

La comunicación como parte de un equipo



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Reconocer formas efectivas de comunicación para alcanzar la comprensión y generar confianza.
- Identificar barreras comunes y facilitadores para la comunicación dentro del equipo.
- Desarrollar un plan para fortalecer el equipo de la agencia.



INSTRUCCIONES

Nota del facilitador: el primer ejercicio requiere que el facilitador tenga mucha experiencia. Las participantes pueden rehusarse a hablar sobre temas polémicos en un grupo o pueden temer las represalias de otros por plantear temas que podrían verse como “tabú”. El facilitador deberá garantizar a las participantes que pueden expresarse en un entorno seguro y de confianza.

1. Preparación de la sesión
 - Antes de que comience la sesión, escriba el programa y los objetivos de la sesión en una hoja de rotafolio si no está utilizando las diapositivas de PowerPoint. Muéstreselos a las participantes.
 - También escriba en una hoja de rotafolio: C: controlar, I: influenciar y A: aceptar. Escriba las “C”, “I” y “A” en negrita.
 - En las notas adhesivas grandes o en las tarjetas de anotaciones, haga dibujos de elefantes o busque e imprima fotos de elefantes para la primera actividad.
 - En otra hoja de rotafolio, escriba estas preguntas y muéstreselas a las participantes. Escriba en negrita las palabras, por qué, qué, quién y cuándo.
 - ¿Por qué hacemos esto o por qué sucede esto?
 - ¿Qué estamos haciendo al respecto?
 - ¿Quién puede resolver este problema?
 - ¿Cuándo podemos resolver esto?
2. Deles la bienvenida a las participantes y revise el programa y los objetivos.
3. Actividad del elefante en la habitación (60 minutos)
 - Explique lo siguiente: en esta sesión, nos centraremos en las estrategias que apoyan la comunicación efectiva con los miembros de un equipo y practicaremos un proceso para identificar y abordar los desafíos del equipo. Analizaremos “los elefantes en la habitación”.

(continuación)



Roles C3 relacionados

Coordinación de la atención, gestión de casos, navegación del sistema

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades y conducta profesional, coordinación de servicios y habilidades de navegación



Métodos de enseñanza

Escritura individual, actividad grupal



Tiempo previsto

90 minutos



Conceptos clave

Habilidades de comunicación, resolución de conflictos, trabajo en equipo, habilidades para resolver problemas.



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector (opcional)
- Notas adhesivas o tarjetas de anotaciones
- Cinta (si las tarjetas de anotaciones de elefante no tienen adhesivo)
- Dibujos o fotos de elefantes
- Rotafolio
- Marcadores
- 4 pelotas de tenis
- Temporizador (puede usar un reloj o teléfono inteligente)

Folleto

- Diez maneras de comunicarse eficazmente como un equipo

La comunicación como parte de un equipo



INSTRUCCIONES *(continuación)*

- Vamos a comenzar esta sección pensando en cómo nos comunicamos como equipo cuando debemos abordar un obstáculo (el elefante en la habitación).
 - Use el rotafolio para explicar que abordarán cada elefante con los principios de Controlar-Influenciar-Aceptar (CIA). Esto significa decidir si son cuestiones que las participantes pueden controlar, pueden influenciar o deben aceptar.
 - Entregue las notas adhesivas u hojas de elefante y deles a las participantes cinco minutos para escribir un elefante relacionado con su trabajo.
 - También deben escribir si el elefante es C, I o A. (Escribir los nombres en la hoja o nota adhesiva es opcional).
 - Recoja los elefantes, léalos en voz alta uno por uno, luego colóquelos en los rotafolios relevantes (marcados con C, I o A). **NOTA: si tiene una gran cantidad de elefantes o si tiene poco tiempo, pueden elegir cuáles abordar.**
 - Decidan como grupo si los elefantes A realmente son cuestiones que solo tienen que aceptarse y acuerden si alguno de los elefantes C o I son realmente elefantes A. Luego, dejen a un lado los elefantes de la lista A. Simplemente acéptenlos.
 - Aborden los elefantes C e I en conversaciones abiertas e intenten encontrar soluciones o elementos de acción. Miren y analicen cada elefante usando las 4 preguntas:
 - ¿Por qué hacemos esto o por qué sucede esto?
 - ¿Qué estamos haciendo al respecto?
 - ¿Quién puede resolver este problema?
 - ¿Cuándo podemos resolver esto?
 - Termine la actividad con un breve informe del proceso. Pídale a las participantes que compartan un aspecto acerca de cómo este proceso será útil en la relación con sus compañeros de trabajo.
4. Actividad con pelota de tenis (30 minutos)
- Diga: “Vamos a crear un proceso con el objetivo de que todas toquen la pelota”. Si tiene un grupo con más de 12 participantes, divídalas en dos grupos.

(continuación)



Recursos

Team Building Exercises—Communication:
<https://www.mindtools.com/pages/article/team-building-communication.htm>
(fuente para la actividad)

The Tennis Ball Game:
<https://www.leadersinstitute.com/resources-tennis-ball-game/>

Preguntas para la revisión de
<http://www.ventureteambuilding.co.uk/move-tennis-balls/>

La comunicación como parte de un equipo



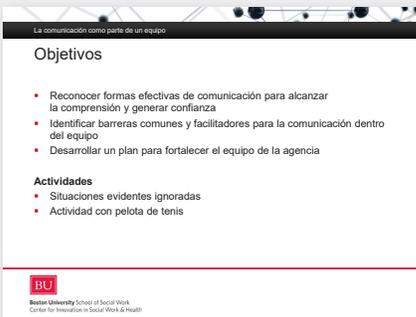
INSTRUCCIONES *(continuación)*

- Lance la pelota a alguien en el lado opuesto del círculo desde donde está parado.
 - Dígale a esa persona que pase la pelota a alguien y que recuerde quién toca la pelota después de ella.
 - Haga que la siguiente persona pase la pelota a alguien nuevo y así sucesivamente hasta que todos hayan tenido un turno.
 - Diga: “Veamos si podemos recordar la secuencia en la que se movió la pelota” y pídale que lo hagan una vez más.
 - Luego, complique el proceso:
 - Diga “Nunca hacemos una tarea a la vez, siempre estamos haciendo muchas tareas”. Agregue otra pelota para que la pasen en la misma secuencia siguiendo la primera pelota.
 - Una vez que tengan el proceso, dele las tres pelotas a la primera persona. Recuérdeles la regla de que todos deben tocar cada pelota una vez y en la misma secuencia establecida. Luego salga del círculo.
 - Diga: “No solo realizamos muchas tareas, también solemos trabajar bajo la presión del tiempo. Así que ahora les tomaré el tiempo”. Use el temporizador para encontrar un tiempo de referencia para el proceso. Diga “ya” cuando la primera pelota abandone la mano de la primera persona y “tiempo” cuando la tercera pelota toque la mano de la última persona.
 - Tome el tiempo, méncionelo y regístrelo como el tiempo de referencia en el rotafolio.
 - Mejora gradual:
 - Pregunte: “¿Creen que lo pueden hacer más rápido?” Deje que el grupo repita la secuencia algunas veces o hasta que estén contentos con el progreso que han logrado (y hasta que lo hagan sin dejar caer las pelotas).
 - Repita la regla después de cada ronda: que todos deben tocar cada pelota una vez y en la misma secuencia establecida.
 - Mencione y registre los tiempos para cada reiteración del proceso.
 - Desafío:
 - Diga: “Deberían estar orgullosas de reducir la velocidad a X segundos. Sin embargo, cada grupo que ha hecho este ejercicio pudo reducirlo a menos de 3 segundos”.
 - La mayoría de los grupos descubren cómo cambiar sus posiciones y su rutina para que puedan reducir el tiempo a 2 o 3 segundos.
 - No dé pistas.
 - Si no se les ocurren ideas nuevas, pregunte: “¿Deberían repensar lo que estás haciendo?”
 - Continúe registrando el tiempo. Si superan los 3 segundos y aún queda tiempo, dígales que algunos grupos lo han logrado en menos de 1 segundo.
5. Análisis de la actividad de la pelota de tenis
- Pregúntele al grupo qué les demostró esta actividad.
 - ¿Por qué era importante planificar antes de intentar el desafío?
 - ¿Cómo trataron diferentes ideas? ¿Todas tuvieron la oportunidad de compartir sus ideas?
 - ¿Se apoyaron mutuamente durante el desafío?
 - ¿Qué tan bien sienten que trabajaron en equipo? ¿Qué podrían mejorar?
 - ¿Designaron a una líder para el desafío? ¿Qué determina a una buena líder?
 - ¿Funcionó su plan? Si no fue así, ¿por qué no? ¿Cómo respondieron a esto?
 - ¿Cómo se aseguran de que todas entiendan la estrategia del equipo?
 - ¿Qué harían diferente la próxima vez?
 - Al analizar el desafío en retrospectiva, ¿qué es lo único que pueden quitarle?
6. Cierre la actividad.
- Comparta y revise la hoja de consejos sobre la comunicación. Agradézcales a las participantes por tomar parte en la actividad.

La comunicación como parte de un equipo



DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Revise el programa y los objetivos. Explique lo siguiente: en esta sesión, nos centraremos en las estrategias que apoyan la comunicación efectiva con los miembros de un equipo y practicaremos un proceso para identificar y abordar los desafíos del equipo.

Diez maneras de comunicarse eficazmente como un equipo

1. Hablen con otros directamente en interacciones individuales

No hablen de los miembros del equipo ni hablen a sus espaldas. Si tienen algo que decirle a su colega, háblele directamente.

2. Den instrucciones claras y concisas

Si los miembros del equipo no reciben instrucciones claras y concisas para las tareas, se puede provocar un caos.

3. Fomenten los comentarios mutuos

Es importante que los supervisores estén abiertos a los comentarios y que las promotoras de salud (CHW) estén abiertas a dar y recibir comentarios. Esto mantiene abiertas las líneas de comunicación y fomenta la comprensión mutua.

4. Siempre muestren aprecio: eso se aplica para todos

Se siente bien ser apreciado por el trabajo que tanto las CHW como los supervisores están haciendo. El agradecimiento se puede mostrar con un almuerzo de equipo, un reconocimiento en reuniones de personal, entre otros.

5. Tengan reuniones de equipo semanales

6. Promuevan la colaboración



- 7. Hagan que los miembros del equipo se sientan parte del equipo; no hay personas más importantes que otras**
- 8. Mantengan el sesgo personal bajo control**
- 9. Mantengan una política de puertas abiertas**
- 10. Usen el tiempo con sabiduría: tengan reuniones breves a la mañana cuando toman un café**

Recursos

7 Essential Tips for Effective Team Communication

<https://www.proofhub.com/articles/effective-team-communication>

8 Simple and Effective Ways to Improve Team Communication

<https://blog.azendoo.com/8-ways-to-improve-team-communication/>

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Introducción a las habilidades de comunicación



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Explicar la comunicación eficaz y cómo se ve afectada por diversos factores, incluida la cultura.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint y los temas de discusión. Prepare los rotafolios con preguntas de discusión si lo desea.
2. Revise los puntos de discusión y facilite la discusión sobre los factores que influyen en la comunicación eficaz (consulte las notas de la diapositiva 2).
3. Organice la actividad de sociodrama.
 - Pida dos voluntarias para representar una situación entre una promotora de salud (CHW) y un cliente frente al grupo.
 - Deles las instrucciones sobre sus roles por privado a las voluntarias (consulte las notas de la diapositiva 2).
 - Solicite que las voluntarias representen la situación.
 - Impulse una conversación para reflexionar sobre el sociodrama (diapositiva 3).
4. El contexto del comunicador
 - Revise la diapositiva y las notas sobre el rol del contexto en la comunicación.
 - Promueva una breve discusión con las preguntas en las notas de la diapositiva.
5. Cierre de la actividad. Resuma y cierre.



Roles C3 relacionados

Mediación cultural entre individuos, comunidades y sistemas de salud y servicios sociales; brindar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural, brindar asesoramiento y apoyo social

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones



Métodos de enseñanza

Clase, sociodrama, reflexión



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Comunicación



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores



Recursos

The Communication Process:
<http://open.lib.umn.edu/communication/chapter/1-2-the-communication-process/>

What is Interpersonal Communication?
<https://www.skillsyouneed.com/ips/interpersonal-communication.html>



DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Presente la sesión y comparta los objetivos.

La comunicación se define como la transmisión o el intercambio de información o noticias. Esta definición es precisa y simplista; sin embargo, el proceso de la comunicación es mucho más dinámico y complejo.

Pregunte: "¿Qué factores afectan nuestra capacidad de comunicarnos de manera eficaz?" Escriba una lista de los factores potenciales, como la identidad, el poder, la raza o etnia, entre otros. Afirme las respuestas de las participantes.

Resuma las respuestas de las participantes y concluya que la comunicación es un proceso multifacético y complejo. La comunicación implica un proceso en el que los comunicadores convierten sus pensamientos en mensajes que se transmiten mediante contenido y símbolos (p. ej., mensajes verbales, correos electrónicos, emojis, lenguaje de señas, entre otros). El procesamiento de los mensajes enviados incluye decodificarlos e interpretarlos mediante los valores, las actitudes, las creencias y la experiencia de vida del comunicador receptor. La comunicación eficaz es esencial para el trabajo de las CHW y merece ser explorada. Para demostrar esta complejidad, ahora realizaremos un sociodrama.

Invite a dos voluntarias a realizar un sociodrama en el que una CHW y un cliente de diferente posición en términos de identidad social, poder, raza o etnia, edad, estado socioeconómico u otros factores tengan una conversación (las voluntarias pueden elegir las características de sus identidades sociales de la lista generada). Una persona retratará a una CHW y la otra al cliente.

Hable en privado con las voluntarias y comparta la siguiente información antes de la actuación:

Al comienzo de la interacción, no debería haber conflicto, pero debido a los diferentes estilos de comunicación, los mensajes que se envían no son los que se reciben. En el sociodrama, la CHW demostrará diferentes formas de abordar el problema. Por ejemplo: Agresión: pararse cerca del cliente de manera intimidante o hablar en voz alta de forma concisa.

Revise el escenario del sociodrama a continuación con las voluntarias. Tendrán de 3 a 5 minutos para representar la situación frente al grupo más grande.

Escenario del sociodrama:

La CHW se reúne con un cliente para una cita programada regularmente. Han estado trabajando juntos por un año. La CHW pregunta sobre el cumplimiento del tratamiento del cliente. El cliente duda en responder, pero dice que ha estado tomando sus medicamentos según lo recetado. La CHW es consciente de que los resultados de laboratorio del cliente reflejan algo diferente. Indican que el cliente no ha estado tomando sus medicamentos según lo recetado.

Introducción a las habilidades de comunicación

Reflexión sobre el sociodrama

- ¿Qué vieron en el sociodrama?
- ¿Cuáles son algunas de las diversas razones por las que podemos elegir comunicarnos con otra persona?
- ¿Qué factores influyeron en la efectividad de la comunicación de la promotora de salud y el cliente?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Introducción a las habilidades de comunicación

El contexto del comunicador

Comunicador

Contexto social

Contexto físico y psicológico

Creación conjunta del significado

Contexto relacional

Contexto cultural

Comunicador

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 3

Al finalizar la escena, hágales a las participantes las preguntas de la diapositiva (10 minutos).

Nota del facilitador: puede ser útil recordarles a las participantes que la intención de una persona no anula el efecto de su comunicación. A veces es útil reflexionar sobre la pregunta: “¿Mi intención es tener razón o construir y mantener una relación?”

DIAPPOSITIVA 4

La comunicación se trata básicamente del envío y la recepción de mensajes. Los comunicadores, a menudo denominados emisor y receptor, utilizan señales verbales (palabras), vocales (tono, entonación, volumen, etc.) y visuales (lenguaje corporal) para enviar y recibir mensajes. Además, el orador y el oyente aportan a la conversación sus experiencias personales, cultura, valores, posición y otros factores que llamamos contexto. El contexto afecta la manera en que se envían y reciben los mensajes.

Contexto: el modelo transaccional de comunicación considera que la comunicación incluye todos los elementos anteriores y agrega una capa de contexto. Como acabamos de afirmar, cada comunicador tiene su propia esfera de contexto a través de la que interpretan y evalúan los mensajes intercambiados. La inclusión del contexto de un comunicador es una distinción importante para este modelo de comunicación.

El contexto de una persona se compone de varios factores:

- El **contexto físico** incluye los factores ambientales en un encuentro de comunicación. El tamaño, el diseño, la temperatura y la iluminación de un espacio influyen en nuestra comunicación. Pídales a las participantes ejemplos de sus experiencias de un “buen contexto físico” para la comunicación. Pida ejemplos de dónde el contexto físico podría ser desafiante y qué lo hace desafiante.
- El **contexto psicológico** incluye los factores mentales y emocionales en un encuentro de comunicación. El estrés, la ansiedad y las emociones son solo algunos ejemplos de influencias psicológicas que pueden afectar la comunicación.
- El **contexto social** se refiere a las reglas establecidas o normas no establecidas que guían la comunicación. A medida que socializamos en nuestras diversas comunidades, aprendemos reglas y adoptamos, de forma implícita, normas para comunicarnos.
- El **contexto relacional** incluye la historia interpersonal previa y el tipo de relación que tenemos con una persona. Nos comunicamos de manera diferente con alguien que acabamos de conocer que con alguien que conocemos desde hace mucho tiempo.
- El **contexto cultural** incluye varios aspectos de las identidades como la raza, el género, la nacionalidad, la etnia, la orientación sexual, la clase y la capacidad.

Pregunte:

- ¿Qué valor proporciona esta información para la CHW?
- ¿Cómo utilizarán esta información en su papel de CHW?

Resuma y cierre. El proceso cocreativo de desarrollar la comprensión entre comunicadores se ve afectado por la cantidad de semejanzas y diferencias entre sus dos esferas de contexto. Por ejemplo, si los comunicadores comparten contextos culturales similares (p. ej., raza, sexualidad), las experiencias compartidas pueden ayudar a facilitar una comunicación más eficaz. Por el contrario, cuantas menos semejanzas compartan, más difícil será facilitar la comprensión compartida. La CHW debe ser consciente de las muchas facetas que afectan la comunicación eficaz. Esta comprensión ayudará a las CHW a emplear habilidades de comunicación eficaces para facilitar una comprensión compartida con los demás.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender los componentes clave del modelo de etapas del cambio.
- Definir entrevista motivacional (Motivational Interviewing, MI).
- Identificar y hacer distinciones entre ejemplos positivos y negativos de las habilidades de entrevista motivacional en la práctica.
- Analizar los elementos de las entrevistas motivacionales.
- Practicar las habilidades de entrevista motivacional, incluidas las reflexiones simples, complejas y de doble cara y la escucha activa.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, revise las diapositivas y las notas del PowerPoint. Pruebe los videos para confirmar que los enlaces y el audio funcionen. Prepare 5 fichas con una etapa de cambio en cada tarjeta. Revise los recursos y decida si hay elementos específicos que desea compartir con las participantes. Todos son valiosos para el trabajo de las promotoras de salud (CHW).
2. Deles la bienvenida a las participantes y revise los objetivos de la sesión (diapositiva 2).
3. Etapas del cambio (15 minutos)
 - Muestre la diapositiva 3
 - Entrégueles las tarjetas a cinco voluntarias. Pídale a las voluntarias que lean la tarjeta y que, luego, la peguen en la pared.
 - Muestre el video, *Improve Your Life Using the Stages of Change*: <https://youtu.be/Twlow2pXsv0>
 - Muestre las diapositivas 4 y 5 sobre las etapas del cambio.
4. Introducción a la entrevista motivacional (60 minutos)
 - Muestre la diapositiva 6 sobre la Introducción a la entrevista motivacional.
 - Muestre los videos de buenos y malos ejemplos de entrevistas motivacionales:
 - *How NOT to do Motivational Interviewing* (mal ejemplo): https://youtu.be/kN7T-cmb_10
 - *Motivational Interviewing A conversation with "Sal" about managing his asthma* (buen ejemplo): <https://youtu.be/-RXy8Li3ZaE>

(continuación)



Roles C3 relacionados

Brindar asesoramiento y apoyo social, desarrollar capacidades individuales y comunitarias, implementar evaluaciones individuales y comunitarias.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de evaluación individual y comunitaria



Métodos de enseñanza

Dibujo participativo, clase, análisis en grupos grandes, diadas, juego de roles



Tiempo previsto

135 minutos



Conceptos clave

Etapas del cambio, entrevistas motivacionales, habilidades de escucha activa, habilidades de reflexión, OARS



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Tarjetas: Las etapas del cambio

Videos

- *Improve Your Life Using the Stages of Change*: <https://youtu.be/Twlow2pXsv0>
- *How NOT to do Motivational Interviewing* (mal ejemplo): https://youtu.be/kN7T-cmb_10
- *Motivational Interviewing A conversation with "Sal" about managing his asthma* (buen ejemplo): <https://youtu.be/-RXy8Li3ZaE>

Folleto

- Modelo de las etapas de cambio
- Entrevista motivacional: Escenarios posibles
- Introducción a la entrevista motivacional
- Estrategias de la entrevista motivacional: OARS

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio



INSTRUCCIONES *(continuación)*

- Muestre las diapositivas 7 a 13, incluidas las preguntas de reflexión y la práctica en parejas.
5. Organice la actividad práctica de entrevista motivacional y escucha activa (60 minutos). Nota del facilitador: el tiempo asignado es generoso y puede modificarse para adaptarse a un período de tiempo más corto.
- Distribuya los folletos: Entrevista motivacional: Escenarios posibles y estrategias de entrevistas motivacionales: OARS.
 - Divida a las participantes en grupos de tres. Pídale a los miembros del grupo que elijan uno de tres roles: CHW, cliente u observador. Cada participante tendrá la oportunidad de experimentar cada rol.
 - El papel del observador es tomar nota de las habilidades de MI y de escucha activa observadas durante el juego de roles.
 - Mostrar los O.A.R.S. Muestre la diapositiva de referencia (diapositiva 15) como ayuda visual.
 - Establezca un temporizador durante 10 minutos para cada juego de roles. Al final de los 10 minutos, permita que las participantes del juego de roles y los observadores compartan comentarios sobre las habilidades de MI y de escucha activa que observaron. (Permita que las participantes se tomen 5 minutos para compartir los comentarios).
 - Pídale a las participantes que cambien los roles y pasen al siguiente escenario.
 - Repitan el proceso para el escenario final.
 - Vuelva a reunir al grupo para realizar un análisis con todas las participantes.
 - Promueva el diálogo con las siguientes preguntas: (Tiempo máximo de 15 minutos)
 - Desde el punto de vista de un cliente, ¿cómo fue su experiencia? ¿Sintieron que la CHW entendió dónde estaban estancadas? Como cliente, ¿tuvieron un momento de descubrimiento?
 - Desde el punto de vista de la CHW, ¿cómo fue esta experiencia para ustedes? ¿Dónde se sintieron desafiadas? ¿En qué momento de la interacción se sintieron cómodas o conectadas con el miembro de la comunidad? ¿Qué habilidades de MI fueron más útiles durante la interacción?
6. Cierre la actividad
- Agradézcale al grupo por su participación. Cierre la sesión diciendo que las habilidades de entrevista motivacional requieren práctica. Como CHW, es una habilidad fundamental para nuestro trabajo con los clientes promover cambios de comportamiento saludables.



Recursos

Motivational Interviewing Pocket Guide. 2019. MidAtlantic AIDS Education and Training Center Program. <https://aidsetc.org/resource/motivational-interviewing-pocket-guide>

SAMSHA/CSAT Treatment Improvement Protocols. 2019. Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment. Chapter 3. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-35-Enhancing-Motivation-for-Change-in-Substance-Use-Disorder-Treatment/PEP19-02-01-003>

Para obtener recursos adicionales consulte la diapositiva 16.

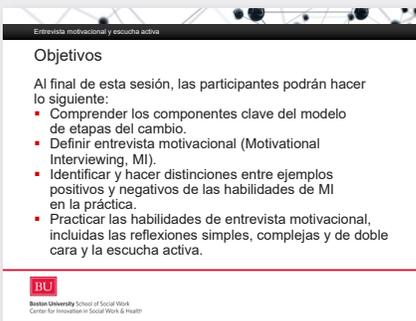
Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio



DIAPPOSITIVA 1

Esta sesión abarcará los modelos de etapas del cambio y de entrevista motivacional (MI) para apoyar nuestro trabajo como CHW.

Muchas ya han experimentado, o quizás han usado, elementos de las entrevistas motivacionales. Invitamos a todas a compartir sus conocimientos y experiencias.



DIAPPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.



