traduciría en posibles investigaciones
- 16) Acompañamiento conversación:** aquí se converso acerca que uno hace un acompañamiento por medio de la conversación a la persona y que se trata de dejar el rellano de la ficha para después, se reflexiono entorno al rol del psicólogo ya que en un principio el psicólogo era un apoyo al psiquiatra donde aplicaba test, creando una relación más instrumental, en la psicología comunitaria se trata de ocupar lo menos posible los instrumentos, ya que el enfoque comunitario es ser experto en no ser experto, para darle agencia a la persona misma
- 17) Institucionalidad comunitaria (programas):** se hablo que TSR se potenciaría mucho al trabajar en red y poder conocer el mapa institucionalidad comunitaria , esa información se busca en el departamento de desarrollo social/comunitario o educación. Ya que tendría más herramientas al momento de poder derivar, ya que el rol del voluntariado es poder ser un puente de comunicación entre la persona y la municipalidad misma. Se hablo de los diferente programas que existen OPD, PREVIENE,HPV,RBC,APS, VINCULO, CALLE, ABRIENDO CAMINOS, FAMILIA OPORTUNIDAD (que tiene un programa de apoyo psicosocial y laboral)

3) Acuerdo operativo

Las fases del acuerdo operativo a que se llegaron fueron las siguientes; (esto significa el plan de trabajo).

En lo que la línea de psicología puede aportar a TSR psicología, es en forma general en un asesoramiento de gestión, metodológica, técnico y teórico y de forma más específica.

- Diagnosticó participativo
- Mapa de la red territorial, es decir conocimientos acerca de los diferentes programas que existen en las municipalidades, con el fin que nosotros

podamos reconocer que redes tiene el territorio que trabajaremos, ya que estamos bien endeble en esta parte.

- Trabajo comunitario del psicólogo, es decir darnos las herramientas sobre el estilo del trabajo comunitario, con el fin que nos pueda servir en terreno, en las conversaciones y consejerías
- Psicología de la emergencia (ya que un diagnostico participativo, se le pidió a psicología poder hacer un taller sobre después de una emergencia)
- Capacitación a funcionarios en trabajo comunitario
- Gestión conocimiento en investigación

Para lograr aquello se tomó la decisión de hacer una reunión al mes, siendo los temas más prioritarios el diagnostico participativo, el mapa de la red territorial y el estilo del psicólogo comunitario. Además el profesor quedo en contactarse con la profesora Adriana, para que nos asesore en todo lo relacionado con la Psicología de la Emergencia.

Las fechas para las reuniones tentativas son

- 1) 21 de Octubre**
- 2) 18 de Noviembre**
- 3) 16 de Diciembre**

Todas caen día Viernes d 12:00-14:00

Además se llegó al consenso de que nosotros los de TSR hiciéramos un docs que contuviera;

- 1) un archivo de preguntas, que el profe pueda contestar
- 2) Lo que tenemos (es decir por ejemplo que hacemos en el diagnostico participativo)
- 3) Definir el objetivo del taller (reunión)
- 4) Definir un posible producto de la reunión

Para finalizar se va hacer una cadena de correos tanto con la coordinación de psicología, como el equipo de estudiante de la Universidad de Chile y se tomara acta en todas las reuniones con el fin de poder sistematizar el trabajo.

J.9 RECUENTO ESTADÍSTICOS VERSIÓN PASADA

Categoría	Petorca TSR 27 (Julio 2017)	Rauco TSR 28 (Enero 2018)	Rauco TSR 29 (Julio 2018)	Cambios en relación al TSR anterior
Número de localidades intervenidas	10	12	11	-1
Número de comunidades de voluntarios	10	11	11	0
Número de voluntarios	211	215	194	-21
Número de Participantes-usuarios	439	451	394	-57

Categoría	Petorca TSR 27 (Julio 2017)	Rauco TSR 28 (Enero 2018)	Rauco TSR 29 (Julio 2018)	Cambios en relación al TSR anterior
Talleres realizados	84	34	54	+20
Personas educadas en talleres	348 ^{*1}	216	355	+139
Número de consejerías totales	1424	1126	584	-542
Personas que recibieron consejerías	367	379	242	-137
Personas que no recibieron consejería	72	72	152	+80

Categoría	Petorca TSR 27 (Julio 2017)	Rauco TSR 28 (Enero 2018)	Rauco TSR 29 (Julio 2018)	Cambios en relación al TSR anterior
Chequeos preventivo - educativos	332	259	209	-73
Visitas domiciliarias	182	172	85	-87
Casos prioritarios	15	26	27	+1
Usuarios con ECNT	198	379	309	-70

J.10 DÍA A DÍA EN EL TERRENO

A continuación aparece la organización del terreno en el “Día a día”, de la versión pasada Rauco 29, realizada por Staff.

		Día a Día TSR 29									
		Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 8	Día 8	Día 9	
		Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
		12-jul	13-jul	14-jul	15-jul	16-jul	17-jul	18-jul	19-jul	20-jul	
6:00		Cita Staff: 11 am -	Levantada M	Levantada H	Levantada M	Levantada H	Levantada M	Levantada H	Levantada M	Levantada H	
7:00		Cita Guías: 13 Cita	Levantada H	Levantada M	Levantada H	Levantada M	Levantada H	Levantada M	Levantada H	Levantada M	
8:00 AM		voluntarios: 14-	Desayuno								
8:30 a.m		SALIDA: 15 hrs	Salida a las localidades								
										SAUIDA 13:00	
16:00		Llegada Voluntarios									
18:00			Llegada de las localidades								
19:00			Cena								
20:00			Cena								
21:00		Bienvenida TSR	Vida en Comunidad	Vida en comnidad	Vida en Comunidad	Vida en Comunidad	Vida en Comunidad	Vida en Comunidad	Vida en Comunidad		
21:30		Reunión de Carrera	Reunión de Guías	Balletón	Cachipun Alemán	Reunión de Guías	Gymkana por Carrera	Reflexión de la semana	Talento comunero		
22:30		Vida en Comunidad	Vida en Comunidad	Reunión de Carreras	Reunión de Staff	Vida en Comunidad	Reunión de Carrera	Reunión de Staff	Vida en Comunidad		
2:00			Fin del Ruido								
	Comida de										
	seo baños y ducha	C10	C6	C3	C9	C7	C4	C5	C1	C2	
		C5	C4	C7	C8	C2	C6	C1	C9	C10	
	salidas por comunidad				C4			C7			

Activar Windows
 Ve a Configuración para activar Window

J.11 POSTULACIÓN A FONDOS CONCURSABLES

ESTE APARTADO TIENE EL OBJETIVO DE MOSTRAR DOS FORMAS DIFERENTES FORMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS PARA EL PROYECTO, TENIENDO EN CONSIDERACIÓN ARISTAS EXPLICADAS EN LA INVESTIGACIÓN; EN ESTE CASO SE MUESTRA A NIVEL DE UNIVERSIDAD MÁS GENERAL Y LUEGO LA OTRA POSTULACIÓN MÁS ESPECIFICO CON LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA EN SÍ.

J.11.1 POSTULACIÓN AL FONDO PREMIO AZUL A NIVEL UNIVERSIDAD DE CHILE

FONDO AZUL

Nombre del proyecto Trabajos de Salud Rural

R.U.T. 19081497-1

Nombre Completo Maria Belen Martín Caballero

Teléfono Fijo (+562) 28172893

Celular (+569) 54224055

Email Principal maria.martín@ug.uchile.cl

Email Secundario cmaganaa@gmail.com

Facultad Facultad de Medicina

Carrera Obstetricia y Puericultura

Nº Matricula 2015114314

Año que cursa 4

R.U:T	Nombre Completo	Email	Teléfono	Función	Facultad
18621947-3	Camila Magaña Alarcón	cmaganaa@gmail.com	+56932562802	Equipo Coordinación de carrera (Obstetricia) UCH	Medicina
18930757-8	Paula Cabello Hidalgo	paulacabello@ug.uchile.com	+56994419948	Coordinadora de carrera (Obstetricia), UCH	Medicina
19828479-3	Benjamin Marin	benjaminmarin@ug.uchile.cl	+56982103226	Coordinador de Carrera (Kinesiología) UCH	Medicina
19410363-8	Tania Naipan	tania.naipan@gmail.com	+56992953706	Coordinadora de Carrera (Nutrición) UCH	Medicina
18170059-9	Lucas Escobillana	lucas.escobillana@gmail.com	+56951050106	Coordinador de Equipo UCH	Medicina
20.178.210-4	Jorge Retamal	Jorge.retamal.c@ug.uchile.cl	+56945597592	Equipo Coordinación de carrera (Psicología) UCH	FACSO
19.164.457-3	Yerko Andrés Gutiérrez Espinoza	yerko27091@gmail.com	+56984123490	Equipo Coordinación de carrera (Psicología) UCH	FACSO
20.002.767-1	Catalina Andrea Lobos Lemuñir	Clobos1@fen.uchile.cl	+56956159134	Equipo Coordinación de carrera (Psicología) UCH	FACSO

Institución	Nombre Patrocinador
Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Pontificia Universidad Católica	Ivonne Moraga Sánchez Rivas
Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile	Juan Williams
Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile	Antonio Mondaca

Nombre del proyecto	Trabajos de Salud Rural
Area de Concurso	Compromiso social Universitario
Breve Descripción del Proyecto (No más de 6 líneas)	Trabajos de salud rural es un voluntariado realizado por estudiantes de 10 carrera del área de la salud y ciencias sociales, que entregan herramientas de educación en salud a personas de sectores rurales, con un enfoque transdisciplinario, que busca educar y empoderar a las personas sobre su propia salud y la de su comunidad.
Monto solicitado al Concurso	1.500.000
Monto Otros aportes externos	559.189
Monto Total del Proyecto	2.059.189
Aportes Externos	-----

Descripción Trabajos de Salud Rural son una iniciativa social nacida hace 15 años atrás, que reúne a estudiantes de 10 carreras del área de la salud (Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Química y Farmacia, Fonoaudiología, Psicología, Odontología y Trabajo social), de cuatro universidades (Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica, Universidad Central y Universidad de Santiago de Chile), en torno a la ejecución de intervenciones educativas que contribuyan a mejorar las condiciones sanitarias de nuestro país y, con ello, a derribar las brechas de acceso a la salud, creando a su vez una instancia de formación profesional a todos los estudiantes voluntarios, para la construcción de un compromiso social en función a las necesidades de la salud del país

Durante Julio del año 2019 el voluntariado intervendrá la comuna de Curepto perteneciente a la provincia de Talca de la VII región del Maule. Actualmente la provincia de Talca tiene 15,045 hogares con personas dependientes y/o adultos mayores siendo esta la más alta de la sexta y séptima región (MDS, Registro Nacional de Hogares, Agosto 2017) y con 7,664 hogares con hacimientos medios a críticos (MDS, Registro Nacional de Hogares, Agosto 2017).

La comuna de Curepto tiene 10.812 habitantes, acogiendo a un 1,19% de la población total de la región. De sus habitantes, un 70.8% corresponde a población rural y 29.2% a población urbana (Censo 2002). El índice de pobreza de la comuna era de 9,6% en el año 2009, y el porcentaje de personas en situación de pobreza era de 39,8%, muy superior al promedio del país de 14,4% en 2013 (PLADECO Curepto 2018-2022). La principal actividad económica es la agricultura, donde se concentra el 47% de la población económicamente activa.

Curepto cuenta actualmente con un Hospital de baja complejidad, y ocho postas rurales. Las localidades pertenecientes a la comuna son Curepto, Calpún, Constantué, Huenchullamí, Coipué, Gualleco, Tabunco, Manzano, Rapilermo, Huaquén y Hornillos todas estas distribuidas en un radio cercano haciéndolas accesibles para una futura intervención.

En cuanto a la distribución por sexo en la comuna, existen 5.048 mujeres, lo que corresponde al 46,51% de los habitantes (PLADECO Curepto 2018-2022). En relación a lo anterior, y en la línea de nuestros objetivos de trabajo es necesario explicitar que al año 2014 existió una tasa de 305,44 denuncias por cada 100 mil habitantes, debido a violencia intrafamiliar, siendo la de país de 587,52 por cada 100 mil habitantes.

Por lo anterior es que consideramos la violencia intrafamiliar y la violencia hacia la mujer un foco importante de intervención.

La población adulto mayor en la comuna tiene una distribución por sexo principalmente femenina, y el índice de dependencia demográfica al año 2015 era de 50,83, por sobre el país donde el índice era 44,25 el mismo año, este índice de dependencia demográfica estima indirectamente la dependencia económica de la población adulto mayor.