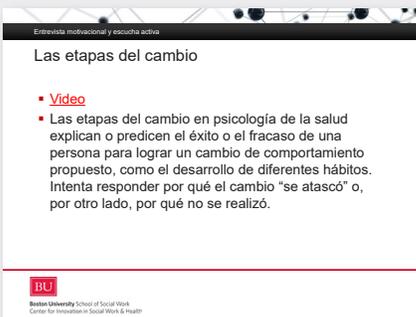
DIAPPOSITIVA 3

Para aprovechar su experiencia, nos gustaría presentar primero el modelo de etapas del cambio.

Entregue las tarjetas a cinco voluntarias con cada etapa del cambio.

Pídales a las voluntarias que pasen al frente, lean la tarjeta y la peguen en la pared.

Proporcione una breve explicación de las diferentes etapas.



DIAPPOSITIVA 4

Muestre el video: <https://youtu.be/Twlow2pXsv0>

Revise la diapositiva.

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio

Entrevista motivacional y escucha activa

Las etapas del cambio

Las etapas del cambio, en la actualidad el modelo de etapas más popular en psicología de la salud (Horwath, 1999), han demostrado ser exitosas con una amplia variedad de comportamientos de salud simples y complejos, que incluyen el abandono del tabaquismo, el control de peso, el uso de protector solar, la reducción de grasa en la dieta, la incorporación de ejercicio, el cese del consumo de cocaína, la realización de una mamografía y el uso del condón (Prochaska, et al., 1994).

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Entrevista motivacional y escucha activa

Introducción a la entrevista motivacional (MI)

- La entrevista motivacional es un método directivo centrado en el cliente para mejorar la motivación intrínseca para cambiar al explorar y resolver la ambivalencia
- La ambivalencia es un estado conflictivo de favorecer el cambio y apoyar el status quo
- Ayuda al cliente a "despegarse" de sentimientos ambivalentes
- Explora las razones personales del cliente para hacer un cambio.
- Acerca al cliente a quien quiere ser desde quien es ahora.

Quién soy → Quién quiero ser

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Entrevista motivacional y escucha activa

Entrevista motivacional (MI) se define como...

- Un enfoque colaborativo, centrado en la persona para extraer y fortalecer la motivación de una persona para cambiar su comportamiento. Una MI implica un conjunto de principios y estrategias, pero lo más importante, es un enfoque que incorpora el espíritu de colaboración, empatía y de encontrar a las personas donde están.
- Mal ejemplo**
- Buen ejemplo**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 6

Defina los siguientes términos:

- Enfoque centrado en el cliente:** un enfoque centrado en el cliente pone énfasis en la autonomía y el derecho de un cliente a elegir objetivos o intervenciones basadas en sus necesidades identificadas de servicios.
- Motivación intrínseca:** la motivación intrínseca se puede describir como hacer algo motivado por nuestras propias pasiones sin el incentivo de la recompensa o el miedo a una consecuencia negativa. Adoptar el comportamiento es a menudo la propia recompensa.
- Ambivalencia:** la ambivalencia a menudo se describe como un estado de ser "laxo". Es la brecha entre quién soy y quién quiero ser.
- En muchos casos, las personas tienen expectativas de sí mismas que favorecen el cambio y al mismo tiempo apoyan el estado actual. Esa lucha interna (ambivalencia) a menudo genera indecisión y una sensación de estancamiento que es común en todas las personas. La entrevista motivacional es una práctica hábil centrada en el cliente que ayuda a las personas a ir más allá de la ambivalencia para acercarse a quienes quieren ser.

Recurso del facilitador:

Documento titulado *Motivational Interviewing Definition, Principles and Approach*
https://www.umass.edu/studentlife/sites/default/files/documents/pdf/Motivational_Interviewing_Definition_Principles_Approach.pdf

DIAPPOSITIVA 7

- Video: veremos dos videos. Uno demostrará habilidades efectivas de MI y el otro, habilidades ineficaces de MI. Las participantes deben tomar nota cuando vean que se utilizan habilidades de MI eficaces e ineficaces.
 - Mal ejemplo: https://youtu.be/kN7T-cmb_l0
 - Buen ejemplo: <https://youtu.be/-Rxy8Li3ZaE>
- Análisis del video:
 - ¿Qué observaron?
 - ¿Qué no funcionó bien?
 - ¿Qué funcionó bien?
 - ¿Cuándo observaron ejemplos de compasión, atención centrada en el cliente, aceptación y colaboración?

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio

Entrevista motivacional y escucha activa

Teoría, principios y desafíos

Teoría de la autopercepción:

- Cómo una persona se ve a sí misma afecta su comportamiento

Teoría de la autodeterminación:

- Cómo una persona habla de sí misma afecta su comportamiento

Tres principios

- Las personas quieren ser la mejor versión de sí mismas.
- Las personas ya tienen lo que necesitan para ser la mejor versión de sí mismas.
- Su trabajo es simplemente evocar lo mejor de ellas mismas.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Revise la diapositiva.

Entendemos que las entrevistas motivacionales son una forma de trabajar en colaboración con las personas para apoyar su motivación y compromiso con el cambio. Las 2 teorías y los 3 principios a continuación sirven como anclajes importantes para fundamentar la inclinación y la perspectiva de las CHW cuando se trabaja junto con los clientes.

Las 2 teorías principales:

- La teoría de la autopercepción: una idea clave en la teoría de la autopercepción es que la manera en que las personas se ven a sí mismas afecta su comportamiento. Si una persona siente emociones negativas respecto de sí misma, es menos probable que tome medidas positivas. Considere la influencia de su autopercepción y el efecto que tiene al hacer cambios en su vida.
- La teoría de la autodeterminación: la teoría de la autodeterminación se puede considerar de manera general como la forma en que una persona habla y cómo eso afecta su comportamiento. Por ejemplo, si hablan de forma negativa, se desempeñan de forma negativa.

Estas dos teorías remarcan el trabajo de la CHW que utiliza técnicas de entrevistas motivacionales porque nos ayudan a entender por qué es importante apoyar a las personas para que hablen y sientan emociones más positivas sobre sí mismas y los desafíos cuando quieren implementar y mantener cambios en sus vidas.

Lea los 3 principios en la diapositiva.

Las CHW trabajan con personas cuyas vidas y experiencias pueden ser muy complicadas. Puede ser fácil proponer soluciones o priorizar las circunstancias del cliente de acuerdo con nuestros propios valores. Estos tres principios ayudan a colocar a las CHW en un enfoque centrado en el cliente al honrar la virtud en cada afirmación y estar dispuestas a priorizar la visualización de las preocupaciones del cliente a través de sus ojos y no de los nuestros. Una alineación sólida con estos principios puede tener efectos transformadores en la relación entre la CHW y el cliente.

Entrevista motivacional y escucha activa

El espíritu de la MI

Evocación, Compasión, Aceptación, Colaboración

1. ¿Cuáles son algunas acciones que hacemos que reprimen la aceptación?
2. ¿Cómo encuentran un equilibrio entre su interés y el del cliente?
3. ¿Qué podemos hacer para conocer las fortalezas del cliente?
4. ¿Qué hacemos para intervenir en el conflicto y el desacuerdo?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

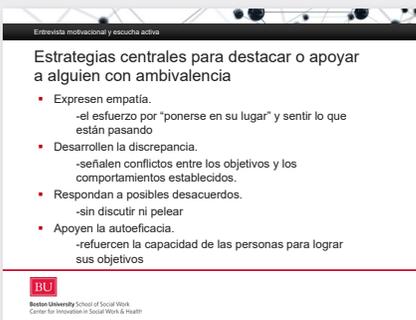
Al utilizar las habilidades de entrevista motivacional, las siguientes cuatro cualidades deben fortalecer su estrategia con las personas. Defina cada característica y explore de forma breve las preguntas en la diapositiva con las participantes.

1. Aceptación: desarrollen una disposición de aceptación al reconocer que las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones sin juzgar a los demás.
2. Compasión: empleen compasión al brindar atención empática sin juzgar.
3. Evocación: sean conscientes al hacer las preguntas correctas para ayudar a las personas a resolver la ambivalencia.
4. Colaboración: trabajen junto con las personas para examinar las situaciones y formas de responder.

Preguntas de reflexión

- ¿Cuáles son algunas acciones que hacemos que reprimen la aceptación?
- ¿Cómo encuentran un equilibrio entre su interés y el del cliente?
- ¿Qué podemos hacer para conocer las fortalezas del cliente?
- ¿Qué hacemos para intervenir en el conflicto y el desacuerdo?

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio



DIAPPOSITIVA 10

Expresar empatía (el esfuerzo por "ponerse en su lugar" y sentir lo que están pasando)

La empatía ayuda a construir relaciones de confianza y de apoyo que ayudan en la colaboración entre la CHW y el cliente.

Desarrollar discrepancias (señalar conflictos entre los objetivos y los comportamientos establecidos)

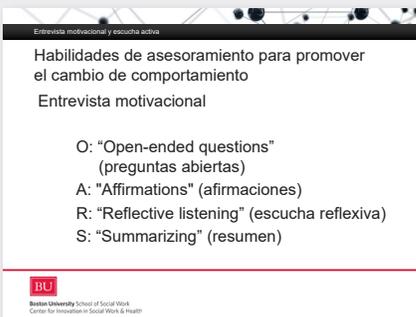
Ejemplo: quiere estar más saludable, pero no se presenta a sus citas médicas.

Responder a posibles desacuerdos (sin discutir ni pelear)

Desarrollar discrepancias o responder a posibles discordias no es sinónimo de confrontar ni pelear con un cliente sobre su comportamiento. El objetivo es explicar con empatía una situación de tal manera que el cliente pueda ver su propio comportamiento.

Apoyar la autoeficacia (reforzar la capacidad de las personas para lograr sus objetivos)

A partir de la teoría de la autopercepción, entendemos que la forma en que nos vemos a nosotros mismos puede afectar nuestro comportamiento; por lo tanto, reforzar la creencia de un cliente en su capacidad puede tener un efecto positivo y colaborar con el cambio.



DIAPPOSITIVA 11

O.A.R.S. es un conjunto de habilidades que ayuda a crear un ambiente abierto, afirmativo y de aceptación donde el cliente puede explorar sus sentimientos, comportamientos y creencias. Las habilidades de O.A.R.S. ayudan a avanzar con las conversaciones de MI y les permiten a los clientes expresar con libertad el contenido que puede posicionarlos para escuchar y progresar hacia el cambio.

Revise las habilidades de O.A.R.S. y proporcione ejemplos. (Si el tiempo lo permite, invite a las participantes a reflexionar y compartir el valor de usar las habilidades de O.A.R.S.)

Open-ended questions (preguntas abiertas)

Usen preguntas abiertas que inviten a la explicación o información descriptiva. Las preguntas abiertas por lo general requieren más que un sí o un no y alientan al cliente a hablar más. Ejemplos: ¿Qué le ayuda a mantenerse al día con los medicamentos? Cuénteme más sobre...

Affirmations (afirmaciones)

El uso de afirmaciones ayuda a reforzar las fortalezas del cliente. Las afirmaciones se pueden utilizar para validar la experiencia o los sentimientos del cliente.

Ejemplos: Has logrado mucho en poco tiempo. Agradezco tu honestidad.

Reflective listening (escucha reflexiva)

La escucha reflexiva es una forma de aclarar afirmaciones y demostrar que escucharon y entendieron al cliente.

Ejemplos: Parece que tú... Te preguntas si...

Summarizing (resumen)

Las afirmaciones resumidas vinculan el material que se ha analizado para reforzar lo que se ha dicho y demuestran que ha estado escuchando con atención.

Ejemplos: Esto es lo que escuché... Déjame ver si entendí bien...

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio



DIAPPOSITIVA 12

Defina la diferencia entre reflexiones simples, complejas y de doble cara.

- Simple: una reflexión simple es una reformulación básica de las propias palabras del cliente, teniendo cuidado de usar el lenguaje del cliente.
- Compleja: las reflexiones complejas agregan significado, valor o emoción a las palabras del cliente. En esencia, están reflejando una capa más profunda de la reflexión simple que ayuda a abrir una nueva perspectiva.
- Doble cara: el objetivo de las reflexiones de doble cara es resaltar la discrepancia entre las palabras o los valores del cliente y sus acciones.



DIAPPOSITIVA 13

Muestre los ejemplos en la diapositiva.

Actividad: pídale a las participantes que formen parejas. Lea una reflexión simple a continuación. Pídale a las participantes que se turnen para hacer reflexiones complejas y de doble cara.

"No entiendo cómo me va a ayudar este programa".

"No me gusta usar condón".

"No voy a tomar los medicamentos. Me hacen sentir mal".

"Me cuesta asistir a las citas".

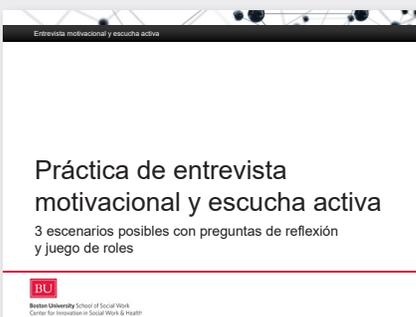
"No puedo dejar de fumar".

"No puedo comprometerme a hacer ejercicio".

"A veces, ir a las reuniones de AA es una molestia".

"Nadie entiende lo que significa no poder pagar mis cuentas".

Resume y cierre.



DIAPPOSITIVA 14

Revise la diapositiva.

Introducción a las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio

Entrevista motivacional y escucha activa

Referencia a O.A.R.S.

- Preguntas abiertas (preguntas que invitan a la explicación)
- Afirmaciones (reforzar las fortalezas del cliente)
- Escucha reflexiva (aclarar afirmaciones que ilustran el significado subyacente)
- Resumen (vincular el material que se ha analizado para llegar a un entendimiento)

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 15

La próxima actividad otorgará más tiempo para practicar las habilidades de entrevista motivacional (MI) y de escucha activa.

Distribuya los folletos: Escenarios posibles y estrategias de entrevistas motivacionales: OARS.

Consulte el plan de la clase para obtener detalles de la actividad.

Muestre esta diapositiva como referencia.

Entrevista motivacional y escucha activa

Referencias y recursos

- "Stages of Change" <https://youtu.be/Twlow2pXsv0>
- "MI Bad example": https://youtu.be/kN7T-cmb_I0
- "MI Good example": <https://youtu.be/-RXy8Li3ZaE>
- "Motivational Interviewing Definition, Principles, and Approach": https://www.umass.edu/studentlife/sites/default/files/documents/pdf/Motivational_Interviewing_Definition_Principles_Approach.pdf
- "Strategies of Motivational Interviewing – OARS:" <http://www.myacpa.org/sites/default/files/Intervention%20Handout.pdf>
- "Communication Techniques – OARS:" http://provideaccess.org/wp-content/uploads/2012/09/Communication_Skills_-_OARS_.pdf
- "Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change:" https://aidsetc.org/sites/default/files/resources_files/etres-441.pdf

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 16

Comparta la serie de recursos y videos para las participantes.

Modelo de las etapas de cambio

De acuerdo con el Modelo de las etapas del cambio, el cambio de comportamiento es un proceso que implica pasar por una serie de cinco etapas principales: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Etapas 1. Precontemplación *(No está listo)*

En esta etapa, las personas no tienen la intención de actuar en el futuro cercano y pueden ignorar que su comportamiento es problemático.

Cómo trabajar con alguien en la etapa de precontemplación: alíenlos a pensar en las ventajas de cambiar su comportamiento y a sentir emociones sobre los efectos de su comportamiento negativo en los demás. Ayúdenlos a ser más conscientes de la toma de decisiones y a estar más atentos a los beneficios múltiples de cambiar un comportamiento poco saludable.

Etapas 2. Contemplación *(En preparación)*

En esta etapa, las personas comienzan a reconocer que su comportamiento es problemático y comienzan a mirar las ventajas y desventajas de sus acciones continuas. Quienes se encuentran en esta etapa tienen la intención de comenzar un comportamiento saludable dentro de los próximos seis meses.

Cómo trabajar con alguien en etapa de contemplación: si bien por lo general son conscientes de las ventajas del cambio, las desventajas son casi iguales a las ventajas. Esta ambivalencia sobre el cambio puede hacer que sigan posponiendo la acción. Alíenlos a trabajar para reducir las desventajas de cambiar su comportamiento.

Etapas 3. Preparación *(Listo)*

Las personas en esta etapa están listas para comenzar a tomar medidas en los próximos 30 días. Toman pequeños pasos que creen que pueden ayudarlas a que el comportamiento saludable sea parte de sus vidas. Por ejemplo, les dicen a sus amigos y familiares que quieren cambiar su comportamiento.

Cómo trabajar con alguien en la etapa de preparación: alíenlos a buscar el apoyo de amigos en quienes confíen, contarles a las personas sobre su plan de cambio y pensar en cómo se sentirían si se comportaran de una manera más saludable. La principal preocupación es: cuando actúen, ¿fallarán? Aprenden que cuanto mejor preparados estén, más probabilidades tienen de seguir progresando.



Etapa 4. Acción

En esta etapa, las personas hacen ajustes específicos para cambiar su comportamiento problemático o adquirir nuevos comportamientos saludables.

Cómo trabajar con alguien en la etapa de acción: pueden enseñarles a las personas técnicas para mantener sus compromisos, como sustituir las actividades relacionadas con el comportamiento poco saludable por otras positivas, recompensarse a sí mismas por tomar medidas para cambiar y evitar a las personas y situaciones que los tientan a comportarse de manera poco saludable.

Etapa 5. Mantenimiento

Las personas en esta etapa cambiaron su comportamiento hace más de seis meses. Las personas mantienen la acción y se esfuerzan para evitar volver a su comportamiento problemático. Es importante que las personas en esta etapa sean conscientes de las situaciones que pueden tentarlos a volver a comportarse de manera poco saludable, en particular las situaciones estresantes.

Cómo trabajar con alguien en la etapa de mantenimiento: se recomienda que las personas en esta etapa busquen apoyo y hablen con personas en quienes confían, pasen tiempo con personas que se comporten de manera saludable y recuerden participar en actividades saludables para lidiar con el estrés en lugar de depender de un comportamiento poco saludable.

Adaptado de: Prochaska, JO; Velicer, WF. *The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promotion*, 1997. Sep.-Oct.; 12(1):38-48.

Entrevista motivacional: Escenarios posibles

Escenario 1

Bolivia es una mujer soltera de 34 años que ha estado viviendo con el VIH durante un año. Se enteró de su diagnóstico cuando fue hospitalizada por una lesión en la cadera por jugar softbol. Desde el diagnóstico, ha tenido varios cambios importantes en su vida. La despidieron del trabajo debido a la reducción de personal el mes pasado, el alquiler aumentará \$100 debido a mejoras en la propiedad el próximo mes y tiene dificultades con la movilidad debido a la lesión en la cadera. Le cuesta mucho trasladarse porque no puede conducir hasta que su cadera se haya curado por completo (unos 10 meses más). Se siente cada vez más estresada a medida que surgen problemas financieros y su necesidad urgente de encontrar empleo se ve obstaculizada por su movilidad. En su último día de empleo, se le indicó que el seguro médico finalizaría tres meses después, lo que agravaría sus problemas. Ha estado tomando los medicamentos de manera irregular porque se olvida y se siente abrumada. El médico de Bolivia la alentó a hablar con una CHW del personal para conocer sus opciones.

Escenario 2

Mario es un hombre afroamericano de 18 años que tiene relaciones sexuales con hombres y recibió el diagnóstico de VIH hace un mes. Vive con sus padres y comenzará las clases en el colegio universitario local en el otoño. No les ha contado a sus padres sobre su orientación sexual ni su diagnóstico de VIH. Está profundamente afligido y preocupado porque su padre es pastor en una iglesia grande donde Mario desempeña un papel de liderazgo como ministro de música. Los temores de Mario aumentan a medida que su cita con el médico se aproxima. En pánico, Mario le dice a un amigo que está considerando no ir a la cita y abandonar el estado para evitar el rechazo y la vergüenza que cree que le espera si la gente se entera. El amigo de Mario le sugiere que hable con la CHW en la agencia para la que trabaja con el fin de conocer las opciones.

Escenario 3

Jimmy es un hombre de 62 años que ha estado viviendo con el VIH durante 28 años. Ha sido activista contra el VIH, educador de pares, trabajador social y se desempeñó como presidente de varias organizaciones LGBTQIA en los últimos 30 años. Perdió a su viejo amigo y compañero de cuarto hace unos seis meses. Desde el fallecimiento de su amigo, Jimmy ha dejado de tomar los medicamentos, perdió varias citas con el médico y ha desaparecido de sus actividades de participación comunitaria. El médico derivó a Jimmy a una CHW para su reincorporación.

Introducción a la entrevista motivacional

O.A.R.S.: las 4 estrategias de entrevista motivacional en las primeras etapas del tratamiento

Open-ended questions (preguntas abiertas)

- Las preguntas abiertas recopilan información descriptiva amplia.
- Facilitan el diálogo.
- Requieren una respuesta que sea más que un simple sí o no.
- A menudo comienzan con palabras como “qué”, “cómo”, “cuénteme” o “dígame”.
- Suelen pasar de un tema general a uno específico.
- Transmiten que el interés se centra en el cliente.

"Affirmations" (afirmaciones) Deben ser sinceras.

- Apoyan y promueven la autoeficacia.
- Reconocen las dificultades a las que se ha enfrentado el cliente.
- Validan la experiencia y los sentimientos del cliente.
- Enfatizan experiencias pasadas que demuestran la fortaleza y el éxito para prevenir la desmotivación.

Reflective listening (escucha reflexiva)

- La escucha reflexiva comienza con una forma de pensar.
- Incluye un interés en lo que la persona tiene que decir y un deseo de comprender realmente cómo percibe su entorno.
- Es esencialmente una prueba de hipótesis.
- Lo que creen que entienden de una persona tal vez no sea lo que ella quiere decir.
- Repetición: más simple
- Reformulación: sustitución de sinónimos
- Parafraseo: reformulación importante
- Reflexión de los sentimientos: más profunda

Summarize (resumen)

- Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho, demuestran que han estado escuchando atentamente y preparan al cliente para seguir adelante.
- Los resúmenes pueden vincular los sentimientos de ambivalencia del cliente y promover la percepción de discrepancia.



Los 4 principios de la entrevista motivacional

Expresen empatía

- La aceptación facilita el cambio.
- Una buena escucha reflexiva es fundamental para expresar empatía.
- La ambivalencia es normal.

Desarrollen discrepancia

Esto se logra mediante una exploración exhaustiva de objetivos y valores.

- Ayuden al cliente a identificar sus propios objetivos y valores.
- Identifiquen pequeños pasos hacia las metas.
- Concéntrense en aquellos que sean factibles y saludables.
- Cuando surja el consumo de sustancias, exploren el efecto del consumo en alcanzar los objetivos o si coincide con los valores.
- Enumeren las ventajas y las desventajas del consumo y la sobriedad (balance decisional/matriz de beneficios).
- Permitan que el cliente justifique el cambio.

Enfréntense a la resistencia

- Eviten discusiones.
- Los seres humanos tienen un deseo incorporado de arreglar los problemas (reflejo de corrección).
- Cuando el reflejo de corrección choca con la ambivalencia, el cliente comienza a defender el *status quo*.
- Si una persona argumenta en nombre de una posición, se compromete más con ella.
- La resistencia es una señal para cambiar las estrategias.

Apoyen la autoeficacia

- Expresen optimismo de que el cambio es posible.
- Revisen ejemplos de éxitos pasados para dejar de consumir.
- Usen la escucha reflexiva, los resúmenes, las afirmaciones.
- Validen las frustraciones sin dejar de ser optimistas sobre la perspectiva del cambio.