La presencia de grupos étnicos es escasa, pero quienes se identifican pertenecientes a alguno de estos grupos lo hacen con la etnia Mapuche, es por esto que existen en la comuna dos asociaciones de la sociedad civil destinada a reunirlos (PLADECO Curepto 2018-2022). Trabajar con estas asociaciones puede ser muy enriquecedor desde el punto de vista cultural, así como también en cuanto a la salud, acercándolos a un sistema de salud distinto al de su etnia de origen, y compartiendo conocimiento sobre algunos riesgos y beneficios del uso de hierbas medicinales, tan ampliamente usadas en la cultura Mapuche. Si bien no encontramos información específica sobre la población migrante en la comuna, destaca que en la Región del Maule, al año 2015, existían 3.188 personas migrantes, lo que representa el 0,7% del total de inmigrantes del país, sin embargo, se espera que esta cifra haya incrementado en los últimos años (CASEN, 2015).

En cuanto a educación en la comuna existen 25 establecimientos educacionales, sólo 1 ubicado en el radio urbano, y el resto en sectores rurales. La mayoría sólo entrega educación básica.

Todas estas razones posicionan a Curepto como una comuna donde TSR podría hacer una

diferencia y se ha decidido intervenir.

En términos generales, el proceso de intervención comunitaria comienza meses previo a la ejecución del mismo, con el diagnóstico participativo. En él, se realiza un catastro de las diferentes localidades respecto a las reales necesidades que poseen en términos educativos, proceso que se lleva a cabo en conjunto con el Departamento de Salud de la Comuna de Curepto y los miembros de las juntas de vecinos. Posteriormente, contemplando las necesidades de la población se prepara el material educativo y el recurso humano correspondiente para la ejecución del proyecto, mediante capacitaciones a los voluntarios y la confección de talleres que serán aplicados durante el trabajo en terreno.

Luego, en la fase de Ejecución, los voluntarios seleccionados viajan durante una semana a la comuna de Curepto. Allí, son separados en aproximadamente 10 grupos que contienen a estudiantes de las 10 carreras, con el fin de que a cada “comunidad” se le asigne una localidad (que fue elegida en la fase del Diagnóstico participativo), la que será el foco de la intervención. Las actividades consisten en la aplicación de consejerías individuales, chequeos preventivo-educativos y talleres, todos ellos basados en metodologías de aprendizaje participativo. Además, se ayuda a las instituciones de APS con capacitaciones de los funcionarios, las que son impartidas gratuitamente por Docentes de las Universidades que componen este voluntariado.

Finalmente, en la fase de Evaluación se realiza un balance de experiencia, como una forma de cuantificar el impacto de la ejecución del proyecto, mediante la confección de un informe. Con él, se piensa cuáles fueron nuestras falencias en la presente versión, en vistas de mejorar el proyecto para la siguiente intervención, que se realizará el semestre siguiente en la misma localidad. Asimismo, se le presta ayuda al Departamento de Salud de la comuna con el tamizaje de los casos que fueron evaluados por los voluntarios durante la ejecución, y que requieren un seguimiento más exhaustivo, mediante la entrega de un informe de Casos Prioritarios.

Objetivo general Acercar a la población rural chilena a distintas estrategias de prevención y promoción de la salud, contribuyendo a la disminución de la brecha de acceso a atención de salud de calidad mediante la entrega de herramientas que permitan el empoderamiento de las mismas comunidades respecto a su propia salud, creando conciencia acerca de la realidad rural en nuestros voluntarios y fomentándolos a convertirse en agentes de cambio de las condiciones que hoy imperan en estos sectores.

Objetivos Específicos

1. Educar a la población diana sobre temas de salud y enfermedad que hayan sido identificados por ellos mismos como relevantes para su vida, detectando factores de riesgo imperantes en la población diana, junto a signos y síntomas pertinentes de ser revisados por el personal de salud de la zona.
2. Contribuir a mejorar la calidad de la atención del personal de salud que atiende a la población diana.
3. Contribuir a la formación profesional de estudiantes conscientes, de la realidad rural nacional, y capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios en salud, potenciando la vocación al servicio público del país.

Fundamentación Los índices de ruralidad y pobreza de una población se correlaciona con una importante dificultad para el acceso, oportunidades y calidad de la Atención Primaria de Salud (APS). La escasa disponibilidad de capital humano disponible para la educación en Salud en estas localidades y la lejanía geográfica son factores importantes para el desarrollo de esta problemática. Ello genera en los habitantes un estado de vulnerabilidad, que predispone al desarrollo de factores de riesgo de salud, comprometiendo la calidad de vida a través del aumento de la prevalencia de patologías altamente prevenibles. Este problema se ve reflejado en una disminución de la adherencia a tratamientos y en la falta de control de algunas enfermedades, lo que hace difícil a la población gozar de una buena salud. La literatura médica refiere que, si se modifica la conducta por medio de la educación, se puede reducir el riesgo de enfermar.

Sin proyecto Habitantes de la comuna Curepto y las comunas que serán intervenidas más adelante carecerán de la oportunidad de empoderarse de su Salud, ya que no tendrán las herramientas que les permitan conocer la importancia de la prevención de las enfermedades prevalentes y de la correcta adherencia a sus tratamientos.

El personal de salud que trabaja en APS en la Comuna de Curepto y las comunas que serán intervenidas en las siguientes versiones carecerán de la oportunidad de adquirir herramientas que ellos consideran relevantes la hora de brindar una atención acorde con los requerimientos y necesidades de la población. Producto de que las comunas de zonas rurales son muy extensas geográficamente, las localidades se encuentran muy distantes entre sí, por lo que el personal de Salud tiene una serie de dificultades para cubrir a toda la población en su conjunto. Por ende, si no se efectúa el proyecto, existe una fracción importante de la población de la comuna que podría quedar en una situación de exposición diferencial dada la falta de cobertura que, en este caso, el proyecto podría aportar y así apoyar al personal de salud.

Los voluntarios de esta experiencia, es decir, los estudiantes de las distintas carreras de la salud, carecerán la oportunidad de tener un espacio que les permita conocer la realidad y el acontecer actual en materia de salud de las áreas rurales. Así como también la capacidad de poner en práctica sus conocimientos en un ambiente donde se fomente el trabajo interdisciplinario, que será esencial en su desarrollo como futuros profesionales de la salud.