Miller and Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* Guilford Press. 2002

Estrategias de la entrevista motivacional: OARS

Estrategias	Descripción	Ejemplos
Preguntas abiertas	<ul style="list-style-type: none"> • Obtienen información descriptiva. • Requieren una respuesta que sea más que un simple sí o no. • Alientan al cliente a hablar la mayor parte del tiempo. • Nos ayudan a evitar prejuicios. • Mantienen el desarrollo de la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo comienzan con palabras como “qué”, “cómo”, “cuénteme” o “dígame”. • ¿Qué le gusta de los servicios que recibe? • Cuénteme sobre la última cita a la que asistió. • ¿Qué lo desafía como cliente? • ¿Qué cambiaría de su situación?
Afirmaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Deben ser sinceras. • Apoyan y promueven la autoeficacia. • Reconocen las dificultades a las que se ha enfrentado el cliente. • Validan la experiencia y los sentimientos del cliente. • Enfatizan experiencias pasadas que demuestran la fortaleza y el éxito para prevenir la desmotivación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendo lo difícil que debe haber sido para usted decidir venir aquí. Dio un gran paso. • Disfruté hablar con usted hoy y conocerlo un poco. • Agradezco su honestidad. • Se manejó muy bien en esa situación. • Esa es una buena sugerencia. • Debe ser muy valiente para ser tan abierto sobre esto. • Ha logrado mucho en poco tiempo.
Escucha reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> • Una forma de verificar en lugar de asumir que saben lo que el cliente quiere decir. • Demuestra que les interesa y respetan lo que el cliente tiene que decir. • Demuestra que han escuchado y entendido con precisión al cliente. • Fomenta una mayor exploración de los problemas y sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suena como si... • Se pregunta si... • Entonces usted se siente... • Cuénteme más... • Las reflexiones son declaraciones. Las declaraciones que terminan con una inflexión descendente (en oposición a las preguntas) tienden a funcionar mejor porque a los clientes les resulta útil tener algunas palabras para comenzar una respuesta. Es menos probable que las declaraciones evoquen resistencia a diferencia de las preguntas. • Eviten las siguientes expresiones: “¿Quiere decir...” y “Lo que entiendo es que usted...” (pueden parecer condescendientes).
Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza lo dicho. • Demuestra que han estado escuchando atentamente. • Prepara al cliente para la transición. • Les permite ser estratégicas en lo que deben incluir para reforzar la conversación en la dirección del cambio. • Puede remarcar los sentimientos de ambivalencia y promover la percepción de discrepancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entonces, déjeme ver si entendí bien... • Entonces, ha estado diciendo... ¿es correcto? • Déjeme ver si entiendo hasta ahora... • Esto es lo que entendí. Dígame si me he perdido algo. • Déjeme asegurarme de que entiendo exactamente lo que ha estado tratando de decirme... • Lo que dijo es importante. Valoro lo que dice. Estos son los puntos más destacados. • Tratamos bien ese tema. Vamos a hablar de...

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Comunicación con los proveedores



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Identificar a los profesionales en su equipo de atención médica.
- Comprender el papel de cada miembro del equipo de atención médica.
- Analizar cómo aprovechar al máximo una visita médica.
- Definir la autodefensa.
- Definir la autodefensa en la atención médica.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, prepare hojas de rotafolio para la actividad “Conozca su papel” y escriba los cargos Administrador de casos, Doctor especialista en VIH, Médico de atención primaria, Personal de enfermería, Terapeuta y CHW o Educador de pares en hojas separadas. Prepare las fichas con roles y tareas aplicables a su agencia. Por ejemplo:

- Médico/Especialista en enfermedades infecciosas:
 - Solicitar pruebas de laboratorio
 - Prescribir medicamentos
 - Revisar los análisis de laboratorio
 - Abordar los efectos secundarios
 - Controlar la salud y la infección por VIH
 - Proporcionar derivaciones
 - Evaluar síntomas
- Personal de enfermería
 - Programar citas
 - Controlar los signos vitales
 - Explicar los resultados de laboratorio
 - Transmitir inquietudes al médico
 - Controlar la salud y la infección por VIH
 - Llenar las recetas de medicamentos
 - Colocar vacunas
 - Coordinar la atención con otros proveedores de atención médica
- CHW
 - Revelación y estigma
 - Cumplimiento del tratamiento
 - Acercamiento a personas que se perdieron durante el tratamiento
 - Conceptos básicos del VIH
 - Ciclo de vida viral
 - Medicamentos HAART
 - Asistencia para seleccionar proveedores de enfermedades infecciosas

(continuación)



Roles C3 relacionados

Brindar asesoramiento y apoyo social, brindar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural, defender a las personas y las comunidades

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de comunicación, habilidades de defensa, educación y habilidades de facilitación



Métodos de enseñanza

Actividad grupal, juego de roles, escenarios posibles, clases



Tiempo previsto

75 minutos



Conceptos clave

Autodefensa, equipo multidisciplinario, HIPAA, directivas avanzadas sobre la atención médica, PrEP, I = I



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Hojas de rotafolio
- Marcadores
- Tarjetas preimpresas con las tareas que realizan los miembros del equipo de atención médica. Las tareas de muestra podrían ser para el personal de enfermería, los servicios de administradores de casos, los servicios de proveedores de VIH y los servicios de VIH de CHW. Las tarjetas/tareas variarán según la agencia.

Folleto

- Comunicación con los proveedores (consejos útiles)
- Comunicación con los proveedores (¿Qué significan todas esas letras?)
- Comunicación con los proveedores: cómo defender sus necesidades

Comunicación con los proveedores



INSTRUCCIONES *(continuación)*

- CHW *(continuación)*
 - Apoyo emocional
 - Apoyo social
 - Pruebas de laboratorio
 - Asistir a una cita médica para el VIH
- Administración de casos
 - Vinculación con los coordinadores de atención
 - Administración de casos no médicos
 - Administración de casos juveniles
 - Administración de casos familiares
 - Administración de casos de retención en la atención
 - Inscripción/mantenimiento de seguros
 - Planificación de metas/servicios
 - Asistencia para seleccionar proveedores de enfermedades infecciosas
 - Educación sobre el VIH/Administración de casos de VIH
 - Recertificación (E) actualizaciones cada 6 meses y anuales)
 - Evaluación biopsicosocial
 - Apoyo social, administración de casos de VIH
2. Deles la bienvenida a las participantes y revise el programa y los objetivos.
3. Muestre las diapositivas sobre “Explicación del equipo de atención médica”.
4. Facilite la actividad “Conozca su función”.
 - Cada participante recibirá fichas con roles que definen las tareas que realizan los miembros del equipo multidisciplinario.
 - Las participantes deberán hacer coincidir la tarea correcta con el miembro correcto del equipo de atención médica.
 - Tendrán 8 minutos para completar las tareas.
 - Pídale que compartan información sobre la correspondencia de las tareas. ¿Qué fue fácil? ¿Notaron que algunas tareas se superponen? ¿Cómo podrían las promotoras de salud dirigir a un cliente a diferentes miembros del equipo de atención?
5. Pídale a las participantes que nombren algunas tareas esenciales que los pacientes deben hacer antes, durante y después de la cita médica. Escriba las respuestas en el rotafolio.
6. Muestre las diapositivas sobre “Asesoramiento para que los clientes se comuniquen con los proveedores”.
7. Pregunte a las participantes:
 - ¿Alguien ha tenido que defenderse recientemente?
 - ¿Alguien ha tenido que defenderse a sí mismo o a un miembro de la familia en términos de una situación de atención médica?
8. Muestre las diapositivas sobre la autodefensa.
9. Inicie la actividad de juego de roles.
 - Pídale a las participantes que se dividan en grupos de tres.
 - Cada grupo tendrá dos personas que representarán los roles y un observador.
 - Distribuya el folleto “Comunicación con los proveedores: cómo defender sus necesidades”.
 - Los grupos harán que una integrante lea el escenario y luego decidirán quién interpretará cada papel.
 - El observador escuchará lo siguiente:
 - ¿Cuál fue el problema o inconveniente?
 - ¿El cliente se defendió?
 - ¿Se utilizaron habilidades de escucha activa?
 - ¿La comunicación fue efectiva y hubo una solución?
 - Realice el juego de roles con tantos escenarios como el tiempo lo permita.
10. Cierre la actividad.
 - Resuma los puntos clave y agradézcales a las participantes. Haga hincapié en que su rol como CHW es alentar a los clientes a fomentar una buena relación con el proveedor médico. Esta es una herramienta poderosa para vivir bien con el VIH.



DIAPPOSITIVA 1

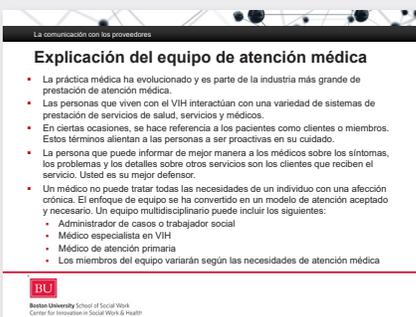


DIAPPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

Algunos puntos de conversación adicionales:

- Muchas personas desarrollan una actitud más asertiva sobre su salud y bienestar cuando descubren que tienen VIH. Debido a que el VIH y su tratamiento son complicados, tomar decisiones sobre cuándo, cómo y si se debería comenzar el tratamiento no siempre es fácil.
- Un gran paso a seguir es convertirse en un participante activo en las decisiones de atención médica y tratamiento. Esto significa que tanto usted como su médico deben aprender a trabajar y comunicarse.
- Así como no existe un enfoque de "talla única" para la atención del VIH, no existe una relación entre el médico y el paciente que se adapte a todos.



DIAPPOSITIVA 3

Revise la diapositiva.

Punto de conversación adicional:

- Cada profesional de la salud en un equipo debe enfocarse en una parte particular de la atención. Tiene que haber alguien que comprenda cómo todas las partes de la atención se unen para que sea integral. Esa persona suele ser su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). Pero el miembro más importante de su equipo de atención médica es el consumidor, el cliente, el miembro y el paciente.

La comunicación con los proveedores

Explicación del equipo de atención médica

- Comprender la función de cada miembro del equipo y cómo navegar por el sistema de atención médica mientras defiende sus necesidades reducirá la frustración, el tiempo y la energía desperdiciada y los retrasos en la atención.
- Considerar a todos los médicos como un equipo es vital para mantener la atención conectada.

Al defender sus necesidades, los pacientes/clientes deben hacer lo siguiente con el médico o los miembros del equipo de atención médica:

Compartir su punto de vista: si algo funciona o no funciona para usted, es importante que su médico lo sepa. Ser honesto acerca de su punto de vista es muy importante si desea inscribirse en un estudio o someterse a tratamientos experimentales.

Elegir un estilo de relación:

- Relación "tradicional": el médico lidera y el paciente lo sigue. El paciente se siente seguro y cuidado.
- Relación de asociación: ambos contribuyen al proceso de toma de decisiones. Algunos prefieren tomar decisiones y utilizar a un médico principalmente como consultor. Este estilo requiere diplomacia por parte del paciente, ya que muchos médicos no se han adaptado al rol de consultor.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 4

Revise la diapositiva.

Algunos puntos de conversación adicionales:

- Cuanto más sepa cada proveedor del equipo sobre dónde más va un cliente para recibir atención y los tipos de servicios que recibe, será mejor a la hora de priorizar aspectos de la salud y la atención.
- Los clientes pueden explicar por qué están considerando una decisión particular y escuchar lo que su médico tiene que decir.
- Ya sea que se llegue o no a un acuerdo sobre tratamientos determinados, el monitoreo adecuado mediante exámenes y pruebas de laboratorio debe ser una rutina.
- Elija un estilo de relación y discúptalo con el médico. Las personas tienen diferentes estilos de relación con los médicos.
- Ninguno de estos estilos es correcto o incorrecto, pero todos hacen diferentes demandas sobre la relación. Es importante que los clientes se comuniquen con su proveedor sobre qué estilo prefieren. A medida que los clientes se familiaricen más con el VIH y experimenten diferentes desafíos de salud, el estilo de relación que mejor funcione podría cambiar.

DIAPPOSITIVA 5

Cada participante recibirá fichas con roles que definen las tareas que realizan los miembros del equipo multidisciplinario.

Las participantes deberán hacer coincidir la tarea correcta con el miembro correcto del equipo de atención médica (escrito en hojas de rotafolio).

Tendrán 8 minutos para completar las tareas.

Pídales que compartan información sobre la correspondencia de las tareas. ¿Qué fue fácil? ¿Notaron que algunas tareas se superponen? ¿Cómo podrían las promotoras de salud dirigir a un cliente a diferentes miembros del equipo de atención?

ACTIVIDAD: CONOZCA SU FUNCIÓN

La comunicación con los proveedores

Asesoramiento para que los clientes se comuniquen con los médicos

La buena comunicación entre el paciente y el médico es esencial para la salud. Aquí presentamos algunas sugerencias para ayudar a los clientes a aprovechar al máximo la visita de su médico:

Antes de la consulta:

- Haga una lista.
- Lleve los medicamentos, las vitaminas y otros remedios.
- Lleve una pluma y papel.
- Considere pedirle a un amigo que lo acompañe.
- Llame con anticipación para solicitar un traductor si es necesario.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 6

Revise la diapositiva.

Algunos puntos de conversación adicionales:

- Hacer una lista. Los clientes pueden escribir una lista de preguntas y asuntos que quieren hablar con su proveedor. Como CHW, pueden ayudar a los clientes a preparar la lista antes de una cita.
- Llevar medicamentos, vitaminas y otros remedios. Antes de tomar medicamentos adicionales, es una buena idea que los clientes hablen con su proveedor. Los clientes pueden compartir lo que están tomando con su proveedor para que lo sepan. Es importante porque algunos medicamentos, hierbas y suplementos pueden interactuar con los medicamentos que el proveedor podría recetar.
- Llevar una pluma y papel. Los clientes pueden traer papel o una libreta a una cita para que puedan escribir lo que el proveedor dice. Esta puede ser una estrategia útil para ayudar a la memoria y la comprensión. Como CHW, pueden apoyar a un cliente al revisar sus notas y hablar sobre ellas con un cliente.
- Tener a alguien que lo acompañe a la cita. Los clientes pueden pedirle a un familiar o amigo cercano que los acompañe a una cita para ayudar a proporcionar información que el cliente podría olvidar o pasar por alto. Como CHW, pueden acompañar a un cliente a una cita con el proveedor.
- Los clientes pueden llamar con anticipación para solicitar un traductor, en especial si el inglés no es la lengua materna del cliente.

La comunicación con los proveedores

Asesoramiento para que los clientes se comuniquen con los médicos

Durante la consulta:

- Comuníquese con los médicos si tiene dificultades con el cumplimiento.
- Actualice su historia clínica con toda la información nueva.
- Analice las dificultades para tomar medicamentos, hacer ejercicio o cualquier cuestión que le hayan recomendado antes.
- Comparta sus inquietudes sobre cómo la salud afecta la calidad de vida.
- Comparta sus preocupaciones sobre los síntomas.
- Responda las preguntas con honestidad.
- Haga preguntas y repítalas.
- Mencione toda tradición cultural o religiosa.
- Solicite instrucciones escritas.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.

Algunos puntos de conversación adicionales:

- Responder las preguntas con honestidad. Las CHW pueden alentar a los clientes a responder todas las preguntas que les hace su proveedor, incluso si las preguntas son sobre temas delicados o incómodos. Las CHW pueden educar a los clientes sobre por qué los proveedores hacen ciertas preguntas y ayudarlos a hablar con el proveedor. Las CHW también pueden compartir información con un proveedor directamente con el permiso de un cliente.
- Hacer preguntas y repetirlas. Los clientes pueden asegurarse de que entienden lo que dice el proveedor de atención médica durante la cita. Los clientes tienen derecho a comprender lo que dice el proveedor. Es importante que los clientes comprendan los tratamientos que recomienda el proveedor, los riesgos asociados con los tratamientos y las opciones de tratamiento. Como CHW, pueden proporcionar educación e información a los clientes que los ayuden a comprender su tratamiento y las opciones de tratamiento.
- Mencionar cualquier tradición cultural o religiosa. Los clientes pueden informar a su proveedor sobre cualquier tradición cultural o religiosa que pueda afectar su atención. Por ejemplo, si un cliente realiza ayuno en ciertas épocas del año, es información importante para el proveedor.
- Solicitar instrucciones por escrito. Los clientes pueden pedirle a su proveedor que les brinde los consejos por escrito para que puedan consultar las instrucciones en cualquier momento.

La comunicación con los proveedores

Asesoramiento para que los clientes se comuniquen con los médicos

Después de la consulta:

- Los clientes pueden contactar al médico si no se sienten mejor, tienen una reacción o se dan cuenta de que olvidaron algo.
- Los clientes pueden tardar un tiempo en establecer una relación de confianza con los médicos; las promotoras de salud (Community Health Worker, CHW) pueden asistir a las consultas o los clientes pueden pedirle a un familiar o amigo que asista a las consultas con ellos.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

La comunicación con los proveedores

Asesoramiento para que los clientes se comuniquen con los médicos

¿Qué se puede comunicar a otros miembros del equipo de atención médica?

- Dificultades con el cumplimiento
- Dificultades para tomar medicamentos o seguir las recomendaciones de un médico
- Miedos o inquietudes acerca de tomar medicamentos
- Dificultades físicas para la atención, como la falta de transporte, vivienda o inseguridad alimentaria, entre otros
- Cualquier problema emocional o necesidades de apoyo
- Síntomas médicos o la necesidad de programar o reprogramar una consulta médica
- Problemas relacionados con la revelación de la afección
- Asuntos legales y preocupaciones
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), directivas de atención médica avanzada, intérpretes

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Revise la diapositiva.

Algunos puntos de conversación adicionales:

- Revisar las instrucciones o los consejos del proveedor. Como CHW, puede participar en la revisión de información con un cliente.
- Póngase en contacto con el proveedor si:
 - Tiene preguntas o no entiende las instrucciones que le dieron.
 - No se siente mejor después de la visita
 - Parece que está teniendo una mala reacción a un nuevo medicamento.

DIAPPOSITIVA 9

Pregunte: “¿Qué se puede comunicar a otros miembros del equipo de atención médica?”

Pida voluntarias para leer cada viñeta y dar un ejemplo de lo que un cliente y una CHW podrían compartir.

Para la última viñeta, pregunte: “¿Qué es HIPAA? ¿Qué es una directiva de salud avanzada? ¿Por qué es importante como CHW ayudar a los clientes a comprender estos términos?”

Haga hincapié en cómo, como CHW, pueden necesitar defender a los clientes para que soliciten intérpretes.

Describa la HIPAA, las Directivas de atención médica avanzada e intérpretes de acuerdo con la información a continuación.

HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud en Estados Unidos. Es posible que haya escuchado sobre las restricciones de HIPAA. Las reglas de HIPAA afectan el intercambio de información sobre pacientes en la atención médica. A pesar de que cuando la ley se inició, había cierta confusión sobre cuánta información podían recibir las familias y los cuidadores sobre la situación médica de un paciente, ahora está claro que la información debe compartirse. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. dice: si el paciente está presente y tiene la capacidad de tomar decisiones de atención médica, un proveedor puede hablar sobre la información médica del paciente con un familiar, amigo u otra persona si el paciente está de acuerdo o, cuando se le da la oportunidad, no se opone. Un proveedor de atención médica también puede compartir información con estas personas si, utilizando un criterio profesional, decide que el paciente no se opone. En cualquier caso, el proveedor de atención médica puede compartir o tratar solo la información que la persona involucrada necesita saber sobre la atención del paciente o el pago por la atención. Particularmente cuando se le nombra en una directiva avanzada, no debería haber ningún problema con su capacidad de recibir información y hablar en nombre de su ser querido. Verifique para asegurarse de que haya una copia actual de la directiva avanzada en el archivo del paciente.

Directivas avanzadas sobre la atención médica:

Estos documentos aclaran quién hablará por los pacientes si no pueden hablar por sí mismos. Incluyen instrucciones sobre el tipo de atención que desean las personas si

(continuación)

La comunicación con los proveedores

Asesoramiento para que los clientes se comuniquen con los médicos

¿Qué se puede comunicar a otros miembros del equipo de atención médica?

- Dificultades con el cumplimiento
- Dificultades para tomar medicamentos o seguir las recomendaciones de un médico
- Miedos o inquietudes acerca de tomar medicamentos
- Dificultades físicas para la atención, como la falta de transporte, vivienda e inseguridad alimentaria, entre otros
- Cualquier problema emocional o necesidades de apoyo
- Síntomas médicos o la necesidad de programar o reprogramar una consulta médica
- Problemas relacionados con la revelación de la afección
- Asuntos legales y preocupaciones
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), directivas de atención médica avanzada, intérpretes

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9 (continuación)

están muy enfermas o muriendo. (Los documentos pueden denominarse testamentos vitales, poderes de atención médica o poderes notariales duraderos para la atención médica). Estos documentos solo se pueden completar cuando una persona es competente para hacerlo (es decir, no tiene demencia). Muchos consultorios médicos y hospitales tienen formularios disponibles.

El derecho a tener un intérprete presente:

Se hablan más de 200 idiomas diferentes en los EE. UU., con aproximadamente 25 millones de personas que hablan inglés a un nivel por debajo de "muy bien". Sabemos que ya es bastante difícil entender información médica compleja si su primer idioma es el inglés. Para aquellos que hablan principalmente un idioma diferente (si el médico no habla ese idioma), la comprensión es difícil, si no imposible, y los resultados de la desinformación pueden poner en peligro la vida. Afortunadamente, según la Ley de Derechos Civiles de 1964, los pacientes tienen derecho a los servicios de un intérprete, incluidos los intérpretes de lenguaje de señas, en entornos de atención médica.

Aunque ahora existen programas de certificación nacionales para garantizar que los intérpretes sean competentes para traducir el lenguaje médico/sanitario, todavía existe una amplia variación de un estado a otro en la disponibilidad de dichos intérpretes. Algunas familias simplemente usan un pariente para proporcionar la traducción, pero, a menos que estén familiarizados con la terminología médica, esa puede no ser la mejor opción cuando se comunica información complicada o se deben tomar decisiones de tratamiento. Asegúrese de solicitar un intérprete si necesita uno.

La comunicación con los proveedores

Autodefensa

La autodefensa implica **hacerse cargo, mostrar interés y responsabilidad de uno mismo en su atención médica.**

La autodefensa progresa al realizar lo siguiente:

- Mantener el sentido de control e interés
- No renunciar a su poder y perspectiva
- Ser un experto en lo que necesita y en lo que implica su atención médica

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 10

Muestre la información en las diapositivas después de cubrir lo siguiente:

¿Qué es un defensor? Por definición, un defensor es una persona que públicamente apoya o recomienda una causa o política en particular. Sin embargo, si la idea de ser un defensor del VIH en público lo pone nervioso, existen otros tipos de defensa que podrían ser un primer paso. Quizás sabe que desea hacer algo, pero puede que no sepa qué hacer o por dónde comenzar. Es por eso que aprender más sobre las diferentes formas de defensa puede ayudarlo a darse cuenta de que ya es un defensor casi todos los días.

Gran parte de su defensa como persona con VIH probablemente gira en torno a su salud y la atención médica que recibe. Para obtener la mejor atención posible, es importante hablar y apoyarse a uno mismo.

La comunicación con los proveedores

Autodefensa (continuación)

La autodefensa progresa cuando se conocen los derechos innegables de un paciente dentro del sistema de atención médica.

Las personas que viven con el VIH tienen derecho a un tratamiento médico de calidad y servicios de atención médica sin discriminación de ninguna forma, entre ellas:

- Orientación sexual
- Sexo
- Diagnóstico
- Situación económica
- Raza

Las personas que viven con el VIH tienen derecho a explicaciones completas de todos los procedimientos y riesgos médicos, a elegir o rechazar los métodos de tratamiento, a negarse a participar en la investigación sin poner en peligro el tratamiento y a tomar decisiones informadas sobre sus vidas. Las personas que viven con el VIH tienen derecho a la privacidad, a la confidencialidad de las historias clínicas, al respeto humano y a elegir quiénes son sus seres queridos.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 11

Revise la diapositiva.

La comunicación con los proveedores

La autodefensa en la atención médica

¿Qué es la autodefensa en la atención médica?
Tomar medidas y comunicarse para tratar o prevenir enfermedades y promover su propia salud.

¿Cómo pueden los clientes defender su salud?

- Participando en la atención médica
- Cumpliendo el tratamiento contra el VIH
- Informándose sobre los avances nuevos en la atención y el tratamiento, como ser la profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP), y conversando sobre el estado I=I
- Reduciendo los comportamientos y las acciones que ponen en riesgo la salud
- Abordando otros problemas relacionados con la salud

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

ACTIVIDAD: JUEGO DE ROLES

La comunicación con los proveedores

Referencias

- Project Inform. "Building a Cooperative Doctor/Patient Relationship". Enero de 2011. Consultado en <https://www.thebodypro.com/article/building-cooperative-doctor-patient-relationship>
- Bookhardt-Murray, J. "Effectively Navigating the Healthcare System, You and Your Medical Team at Work". 2005. Consultado en <https://www.thebody.com/article/effectively-navigating-healthcare-system>
- Project Inform. "Develop a relationship with your doctor". After You've Tested Positive. Julio de 2015. Consultado en <https://www.thebody.com/article/after-youve-tested-positive>

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 12

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 13

Pídales a las participantes que se dividan en grupos de tres.

Cada grupo tendrá dos personas que representarán los roles y un observador.

Distribuya el folleto "Comunicación con los proveedores: cómo defender sus necesidades".

Los grupos harán que una integrante lea el escenario y luego decidirán quién interpretará cada papel.

El observador escuchará lo siguiente:

- ¿Cuál fue el problema o inconveniente?
- ¿El cliente se defendió?
- ¿Se utilizaron habilidades de escucha activa?
- ¿La comunicación fue efectiva y hubo una solución?
- Realice el juego de roles con tantos escenarios como el tiempo lo permita.

DIAPPOSITIVA 14

Resuma y agradézcales a las participantes.

Haga hincapié en que su rol como CHW es alentar a los clientes a fomentar una buena relación con el proveedor médico. Esta es una herramienta poderosa para vivir bien con el VIH.

La comunicación con los proveedores

Consejos útiles

Los siguientes consejos pueden ser de ayuda para orientarse dentro de los sistemas de atención médica, las citas y las relaciones con los profesionales de la salud:

- **Prepárese para la visita.** Escriba las preguntas con anticipación. Haga una lista de sus síntomas y preocupaciones para no olvidarse. El proveedor de atención médica tiene un tiempo limitado para dedicarle en la consulta, así que haga que cada minuto cuente.
- **Conozca los nombres y las dosis de los medicamentos que toma.** Escriba los nombres y las dosis de los medicamentos en una hoja y guárdela en su billetera o cartera. De lo contrario, lleve todos los frascos de los medicamentos a las citas. Si otro proveedor le receta medicamentos, asegúrese de informarles a los demás profesionales de atención médica del equipo. Informe a su médico de cabecera (primary care physician, PCP) si toma medicamentos de venta libre o remedios naturales como hierbas y suplementos.
- **Lea todas las etiquetas e instrucciones de los medicamentos.** Pregúntele a su PCP o farmacéutico sobre los efectos secundarios o las interacciones farmacológicas posibles de los medicamentos que está tomando. Hágales saber si tiene efectos secundarios. Algunos efectos secundarios son graves, mientras que otros son leves y se pueden controlar.
- **Sepa cómo comunicarse con el PCP si tiene una emergencia cuando el consultorio está cerrado.** La mayoría de los PCP tienen sistemas para manejar las llamadas de emergencia fuera del horario de atención. Sepa a quién contactar si su PCP no está disponible y la afiliación hospitalaria de su PCP en caso de que necesite atención de emergencia.
- **Sepa cuándo necesita reabastecer sus medicamentos.** Comuníquese con el consultorio de su PCP aproximadamente una semana antes para que las recetas estén listas a tiempo.
- **Deje mensajes claros cuando llame al consultorio del PCP.** Lo más probable es que la respuesta se retrase si deja un mensaje para el PCP sin indicar el motivo. Los PCP deben priorizar las llamadas y responder en consecuencia. Dígale a la recepcionista el motivo de su llamado. La recepcionista es importante en el equipo de atención médica.



- **Actualice su dirección y número de teléfono.** El consultorio del PCP debe tener su información de contacto actual en caso de que sea necesario comunicarse con usted sobre resultados de pruebas, cambios en el cronograma, entre otros.
- **Sepa la razón por la que lo derivaron a un especialista o para realizarse una prueba especial.** Eso lo ayudará a mantenerse enfocado en el motivo de la cita y proporcionar información precisa al especialista.
- **Lleve la información de contacto de su PCP con usted en todo momento.** Cada vez que vea a un especialista, vaya al departamento de emergencias o se someta a pruebas, insista en que los resultados se envíen a su PCP. Pregunte si hay algún formulario especial que deba firmar para asegurarse de que se pueda enviar la información. Asegúrese de tener la información de contacto de su PCP con usted cuando viaje.
- **Proporcione al PCP los nombres, las direcciones y las fechas de los especialistas que ha visto y las pruebas que se ha realizado.** Es posible que el PCP lo derive, pero no necesariamente sabrá la fecha de la prueba ni el lugar donde lo enviaron. Anote a quién vio, por qué y qué le recomendó y comuníquelas a su PCP para que pueda realizar un seguimiento eficaz.
- **Recuérdelos a los especialistas que deben llamar a su PCP o enviar un informe.** Tome nota de la derivación del PCP al especialista. Eso ayudará a aclarar exactamente por qué está allí. La nota también le proporciona al especialista el nombre, la dirección y el número de teléfono de su PCP.
- **Sepa cómo usar el plan de seguro médico.** Comprenda su plan de salud. Es posible que el PCP no conozca los detalles de los planes de los pacientes. Por ejemplo, para algunos planes se requiere que el PCP elabore una derivación al especialista por escrito. Es posible que se requiera una aprobación previa para el equipo de medicamentos especiales. Cada plan tiene un formulario propio de los medicamentos que cubre.



- **Anote las fechas y los resultados de las pruebas en un cuaderno.** Revisar los resultados en privado le permite aprender más sobre lo que sucede con su salud.
- **Llame para cancelar las citas si no puede asistir.** Trate de no faltar a las citas. Puede ser difícil obtener otra a corto plazo según la disponibilidad de los servicios en su comunidad. Además, si omite las citas, da a entender que no está interesado en ni comprometido con su salud. Tal vez no sea cierto, pero da esa impresión.
- **Continúe educándose sobre el VIH y otras afecciones que pueda tener.** Los miembros de su equipo de atención médica podrán brindarle fuentes de información que sean precisas y creíbles. Haga preguntas y pida explicaciones hasta que comprenda las respuestas. Infórmese sobre las opciones y los resultados esperados. Si no hace preguntas, los miembros del equipo pueden asumir que comprende lo que está sucediendo.
- **Entienda que esperar es una realidad desafortunada en el mundo de la atención médica.** La mayoría de los profesionales de la salud tienen muy poco control sobre los horarios. Debido a la gran cantidad de personas que necesitan atención, por lo general los horarios son muy ajustados. Esto puede generar la necesidad de contar con respaldos y provocar que las salas de espera estén abarrotadas. Los problemas informáticos, las enfermedades y la rotación del personal, el traspapeleo de historias clínicas o los pacientes muy complicados en un día determinado pueden ocasionar aún más retrasos y un mayor tiempo de espera. Muchos de estos problemas están fuera del control del profesional de la salud y son tan frustrantes para el proveedor como lo son para usted. Una sala de espera abarrotada produce ansiedad en el personal. La tensión puede generar visitas improductivas e insatisfactorias, errores médicos y renuncias del personal. Esto es perjudicial para todos los involucrados.
- **Haga reclamos de manera eficaz.** Los estallidos emocionales en las áreas de espera alteran al personal y a otros pacientes y provocan aún más demoras. Resulta más eficaz presentar una queja formal. Busque a alguien a quien pueda expresar sus reclamos. La mayoría de los administradores toman en serio los reclamos y los usan para mejorar los sistemas y así solucionar los problemas con el tiempo.

La comunicación con los proveedores

¿Qué significan todas esas letras?

Los profesionales de la salud y los investigadores a menudo tienen muchas letras después de sus nombres. Estos títulos indican, en cierta medida, su capacitación, experiencia y calificaciones. La siguiente lista no es exhaustiva, pero explica el significado de algunas de las abreviaturas que siguen a los nombres de los profesionales.

AAHIVS: especialista en VIH de la Academia Americana de Medicina del VIH (*American Academy of HIV Medicine, AAHIVM*)

Un MD, DO, PA o NP que ha completado 30 horas de crédito de educación médica continua (continuing medical education, CME) en dos años ha atendido a 20 pacientes o más con VIH en dos años y ha aprobado un examen de calificaciones para la atención del VIH. En la AAHIVM se registra a dos mil proveedores como especialistas en VIH. Al elegir un proveedor de atención médica, tenga en cuenta que muchos proveedores pueden tener una experiencia equivalente en la atención del VIH, pero no están certificados por la AAHIVM. Para obtener una referencia visite www.aahivm.org.

ACRN: enfermera registrada especializada en la atención de pacientes con VIH/SIDA

Una enfermera matriculada que ha completado 70 horas de créditos CME, tiene al menos dos años de experiencia en la atención del VIH/SIDA y ha aprobado un examen de certificación para brindar atención del VIH/SIDA.

DO: doctor en Medicina Osteopática

Un médico osteópata tiene los mismos derechos y privilegios que un doctor en medicina (Medical Doctor, MD). Pueden recetar medicamentos y practicar la medicina en los cincuenta estados. El entrenamiento que recibe un DO es similar y, en algunos casos, idéntico al de un MD, pero puede tener un enfoque más relacionado con la idea de “persona y cuerpo como unidad”. Los DO tienden a considerar el bienestar psicosocial y físico de una persona y la manera en que los síntomas individuales de determinadas partes del cuerpo pueden afectar a otras partes. Los DO también reciben capacitación adicional sobre el sistema musculoesquelético y el tratamiento de manipulación osteopática.



FAAN: miembro de la Academia Americana de Enfermería (*American Academy of Nursing, AAN*)

Una distinción dada a los enfermeros en reconocimiento de sus logros en enfermería. Muchos miembros tienen altos niveles de capacitación (el 82 % tiene un doctorado en enfermería) y la mayoría tiene posiciones de liderazgo en entornos académicos, de investigación, gubernamentales o comunitarios.

GI: gastroenterólogo

Un MD o DO que se especializa en el cuidado del estómago, los intestinos y el hígado.

ID: especialista en enfermedades infecciosas

Un MD o DO que se especializa en el tratamiento de una variedad de enfermedades infecciosas, incluido el VIH.

LPN: auxiliar de enfermería matriculada

Una enfermera que ha completado la certificación para administrar determinados tratamientos. Trabaja bajo la supervisión de una enfermera matriculada (RN).

MSW: maestría en Trabajo Social

El trabajo social es una profesión que se compromete a ayudar a las personas, las familias y las comunidades en varios niveles. Algunos trabajadores sociales continúan su capacitación para convertirse en psicoterapeutas licenciados o certificados.

MD: doctor en Medicina

Un médico que posee un título profesional y una licencia para practicar la medicina y la cirugía, así como para recetar medicamentos y otros tratamientos.



NP: enfermera practicante

Una enfermera matriculada con experiencia clínica y académica avanzada, que incluye una maestría. Las habilidades de una enfermera practicante varían según las regulaciones de cada estado. En muchos estados, una enfermera practicante puede recetar medicamentos.

ANP: enfermera practicante (cuidado de adultos)

FNP: enfermera practicante (cuidado familiar)

GNP: enfermera practicante (cuidado geriátrico)

PNP: enfermera practicante (cuidado pediátrico)

PA: asistente médico

Médicos clínicos que brindan atención a personas bajo la supervisión de MD o DO. Su formación no es tan larga como la de los MD y DO, pero sus responsabilidades son bastante similares. Por lo general, completan las historias clínicas, examinan y tratan, solicitan e interpretan pruebas de laboratorio y radiografías, hacen diagnósticos y recetan medicamentos. También tratan lesiones menores; realizan suturas y colocan férulas y yesos. Los AP también registran notas del progreso, instruyen y aconsejan a los pacientes, y solicitan o llevan a cabo tratamientos. En áreas rurales y urbanas, los AP pueden ser los principales proveedores de atención cuando un médico está presente solo uno o dos días a la semana. Pueden practicar en 47 estados, donde se exige que los AP aprueben un examen de certificación y luego son designados como PA-C (asistente médico certificado).

Ph.D.: doctor en Filosofía

Un doctorado (avanzado) en cualquier materia (no necesariamente filosofía o medicina). Las enfermeras, los farmacéuticos, los nutricionistas y los trabajadores sociales, entre otros, pueden continuar su educación para recibir este doctorado.



Pharm.D.: doctor en Farmacia

Además de dos años de estudio de prefarmacia, un Pharm.D. ha completado al menos cuatro años de estudios de posgrado para obtener un doctorado en farmacia.

Psy.D.: doctor en Psicología Clínica

Psicólogo con especialización en psicología clínica, que incluye un gran conocimiento de los trastornos psicológicos graves y la psicoterapia.

RD: dietista registrado

Muchos nutricionistas también son dietistas registrados. Los RD están capacitados en la ciencia de la nutrición y la dietética, una disciplina centrada en las relaciones entre los hábitos alimenticios y la salud, tanto en la nutrición normal como en los estados patológicos.

RN: enfermera registrada

Una enfermera que ha completado un programa de Licenciatura en Enfermería.

R.Ph.: farmacéutico registrado

Un farmacéutico registrado debe tener licencia en el estado en el que ejerce y poseer al menos una licenciatura en farmacia.

Adaptado de ACRIA Update Winter 2004/05 -- Vol. 14 No. 1 (www.acria.org).

La comunicación con los proveedores: cómo defender sus necesidades

Escenario uno

Una paciente necesita información y consejos sobre su medicación. Parece que los medicamentos no están funcionando y la hacen sentir enferma. Decide preguntarle a su médico sobre los comprimidos que está tomando.

Paciente: Hola Dr. Roe. Necesito hablar con usted sobre los medicamentos. Estos comprimidos me provocan malestar estomacal y no parecen estar funcionando.

Médico: Lamento escuchar que los comprimidos le provoquen dolor de estómago. ¿Cuándo las toma?

Paciente: Bueno, generalmente las tomo en algún momento de la tarde y antes de acostarme. Si me olvido, las tomo en cualquier momento.

Médico: Debe tomar los comprimidos azules y naranjas juntos después del desayuno o el almuerzo, pero no a la noche. A la noche o al acostarse solo debe tomar el comprimido naranja; y asegúrese de que pasen 12 horas entre las dosis. Por ejemplo: si toma la primera dosis a las 8:00 a. m., tome la última dosis a las 8:00 p. m. Tomar la primera dosis (régimen de 2 comprimidos) con alimentos evitará que se sienta mal del estómago. Además, los comprimidos no suprimirán el virus ni serán efectivas si no las toma según las instrucciones. (Le entrega un folleto)

Paciente: ¡Ah! Entiendo. Tomo los comprimidos azules y naranjas juntas después del desayuno o el almuerzo. Y debo tomarlas con comida. No debo tomar ambos comprimidos por la noche; solo debo tomar el comprimido naranja. ¡Ah! Y debo hacerlo cada 12 horas, como a las 8 a. m. y las 8 p. m. Gracias Dr. Roe. Realmente aprecio su ayuda con esta información. Ahora me doy cuenta de que no estaba tomando el medicamento de forma correcta.

Médico: De nada. Llámeme a mí o a la enfermera si siente náuseas o si tiene alguna otra pregunta. Estaremos encantados de responderlas. La veré en un par de meses. ¿De acuerdo?

Paciente: Bueno. Volveré a consultar si es necesario. Gracias de nuevo.



Escenario dos

Una cliente mayor se mudó recientemente al área y regresó a su ciudad natal después de muchos años. Necesita ir de compras, pero no tiene transporte. No ha hecho las compras en aproximadamente un mes, desde que sus hijos se fueron y regresaron a sus hogares a unas 12 horas de distancia. Conoció a los miembros del equipo de atención médica hace una semana y la CHW parecía agradable y accesible. Decide llamar a la CHW y pedirle ayuda para ir a la tienda.

Mujer: Hola, soy la Sra. Wright. Me preguntaba si podría pedirle un aventón al supermercado hoy. Me estoy quedando sin provisiones. No he ido de compras desde que mis hijos se fueron. Sabe que este es mi hogar y es por eso que me mudé aquí, pero mis amigos no conducen y ya no me ubico bien.

CHW: Gracias por llamar, Sra. Wright. Lamento escuchar que tiene pocas provisiones. Desafortunadamente, en mi organización no se nos permite transportar a nuestros clientes, sin embargo, tenemos algunas opciones o recursos que puedo recomendar. ¿Qué le parece?

Mujer: Bueno, no me gusta que entren muchas personas extrañas a mi casa sabiendo que viva sola, pero confío en usted porque vi su placa y sé dónde trabaja. ¿De qué recursos me habla?

CHW: Bueno, tenemos varias opciones y puede decirme qué funcionará mejor para usted. Sin duda quiero que pueda cuidar su salud y sentirse bien al recorrer el área hasta que se familiarice con el vecindario. La primera opción (las opciones no están en ningún orden en particular, solo las estoy nombrando) es que puedo ayudarla a inscribirse en Meals on Wheels, quienes le entregará una comida diaria en su hogar; cobran una tarifa baja que varía según sus ingresos. La segunda opción es una voluntaria que trabaja para nosotros y transporta a los pacientes a donde necesiten ir de lunes a jueves de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. La tercera opción es tomar el autobús. Estaré encantada de concertar una cita para nos reunamos en su casa y revisemos la ruta del autobús. Podemos tomar el autobús juntas y puedo mostrarle algunas tiendas que están muy cerca de su hogar. ¿Qué le parecen las opciones?

Mujer: Bueno, para ser sincera, estoy decepcionada de que no pueda llevarme usted, pero me alegra que pudiera recomendarme algunas buenas opciones con las que estoy de acuerdo. Me gustan las opciones dos y tres. Sin embargo, es lunes y me gustaría ir al supermercado este viernes; a más tardar el lunes de la próxima semana.

CHW: Entiendo, ¿qué tal mañana?

Mujer: ¡Funciona para mí! Gracias señora.

CHW: No, gracias a usted. Me alegra poder ofrecerle algunas opciones, nos vemos mañana.



Escenario tres

Una mujer asiste a su cita con el médico. El médico la nota decaída. Esto no es normal para ella. Por lo general es muy alegre; ha tenido una carga viral indetectable por un tiempo. Está en su chequeo anual de 6 meses.

Mujer: Hola Dr. Sharon (con un aspecto triste).

Médico: ¡Hola! Se ve distinta hoy. Estoy acostumbrado a su sonrisa y sus bromas que me hacen reír. Es su visita de 6 meses, pero siento que algo más la preocupa.

Mujer: Tiene razón. Estoy un poco decaída. He estado saliendo con un muchacho y realmente me gusta; no hemos tenido intimidad seria todavía. Pero no quiero mantener mi estado en secreto. Sé que él quiere hijos y yo también. Aún es muy pronto en la relación. No quiero que se vaya. La verdad es que tengo demasiado en mi mente en este momento y siento un nudo en el estómago.

Médico: Bueno, vamos con una cuestión a la vez. Tiene mucho en qué pensar y puedo empatizar con usted acerca de querer contarle y tener miedo de lo que él podría decir o hacer con respecto a la relación.

Mujer: Sé que necesito hablar con alguien. ¿Con quién me recomendaría hablar hoy?

Médico: ¿Ha hablado con una CHW antes? Las CHW son miembros del equipo de atención médica.

Mujer: ¿Qué es una CHW? Recuerdo que una vez apareció una señora en mi visita médica cuando tuve un aumento de A1C y me dijo que podía hablarme sobre dieta y nutrición. Eso fue el año pasado y ahora tengo todo bajo control.

Médico: Sí, y estoy contento con su avance con la modificación de la dieta y con que las cifras estén bajo control. Sin embargo, la CHW también trabaja con personas con VIH. Educa y apoya a las personas que tienen dificultades en el camino a pesar de que están bien de salud. Creo que ella la puede escuchar y tenemos nuevas opciones como PrEP e I=I que la CHW puede explicarle en detalle. ¿Le gustaría verla de nuevo?

Mujer: Si usted la recomienda Dr. Sharon, sé que está bien. Además es otro recurso en mi equipo.

Médico: Bien, está en la clínica hoy, así que la llamaré después de revisar sus resultados de laboratorio. ¿Le parece?

Mujer: Sí, Dr. Sharon, me parece. Estoy muy contenta de haber asistido a mi cita hoy, estaba deprimida; casi me quedo en casa. Pero ya me siento mejor. ¡Muchas gracias!

Médico: Bien, revisemos los resultados y llamaré a la CHW.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades interculturales



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Proporcionar y utilizar una definición amplia de cultura que vaya más allá de la raza o etnia.
- Identificar varios grupos culturales de los que son miembros.
- Explicar cómo el poder y el privilegio afectan las interacciones entre grupos culturales en los EE. UU.
- Practicar la autoconciencia cultural y la humildad cultural en el trabajo como promotoras de salud (CHW).



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise todas las diapositivas de PowerPoint, los recursos y los folletos. Pruebe los videos para asegurarse de que funcionen. Prepare un *Mkeka* (consulte la diapositiva 8).
2. Deles la bienvenida a las participantes y revise los objetivos y el programa (diapositivas 2 y 3).
3. Definición de cultura
 - Lluvia de ideas/juego de la papa caliente: haga que el grupo forme un círculo y lance la pelota. Cuando la música se detiene, a quien esté sosteniendo la pelota se le hará esta pregunta: "¿Qué se le viene a la mente cuando escucha la palabra 'cultura'?"
 - Consulte la diapositiva 4 para obtener detalles de organización.
 - Revise y analice la definición de cultura (diapositiva 5).
4. Exploración de las identidades
 - Analice la conciencia de identidad, interseccionalidad (diapositivas 6 y 7).
 - Actividad de *Mkeka*: distribuya hojas de papel de colores, marcadores y cinta adhesiva o pegamento. Las participantes crearán un *Mkeka*, o estera tejida, para ilustrar sus identidades interseccionales. Consulte la diapositiva 8 para obtener instrucciones detalladas.
5. Supervise a las participantes y proporcione un descanso si es necesario.
6. Introducción al poder, el privilegio y la opresión en la sociedad estadounidense
 - Revise y analice los elementos de la cultura dominante de los Estados Unidos (diapositiva 10).
 - Distribuya el folleto del modelo uno arriba, uno abajo (*One Up-One Down*).
 - Actividad de teatro imagen para explorar las desigualdades de poder: Divida a las participantes en grupos de tres, siga los detalles de facilitación en la diapositiva 11.

(continuación)



Roles C3 relacionados

Todos

Habilidades C3 relacionadas

Todas



Métodos de enseñanza

Breve presentación, lluvia de ideas, trabajo individual, exposición de galería, análisis en grupos grandes, análisis en grupos pequeños, teatro imagen, video.

Nota del facilitador: esta sesión debe estar a cargo de un capacitador con experiencia en humildad cultural o un enfoque similar.



Tiempo previsto

120 minutos



Conceptos clave

Humildad cultural



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores
- Pelota
- Reproductor de música
- Papel de construcción coloreado cortado en tiras
- Barras de pegamento o cinta adhesiva
- Video: *Cultural Humility: People, Principles and Practices* https://www.youtube.com/watch?v=_Mbu8bvKb_U
- Video: *Kimberle Williams Crenshaw: Intersectionality* https://www.youtube.com/watch?v=9yKX_MH2bHs

Folleto

- Lenguaje compartido
- Uno arriba, uno abajo
- Cómo crear conciencia de las habilidades interculturales

Habilidades interculturales



INSTRUCCIONES *(continuación)*

7. Humildad cultural
 - Presente el concepto de humildad cultural (diapositiva 12).
 - Vean el video, *Cultural Humility: People, Principles and Practices*: https://www.youtube.com/watch?v=_Mbu8bvKb_U (7 minutos, diapositiva 14)
 - Repase los aspectos de la humildad cultural (diapositiva 14).
 - Divida a las participantes en grupos pequeños y distribuya hojas de rotafolio y marcadores para una sesión de lluvia de ideas. Consulte la diapositiva 15 para obtener más detalles.
8. Cierre la actividad. Resuma pidiéndole a una voluntaria que lea las diapositivas 16 y 17. Muestre el video sobre la interseccionalidad (diapositiva 18) si el tiempo lo permite. Comparta los recursos, alentando a las participantes a explorar estos temas en mayor profundidad. Haga hincapié en que este viaje con habilidades interculturales y humildad cultural es un proceso que dura toda la vida. Pídale a las participantes que compartan un mensaje que aprendieron hoy y que puedan llevar a su trabajo.



Recursos

Cultural Humility vs. Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education: https://melanietervalon.com/wp-content/uploads/2013/08/CulturalHumility_Tervalon-and-Murray-Garcia-Article.pdf

Race: The Power of an Illusion http://www.pbs.org/race/000_General/000_00-Home.htm

The Business Case for Racial Equity, un informe de Ani Turner y Altarum Institute; financiado por WK Kellogg Foundation (2013): <https://www.wkcf.org/resource-directory/resource/2013/10/the-business-case-for-racial-equity>

Coalition of Communities of Color. Proyecto de investigación participativo basado en la comunidad sobre las realidades vividas de las comunidades de color en el condado de Multnomah. <http://www.coalitioncommunitiescolor.org/research-and-publications>

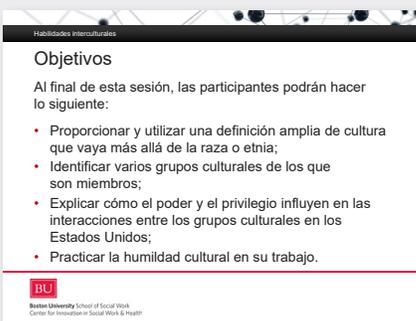
Racial Equity Tools <http://www.racialequitytools.org/home>

Racial and Social Justice Initiative: <http://www.seattle.gov/rsji/>



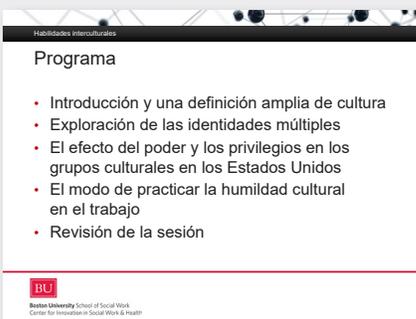
DIAPPOSITIVA 1

Deles la bienvenida a las participantes.



DIAPPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

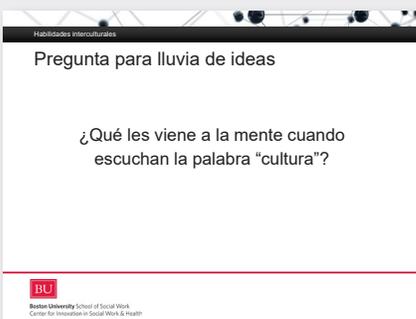


DIAPPOSITIVA 3

Revise la diapositiva.

Mencione que la capacidad de trabajar eficazmente entre culturas es una habilidad muy importante para las CHW. Esta habilidad se puede aplicar en todos los entornos (con comunidades, con compañeros de trabajo y con instituciones).

Pregunte: "¿Alguien tiene preguntas antes de continuar?"



DIAPPOSITIVA 4

Explique que, para hablar sobre el trabajo intercultural, es importante que tengamos una definición compartida de cultura.

Realicen el juego de la papa caliente. Pídeles a las participantes que arrojen una pelota alrededor del círculo. Cuando la música se detiene, a quien esté sosteniendo la pelota se le hará esta pregunta: ¿Qué se le viene a la mente cuando escucha la palabra "cultura"?

Escriba las respuestas en el rotafolio. Extienda el juego el tiempo suficiente para que la mayoría de las participantes tengan la oportunidad de responder.

Después de terminar el juego, revise lo que está escrito y pregúnteles a las participantes si les gustaría agregar algo más.

Haga una reflexión con todo el grupo: ¿Qué les llama la atención sobre las palabras que asociamos con la palabra "cultura"?

Habilidades interculturales

La cultura es:

"...el conjunto de actitudes, valores, creencias y comportamientos compartido por un grupo de personas, pero diferente para cada individuo, comunicado de una generación a la siguiente" (Matsumoto, 1996).

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health



ACTIVIDAD: EXPLORACIÓN DE LAS IDENTIDADES

Habilidades interculturales

Definición de interseccionalidad

- Interseccionalidad: un enfoque ampliamente impulsado por las mujeres de color, que argumenta que las clasificaciones como el género, la raza, la clase y otras no se pueden examinar de forma aislada; interactúan y se entrecruzan en la vida de los individuos, en la sociedad, en los sistemas sociales y son mutuamente constitutivos.
(<http://www.racialequitytools.org/glossary>)
- Kimberle Crenshaw, J. D. acuñó el término por primera vez en 1989.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Pídale a una voluntaria que lea la definición.

Pregunte: "¿Qué les llama la atención sobre esta definición? ¿Es coherente con las palabras que se nos vienen a la mente cuando pensamos en cultura? Si es diferente, ¿de qué manera es diferente?"

Cuando pensamos en las culturas, a menudo pensamos en la cultura racial o étnica. Sin embargo, es importante reconocer que, como dice la definición, cualquier grupo social en la sociedad puede tener y tiene una cultura. Entonces hay culturas de clase, culturas religiosas, culturas de orientación sexual, entre otras.

DIAPPOSITIVA 6

Explique que, para poder trabajar a nivel intercultural, primero necesitamos desarrollar una conciencia de nuestras propias culturas y cómo nos afectan. La próxima actividad nos ayudará a ser más conscientes de las culturas de las que todos somos miembros.

A veces pensamos en nosotros mismos en términos de una parte de nuestra identidad. Por ejemplo, en un día, podría ser realmente consciente de que soy _____ (agreguen ejemplos de su identidad). En realidad, todos tenemos múltiples identidades que nos hacen quienes somos. Esto se llama interseccionalidad.

DIAPPOSITIVA 7

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

Habilidades interculturales

Mkeka de identidad

- Hagan una lista de las comunidades y los grupos principales a los que pertenecen (es decir, raza/etnia, identidad de género, estado socioeconómico, orientación sexual, idioma, religión, capacidad/discapacidad, educación, estado civil, entre otros). Estas son las piezas de su identidad.
- Entrelacen las piezas de su identidad para hacer la alfombra (mkeka).
- Sean tan creativas como quieran.



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Para demostrar nuestras identidades múltiples, podemos usar la estera tejida o “mkeka” en swahili. Aquí está mi *mkeka* (el facilitador muestra su ejemplo).

El facilitador explica las tiras que componen su *mkeka* y cómo se entrelazan.

Estas tiras se cruzan y se entrelazan para formar nuestra identidad. Este concepto se conoce como interseccionalidad.

Explique que las participantes ahora tendrán unos 10 minutos para hacer su propio *mkeka*. Distribuya tiras de papel de colores, cinta adhesiva o pegamento y marcadores.

Diga: “Aquí se explica cómo hacerlo”. (lea las instrucciones en el PowerPoint).

Después de que todas hayan terminado, pídale a las participantes que coloquen sus esteras en la pared, hagan un “paseo silencioso por la galería” y tomen nota de todo lo que les llame la atención o les genere preguntas.

Inicie una reflexión con las siguientes preguntas: ¿Qué les llamó la atención sobre las esteras de interseccionalidad? ¿Les sorprendió algo?

Habilidades interculturales

Introducción al poder, el privilegio y la opresión en la sociedad estadounidense

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Para trabajar eficazmente en todas las culturas, también es necesario comprender cómo el poder y los privilegios influyen en las interacciones entre grupos culturales en los EE. UU.

Piensen por un momento en cómo interactúan con su supervisor en la clínica. Ahora piensen cómo interactúan con los niños en su vida. ¿Se relacionan de la misma manera con ambas personas?

Las relaciones de poder afectan mucho la forma en que interactuamos con las personas que nos rodean en la sociedad.

Habilidades interculturales

Cultura estadounidense dominante

Arriba <ul style="list-style-type: none"> • hombre • blanco • sin discapacidad • heterosexual • educado formalmente • clase media o alta • angloparlante (primer idioma inglés) • habitante de la ciudad/urbano • empleado • sobrio/sin trastorno de consumo de sustancias • VIH negativo • sin antecedentes de trauma • con vivienda estable • cisgénero • con buena salud general 	Abajo <ul style="list-style-type: none"> • mujer • persona de color • discapacitada • LGBTQ • sin educación formal • pobre o de clase trabajadora • segundo idioma inglés o no angloparlante • de zona rural • desempleada • con trastorno por consumo de sustancias • VIH positivo • sobreviviente de un trauma • con vivienda inestable/sin hogar • transgénero • con salud general deficiente
---	--

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 10

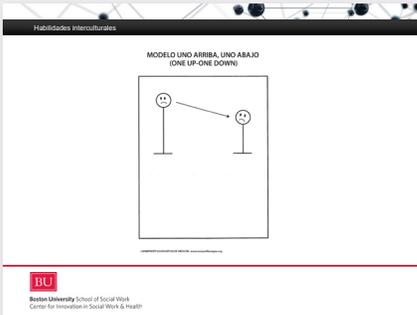
Para explorar esta idea, vamos a utilizar el “Modelo uno arriba, uno abajo (One Up-One Down)”. Tomamos prestado este modelo de Guadalupe Guajardo en la Asociación sin fines de lucro de Oregón.

En la sociedad dominante de los Estados Unidos, algunas características tienden a darnos poder o “elevarnos”. Entre ellas se incluyen: ser hombre, blanco, sin discapacidad, heterosexual, con educación formal, de clase media o adinerada, hablante de inglés como lengua materna, habitante de la ciudad, empleado, sobrio o sin abuso de sustancias, VIH negativo, sin antecedentes de trauma, con vivienda estable, cisgénero y con buena salud general.

Algunas características tienden a privarnos del poder o “rebajarnos” en la cultura dominante en los Estados Unidos. Entre ellas se incluyen: ser mujer, persona de color, con discapacidad, LGBTQ, sin educación formal, pobre o de clase trabajadora, inglés como segunda lengua o no angloparlante, rural, desempleada, con problemas de consumo de sustancias, VIH positivo, sobreviviente de trauma, con vivienda inestable o sin hogar, transgénero o con salud general deficiente.

Hagamos una lluvia de ideas en el rotafolio: ¿Cuáles son otras características que nos elevan y que todavía no hemos mencionado? ¿Cuáles son algunas características que nos rebajan?

Escriba las respuestas en las columnas correspondientes en el rotafolio.



DIAPPOSITIVA 11

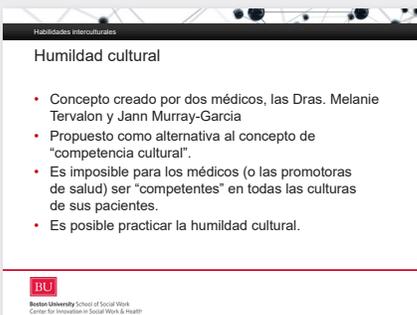
Distribuya copias del “Modelo uno arriba, uno abajo (One Up-One Down)”. Pídales a las participantes que se tomen un momento para escribir qué características les dan poder y cuáles les quitan su poder dentro del contexto de la cultura dominante de los Estados Unidos.

Explique lo siguiente: ahora usaremos una técnica llamada teatro imagen para explorar las diferencias de poder. En un momento, se dividirán en grupos de tres. Dos personas serán la “arcilla” y serán esculpidas por la tercera persona en una imagen fija que representa cómo podrían verse o sentirse las desigualdades de poder. Cada persona tendrá la oportunidad de ser el escultor y la arcilla. Después de cada ronda, pídale al grupo que se detenga y mire las otras imágenes.

Divida a las participantes en grupos de 3 y pídale que creen sus imágenes.

Pregunte: “¿Qué notaron o sintieron durante ese ejercicio?”

Nuestro lugar en la sociedad a veces se denomina nuestra “posicionalidad”. Del mismo modo que todos tenemos identidades múltiples, nuestra posición cambia según con quién estamos. A veces, estamos más arriba, otras, estamos más abajo y otras, estamos arriba y abajo al mismo tiempo. Tengan esto en cuenta mientras vemos el video en el siguiente segmento.



DIAPPOSITIVA 12

En nuestro trabajo como CHW, nos encontramos con personas de una variedad de culturas de clase, raciales o étnicas y de otro tipo. Es imposible ser “competentes” en todas las culturas que encontramos. Sin embargo, podemos practicar la **humildad cultural** en todas nuestras interacciones.



DIAPPOSITIVA 13

Ver el video.

Cultural Humility: People, Principles and Practices:
https://www.youtube.com/watch?v=_Mbu8bvKb_U

Habilidades interculturales

Tres aspectos de la humildad cultural

1. Autorreflexión crítica y aprendizaje continuo
2. Reconocer y desafiar las desigualdades de poder
3. Responsabilidad institucional

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades interculturales

Lluvia de ideas en grupos pequeños

Como promotoras de salud, ¿cómo pueden practicar la humildad cultural mediante la autorreflexión crítica y el aprendizaje permanente?

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades interculturales

Revisión de las habilidades interculturales

- Nuestra experiencia en la vida está determinada por nuestra identidad. A menudo nos cuesta comprender la experiencia de personas con una identidad diferente.
- La cultura va más allá de la raza o etnia e incluye clase, geografía, orientación sexual y otras características que nos hacen diferentes de los demás.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 14

Los autores identificaron 3 aspectos de la humildad cultural. Lea la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 15

Explique lo siguiente: en un momento nos dividiremos en pequeños grupos para que puedan reflexionar juntas sobre cómo pueden practicar la humildad cultural mediante la autorreflexión crítica y el aprendizaje continuo en su trabajo como CHW.

Cada grupo recibirá una hoja de rotafolio con las palabras “humildad cultural” en un formato de mapa mental.

Utilicen la página del rotafolio para anotar sus pensamientos. Para la lluvia de ideas, extraigan información de sus experiencias, los roles de las CHW y el folleto sobre Cómo crear conciencia de las habilidades interculturales.

Pídale a cada grupo que comparta 3 ideas de su análisis. Pegue las hojas de rotafolio en toda la sala para que las participantes las vean durante todo el día.

Resuma: independientemente de nuestros orígenes o nuestra posición en la sociedad, hay formas en que podemos interactuar con otras personas de diferentes orígenes que aumentan la eficacia de la interacción. Recuérdeles a las personas que también tenemos más recursos si alguien quiere profundizar en estos temas.

DIAPPOSITIVA 16

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

Habilidades interculturales

Revisión de las habilidades interculturales

- Todos tenemos múltiples identidades. Ciertas identidades nos dan poder y privilegios, mientras que otras identidades nos privan de poder y privilegios.
- La humildad cultural es una alternativa efectiva a la competencia cultural como un objetivo para luchar en nuestras interacciones con los demás. La humildad cultural incluye la autorreflexión crítica, aborda las desigualdades de poder y la responsabilidad institucional.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 17

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

Habilidades interculturales

Si quieren investigar más en profundidad

[Video clip sobre la interseccionalidad](#)

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 18

Si el tiempo lo permite, muestre el video Kimberle Williams Crenshaw:
Intersectionality.
https://www.youtube.com/watch?v=9yKX_MH2bHs

Lenguaje compartido

Cultura dominante y no dominante: mediante el poder económico o político, una cultura impone sus valores, lenguaje y formas de comportarse en las culturas subordinadas. Esto puede manifestarse en forma de represión legal o política de otros conjuntos de valores y patrones de comportamiento, o al monopolizar los medios de comunicación. (Dictionary of Sociology. 1998)

Inclusión: integrar de forma genuina a individuos o grupos tradicionalmente excluidos en procesos, actividades y toma de decisiones de manera que se comparta el poder.

Interseccionalidad: un enfoque ampliamente impulsado por las mujeres de color, que argumenta que las clasificaciones como el género, la raza, la clase y otras no se pueden examinar de forma aislada; interactúan y se entrecruzan en la vida de los individuos, en la sociedad, en los sistemas sociales y son mutuamente constitutivos. (<http://www.racialequitytools.org/glossary>)

Opresión: prejuicio + poder. La marginación sistemática de un grupo social por otro grupo social más poderoso para el beneficio social, económico y político del grupo más poderoso. La opresión puede manifestarse mediante el racismo, el clasismo, el sexismo, el heterosexismo y otros “ismos”. Solo el grupo dominante puede ser opresivo debido a su poder.

Prejuicio: una creencia negativa consciente o inconsciente sobre todo un grupo de personas y sus miembros individuales. Cuando la persona que tiene el prejuicio también tiene y usa el poder para negar oportunidades, recursos o acceso a otra persona debido a su pertenencia a un grupo, existe discriminación. (Sheri Schmidt, 1994)

Posicionalidad: las personas se definen no en términos de identidades fijas, sino por su ubicación dentro de redes cambiantes de relaciones, que pueden analizarse y modificarse. Comprendan dónde se encuentran en relación con el poder dentro de esas redes y relaciones cambiantes. (Maher y Tetreault, 2001)

Poder: acceso a recursos y a los responsables de la toma de decisiones. El poder es la capacidad de hacer lo que uno quiere, la capacidad de influir en los demás, la capacidad de definir la realidad para uno y potencialmente para los demás. El poder puede ser visible, estar oculto o ser invisible. El poder puede aparecer como poder sobre los demás, poder con los demás o poder interno.



Racialización: las identidades raciales no son categorías fijas. Este término hace explícito que no se trata de características inherentes sino de las formas en que estamos socializados para diferenciar grupos de personas en función de las características físicas. Enfatiza el proceso activo de categorizar a las personas al mismo tiempo que rechaza la “raza” como categoría científica.

Construcciones sociales: un fenómeno, una categoría o un mecanismo social creado y desarrollado por la sociedad; una percepción de un individuo, un grupo o una idea que se “construye” mediante la práctica cultural o social.

Parcialidad: una tendencia, una corriente, una inclinación, un sentimiento o una opinión particular, en especial una preconcebida o irracional.

Clase: un estado relativo según los ingresos, la riqueza, el poder o la posición. (www.classmatters.org)

Clasismo, sexismo, racismo, heterosexismo, capacitismo, edadismo y otros “ismos”: la opresión sistemática de los miembros de un grupo objetivo (clase baja o trabajadora, mujeres, personas de color, miembros de minorías sexuales y de género, personas con discapacidades, niños y ancianos, entre otros) por miembros del grupo dominante (clase alta, hombres, adultos blancos, heterosexuales, sin discapacidades y jóvenes, entre otros). Esta opresión está respaldada por las acciones de los individuos, las normas y los valores culturales, y las estructuras y prácticas institucionales de la sociedad. (Adams, Bell & Griffin. *Teaching for Diversity & Social Justice, A Source Book*. 2007.)

Competencia cultural: la capacidad de interactuar de manera eficaz con personas de diferentes culturas. La competencia cultural comprende cuatro componentes: a) conciencia de la propia cosmovisión cultural, b) actitud hacia las diferencias culturales, c) conocimiento de diferentes culturas y cosmovisiones, y d) habilidades interculturales. (Wikipedia, 2011.)

Discriminación: comportamiento negativo injustificable hacia un grupo y sus miembros. En general, implica comportarse de manera diferente, a menudo de forma injusta, hacia los miembros de un grupo. (Adams, Bell & Griffin. *Teaching for Diversity & Social Justice, A Source Book*. 2007.)

Equidad: La equidad es un ideal y una meta, no un proceso. Garantiza que todos posean los recursos para tener éxito. (Multnomah County Equity & Empowerment Lens. 2012.)



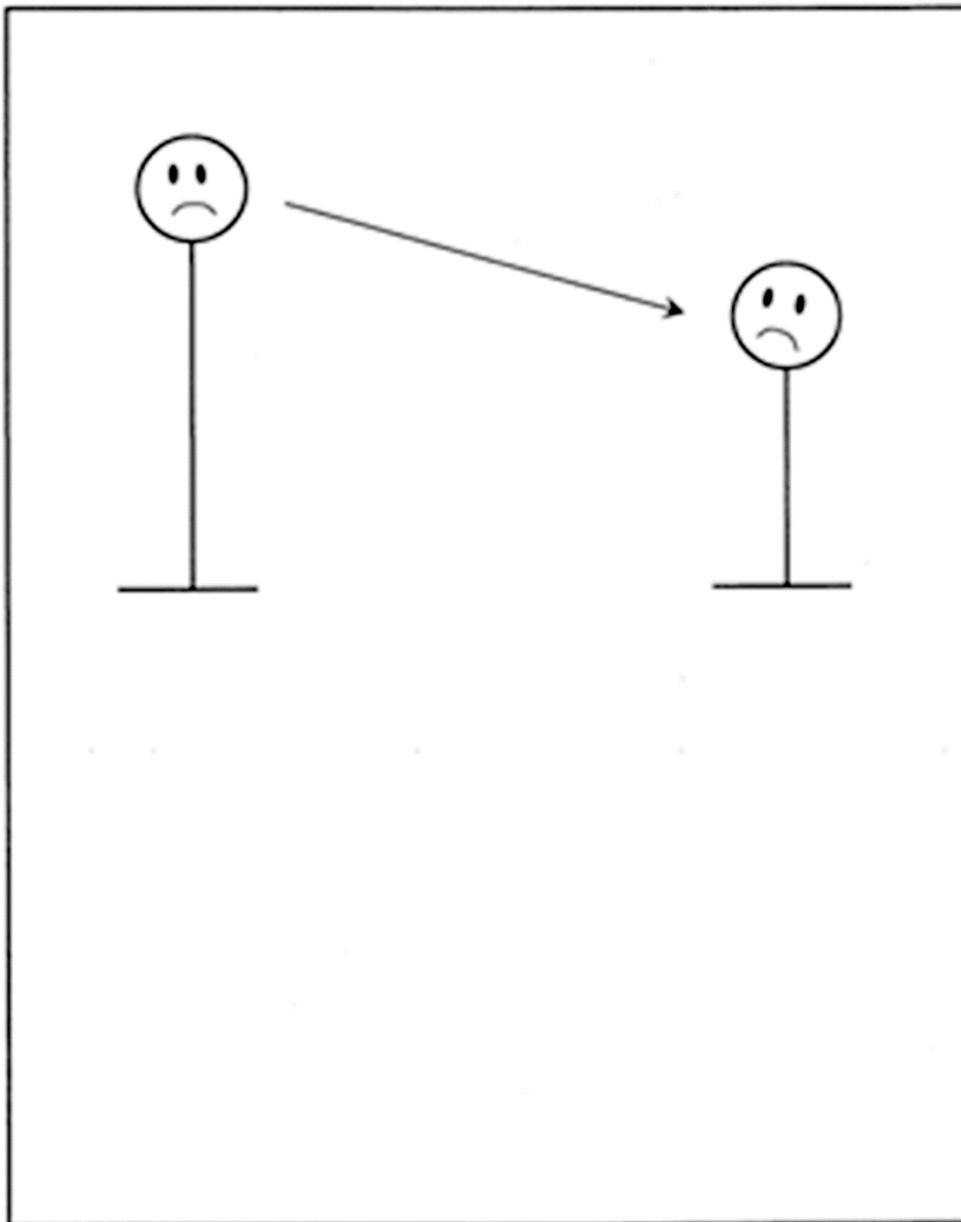
Opresión: cuando los estereotipos y los prejuicios están tan entrelazados en nuestra forma de vida, la discriminación se introduce en las estructuras de la sociedad mediante políticas, leyes, entre otros. El sistema otorga ventajas y desventajas de distinta manera para los diferentes grupos. Esto da origen al grupo dominante, que tiene privilegios, y al grupo objetivo, que está en desventaja. (UCSB English Department, 2007.)

Opresión horizontal: el resultado de personas de grupos objetivo que creen en, hacen cumplir y actúan sobre el sistema de discriminación del grupo dominante. Esto puede ocurrir entre miembros del mismo grupo (p. ej., un chicano que le dice a otro chicano que deje de hablar español) o entre miembros de diferentes grupos objetivo (p. ej., un estadounidense de origen asiático que les teme a los negros porque cree que son delincuentes). (UCSB English Department, 2007.)

Opresión internalizada: sucede cuando el grupo objetivo cree en los elementos de la opresión. Cuando los miembros del grupo objetivo creen en los estereotipos que se les enseñan sobre ellos mismos, tienden a actuar y perpetuar los estereotipos que refuerzan los prejuicios y mantienen el ciclo en funcionamiento. (Sheri Schmidt, 1994.)

Uno arriba, uno abajo

MODELO UNO ARRIBA, UNO ABAJO (ONE UP-ONE DOWN)



Cómo crear conciencia de las habilidades interculturales

Instrucciones: lean la información a continuación con sus compañeras. ¿Qué les llama la atención? ¿Qué ideas adicionales tienen sobre cómo fortalecer sus habilidades para trabajar a nivel intercultural?

Humildad cultural: la humildad cultural reconoce que es imposible que alguien sea “competente” en las culturas de las personas con quienes trabajan. Es un proceso que incluye tres prácticas centrales:

- La autorreflexión crítica y el aprendizaje permanente
- El reconocimiento y el cuestionamiento de las desigualdades de poder
- La responsabilidad institucional mediante relaciones respetuosas y de beneficio mutuo entre la comunidad y las agencias

(Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). “Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education”. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(2), 117-125.)

“Es muy difícil separarnos de nuestra propia ‘carga cultural’. Tener conocimiento de ello y mantener este conocimiento al frente de nuestra conciencia hace que sea más probable que limitemos su efecto en nuestro trabajo”.

(Dean, R. G. (2001). “The Myth of Cross-Cultural Competence”. *Families in Society*, 82(6), 623-630.)

Ideas para avanzar:

- Aprender todo lo que puedan sobre la opresión y el privilegio: es su trabajo educarse.
- Practicar la humildad cultural y el desconocimiento.
- Trabajar y construir una relación con alguien de una identidad cultural diferente.
- Pedir la opinión de los miembros de la comunidad.
- Recordar que no se trata de “sí” sino de “cuándo” cometerá un error.

(Adaptado del trabajo colectivo de Ann Curry-Stevens)



¿Estoy dispuesta a hacer lo siguiente?

- Recordar que los demás hablan más que de las condiciones de su propio grupo.
- Asumir la responsabilidad de aprender sobre la historia, la cultura y las luchas de otros grupos según lo que ellos cuentan.
- Observar lo que espero y asumo de los demás y determinar qué experiencias formaron mis ideas.
- Abordar la accesibilidad, incluir aspectos como dinero, espacio, transporte, cuidado de niños e idioma.
- Asegurarme de que el contexto dé lugar a la opinión de todos y a escuchar.
- Considerar a las personas como seres humanos completos, con familias, intereses e ideas.
- Nombrar realidades no reconocidas para incluir la experiencia de todos.
- Esperar sentir incomodidad cuando me relacione con personas diferentes a mí.
- Asumir la responsabilidad de igualar el poder.
- Mencionar el comportamiento dominante cuando lo vea.
- Comprender a las personas en el contexto de su historia social.
- Hacer preguntas y respetar los desacuerdos.
- Luchar por asuntos de principios y política.
- Hacer que toda la información sea accesible para que otros puedan decidir si están interesados.
- Apreciar los esfuerzos que señalan mis errores o mi falta de conciencia.
- Apreciar el riesgo que una persona toma al compartir su experiencia conmigo.
- Tomar riesgos, confiar en los demás.