Con proyecto Habitantes de la Comuna de Curepto y las comunas que serán intervenidas en las siguientes versiones serán beneficiados con herramientas que contribuyan a que logren empoderarse de su Salud, mediante el conocimiento de la prevención de las enfermedades prevalentes y la importancia que tiene la correcta adherencia a los tratamientos.

El Personal de Salud que trabaja en APS en la Comuna de Curepto y las comunas que serán intervenidas en las siguientes versiones tendrá la oportunidad de adquirir herramientas que ellos consideran relevantes a la hora de brindar una atención acorde con los requerimientos y necesidades de la Población, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de la Atención Primaria en estas comunas.

Los Voluntarios que asisten a esta experiencia (Estudiantes de carreras del área de la Salud y ciencias sociales) podrán conocer la realidad y el acontecer actual de las zonas rurales en el área en la que se desempeñarán a futuro. Además, podrán contextualizar sus conocimientos a la realidad y aplicarlos en torno a un trabajo Interdisciplinario, que será una valiosa herramienta, en vista de su futuro como Profesionales de la Salud.

Autoevaluación del proyecto

El proyecto será evaluado en función del cumplimiento de los objetivos específicos señalados con anterioridad, lo que se demostrará con la aplicación de indicadores confeccionados a partir de la información que se recabe en las fichas de Atención. Así:

Para el objetivo 1:

(1) Número de talleres programados realizados. Indicador: N° Talleres realizados. Logro: al menos 40 talleres.

(2) % de personas capacitadas. Indicador: $(\text{N}^\circ \text{ de personas asistentes a taller} / \text{N}^\circ \text{ total de población chequeada}) \times 100$. Se espera un logro $>70\%$ de la población participante es capacitada en algún tema.

(3) Número de Casos Prioritarios Atendidos. Indicador: N° de Casos Prioritarios. Logro: al menos 15 casos que requieran el seguimiento de la Municipalidad.

Para el objetivo 2:

(1) Número de Capacitaciones a Funcionarios Realizadas. Indicador: N° Capacitaciones realizadas. Logro: al menos 2 capacitaciones.

(2) Número de Funcionarios Capacitados. Indicador: N° de Funcionarios Intervenido. Logro: intervenir al menos a 10 funcionarios.

Para el objetivo 3:

(1) Número de Voluntarios asistentes. Indicador: N° de voluntarios. Logro: al menos 180 estudiantes.

(2) % voluntarios capacitados. Indicador: $(\text{Número de voluntarios capacitados} / \text{Número de voluntarios asistentes}) \times 100$. Logro: 100%.

(3) N° de consejerías por cada voluntario (identificación de rendimiento promedio de los voluntarios). Indicador: N° de consejerías totales/ N° de voluntarios totales. Logro: ≥ 3 .

Por otro lado el voluntariado cuenta con un coordinador de evaluación, quien se encarga de cuantificar y cualificar los logros de la versión, que aspectos pueden mejorarse en un futuro, por lo que se realizan jornadas de trabajo generales y también por carrera, con el objetivo de cada una de las áreas tenga conocimiento cuales son los aspectos a mejorar.

Plan de Difusión La difusión del proyecto puede dividirse en tres etapas:

1.- Previa a la ejecución del proyecto:

- Invitación a los futuros voluntarios a participar del proyecto: realizada por medio de internet y redes sociales. Trabajos de Salud Rural cuenta con una página web usada para difundir la información importante relativa a fechas y actividades previas programadas como las capacitaciones generales o la apertura de inscripciones para los voluntarios. Por otra parte, vía Facebook e instagram se logran los resultados más instantáneos ya que gran parte de los voluntarios los usan frecuentemente.
- Invitación a los futuros voluntarios desde las carreras: Cada una de las carreras involucradas en el proyecto hace difusión dirigida a sus potenciales voluntarios, mediante la ejecución de actividades promocionales del proyecto en el contexto de Ferias de Iniciativas Sociales, actividades de recaudación de Fondos y actividades intra y extracurriculares.
- Dar a conocer el proyecto a la comuna escogida: llevado a cabo durante el diagnóstico participativo, se presenta el Proyecto a los representantes de la comunidad objetivo. Además, se entablan relaciones con el Departamento de Salud de la comuna para dar a conocer el proyecto y solicitar su difusión.

2.- Durante la ejecución del Proyecto:

Durante el trabajo en terreno se aprovechan los medios de comunicación masivos, mediante el diálogo con dirigentes de las localidades, junto con la solicitud de espacio en programas radiales comunales. Mientras que, en la localidad intervenida, los voluntarios van puerta a puerta difundiendo el proyecto y usan megáfono para transmitir el mensaje a una mayor cantidad de personas. Todo esto con el fin de dar a conocer de mejor manera el proyecto entre los habitantes de comunas rurales.

3.- Posterior a la Ejecución del Proyecto:

En esta fase, se confecciona el Informe de evaluación, con el que se realizan posteriormente infografías que serán publicadas en la página web del Voluntariado y difundidas en las redes sociales vía Facebook e instagram.

Objetivo Especifico 1

Educar a la población diana sobre temas de salud y enfermedad que hayan sido identificados por ellos mismos como relevantes para su vida, detectando factores de riesgo imperantes en la población diana, junto a signos y síntomas pertinentes de ser revisados por el personal de salud de la zona.

Actividades que se desarrollarán para la concreción del objetivo específico 1

- Realización de talleres educativos relacionados con las distintas necesidades que la misma población haya considerado relevantes en el diagnóstico participativo.
- Realización de consejerías por parte de los estudiantes de las distintas carreras participantes a la población objetivo.
- Captación de casos prioritarios que requieran el seguimiento por parte de la Municipalidad.

Objetivo Especifico 2 Contribuir a mejorar la calidad de la atención del personal de salud que atiende a la población diana.

Actividades que se desarrollarán para la concreción del objetivo específico 2 -Realización de capacitaciones a los funcionarios de los centros de salud presentes en las distintas localidades.

Objetivo Especifico 3 Contribuir a la formación de voluntarios conscientes, de la realidad rural nacional, y capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios en salud, potenciando la vocación al servicio público del país.

Actividades que se desarrollarán para la concreción del objetivo específico 3 -Captación de voluntarios para la realización del proyecto.
 -Realización de capacitaciones a los voluntarios acerca de la realidad que se vivirá en la localidad a intervenir.
 -Fomento del trabajo interdisciplinario en terreno con tal de realizar una intervención integral.