(Tools for Change)

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Humildad cultural: un camino a la empatía



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Identificar y definir los cuatro pilares de la humildad cultural.
- Describir cómo un valor o una creencia cultural relacionada con su identidad puede afectar su trabajo con un cliente.
- Describir cómo la humildad cultural es un camino para emplear la empatía en las relaciones interpersonales.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas, los folletos y pruebe el video para asegurarse de que se reproduzca.
2. Establezca el tono para la sesión al repasar los acuerdos y las expectativas del grupo (diapositivas 2-4).
3. Lidere al grupo en una actividad de atención plena (diapositiva 5).
4. Explique la historia de la humildad cultural, las definiciones de cultura y la humildad cultural (diapositivas 5 a 9).
5. Muestre el video de humildad cultural (6 minutos): <https://www.youtube.com/watch?v=16dSeyLSOKw>
6. Presente los cuatro pilares de la humildad cultural y la diferencia entre la competencia cultural y la humildad cultural (diapositivas 11 a 13).
7. Actividad de reflexión personal. Pídales a las participantes que consideren cómo aportan su identidad, poder y privilegios al trabajo. Distribuya los folletos de reflexión personal. Deles tiempo a las participantes para completar el folleto de forma individual, luego pídale que formen parejas para compartir ideas con su compañero. Vuelva a convocar al grupo para realizar un análisis (diapositivas 13 a 15).
8. Explique la conexión entre la empatía y la humildad cultural y facilite el análisis (diapositiva 16).
9. Conclusión: repase los cuatro pilares de la humildad cultural. Pídales a las participantes que compartan una lección aprendida de la sesión de hoy que usarán en su trabajo (diapositiva 17).



Roles C3 relacionados

Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, capacidad de comunicarse con empatía, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, capacidad de practicar la humildad cultural



Métodos de enseñanza

Clase, diádas, diálogo

Nota del facilitador: esta sesión debe estar a cargo de un capacitador con experiencia en humildad cultural o un enfoque similar.



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Humildad cultural, empatía



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Video: *Cultural Humility* <https://www.youtube.com/watch?v=16dSeyLSOKw>

Folletos

- Actividad de reflexión personal



Recursos

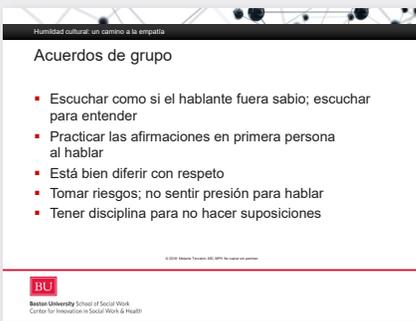
Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). "Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9 (2), 117-125.

https://melanietervalon.com/wp-content/uploads/2013/08/CulturalHumility_Tervalon-and-Murray-Garcia-Article.pdf

Humildad cultural: un camino a la empatía

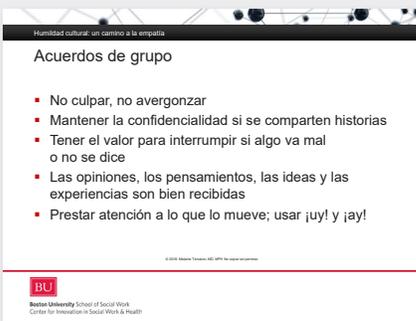


DIAPPOSITIVA 1



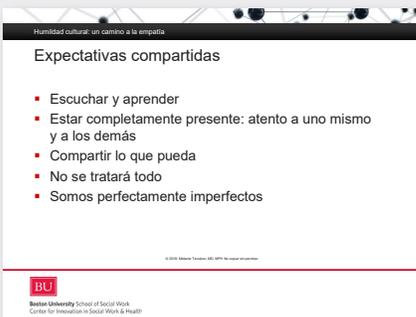
DIAPPOSITIVA 2

Establezca el tono para la sesión al repasar los acuerdos del grupo. Este es un paso importante para crear un contexto seguro para la exploración y el diálogo. Tómese unos minutos para revisar y fomentar los comentarios de las participantes. Investigue el significado y aclare las declaraciones. Invite a las participantes a que acepten respetar los acuerdos del grupo para establecer y mantener un ambiente de aprendizaje que sea respetuoso y seguro para todos.



DIAPPOSITIVA 3

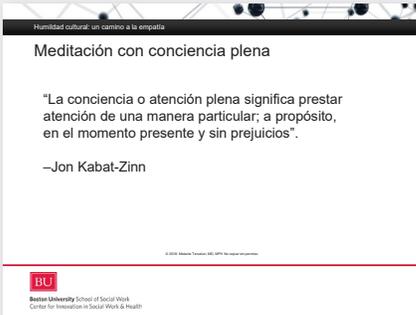
Después de la revisión, pídale a las participantes que levanten la mano para demostrar su compromiso con los acuerdos del grupo.



DIAPPOSITIVA 4

Revise la diapositiva.

Además de los acuerdos del grupo, alinearnos con estas expectativas compartidas nos ayudará a explorar el contenido juntos y nos invitará a ser conscientes y valientes.



DIAPPOSITIVA 5

Lidere al grupo en una actividad de atención plena. Este puede ser un simple ejercicio de respiración profunda para centrar a las participantes en el momento presente (tiempo aproximado: 5 minutos).

La atención plena es el modo en que nos posicionamos para el trabajo de la humildad cultural. Es la inclinación deseada para crear un ambiente dentro de uno mismo que sea paciente, presente y que acepte la realidad tal como es sin juzgarla.

Ejemplo de una meditación guiada: (lea la meditación a un ritmo cómodo y sin prisas. Espere un momento entre las declaraciones para favorecer la experiencia).

- Pónganse cómodas y respiren profundamente. Cierren los ojos si lo desean o enfóquense en un objeto de su elección.
- Con cada respiración, inhalen paz, compasión y aceptación y exhalen tensión, preocupación o inquietud. Descansen en la tranquilidad del momento presente.
- Continúen respirando profundamente mientras la paz las tranquiliza.
- Ahora, imaginen que su corazón es el sol. Brilla con gran resplandor dentro suyo. Su calor y luz irradian en todo su ser y en el mundo que las rodea. Imaginen que cada haz de luz extiende la aceptación, el perdón, la paciencia y el amor a toda la humanidad, incluidas a ustedes mismas. La aceptación, el perdón, la paciencia y el amor las llenan y se extienden a las personas que aman y a las que les resultan problemáticas. Permitan que esta luz de amor evoque paz, paz para todas las personas y todas las situaciones. Simplemente déjense llevar en la energía de este momento. Confíen en que la vida es el sostén de todos los seres. Descansen en su integridad y ofrezcan integridad a todos los demás.
- Respiren hondo unas cuantas veces más. Cuando estén listas, podemos avanzar juntos.

Análisis:

Pídales a las participantes que compartan cualquier reflexión o comentario breve.

Resume

Agradézcales a las participantes por comprometerse individualmente a crear en conjunto la calidad en el entorno de aprendizaje. A medida que avanzamos, entenderemos que el trabajo de la humildad cultural está anclado en muchas de las prácticas que acabamos de realizar. Es una práctica continua de preguntas motivadas por la curiosidad que acaban con la tendencia de hacer suposiciones.



DIAPPOSITIVA 6

Antes de definir la humildad cultural, conozcamos a las dos mujeres que fundaron este marco: la Dra. Melanie Tervalon y la Dra. Jann Murray-Garcia.

En 1992, cuando trabajaban en el Children's Hospital Oakland, la Dra. Tervalon y la Dra. Murray-Garcia brindaban servicios a una comunidad que se estaba recuperando de disturbios y divisiones raciales consecuencias de la absolución de cuatro policías de Los Ángeles acusados de golpear brutalmente a Rodney King después de una persecución a alta velocidad.

El veredicto y los disturbios de Rodney King intensificaron las tensiones raciales y fomentaron las divisiones que afectaron la calidad de la atención que recibieron los pacientes y las relaciones entre el personal del hospital étnicamente diverso. En respuesta, el personal del hospital y los miembros de la comunidad participaron en diálogos y procesos continuos para abordar los problemas, lo que finalmente condujo a la formación del Programa de currículo multicultural del Children's Hospital entre 1992 y 1997.

Como resultado de esos esfuerzos, se formó el marco de humildad cultural y en 1998 se publicó el artículo periodístico "Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes multicultural education", escrito por la Dra. Tervalon y la Dra. Murray-Garcia.

Humildad cultural: un camino a la empatía

Humildad cultural: un camino a la empatía

¿Qué es la cultura?

La cultura es el estilo de una sociedad, su forma de vivir y morir.

Abarca las artes eróticas y culinarias; el baile y el entierro; la cortesía y las maldiciones; el trabajo y el ocio; los rituales y festivales; los castigos y las recompensas; el modo de tratar a los muertos y los fantasmas, quiénes habitan nuestros sueños; las actitudes hacia las mujeres, los niños, los ancianos y los extraños, los enemigos y los aliados; la eternidad y el presente; el aquí y ahora y el más allá.



© 2016 Boston University School of Social Work, Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 7

Tomémonos un momento para reflexionar sobre el significado de la cultura.

Pídale a una participante que lea el extracto de la diapositiva que describe la cultura.

Invite a las participantes a compartir sus pensamientos sobre este fragmento y cómo se relaciona con su comprensión de la cultura.

Nota del facilitador: Octavio Paz escribió la cita original en español. Es posible que esta traducción no capte completamente el significado original. Octavio Paz se refería a la civilización, aunque creemos que esto se puede aplicar a lo que queremos decir y a cómo hablamos de cultura sin duda en los Estados Unidos.

Referencia: Adaptado de "México y Estados Unidos", *The New Yorker*, 17 de septiembre de 1979. Traducido al inglés por Rachel Phillips Belash

Humildad cultural: un camino a la empatía

La cultura...

- Consiste en sistemas compartidos de valores, creencias,
- "Es la lente por donde se ve el mundo"
- Es un conjunto de patrones de comportamiento aprendidos
- Es siempre cambiante, está socialmente enmarcada
- Se expresa en puntos de vista, actitudes y comportamientos
- A veces se hace referencia a la cultura mediante categorías
- A menudo se define de forma individual

© 2016 Boston University School of Social Work, Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Comparta estas características distintivas de cultura.

Humildad cultural: un camino a la empatía

Humildad cultural

"No es un punto final discreto, sino un compromiso y una participación activa en un proceso continuo en el que las personas participan de manera continua con los participantes, las comunidades, los colegas y consigo mismos".

– Leland Brown, 1994

© 2016 Boston University School of Social Work, Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Comparta la información de la diapositiva.

El punto importante a destacar sobre esta declaración es que la humildad cultural es un compromiso y proceso continuo y de por vida.

Humildad cultural: un camino a la empatía

Video: "Cultural Humility"

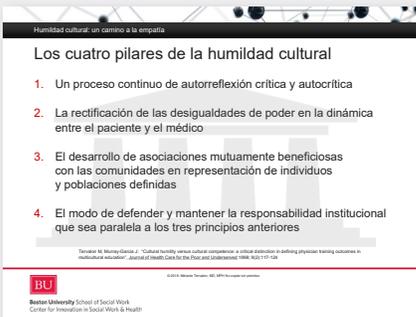


© 2016 Boston University School of Social Work, Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 10

Video: *Cultural Humility Edited* <https://www.youtube.com/watch?v=16dSeyLSOKw> (Tiempo: 6 minutos)

Este video proporciona una breve introducción de la humildad cultural y hace distinciones entre la humildad cultural y la competencia cultural. Aparecen las fundadoras, la Dra. Melanie Tervalon y la Dra. Murray-Garcia.



DIAPPOSITIVA 11

Repasemos brevemente lo que escuchamos en el video y amplíemos el alcance.

Pilar 1

Un proceso continuo de autorreflexión crítica y autocrítica.

La idea detrás de este pilar es que las personas obtendrán una conciencia continua y criticarán sus lentes culturales, prejuicios, poder, privilegios e identidades. Esta información se utilizará de manera continua para garantizar que la prestación del servicio sea respetuosa y equitativa; evitando así los estereotipos, las suposiciones erróneas y los comportamientos sesgados.

Pilar 2

La rectificación de las desigualdades de poder en la dinámica entre el paciente y el médico

Este pilar reconoce que las personas son expertas en sus propias vidas. En el contexto de CHW, este pilar reconoce que un enfoque centrado en el cliente es mejor ya que los clientes establecen sus propias prioridades. La voz del paciente se centra en la dinámica entre el cliente y el proveedor; por lo tanto, se eliminan los diferenciales de poder y se crean intercambios equitativos. La humildad se evidencia en la intención de las CHW de escuchar y aprender.

Pilar 3

El desarrollo de asociaciones mutuamente beneficiosas con las comunidades en representación de individuos y poblaciones definidas

Este pilar reconoce que la relación entre el proveedor y el cliente ocurre dentro del contexto de la comunidad, que incluye la historia, la política, la economía, entre otros. La consideración consciente y la crítica de esos elementos contextuales es importante para formar asociaciones significativas y equitativas. Además, las organizaciones desarrollan políticas y formas de centrar las voces de la comunidad y trabajan en conjunto para proporcionar servicios de calidad.

Pilar 4

El modo de defender y mantener la responsabilidad institucional que sea paralela a los tres principios anteriores

El cuarto y último pilar de la humildad cultural reconoce que el trabajo individual es importante y las instituciones deben participar en el mismo trabajo de autorreflexión crítica y autocrítica, mitigar las desigualdades de poder y desarrollar asociaciones mutuamente beneficiosas para transformar la inequidad, la discriminación y las culturas y políticas organizativas sesgadas. Se alienta a las organizaciones a enfrentarse al espejo, mirar sus reflejos y responder con preguntas motivadas por la curiosidad para desarrollar políticas y entornos de trabajo que sean justos, accesibles, respetuosos e inclusivos.

Nota del facilitador: esto pretende ser una introducción o visión general de la humildad cultural. La humildad cultural es un marco de múltiples niveles y matices donde se fomenta el aprendizaje y el desarrollo continuo.

Lea más sobre humildad cultural.

Recursos:

Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). "Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9 (2), 117-125.

https://melanietervalon.com/wp-content/uploads/2013/08/CulturalHumility_Tervalon-and-Murray-Garcia-Article.pdf

Humildad cultural: un camino a la empatía

Humildad cultural: un camino a la empatía

Competencia cultural y humildad cultural:
¿Cuál es la diferencia?

Competencia cultural	Humildad cultural
<ul style="list-style-type: none">• Dominio/experto• Punto final• Rígida• Técnica• Jerarquía• Lineal• "Status quo"	<ul style="list-style-type: none">• Aprendiz/estudiante• Fluida• Flexible, dinámica• Personal, auténtica• Asociación• En evolución• Camino a la equidad

© 2016 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 12

Las personas a menudo usan los términos competencia cultural y humildad cultural de manera indistinta, pero existen diferencias.

Pídales a las participantes que compartan sus ideas sobre las diferencias entre los dos marcos mientras leen las listas con viñetas.

Comparta las distinciones clave:

La competencia cultural se define como la capacidad de interactuar de modo eficaz con personas de diferentes culturas. La competencia cultural comprende cuatro componentes: a) conciencia de la propia cosmovisión cultural, b) actitud hacia las diferencias culturales, c) conocimiento de diferentes culturas y cosmovisiones, y d) habilidades interculturales. (Wikipedia, 2011.)

La competencia cultural implica que las personas pueden dominar o convertirse en expertos en una comunidad o un grupo cultural. La consecuencia de ganar dominio es que las personas asumen que saben todo lo que hay que saber sobre un grupo y dejan de notar distinciones y de aprender. Esta inclinación puede llevarlas a abordar las interacciones con arrogancia cultural y separatismo, invocando así una posición de privilegio. Básicamente, la práctica de la competencia cultural puede poner énfasis en obtener conocimiento sobre un grupo cultural y aplicar esa información a todos los miembros que pertenecen a ese grupo. De esta forma, ese conocimiento se convierte en el *status quo* y no se reconoce el efecto de los propios prejuicios, valores, poderes y privilegios. Invite a las participantes a recordar el ejemplo sobre el paciente latino del video.

En contraposición, la humildad cultural reconoce la importancia de ser un aprendiz permanente que siempre siente curiosidad por los grupos culturales y las experiencias únicas de las personas que son miembros de esos grupos. Según la Dra. Teravalon y la Dra. Murray-García: "El marco de la humildad cultural se enfoca deliberadamente en el aprendizaje en las interacciones entre las personas dentro de su contexto, el reconocimiento de las desigualdades de poder entre aquellos que interactúan y la comprensión de que la experiencia y la expresión individual, por institución, proveedor y cliente redefine lo que significa cultura en cada interacción". No hay punto final. Por lo tanto, una práctica culturalmente humilde es fluida, flexible, dinámica y un camino evolutivo hacia la equidad.

DIAPPOSITIVA 13

Como ya mencionamos, una distinción clave para la humildad cultural es tener conocimiento de su propia identidad y lo que está aportando a una interacción.

Pregúntele a las participantes: "¿De qué manera están aportando su identidad, poder y privilegio al trabajo?"

Invítelas a responder y explique que la próxima actividad permitirá obtener más información sobre cómo nuestras identidades, valores culturales y creencias afectan nuestros comportamientos.

Humildad cultural: un camino a la empatía

Autorreflexión crítica y aprendizaje continuo

- Conozca su identidad y lo que está aportando a una interacción.
- ¿De qué maneras está aportando su identidad, poder y privilegio al trabajo?

© 2016 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health



DIPOSITIVA 14

Explique lo siguiente: para nuestra próxima actividad, pasaremos tiempo considerando nuestras propias identidades.

Todos tenemos múltiples identidades que incluyen el género, la raza, la etnia, la orientación sexual, la condición socioeconómica y la afiliación religiosa y espiritual. Algunos ejemplos adicionales de identidades son los padres, el nivel educativo, la discapacidad, el cuidador y otros. Nuestras identidades siempre están evolucionando y dan forma a cómo vemos e interpretamos el mundo que nos rodea. Informan cómo nos mostramos e interactuamos en espacios y con personas debido a nuestros valores y creencias asociadas. Muchos no somos conscientes de estos valores y creencias y de cómo influyen en nuestras percepciones, juicios e interacciones. Esta actividad permitirá ilustrar un ejemplo personal mientras practicamos el primer pilar de la humildad cultural mediante la participación en un momento de autorreflexión crítica.

- Dirija la atención de las participantes al folleto “Reflexión personal”. Brinde instrucciones para completar el folleto y proporcione un ejemplo (se proporciona un ejemplo en la siguiente diapositiva).
- Pregunte: “¿Cuáles son algunos ejemplos de sus identidades?” Pídale a las participantes que enumeren cuatro ejemplos, uno al lado de cada brazo y cada pierna del muñeco de palitos en el folleto.
- Luego, elijan una identidad que sea más prominente o apremiante para ustedes en este momento. Puede ser una de las identidades que acaban de escribir o una diferente. Escriban esa identidad en la cabeza del muñeco de palitos.
- Ahora consideren, “¿Con qué valor cultural o creencia se asocia esa identidad?” Escriban el valor o la creencia en el espacio provisto en el folleto.
- Luego, identifiquen cómo ese valor cultural o creencia afecta su trabajo o comportamiento con los clientes.
- Continúe con la siguiente diapositiva para ilustrar un ejemplo.

Nota del facilitador: complete el folleto “Reflexión personal” antes de esta sesión para usarlo como ejemplo además del que se proporciona en la siguiente diapositiva.



DIPOSITIVA 15

Ejemplo:

4 identidades (no se muestran en la diapositiva, pero deben escribirse en los brazos y las piernas del muñeco de palitos).

- Mujer
- Casada
- Cristiana
- Universitaria

La identidad prominente es una persona de 50 años (escrita en la cabeza del muñeco de palitos).

La creencia o el valor cultural que es importante para esta identidad es la urgencia y la creencia de que se está acabando el tiempo para lograr las cosas. El sentido de urgencia es muy apremiante para esta persona que se da cuenta de que a la edad de 50 años puede haber vivido más tiempo que el que le queda por delante.

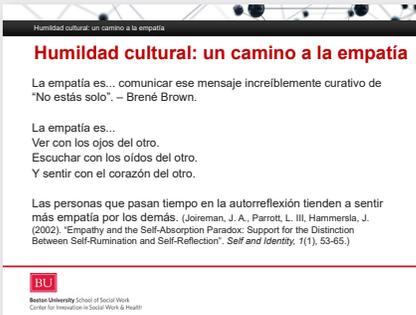
Este valor o creencia cultural en la urgencia se manifiesta en el trabajo de esta persona como CHW al proyectar un sentido de urgencia en sus clientes.

Por ejemplo, un cliente podría estar considerando dejar de fumar. El cliente está indeciso y no ha determinado por sí mismo los beneficios de dejar de fumar. En lugar de ayudar al cliente a sopesar las ventajas y las desventajas de dejar de fumar, la creencia de la CHW en la urgencia se apropia de la interacción. La CHW (inconscientemente) ejerce presión sobre el cliente para que tome la decisión de dejar de fumar AHORA y lo presiona para que elabore un plan de acción. Dado que el cliente no ha decidido que está listo para dejar de fumar, los esfuerzos de la CHW para avanzar probablemente fracasarán. En este ejemplo, podemos ver cómo nuestros propios valores o creencias culturales informan cómo vemos e interpretamos el mundo que nos rodea. Muchas veces, desconocemos estas lentes culturales y basadas en valores, pero afectan la manera en que nos comportamos.

Deles tiempo a las participantes para completar el folleto individualmente. Luego, pídales que formen parejas para compartir sus ideas con una compañera. (Aproximadamente 10 minutos)

Cuando terminen de compartir las ideas, vuelva a convocar al grupo y pregunte:

- ¿Qué ideas obtuvieron como resultado de esta actividad?
- ¿Qué valor aporta la autorreflexión crítica y el autoanálisis al trabajo de una CHW?



DIPOSITIVA 16

¿Cómo se conecta la empatía con la humildad cultural?

Antes de explorar esa pregunta, definamos empatía.

Según el científico social, Brené Brown, la empatía es comunicar ese mensaje increíblemente curativo de "No estás solo".

La empatía es...

- Ver con los ojos del otro.
- Escuchar con los oídos del otro.
- Y sentir con el corazón del otro.

La empatía es la capacidad de comprender o sentir lo que otra persona está experimentando dentro de su marco de referencia, es decir, la capacidad de ubicarse en la posición de otro. (Wikipedia, 2019)

Estas definiciones de empatía junto con lo que entendemos sobre la humildad cultural nos permiten afirmar que la humildad cultural es un camino hacia la empatía. La empatía es una habilidad necesaria para las CHW que trabajan con clientes y dentro de las instituciones porque nos alienta a ver y sentir desde la perspectiva de los demás. La información derivada de la conexión empática puede ayudar a ampliar nuestras perspectivas y obtener la información necesaria para mitigar las desigualdades de poder, trabajar en asociación con otros y responsabilizar a las instituciones del trabajo de humildad cultural.

De hecho, el primer pilar de la humildad cultural, participar en un proceso de autorreflexión crítica y autocrítica continua, es particularmente útil para desarrollar habilidades de empatía.

Invite a las participantes a trabajar con su compañera en la actividad de reflexión personal y en el diálogo sobre la siguiente pregunta: hagan una lista de al menos dos razones por las que participar en un proceso de autorreflexión crítica y autocrítica continua es particularmente útil para desarrollar habilidades de empatía (aproximadamente de 3 a 5 minutos).

Vuelva a convocar al grupo e invite a las participantes a compartir sus respuestas con el grupo grande.

Resuma las respuestas y comparta el punto final en la diapositiva: "Las personas que pasan tiempo en la autorreflexión tienden a sentir más empatía por los demás".

El trabajo de la humildad cultural es una invitación a tomar conciencia y ser responsables de nuestras lentes informadas por la cultura y de lo que aportamos a la dinámica de la relación. Una práctica sólida en la autoconciencia puede fomentar la atención plena y la humildad necesarias para extender la empatía a las personas, las circunstancias, los eventos y las instituciones. Podemos participar en el trabajo de manera responsable, con autenticidad y respeto por los diferentes puntos de vista.

Nota del facilitador: si el tiempo lo permite, explore el valor de tener empatía al mitigar las desigualdades de poder, trabajar en asociación con otros y responsabilizar a las instituciones del trabajo de humildad cultural.

DIPOSITIVA 17

Resuma:

Pídales a las participantes que compartan una idea significativa de esta sesión. Anime a las participantes a notar la relevancia de la humildad cultural en su trabajo como CHW.

Resuma y cierre la clase con los siguientes puntos. Agregue otras ideas que valgan la pena revisar de la sesión de hoy.