J.11.2 POSTULACIÓN A FONDO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL POR LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA



**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN
FONDOS CONCURSABLES DAVE 2018**

Nombre del Proyecto	Trabajos de Salud Rural			
Cobertura del proyecto (Marque con una X):	Regional	Comunal x	Interna	
Tipo de Fondo: (marque con una X):	Artístico Cultural	Social x	Deportivo	Recreativo

RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre Completo	Tamara Corvalán Paz
RUT	19.569.378-1
Móvil	+569 90746294
Mail	Tamara.corvalan.paz@gmail.com
Carrera	Psicología

RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre Completo	Francia Salazar Rojas
RUT	19.859.135-1
Móvil	+56996795392
Mail	fran.valentinaaa@gmail.com
Carrera	Psicología



DESCRIPCIÓN GENERAL: Objetivos Generales del Proyecto

Promoción y prevención de la salud en zonas rurales de Chile.

Beneficiarios de la actividad y su descripción:

Beneficiarios: estudiantes de carrera, comunidad UCEN, externos, entre otros. En el caso de colegios u otras organizaciones debe esclarecer el contacto.	Estudiantes de Psicología UCEN, los habitantes de las zonas rurales a quienes se les realizarán chequeos preventivos, talleres psico educativos y aquellas personas que asistan a las capacitaciones que se hacen antes de asistir al voluntariado.
Id de Beneficiarios	Los 21 estudiantes de Psicología y habitantes de las zonas rurales.

Breve descripción de actividades a realizar. Indicar de manera cronológica.

* Debe incluir documento de carta Gantt o planificación, asociado a las actividades acá descritas.

1.

Pre-viaje

- Difusión a los participantes sobre el proyecto
- Capacitaciones realizadas por estudiantes y/o egresados de la universidad a los posibles voluntarios del proyecto y a la comunidad de la Universidad en general.
- Preparación de materiales, como talleres, fichas, encuestas de satisfacción, etc.

2.

Pre-viaje

- Realización de un diagnóstico participativo para observar la localidad, necesidades y requerimientos de las personas que viven en ella.

3.

En terreno

- Realización de talleres y chequeos preventivos a las personas de la localidad rural, con un fin psico educativo.





INDEPENDENCIA • PLURALISMO • COMPROMISO



4.

En terreno

- Realización de consejerías en temáticas de promoción en salud y autocuidado a las personas de la localidad rural.

5.

Post-viaje

Se realiza una reflexión y posterior diagnóstico en relación a las necesidades observadas en las personas atendidas en la localidad.

	OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO					Fechas
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Reunión de equipo																					05 SEPTIEMBRE
Difusión																					06 - 30 SEPTIEMBRE
Inscripción de voluntarios																					17 - 30 SEPTIEMBRE
Capacitaciones generales																					13 y 20 OCTUBRE
Capacitación de Bienvenida/ drogas																					24 o 26 OCTUBRE
Capacitaciones de carrera																					30 OCT. - 24 NOV.
Selección voluntarios/ parejas																					08 DICIEMBRE
Voluntarios seleccionados																					14 DICIEMBRE
Capacitación de Fichas/ autocuidado																					01 DICIEMBRE
TSR 29																					10-18 ENERO
Reflexión y Evaluación final																					21-26 ENERO





Presupuesto.

Aportes considerados en Proyecto			
Adjunta carta de apoyo de 3eros.	Si		No
Monto de otros aportes de 3eros (incubadora/escuela/facultad/otro):	\$ 0.-		
Monto aporte en autogestión (rifas, actividades, inscripciones, donación y/o cualquier otra).	\$ 200.000.-		
Monto del Fondo solicitado:	\$ 300.000.-		
Monto total del Proyecto (Debe ser equivalente al Total Presupuestado)	\$ 500.000.-		

Detallar a continuación todos los gastos de la propuesta	
Insumos, servicios u otros	Monto aproximado del gasto.
Materiales de oficina	\$300.000
	\$
	\$
	\$
	\$
Total presupuestado (Debe ser equivalente al Monto total del Proyecto)	\$ 300.000

Verificadores de la actividad.

Todo co-financiamiento aprobado por la DAVE implicará la existencia de verificadores, los cuales podrán ser fotografías, invitaciones, correos de la gestión del proceso, rendiciones, entre otros.

Estos verificadores tendrán que entregarse en un Informe final del proyecto, en un plazo no superior a 5 días hábiles concluida la actividad. Este acto, estará contenido en la carta compromiso que los estudiantes responsables deberán firmar, antes del inicio de su cronograma.

Fecha de entrega verificadores	25 de enero, 2018
Tipo de verificadores comprometidos	Material fotográfico





Recuerde que su proyecto será evaluado considerando estos aspectos:

Aspectos técnicos y financieros

(Marcar con una "X" según información proporcionada por el proyecto a evaluar)

Item Evaluado	Puntaje otorgado				OPTIMO	%	ponderado		
	10	7	4	1			máximo	medio	mínimo
Cobertura	Universidad /Externo	Facultad	Escuela		8	15%	1,5	1,05	0,6
Beneficiarios (Comunidad Ucn factor 1, personas externas a la Universidad factor 0,5)	si sobre 100	Entre 50-99	Bajo 49		8	10%	1	0,7	0,4
Autogestión financiera (En relación al monto del proyecto)	30% o más	Entre 11% y 29%	Entre 0% y 10%		8	15%	1,5	1,05	0,6
Pertinencia (coherencia de la iniciativa con el fin de los fondos)	Muy Pertinente	Pertinente	Poco Pertinente		8	15%	1,5	1,05	0,6
Patrocinio Facultad/ Escuela (Carta de apoyo)	Si, con aporte	Si, sin aporte	No		8	15%	1,5	1,05	0,6
Concordancia con el Sello	Alta	Mediana	Baja		8	10%	1,5	0,7	0,4
Coherencia con la Misión y la Visión U. Central.	Alta	Mediana	Baja		8	10%	1,5	0,7	0,4
	70	49	17		90%	10	6,1	3,3	

- Se considerará viable un proyecto que cuente con un puntaje entre 7,1 a 10 puntos de resultado de evaluación (Pudiendo optar hasta el monto máximo \$300.000)

- Quedará en lista de espera, aquellas iniciativas que sumen entre 6 a 7 puntos. Las cuales por ranking, podrán acceder a un máximo de 75% de los fondos solicitados.

- Se considerará inviable aquellas iniciativas igual o menor a un puntaje de 5,8 puntos.

RESULTADO EVALUACIÓN	7 a 10 ptos.	hasta 100%	6 a 7 ptos.	hasta 75%	5 a 5 ptos.	sin apoyo
----------------------	--------------	------------	-------------	-----------	-------------	-----------

Proyectos que aborden temáticas de inclusión, el puntaje final será igual a:

$$\text{Puntaje Final} = (\text{Resultado de evaluación}) * 1,10$$



J.12 CARTELES DE DIFUSIÓN



SE ABRIERON LAS INSCRIPCIONES



TSR PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD
CENTRAL



UNIVERSIDAD
DE CHILE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA

DESDE EL LUNES 10
DE ABRIL

✉ tsrpsico@gmail.com

f **TSR Psicología**

HASTA DOMINGO 23
DE ABRIL

🌐 <http://trabajosdesaludrural.weebly.com/>
(Buscar en google trabajos de salud rural)

MEDICINA

OBSTETRICIA

KINESIOLOGÍA

PSICOLOGÍA

QCA. Y FARMACIA



ENFERMERÍA

FONOAUDILOGÍA

NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA

ODONTOLOGÍA



¿QUÉ ES EL TSR?



Trabajos de Salud Rural es un voluntariado formado por 9 carreras de la Universidad de Chile, Universidad Central y Pontificia Universidad Católica de Chile. Se tiene como objetivo comprometerse con la salud en Chile y con quienes no tienen total acceso a ésta. Es por ello, que se crea el TSR, para entregar promoción y prevención de la salud trabajando en las zonas rurales de nuestro país.

¿Y SI SOY MECHÓN?

No importa! La modalidad de TSR es que en cada comunidad haya una pareja por cada carrera, lo que idealmente es un estudiante menor con uno mayor. ¡Nunca te dejaremos solo!



¿DE QUÉ ME SIRVE EL TSR?



El TSR es la instancia para además de aprender y trabajar de manera interdisciplinaria, aporta a que como futuros profesionales de la salud seamos conscientes con lo que pasa en nuestro país y las desigualdades que pueden encontrarse. Y por supuesto, vivir tu vocación con quienes lo necesitan.

¡VIVE TU VOCACIÓN, COMPROMÉTETE CON LA SALUD RURAL!

4 Universidades:



¡Inscríbete!

!Inicio inscripciones: 29 de Septiembre!

En el link que se encuentra en la página web
<https://www.facebook.com/tsrpsicologia>
 Contáctanos si tienes alguna inquietud a:
tsrpsico@gmail.com



Voluntariado de Estudiantes de 9 carreras del área de la salud:

Psicología, kinesiología, Fonoaudiología, Obstetricia, Nutrición, Odontología, Medicina, Enfermería, Química y farmacia.

**Versión
28
Rauco
Verano**

Fecha terreno: 04-12 de Enero, 2018.

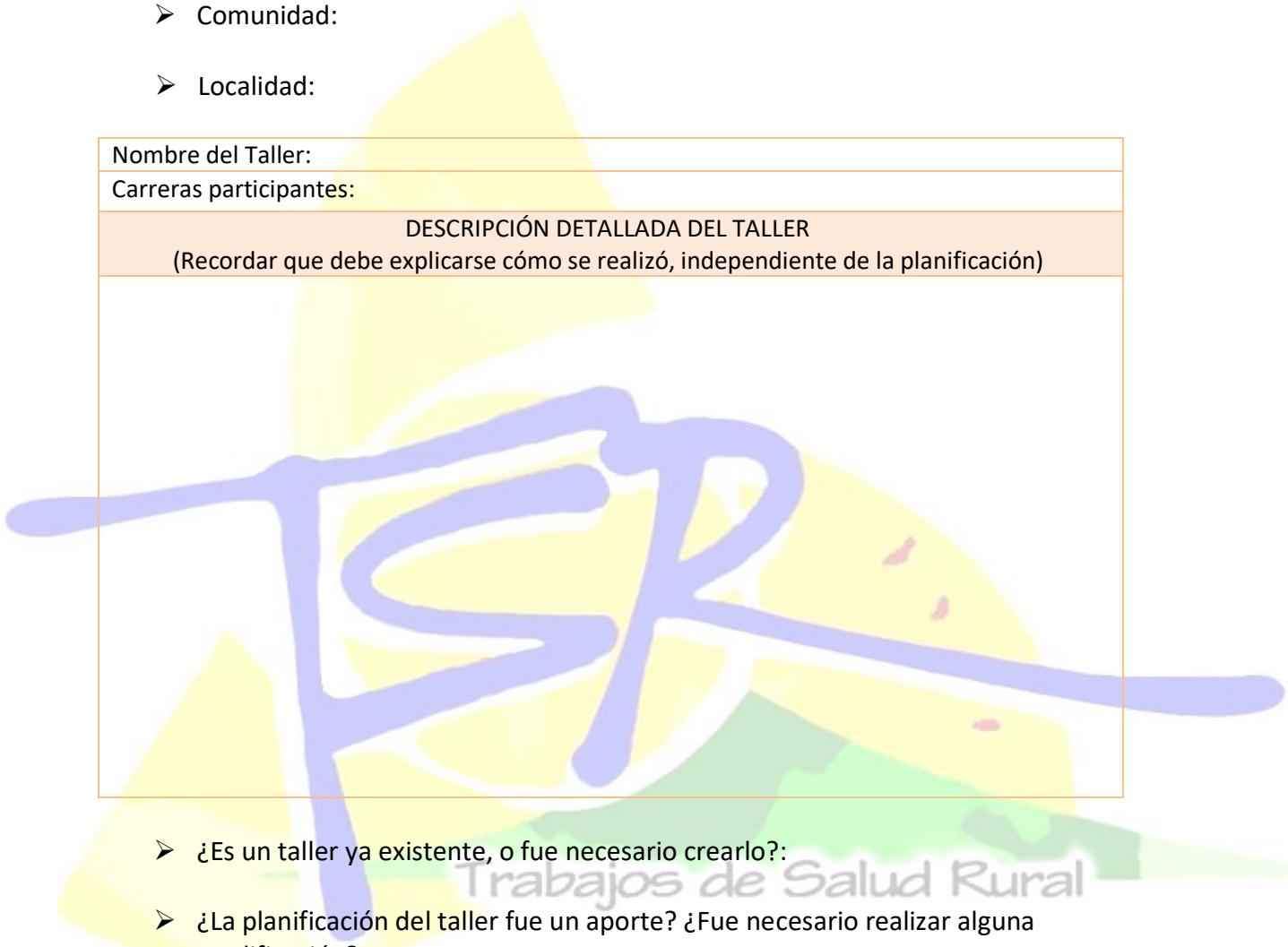
J.13 REGISTRO DE TALLERES

*Coordinación de Formación y Educación – Trabajos de Salud Rural 26ª Versión
Petorca 2017*