Los cuatro pilares de la humildad cultural son los siguientes:

1. Un proceso continuo de autorreflexión crítica y autocrítica.
2. La rectificación de las desigualdades de poder en la dinámica entre el paciente y el médico.
3. El desarrollo de asociaciones mutuamente beneficiosas con las comunidades en representación de individuos y poblaciones definidas.
4. El modo de defender y mantener la responsabilidad institucional que sea paralela a los tres principios anteriores.

La humildad cultural es diferente de la competencia cultural.

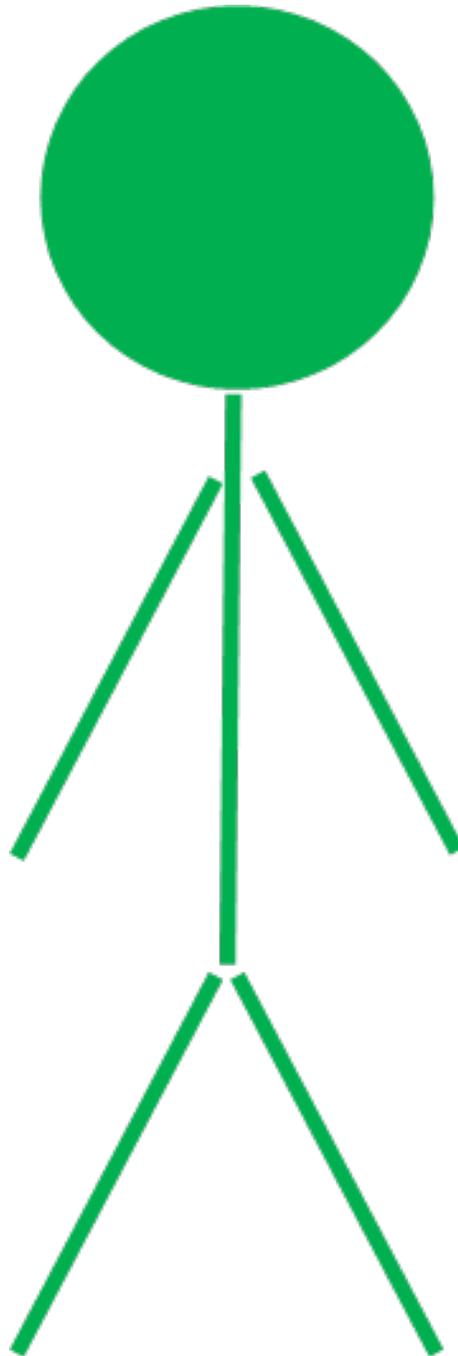
La humildad cultural es un proceso continuo y es un camino para desarrollar las habilidades de empatía.

La humildad cultural es una práctica transformadora consciente de por vida.



Actividad de reflexión personal

Identidad cultural



Valor o creencia cultural



Comportamiento

Adaptado con el permiso de V. Keiffer-Lewis Neal, "An Introduction to Cultural Humility" (2018)

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades de formación de equipos para apoyar la integración



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Identificar cómo ellas y las integrantes de su equipo pueden generar confianza.
- Nombrar las habilidades y la experiencia de las integrantes de su equipo.
- Comprender las diferentes contribuciones de las integrantes del equipo.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas y organice las sillas para actividades en grupos pequeños.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2).
3. Muestre los ejemplos de cómo construir y ganar confianza (diapositiva 3). Pregúnteles a las participantes si pueden pensar en otros ejemplos de cómo generar confianza entre colegas y clientes.
4. Actividad: construir confianza con el equipo (20 minutos)
 - Pídales a las participantes que formen grupos pequeños con el equipo de su organización.
 - Distribuya el folleto Cómo desarrollar y ganar confianza.
 - Muestre las instrucciones de la actividad (diapositiva 4).
5. Cierre la actividad. Pregunte: “¿Qué aprendieron que les será útil mientras trabajan en equipo?”



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, gestión de casos y navegación del sistema

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades y conducta profesional, coordinación de servicios y habilidades de navegación



Métodos de enseñanza

Escritura individual, actividad en grupos pequeños



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Confianza, integración del equipo



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint

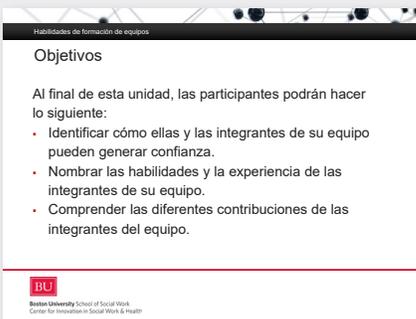
Folleto

- Cómo desarrollar y ganar confianza

Habilidades de formación de equipos para apoyar la integración



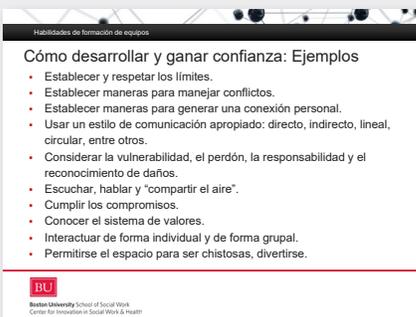
DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

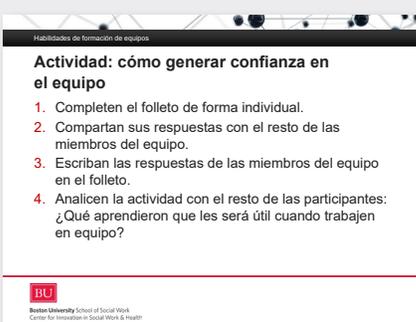
Explique lo siguiente: para esta sesión, nos centraremos en cómo podemos crear más confianza con las integrantes de nuestro equipo y apreciar sus roles.



DIAPPOSITIVA 3

Revise la diapositiva.

Invite a las participantes a compartir otros ejemplos de cómo generar confianza entre colegas y clientes.



DIAPPOSITIVA 4

Ahora haremos una actividad en la que tendrán la oportunidad de pensar por su cuenta cómo construyen y ganan confianza y, luego, aprenderán de sus compañeras de equipo cómo ellas construyen y ganan confianza.

Distribuya el folleto Cómo desarrollar y ganar confianza.

Pídale a cada participante que se tome 10 minutos para completar el folleto por su cuenta.

Luego, pídeles que formen pequeños grupos con las integrantes de su equipo y compartan entre ellas lo que escribieron. Las participantes deben escribir las respuestas de las integrantes del equipo en su folleto (10 minutos).

Para cerrar, reúna nuevamente al grupo. Pregunte: "¿Qué aprendieron que les será útil mientras trabajan en equipo?"

Cómo desarrollar y ganar confianza:

Nombre de la persona	¿Cómo genera confianza en los demás?	¿Cómo los demás se ganan su confianza?	¿Qué se siente estar en una relación de confianza?	¿Cómo prefiere que la traten, la contacten, la toquen y la saluden? ¿Cuáles son sus pronombres?
Yo				



Nombre de la persona	¿Cómo genera confianza en los demás?	¿Cómo los demás se ganan su confianza?	¿Qué se siente estar en una relación de confianza?	¿Cómo prefiere que la traten, la contacten, la toquen y la saluden? ¿Cuáles son sus pronombres?

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Cómo generar confianza



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comenzar a generar confianza y construir relaciones entre ellas.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, prepare una hoja de rotafolio con un encabezado que diga "Expectativas de la capacitación".
2. Deles la bienvenida a las participantes. Explique lo siguiente: utilizaremos una filosofía y metodología de educación y organización llamada educación popular (educación del pueblo), que se ha identificado como la mejor práctica para capacitar a las promotoras de salud (CHW) en todo el mundo.
3. Dinámica/Actividad de movimiento
 - Un principio de la educación popular es crear una atmósfera de confianza para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.
 - Distribuya el folleto. Explique que, para crear una atmósfera de confianza e intercambio de experiencias, utilizaremos una dinámica llamada "Los reporteros".
 - Llamamos a estas "actividades de construcción de movimiento" intencionalmente. Estamos usando ambos significados de la palabra "movimiento". Estos son juegos de aprendizaje social que a menudo incluyen algún tipo de movimiento físico y que también construyen relaciones y movimientos sociales.
 - Cuando decimos ya, aléjense de donde están sentadas y encuentren a la persona que menos conocen en la habitación. Cuando encuentren a su pareja, entrevisten a esa persona como un reportero con las preguntas del folleto.
 - Después de que todas las parejas se hayan entrevistado, volveremos a reunirnos y cada persona presentará a su pareja.
 - Deles a las participantes entre 15 y 20 minutos para reunirse y hacer las preguntas.
 - Haga que el grupo vuelva a reunirse y presente a sus parejas.
 - Registre notas en el rotafolio solo para las expectativas de la capacitación.
4. Cierre la actividad. Pregúnteles a las participantes qué les llama la atención sobre esta dinámica. Comparta la diapositiva de PowerPoint sobre por qué usamos Dinámicas.



Roles C3 relacionados

Brindar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural, brindar asesoramiento y apoyo social.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de comunicación



Métodos de enseñanza

Reflexionar, trabajar en parejas y compartir



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Confianza, comunicación



Materiales

- Computadora con proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores
- PowerPoint

Folleto

- Los reporteros

Cómo generar confianza

DIAPPOSITIVA 1

Cómo generar confianza

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

BOSTON
UNIVERSITY

DIAPPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

¿Por qué utilizamos Dinámicas?

- En la educación popular se reconoce que aprendemos con la cabeza, el corazón y el cuerpo.
- Se reconoce el papel de los sentimientos y las emociones en la educación y la organización comunitaria.
- Utilizamos dinámicas o actividades de desarrollo del movimiento (movement-building activities, MBA) para crear una atmósfera de confianza para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.
- Las dinámicas o MBA serán un desafío para algunas personas al principio. No las obliguen a participar. Permitan que miren y si lo desean, pueden participar.

BU

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

“Los reporteros”

Instrucciones: busquen en la sala a la persona que menos conozcan. Cuando encuentren a su pareja, entrevisten a esa persona como un reportero. Le preguntarán a la otra persona:

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Dónde trabaja o a qué comunidad representa?
3. ¿Qué espera de esta capacitación?

Después de que todas las parejas se hayan entrevistado, volveremos a reunirnos y cada persona presentará a su pareja.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

La construcción de una red de socios comunitarios



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender las asociaciones estratégicas.
- Aprender a desarrollar y mantener asociaciones.
- Conocer los diferentes tipos de asociaciones.
- Identificar los tipos de recursos que las personas que viven con VIH podrían querer y necesitar.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint y los folletos. Prepare dos hojas de rotafolio: 1. Asociaciones exitosas y 2. Desafíos con las asociaciones. Coloque notas adhesivas de dos colores en las mesas junto con los marcadores.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2).
3. Muestre cómo implementar asociaciones y tipos de asociaciones y pídale a las participantes ejemplos de su trabajo (diapositivas 3 a 8).
4. Comience la actividad de lluvia de ideas sobre cómo construir asociaciones (diapositiva 9).
5. Analice la creación de un kit de herramientas de recursos (diapositiva 10) y complete el folleto.
6. Cierre la actividad. Pregunte si las participantes tienen alguna pregunta o comentario final. Consulte el folleto sobre la creación de recursos comunitarios y un plan de red. Pídale a las voluntarias que compartan algo que aprendieron que usarían en su trabajo con los socios.



Recursos

Boston University School of Social Work. Center for Innovation in Social Work and Health. 2019. *A Guide to Implementing a Community Health Worker (CHW) Program in the Context of HIV Care*. Boston, MA, <https://ciswh.org/chw-impact-materials/>



Roles C3 relacionados

Desarrollar capacidades individuales y comunitarias, coordinación de atención; gestión de casos y navegación del sistema; mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales; defender a las personas y las comunidades; realizar actividades de divulgación

Habilidades C3 relacionadas

Desarrollo de capacidades, coordinación de servicios y habilidades de navegación, habilidades de defensa, habilidades de divulgación, habilidades profesionales y conducta



Métodos de enseñanza

Clase, actividad en grupos pequeños, lluvia de ideas

Nota del facilitador: esta sesión también se puede realizar de forma virtual como un seminario web. Se puede adaptar fácilmente si tiene una plataforma como Zoom o Skype y las participantes tienen acceso a una computadora. Si realiza un seminario web, tómese 10 minutos para probar la tecnología y ayudar a las participantes a conectarse.



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Socios comunitarios, red comunitaria, divulgación, recursos



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Notas adhesivas, preferiblemente de diferentes colores (azul y amarillo)
- Rotafolio
- Marcadores

Folletos

- Construcción de una red de socios y recursos comunitarios

La construcción de una red de socios comunitarios

DIAPOSITIVA 1

La construcción de una red de socios comunitarios

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

BOSTON
UNIVERSITY

DIAPOSITIVA 2

Lea los objetivos.

Objetivos

- Comprender las asociaciones estratégicas.
- Aprender a desarrollar y mantener asociaciones.
- Conocer los diferentes tipos de asociaciones.
- Identificar los tipos de recursos que las personas que viven con VIH podrían querer y necesitar.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 3

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

¿Qué es una asociación?

- Un grupo de organizaciones que trabajan juntas por un objetivo común.
- Una asociación es estratégica cuando le proporciona a su organización los medios y métodos para avanzar en la misión.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 4

Lea los pasos para implementar asociaciones.

Pregúntele a las participantes: “¿Agregarían pasos adicionales según su experiencia?”

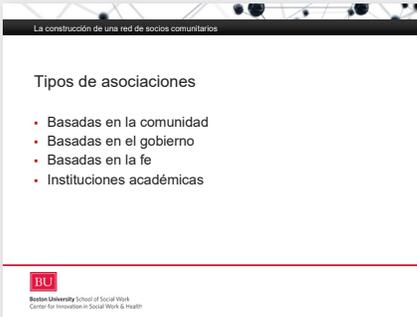
Escriba los comentarios en el rotafolio.

Los pasos para implementar asociaciones

- Identificar y participar en la organización potencial
- Establecer una relación personal y generar confianza
- Aclarar sus metas y los objetivos que cada socio quiere lograr
- Elegir e implementar una asociación que sea beneficiosa para ambas partes

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

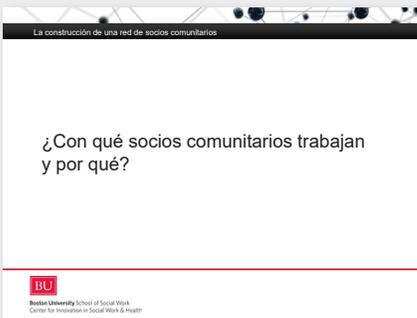
La construcción de una red de socios comunitarios



DIAPPOSITIVA 5

Lea la diapositiva.

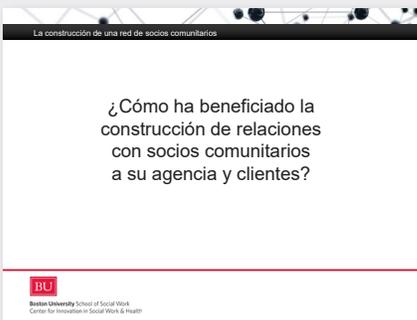
Pregúnteles a las participantes si tienen algún ejemplo para compartir de su trabajo.



DIAPPOSITIVA 6

Hágales la pregunta en la diapositiva a las participantes.

Promueva un análisis breve de las respuestas.



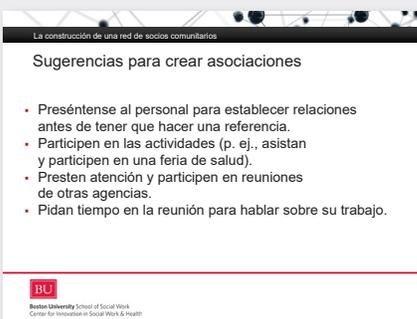
DIAPPOSITIVA 7

Hágales la pregunta en la diapositiva a las participantes.

Promueva un análisis breve de las respuestas.

Comparta ejemplos según sea necesario:

- Solicitar una subvención juntas en lugar de competir como organizaciones individuales.
- Fortalecer la comunicación entre el personal sobre las necesidades del cliente.



DIAPPOSITIVA 8

Puntos de conversación para esta diapositiva:

Ser estratégico: por ejemplo, diferentes organizaciones pueden trabajar juntas en lugar de competir por el mismo dinero.

Unir fuerzas con una organización con base en la comunidad que puede proporcionar vivienda o atención médica, que atiende a la misma demografía y trabaja para alcanzar los mismos objetivos.

Forme un contrato de asociación: ¿qué organización hará qué? Por ejemplo, una organización proporciona alojamiento y la organización asociada brinda atención médica (se derivan los clientes entre ellas).

¿Cómo se incluye a los supervisores en estas discusiones? Formar relaciones es el trabajo del supervisor y del director. Las promotoras de salud (CHW) lo hacen posible, son los pies en la tierra. Las CHW pueden comenzar a llevar a cabo algunas de estas acciones a medida que crece su experiencia, pero no al principio. Aprenderán más a medida que avancen.

La construcción de una red de socios comunitarios

La construcción de una red de socios comunitarios

Lluvia de ideas sobre la creación de asociaciones

- Sobre la nota adhesiva amarilla, escriban un ejemplo de colaboración exitosa que hayan tenido con otra agencia.
- En la nota adhesiva azul, escriban un desafío que hayan enfrentado al intentar colaborar con otra agencia.
- Una a la vez, cada participante pasará al frente y leerá y pegará sus notas adhesivas en la página del rotafolio.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 9

Pregunte a las participantes:

- ¿Quién tomó la iniciativa en esta relación y qué rol tuvieron?
- ¿Existen relaciones nuevas para sus agencias debido a su trabajo?
- ¿Hay CHW o navegadores en sus agencias con quienes han establecido relaciones o colaborado?

La construcción de una red de socios comunitarios

La creación de un juego de herramientas de recursos

- ¿Cuáles son los tipos de recursos que alguien que vive con el VIH podría desear?
- ¿Cuáles son algunas estrategias para descubrir cómo acceder a estos recursos?

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 10

Hágales las preguntas en la diapositiva a las participantes.

Promueva un análisis breve de las respuestas.

Distribuya el folleto: Construcción de recursos y un plan de red en mi comunidad. Deles 10 minutos a las participantes para completar el formulario. Pídale a voluntarias que compartan sus respuestas con el grupo. Revise cada pregunta.

Invite a las participantes a revisar el formulario con su supervisor en otro momento. Además, aliéntelas a utilizar la evaluación de las necesidades de la comunidad en el recurso de la guía de implementación como referencia al evaluar las fortalezas, las necesidades y los recursos de la comunidad.

La construcción de una red de socios comunitarios

Referencias:

[Engaging Your Community: A Toolkit For Partnership, Collaboration, and Action](https://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=14333&lid=3)

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 11

Comparta la referencia del kit de herramientas.

https://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=14333&lid=3

Construcción de una red de socios y recursos comunitarios

Nombre del participante: _____

¿Qué recursos son importantes en mi comunidad para que accedan mis clientes?

¿Qué organizaciones proporcionan esos recursos? Lista de recursos y agencias:

¿Cuáles podrían ser algunos obstáculos para ayudar a los clientes a acceder a esos recursos?

¿Cómo puedo ayudar a los clientes a superar esos obstáculos?

¿Con qué organizaciones ya tengo relaciones?

¿Con qué organizaciones debo construir relaciones? ¿Cómo voy a contactarme con ellas?

¿Hay alguien que pueda conectarme con el personal?

¿Qué tipo de apoyo necesito de mi agencia para construir relaciones con estos socios comunitarios?

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de casos



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender el propósito de una conferencia de casos.
- Describir la diferencia entre la coordinación de casos y las conferencias de casos.
- Enumerar algunas cuestiones prácticas a considerar cuando se organiza una conferencia de caso
- Conocer los principios generales de documentación relacionados con las conferencias de casos.
- Identificar lo que hace su sitio para incorporar a las promotoras de salud (CHW) en el proceso de conferencia de casos



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint y el folleto. Prepare una hoja de rotafolio con el encabezado: Ejemplo de conferencias de casos.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2).
3. Muestre las definiciones de conferencias de casos en comparación con la coordinación de casos y promueva un análisis breve como se indica en las notas de las diapositivas (diapositivas 3 a 5).
4. Muestre las diapositivas sobre las opciones para conferencias de casos, cómo se usan, por qué se realizaría una y por qué se documentaría en el registro de un cliente. Haga preguntas y promueva un análisis breve como se indica en las notas de las diapositivas (diapositivas 6-10). Anote las respuestas de las participantes en el rotafolio. Muestre la diapositiva 8 y pregunte "¿Por qué documentamos las conferencias de casos?" Distribuya el folleto "Ejemplo de formulario de conferencia de caso".
5. Pregunte: "¿Cómo se prepara para una conferencia de caso?" Muestre las diapositivas sobre cómo prepararse para una conferencia de caso (diapositivas 11 y 12). Muestre la diapositiva 13 para ver los puntos a cubrir durante una conferencia de caso.
6. Muestre la diapositiva sobre qué hacer durante y después de una conferencia de caso (diapositivas 13 y 14).
7. Cierre la actividad. Pregunte si alguien tiene una pregunta final. Pídale a las participantes que identifiquen un mensaje clave que hayan aprendido de esta unidad. Agradézcales por sus contribuciones.



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, manejo de casos y navegación del sistema, brindar orientación y apoyo social, defender a las personas y las comunidades.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, coordinación de servicios y habilidades de navegación



Métodos de enseñanza

Clase, práctica en grupos pequeños y diadas, análisis específicos del sitio.

Nota del facilitador: Idealmente una CHW experimentada y un supervisor estarán presentes como un equipo.



Tiempo previsto

2 horas



Conceptos clave

Conferencia de caso; coordinador de servicios; plan del paciente



Materiales

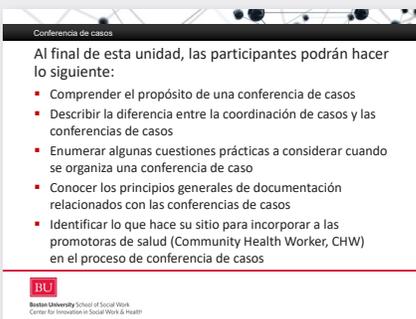
- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores

Folleto

- Ejemplo de formulario de conferencia de caso

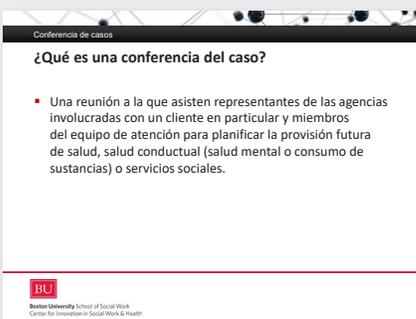


DIPOSITIVA 1



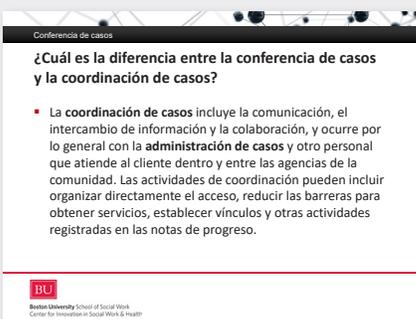
DIPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.



DIPOSITIVA 3

Revise la diapositiva.



DIPOSITIVA 4

Revise la diapositiva.

Conferencia de Casos

¿Cuál es la diferencia entre la conferencia de casos y la coordinación de casos?

- La **conferencia de casos** difiere de la coordinación de rutina. La conferencia de casos es un evento más formal, planificado y estructurado, separado de los contactos regulares. El objetivo de la conferencia de casos es proporcionar servicios integrales, coordinados e integrados entre proveedores y reducir la duplicación. Las conferencias de casos suelen ser interdisciplinarias e incluyen a uno o varios proveedores internos y externos y, **si es posible y adecuado, al cliente y los miembros de la familia o los apoyos cercanos.**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Opciones para las conferencias de casos

- Pueden ser en persona o por teléfono o videoconferencia.
- Pueden organizarse en intervalos regulares o durante períodos de cambio significativo (p. ej., cambio en la medicación, cambio en el estado de la vivienda del cliente, entre otros).

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Se pueden usar conferencias de casos con los siguientes objetivos:

- Identificar o aclarar problemas relacionados con el estado, las necesidades y los objetivos de un cliente
- Revisar actividades que incluyen el progreso y las barreras hacia las metas; identificar funciones y responsabilidades
- Resolver conflictos o formular soluciones
- Ajustar los planes de servicio actuales
- ¿Cuáles son algunos ejemplos de situaciones en las que una conferencia de caso sería útil?**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Las conferencias de casos se documentan en el registro del cliente

- ¿Por qué documentarían una conferencia de caso en el registro del cliente?**
- Un formulario de conferencia del caso puede ayudar a documentar a los participantes, los temas analizados y el seguimiento necesario como resultado de una conferencia de caso. Cuando se distribuye a los asistentes, el formulario recuerda a cada participante las funciones y las actividades que acordaron realizar.
- Consulten el ejemplo de formulario de conferencia del caso.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Revise la diapositiva.