Registro de Talleres

➤ Comunidad:

➤ Localidad:

Nombre del Taller:
Carreras participantes:
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL TALLER (Recordar que debe explicarse cómo se realizó, independiente de la planificación)


- ¿Es un taller ya existente, o fue necesario crearlo?:
- ¿La planificación del taller fue un aporte? ¿Fue necesario realizar alguna modificación?
- ¿Modificarías, agregarías, o eliminarías algún aspecto del taller (marco teórico o planificación)?
- ¿Contaste con todos los materiales necesarios para realizar el taller?
¿Hubo alguna falencia de ellos?

*Coordinación de Formación y Educación – Trabajos de Salud Rural 26ª Versión
Petorca 2017*

Lista de asistentes

Nombre	Edad
	54
	5



Trabajos de Salud Rural

J. 14 BITÁCORA DE GUÍA



Bitácora de

Guías



Queridos Guías:

Esta es una idea implementada en la versión N°29 de TSR. El propósito de esta bitácora es que ustedes puedan dejar un registro de su día a día en la localidad que les corresponde. Esto incluye: el flujo de gente que va a consejerías o talleres, la cantidad de visitas domiciliarias realizadas, casos prioritarios, inconvenientes u otros temas que ustedes consideren que es atingente que queden registrados.

Con todo lo anterior, la bitácora apunta a lo siguiente: ser un insumo para los guías que tomen su localidad en la versión de verano (en caso de que esta bitácora se realice en invierno); entregar un feedback acerca de cómo se desarrolla el trabajo en terreno (esto incluye si tienen alguna dificultad con los materiales, problemas en la sede, etc); informar acerca de la evolución de un caso prioritario, y fomentar la continuidad del trabajo en las 2 versiones que se realizan en una comuna.

La bitácora

Espero que esto les resulte útil a ustedes para ordenarse, así como esperamos que se logre un buen trabajo que sirva seguir mejorando el trabajo en terreno.

Con cariño, Staff TSR.

Día 0: Llegada a la base



La idea de este apartado es que puedan describir como fue la logística de la salida de los buses, la llegada a la base, y todo el resto de actividades que se susciten el primer día. Es muy importante que puedan dar a conocer sugerencias, quejas, o las cosas que ustedes hayan percibido que fueron buenas. ¡Todas las opiniones que tengan permitirán que sigamos mejorando!

Día 1



A partir de aquí, deben describir cómo transcurre el día a día en su localidad. Les daré algunas ideas acerca de que pueden poner acá, pero queda a su criterio si quieren agregar algo que no esté acá listado:

- Actores claves de la localidad.
- Lugares importantes dentro de la localidad.
- Flujo de gente.
- Casos prioritarios.
- Complejidad de los casos vistos.
- Visitas domiciliarias realizadas.
- Evolución de casos particulares.

Retomando lo descrito en el día anterior, también es bueno que describan lo que ocurra en base, y como fue dicho anteriormente, cualquier sugerencia es bien recibida 😊

Día 2



Trabajos de Salud Rural

Día 3



Día 4



Trabajos de Salud Rural

Día 5



Trabajos de Salud Rural

Día 6



Día 7: Último día en la Localidad

Dado que es el último día en la localidad, acá sería bueno que agregaran sus impresiones a modo general 😊



Día 8: Vuelta a Santiago



J.15 CARTA MÉDICO TRATANTE**Comunicación Médico-Tratante**

Estimado (a) Dr (a) médico (a) tratante de _____

Desde el ___ al ___ de ___, estudiantes de la salud de la Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y la Universidad Central han realizado chequeos preventivos y educación en salud en la localidad de _____

Durante la Evaluación de su paciente detectamos: _____

Por lo que hemos señalado y por la salud de su paciente, le sugerimos: _____

Esperando ser de ayuda en su labor profesional, le saluda el equipo de
Trabajos de Salud Rural

J.16 DICCIONARIO DE LA JERGA BÁSICA DE TRABAJOS DE SALUD RURAL, DURANTE EL TERRENO.

ESTE DICCIONARIO BUSCA FACILITAR LA COMPRENSIÓN DE LAS DINÁMICAS DEL VOLUNTARIADO Y MOSTRAR SU PROPIA CULTURA. LAS DEFINICIONES FUERON ELABORADAS A PARTIR DE LA PROPIA EXPERIENCIA.

- Comunidad: Es un grupo de personas, compuesto por 20-22 alumnos aproximadamente, una pareja de comuneros por carrera, más dos guías. En conjunto tiene la misión en terreno de intervenir en una localidad en específico durante el día, con el fin de hacer consejerías, talleres y chequeos preventivos a la población. Además de compartir colectivamente la experiencia del voluntariado en general, pues están en una misma sala durante este y se realizan actividades de convivencia en la cotidianidad. En general hay diez comunidades por terreno, las cuales se distinguen según el orden numérico asignado.
- Comunero/a: Es el voluntario/a que pertenece a una de las comunidades que existen en el terreno, interviniendo directamente con la gente en la localidad.
- Guías: Son una pareja de estudiantes que han asistido por lo menos una vez al voluntariado previamente, que están encargados de gestionar y organizar la comunidad durante los días de terreno, eso tanto en términos logísticos, como burocráticos, ordenando todos los documentos de registro propios de TSR. Siendo por lo tanto el puente de comunicación central entre diferentes actores; Específicamente; entre Staff y la Comunidad. Y también con las autoridades locales (presidente de la junta de vecino, organización de adulto mayor, entre otros) y la Comunidad.

- **Coordinación:** Son un equipo de estudiantes de una carrera que se encarga de organizar, mantener informados y preparar a los voluntarios de su carrera para el trabajo en terreno
- **Staff:** Son el equipo de estudiantes encargados de gestionar, organizar y ordenar el que hacer del voluntariado. Por tanto son la autoridad en el terreno TSR.
- **Versión:** Es el conjunto completo de los días de terreno, en general son ocho días. Correspondiendo al momento de la praxis del voluntariado Y se realizan dos veces al año, una en invierno y otra en verano
- **Capacitación general:** Es la primera instancia de inducción y selección del voluntariado, donde acuden todos los estudiantes de las diferentes carreras, es realizada por Staff y tiene el objetivo de introducir a los postulantes al quehacer de TSR de forma general.
- **Capacitación/es de carrera:** Se refiere a la/s instancia/s de inducción y selección particular por cada coordinación, donde se les entrega las herramientas básicas para el terreno a los futuros voluntarios/as en función de su ocupación
- **La postretón:** Es una de las estrategias que se hacen previo al terreno para recolectar dinero para el voluntariado, la cual consiste en vender diferentes tipos de postres a la comunidad.
- **Diagnostico participativo:** Es la primera instancia donde se va a conocer a la población que se va a intervenir, con el fin de poder levantar información sobre las necesidades y fortalezas que tengan con respectos a problemáticas en salud, desde la voz de la propia comunidad que habita en la localidad.

- Avanzada de guías: Es la instancia previa al terreno donde los guías van a conocer la localidad y sus autoridades, con el fin de ponerse de acuerdo para la gestión del espacio físico y el terreno en general.
- Usuario/a: Es la persona de la localidad que participa en alguna acción que lleva acabo el voluntariado, es decir en alguna consejería, taller o chequeo preventivo.
- Puerta a Puerta: Es la actividad referida al proceso de difusión efectuada por los voluntarios. Esto implica distribuirse previamente la localidad entre los estudiantes, con el fin que vayan a la mayor cantidad de casas posibles informando e invitando a la gente a participar de las actividades del voluntariado.
- Caso prioritario: Es un protocolo interno del voluntariado para manejar situaciones complejas de usuario/as o que necesiten una vinculación directa con la municipalidad para su abordaje, detectados durante el terreno. Estos se conversan entre la comunidad y son los guías los encargados de avisarle a Staff los casos prioritarios que van emergiendo. Por su parte Staff al terminar el voluntariado se reúne con la municipalidad para evaluar y devolver la información recolectada y por lo tanto, delegando los casos prioritarios observados, activando las redes de estas, en la localidad.
- Taller: Es una de las metodologías fundamentales de educación en salud de TSR, consiste en un espacio grupal de aprendizaje sobre una problemática de salud particular.
- Visita: Es una estrategias de intervención, que consiste en la atención domiciliaria particular realizada por los comuneros/as a un usuario que la requiere o que la solicite.

- **Consejería:** Es una de las metodologías principales de educación en salud que lleva a cabo el voluntariado, consiste en una orientación por medio de una conversación, sobre una inquietud en salud que solicita el usuario.
- **Ficha general:** Es el documento de registro básico de la consejería, el cual busca recabar antecedentes personales y de salud del usuario.
- **Ficha de carrera:** Es el documento de registro particular de cada ocupación.
- **Derivación:** Es el proceso donde se distribuyen entre carreras, la atención de los usuarios/as según las necesidades y motivaciones propias que esto/as presenten.
- **Criterios de derivación:** Son los principios que se utilizan para hacer la distribución por carreras de la atención de cada paciente.
- **Localidad:** Es sector específico del lugar donde va una comunidad en particular a intervenir durante el terreno.
- **Sede:** Es el lugar físico de la localidad donde la comunidad está durante el día en el terreno, siendo el centro de operaciones de esta. En general es una sede de una junta de vecinos o también relacionado con algún centro de atención primaria.
- **Salida en comunidad:** Se refiere al momento que se va colectivamente a compartir una cena pero en las afueras del colegio. Cada comunidad tiene derecho a realizar una salida durante la semana, la cual se va gestionando en el terreno entre los Guías y Staff.
- **“Asado de carrera”:** Es una de las actividades que se realiza durante la tarde en el colegio, la cual es una instancia en donde se comparte una cena entre los y las estudiantes de una ocupación en particular.
- **Talento comunero:** Es una de las actividades finales del voluntariado que se realiza durante la tarde en el colegio. Esta consiste de una competencia

de presentaciones temática realizada por comunidad, con el fin de hacer “show de talentos de la comunidad” y generar un espacio de dispersión.

- Vida en comunidad: Es el tiempo destinado específicamente en la tarde, para que la comunidad pueda compartir, realizar dinámicas lúdicas o lo que ellos estimen conveniente hacer en conjunto.
- “Correo Brujas”: Es uno de los juegos clásicos utilizados en TSR, que consiste en la escritura de frases por los estudiantes que son dejados en una caja de forma anónima, en la noche, se toma la caja y se “lee el correo de brujas”, estas frases en general pueden ser desde desafíos, hasta confesiones, entre otras.
- Reunión de carrera: Es el momento en la tarde donde los estudiantes de la misma área de estudio se juntan con el fin de hacer un espacio de retroalimentación de las prácticas en conjunto.
- “Bailatón”: Es una de las actividades de dispersión que se realizan durante la tarde en el colegio, que consiste una competencia de baile por distintos estilos de música, participan dos parejas por comunidad.
- Competencias de carrera: Se refieren a diferentes instancias donde se realizan distintas pruebas entre los estudiantes según sus áreas de estudios, quedando finalmente un ganador.
- Reflexión de la semana: Es el momento del terreno, durante la tarde del colegio, en se realiza una catarsis de lo que ha ocurrido durante el voluntariado, analizando las diferentes situaciones, fomentando la construcción de aprendizaje y auto-cuidado colectivo de la comunidad.
- Reunión de guías: Se refiere a la instancia, en la tarde donde se juntan todos los guías, representando a cada uno de las comunidades en conjunto con Staff para ver lo que ha pasado en las localidades

- Reunión de Staff: Es una de las actividades que se realizan en terreno donde se reúne todo el equipo organizador del voluntariado, incluidos tanto los coordinadores como los delegados de carrera para tomar decisiones de cómo proceder en el voluntariado.

- “Carrete TSR”: Es la fiesta de celebración del término del voluntariado, en general se realiza el mismo día en la noche que se vuelve a Santiago.