Pregunte: “¿Cuáles son las diferencias entre las dos?” Escriba las respuestas en el rotafolio.

Pregunte: “¿Cuántas personas en su agencia participan en conferencias de casos? ¿Y en coordinación de casos?”

DIAPPOSITIVA 6

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.

Pregunte: “¿Cuáles son algunos ejemplos de situaciones en las que una conferencia de caso sería útil?”

Anote las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 8

Pregunte: “¿Por qué documentarían una conferencia de caso en el registro del cliente?”

Escriba las respuestas en el rotafolio.

Revise la diapositiva.

Conferencia de Casos

¿Por qué son útiles las conferencias de casos en persona?

- Aunque es más difícil de organizar, una conferencia de caso en persona puede aclarar problemas o resolver conflictos de manera más directa que una conferencia con las partes por separado o por teléfono. Involucrar a los clientes en conferencias de casos en persona con los proveedores fomenta la participación y reconoce su función en el proceso.
- **¿Cuáles son algunos ejemplos de situaciones en las que podrían querer involucrar al cliente?**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Tema central

- ¿Cuál es el enfoque principal y el propósito de la conferencia del caso?
- Sea específico: ¿qué quieren lograr y qué resultado están buscando?
- **¿Por qué es importante?**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Preparación para una conferencia de caso

- Creen una agenda.
- Asignen un facilitador, un tomador de notas y un cronometrador.
- Identifiquen a los participantes y sus funciones.
- Obtengan los documentos de ROI (divulgación de información) correspondientes firmados.
- Reúna datos e información clave (externa e interna) y compártanla con los participantes con anticipación.
- Encuentren una ubicación cómoda y conveniente.
- Determinen cómo se tomarán las decisiones; busquen el consenso.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Preparación para una conferencia de caso

- Invierten en llamadas de recordatorio a los participantes (vale la pena).
- Ofrezcan refrigerios.
- Lleguen temprano para preparar la sala.
- **¿Qué más deben hacer para prepararse?**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Muestre la diapositiva y pregunte: “¿Cuáles son algunos ejemplos de situaciones en las que podría querer involucrar al cliente?”

Escriba las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 10

Muestre la diapositiva y promueva un análisis, luego escriba las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 11

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 12

Revise la diapositiva.

Conferencia de Casos

Durante la conferencia del caso:

- Establezcan reglas básicas.
- Mantengan los límites y la confidencialidad.
- Hablen del cliente con respeto.
- Determinen qué se compartirá con el cliente, otro personal y cómo se comunicará.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Conferencia de Casos

Después de la conferencia del caso

- Escriban y distribuyan notas según lo acordado.
- Realicen un seguimiento de las tareas.
- **¿Qué hace cuando no se completan las tareas o no se cumplen los acuerdos?**

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 13

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 14

Revise la diapositiva.

Pregunte: “¿Qué hace cuando no se completan las tareas o no se cumplen los acuerdos?”

Ejemplos a tener en cuenta:

1. Si no puede seguir como CHW o si tiene problemas con un socio o miembro del equipo, hable con su supervisor para hacer un plan.
2. Si el cliente no cumple, pídale consejos a su supervisor. Durante su próxima reunión con el cliente, presente el acuerdo de la conferencia del caso y el plan de atención y analice abiertamente qué próximos pasos serían realistas para el cliente.

Ejemplo de formulario de conferencia de caso

Nombre del cliente:		Historia clínica n.º:	
Organizador:		Fecha de la conferencia del caso:	Hora:
El cliente estará presente en la reunión Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lugar de encuentro:	
Conferencia de caso Participantes y título	Agencia y teléfono	ROI firmado	Por teléfono o en persona
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/>
Propósito de la conferencia de caso:			
Breve evaluación del estado del cliente y las necesidades no satisfechas:			
Avance en el plan de servicio actual y otras notas:			



ASIGNACIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DESPUÉS DE LA REUNIÓN DE CONFERENCIA DE CASO (Seguimiento de acciones)

Individuo/Agencia	Elemento de acción	Fecha límite	Notas de seguimiento

Firma del organizador y fecha:

Firma del supervisor y fecha:

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Definición del equipo de atención multidisciplinario



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Describir las características del equipo de atención multidisciplinario.
- Comparar el enfoque tradicional en comparación con el enfoque multidisciplinario de la atención médica.
- Identificar los roles de los miembros del equipo de atención multidisciplinario.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas y las notas de PowerPoint. Imprima copias de la diapositiva 9, la tabla en blanco con los roles del equipo multidisciplinario, para realizar actividades en grupos pequeños.
2. Deles la bienvenida a las participantes, muestre los objetivos de la sesión y haga preguntas sobre los equipos multidisciplinarios (diapositiva 2).
3. Muestre las características de un equipo de atención multidisciplinario en el entorno clínico (diapositivas 3 y 4).
4. Muestre el enfoque tradicional en comparación con el multidisciplinario (diapositivas 5 a 8). Haga preguntas y escriba las respuestas en el rotafolio.
5. Facilite la actividad: Rol de los miembros del equipo multidisciplinario (diapositiva 9).
6. Cierre la actividad. Muestre las respuestas en la diapositiva 10, observando las similitudes y diferencias en los roles de los miembros del equipo en comparación con las respuestas de los participantes. Pídales a las participantes que compartan lo que aprendieron en esta sesión que podrían aplicar a sus equipos.



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, gestión de casos y navegación del sistema

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, coordinación de servicios y habilidades de navegación



Métodos de enseñanza

Clases, análisis grupal, actividad en grupos pequeños

Nota del facilitador: esta sesión se puede enseñar a las CHW y a los supervisores juntos.



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Equipo multidisciplinario



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores



Recursos

Rol de las tareas del equipo multidisciplinario
<https://ciswh.org/wp-content/uploads/2016/05/HIV-peer-training-core-peer-role2.pdf>

Allen, C. G., Escoffery, C., Satsangi, A., & Brownstein, J. N. (2015). Strategies to Improve the Integration of Community Health Workers Into Health Care Teams: "A Little Fish in a Big Pond." *Preventing Chronic Disease*, 12, E154. <http://doi.org/10.5888/pcd12.150199>

Definición del equipo de atención multidisciplinario



DIAPPOSITIVA 1

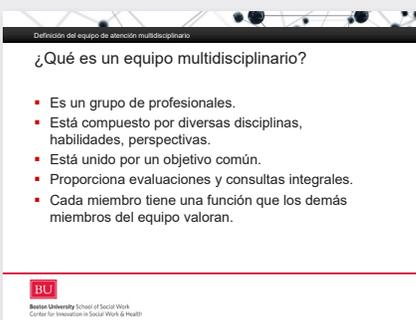


DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.

Pregunte: "¿Cuáles son sus experiencias con los equipos de atención en sus organizaciones? ¿Cuáles son las características de un equipo de atención multidisciplinario?"

Escriba las respuestas en el rotafolio.



DIAPPOSITIVA 3

Veamos las características básicas de un equipo de atención multidisciplinario.

Muestre la diapositiva o solicite lectores voluntarios.

Comparta las siguientes observaciones sobre los equipos de atención multidisciplinario:

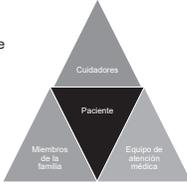
- Los equipos multidisciplinarios son grupos de profesionales de diversas disciplinas que se unen para proporcionar consultas y evaluaciones integrales para un objetivo común (cliente/paciente).
- Los miembros de equipos multidisciplinarios no tienen que estar ubicados en la misma agencia o clínica, sino que están conectados en la prestación de servicios al mismo cliente/paciente.
- Los equipos multidisciplinarios son más importantes en la atención médica: hospitales, clínicas y agencias de servicios sociales. También están presentes en organizaciones comunitarias sin fines de lucro y agencias financiadas por el estado.
- Los equipos multidisciplinarios están presentes en el campo de los negocios y en las escuelas, pero a menudo el título del equipo es diferente; sin embargo, incluyen profesionales de diversas disciplinas que se unen para proporcionar evaluaciones para un propósito común. Un ejemplo en los negocios sería una propuesta para ofertar en un trabajo de construcción donde el departamento de marketing, ventas, ingenieros mecánicos y eléctricos y otros miembros del equipo estarían involucrados. Otro ejemplo es en un entorno escolar, donde ayudar a un alumno a sobresalir podría incluir al consejero escolar, la enfermera de la escuela y el maestro del salón.

Definición del equipo de atención multidisciplinario

Definición del equipo de atención multidisciplinario

En el entorno clínico

- Objetivo común
 - Evaluar las necesidades del cliente
 - Desarrollar un plan entre el cliente y el equipo
- Enfoque global
- Conferencias de casos
- Reuniones semanales



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 4

Centrémonos en los equipos multidisciplinarios en el entorno clínico.

- El objetivo del equipo es evaluar las necesidades de un cliente y desarrollar un plan de atención.
- Los equipos toman en cuenta a la persona completa y todas sus necesidades. Esto requiere diferentes perspectivas de diversas disciplinas. Diversas disciplinas incluyen trabajadores sociales, administradores de casos, médicos, enfermeras, psiquiatras o representantes de salud mental, educadores pares y otros, según la cantidad de disciplinas o servicios ofrecidos en el hospital o la clínica.
- Las reuniones de equipos multidisciplinarios por lo general ocurren en clínicas de VIH.
- Pregunte: “¿Cuántos de ustedes suelen reunirse en equipo con médicos, enfermeras, administradores de casos o tal vez incluso especialistas en salud conductual o nutricionistas?”
- Pregunte: “¿Con qué frecuencia se reúne el equipo multidisciplinario?”
- Tenga en cuenta que muchos equipos se reúnen al menos una vez por semana, otros una vez por mes, algunos tienen reuniones todos los días.

Pregunte: “¿Quién está invitado a las reuniones del equipo? ¿Cómo se determina qué casos tratar en las reuniones del equipo?”

Puntos para compartir:

La forma en que el equipo decide qué caso tratar varía. Algunos casos pueden elegirse debido a las múltiples agencias involucradas en la prestación de servicios al cliente, porque el cliente corre el riesgo de perder la vivienda o el seguro, el cliente no ha tenido una conferencia de caso en seis meses o el cliente viene a una cita médica y existe sospecha de abuso de sustancias que afecta el cumplimiento del tratamiento, entre otros.

Pregunte: “¿Cómo pueden prepararse las CHW y los supervisores para las conferencias de casos y las reuniones de equipo?”

Puntos para compartir:

Se alienta a todas las disciplinas a compartir información que conozcan sobre el caso para respaldar una evaluación integral y explorar opciones de resolución en la conferencia del caso del cliente.

DIAPPOSITIVA 5

Ahora que hemos definido las características de un equipo multidisciplinario, centrémonos en cómo el trabajo en equipos cambia nuestro enfoque cuando trabajamos con clientes y otros miembros del equipo. Lo haremos comparando el enfoque multidisciplinario con un enfoque tradicional de la atención.

Pregunte: “¿Cuáles son las características de un enfoque tradicional?”

Puntos para compartir: En el enfoque tradicional, generalmente el equipo está formado por médicos, enfermeras y trabajadores sociales que dan instrucciones a las CHW. No se comparte mucha información entre los miembros del equipo. El enfoque para la prestación de servicios no se considera holístico.

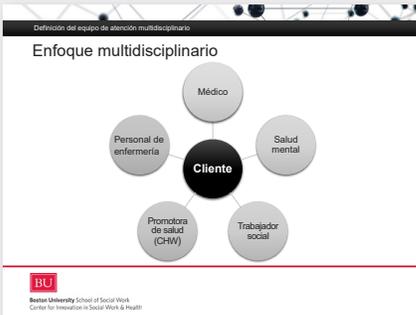
Definición del equipo de atención multidisciplinario

Enfoque tradicional



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Definición del equipo de atención multidisciplinario



DIAPPOSITIVA 6

Revise la diapositiva.

Pregunte: “¿En qué se diferencia el enfoque multidisciplinario del enfoque tradicional?”

Puntos para compartir:

- En el enfoque multidisciplinario, vemos que el cliente está en el centro con todas las disciplinas, incluida la CHW, donde se comparte información y se brinda un enfoque de equipo para la prestación de servicios.
- La CHW es vital para las conexiones entre el cliente y los múltiples proveedores de servicios.

Definición del equipo de atención multidisciplinario

Enfoques tradicionales frente a enfoques multidisciplinarios

Tradicional	Multidisciplinario
<ul style="list-style-type: none">▪ Solo proveedores▪ La CHW es un extra▪ Estilo de comunicación = orden▪ La entrega del servicio es el objetivo	<ul style="list-style-type: none">▪ La CHW es el centro del equipo▪ La CHW es vital para la conexión entre el cliente y los proveedores▪ Estilo de comunicación = integral

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 7

Ahora, comparemos y contrastemos la diferencia entre los dos enfoques.

Hágales las siguientes preguntas a las participantes y promueva el análisis.

- ¿Cuáles son las principales diferencias entre el enfoque tradicional y el enfoque multidisciplinario de colaborar con los clientes?
- ¿Cuáles son algunos de los beneficios del enfoque multidisciplinario?
- ¿Cuáles podrían ser algunos desafíos para trabajar en equipo?

Definición del equipo de atención multidisciplinario

Enfoques tradicionales frente a enfoques multidisciplinarios

“Siento que escuchan mis opiniones, pero... es como si fuera un pequeño pez en un gran estanque porque hay tantas otras cosas en las que se están enfocando en este momento, que a veces mi papel y posición se ponen en un segundo plano. Creo que ese es el mayor problema que estoy teniendo aquí, ahora, es que adoptaron el concepto aquí, es un gran concepto, pero mi papel no prosperará a menos que tenga el apoyo que necesito”.

Cita de una CHW en el artículo: Strategies to Improve the Integration of Community Health Workers Into Health Care Teams: “A Little Fish in a Big Pond”

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Pídale a una voluntaria que lea la cita.

Pregunte: “¿Esto es algo que una CHW de su organización podría decir? ¿Por qué o por qué no?”

Pregunte: “¿Cómo se aseguran de que se valore el rol de cada disciplina en el equipo multidisciplinario?”

Escriba las respuestas en el rotafolio.

Definición del equipo de atención multidisciplinario

DIAPPOSITIVA 9

Actividad sobre los roles de los miembros del equipo multidisciplinario

Diga: “Ahora haremos un ejercicio para definir los roles de los miembros del equipo multidisciplinario. Comprender los roles de los compañeros de trabajo es esencial para que un equipo multidisciplinario trabaje bien”.

Divida a las participantes en grupos pequeños.

Entregue a cada grupo una hoja de rotafolio y marcadores y una copia de esta diapositiva. Pídale a los grupos que hagan una tabla como la que se muestra en la diapositiva.

Cada grupo identificará las tareas para cada miembro del equipo. Solicite que una persona en cada grupo escriba las tareas en la hoja de rotafolio. Recuérdeles a las participantes que algunas tareas se compartirán y otras serán exclusivas de ese miembro del equipo. Los grupos deben poner una estrella al lado de las tareas compartidas.

Recuérdeles a las participantes que, dado que ya han pasado tiempo en el rol de CHW, deben hacer esa parte rápidamente y, luego, dedicar la mayor parte del tiempo a los roles de otro miembro del equipo.

Permita que los grupos se tomen 15 minutos para escribir las respuestas.

Pídale a los grupos que presenten sus listas.

Analicen las diferencias en la asignación de tareas entre los grupos.

Pídale a las participantes que comenten sobre las tareas que comparten los diferentes miembros del equipo (p. ej., “escuchar las inquietudes de los pacientes”), así como las tareas que son exclusivas de las CHW o del personal médico. Marque las tareas compartidas entre todos los puestos de trabajo con asteriscos usando marcadores de colores. Luego haga hincapié en las tareas exclusivas de las CHW.

DIAPPOSITIVA 10

Comparta la guía de respuestas de la actividad. Observe las similitudes y las diferencias entre la guía de respuestas y las versiones de la tabla de las participantes. Tenga en cuenta que las respuestas pueden diferir según la organización.

Definición del equipo de atención multidisciplinario

Roles de los miembros del equipo multidisciplinario

CHW	Supervisor	Médico	Personal de enfermería	Terapeuta de salud conductual	Administrador de casos

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Definición del equipo de atención multidisciplinario

Roles de los miembros del equipo multidisciplinario

CHW	Supervisor	Médico	Personal de enfermería	Terapeuta de salud conductual	Administrador de casos
<ul style="list-style-type: none"> • Asesora • Defiende • Escucha las inquietudes • Motiva • Empodera • Aconseja • Refiere • Identifica barreras • Educa • Realiza seguimiento • Se identifica con el cliente • Navega 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora • Defiende • Escucha las inquietudes • Motiva • Empodera • Aconseja • Refiere • Identifica barreras • Educa • Dirige al personal • Administra 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora • Defiende • Escucha las inquietudes • Motiva • Empodera • Aconseja • Refiere • Identifica barreras • Educa • Examina • Diagnostica • Enseña cómo tomar medicamentos • Da de alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora • Defiende • Escucha las inquietudes • Motiva • Empodera • Aconseja • Refiere • Identifica barreras • Educa • Controla signos vitales • Revisa pedidos • Enseña cómo tomar medicamentos • Da de alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora • Defiende • Escucha las inquietudes • Motiva • Empodera • Aconseja • Refiere • Identifica barreras • Educa • Realiza seguimiento • Da de alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora • Defiende • Escucha las inquietudes • Motiva • Empodera • Aconseja • Refiere • Identifica barreras • Educa • Realiza seguimiento • Ayuda con derechos

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Navegación de pacientes



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Describir el propósito y los elementos de las reuniones de navegación de pacientes.
- Compartir cómo los navegadores de pacientes pueden ayudar a los clientes a acceder a los servicios necesarios.
- Saber qué formularios son necesarios para registrar las actividades de navegación de pacientes.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas y los recursos. Revise el recurso *HRSA HAB Dissemination of Evidence Informed Interventions: Enhanced Patient Navigation for Women of Color with HIV: Modules 1, 2, 4*. Si lo desea, imprima copias de los folletos: Plan de atención y herramienta de agudeza. Adapte las diapositivas que pueden ser relevantes para sus programas de capacitación, como las diapositivas 4 a 7 en el Módulo 2
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2).
3. Muestre los roles proactivos y los roles receptivos de las promotoras de salud (CHW) y cómo afectan el proceso continuo de la atención. (diapositiva 3).
4. Promueva un análisis sobre los roles en las agencias de las participantes (diapositiva 4 a 7).
5. Comparta formularios de muestra (plan de atención y herramienta de agudeza) que las CHW pueden usar los roles de navegación. Pídales a las participantes que compartan cualquier formulario y describan cómo documentan su trabajo con los clientes de su agencia.
6. Explique que las participantes no tienen que usar estos formularios específicos, pero son una herramienta que está disponible en línea para documentar el trabajo si aún no cuentan con un método. También pueden inspirarlas a mejorar sus métodos para obtener resultados de mayor calidad.
7. Cierre la actividad. La navegación es uno de los roles de una CHW y afecta el proceso continuo de la atención al ayudar a los clientes con el acceso y la retención en la atención primaria, así como el apoyo en la atención secundaria y terciaria.



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, manejo de casos y navegación del sistema, brindar orientación y apoyo social, brindar servicio directo, implementar evaluaciones individuales y comunitarias.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades interpersonales y de relaciones, habilidades de comunicación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de educación y facilitación, habilidades de documentación



Métodos de enseñanza

Clases, análisis grupal

Nota del facilitador: esta sesión también se puede realizar de forma virtual como un seminario web. Se puede adaptar fácilmente si tiene una plataforma como Zoom o Skype y las participantes tienen acceso a una computadora. Si realiza un seminario web, tómese 10 minutos para probar la tecnología y ayudar a las participantes a conectarse.



Tiempo previsto

95 minutos



Conceptos clave

Proceso continuo de la atención, navegación, prestación de atención



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint

Folletos

- Plan de atención (opcional)
- Herramienta de agudeza (opcional)

Navegación de pacientes



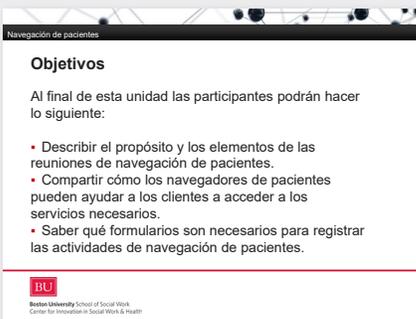
Recursos

- Video: *HRSA HAB Dissemination of Evidence Informed Interventions/AIDS United Treatment Tips*
https://www.youtube.com/playlist?list=PLmeLn9qRyk-hdU_ueS_QQCY8wHkKLqN0g
- *HRSA HAB Dissemination of Evidence Informed Interventions: Enhanced Patient Navigation for Women of Color with HIV: Modules 1, 2, 4* disponible en
<https://targethiv.org/library/dissemination-evidence-informed-interventions-2017>
- *A Guide to Implementing a Community Health Worker (CHW) Program in the Context of HIV Care.* Disponible en
<https://targethiv.org/library/hiv-chw-program-guide>



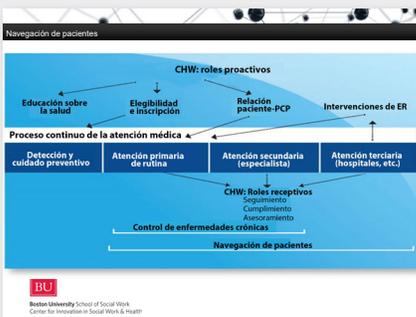
DIAPPOSITIVA 1

Deles la bienvenida a las participantes.



DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIAPPOSITIVA 3

Echemos un vistazo al proceso continuo de la atención y en qué áreas influye la navegación del paciente.

Este diagrama refleja los componentes clave de la atención: detección y atención preventiva, atención primaria de rutina, atención secundaria (especialista) y atención terciaria (hospitales). Los roles de las CHW se dividen en dos categorías:

Roles proactivos

- Educación sobre la salud
- Elegibilidad e inscripción
- Compromiso del paciente y el PCP
- Intervenciones en la sala de emergencias

Roles receptivos

Seguimiento, cumplimiento y orientación

- Atención primaria de rutina
- Atención especializada
- Atención terciaria (p. ej., hospitales)

Las dos áreas en las que se encuentra el manejo de enfermedades crónicas son las siguientes:

- Atención primaria de rutina: trabajar con los clientes para que cumplan el tratamiento, hacer citas y alcanzar sus metas de atención médica en su plan de atención.
- Atención terciaria: apoyo a clientes en situaciones de hospicio, enfermedad hepática en etapa terminal y transiciones de hospitalización.

La navegación de pacientes abarca ambos, además de la atención secundaria que puede implicar acompañar a un cliente a citas especializadas y comprender las instrucciones del PCP o ayudar a formular preguntas que puedan hacerle al PCP. Estos roles responden a las necesidades y las metas del cliente. Los roles proactivos son aquellos roles de apoyo que ayudan al cliente a obtener acceso y navegar por los sistemas de salud.

Pregunte: "Considerando este diagrama, ¿qué roles están desempeñando en su organización?"

Navegación de pacientes

Reuniones con navegadores de pacientes

Para comunicarse con un cliente:

- Respondan cualquier pregunta que el cliente pueda tener.
- Ofrezcan sesiones de autogestión del VIH.
- Brinden atención y apoyo individualizado.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 4

Dígalas a las participantes: en estas reuniones se vinculan y ganan confianza con el cliente a medida que lo ayudan a identificar y desarrollar las metas relacionadas con la salud, así como también responden sus preguntas y aclaran mitos usando sus habilidades de comunicación, como las entrevistas motivacionales.

Pregúntele a las participantes: “¿Realizan estas tareas en su organización o alguien más las hace?” “¿Cómo realizan estas actividades?” “¿Cómo documentan y realizan un seguimiento de sus reuniones con un cliente?”

Navegación de pacientes

Coordinación y seguimiento de servicios

- Atención médica
 - Transferencia cálida
- Programas de vivienda/beneficios/asistencia social
- Programas de asistencia financiera
- Asistencia alimentaria
- Transporte

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Dígalas a las participantes: estos son algunos de los servicios que usted como CHW puede realizar y ayudar a un cliente a navegar por el sistema de servicios, además de vincularse y permanecer en la atención médica. Puede trabajar de cerca con el equipo de atención y otros socios comunitarios para comunicar las necesidades de los clientes que puedan surgir de estas reuniones con el fin de ayudarlos a alcanzar sus metas y aumentar su inversión en los resultados de salud.

Pregúntele a las participantes: “¿Realizan estas tareas en su organización o alguien más las hace?” “¿Cómo realizan estas actividades?” “¿Con quién se ponen en contacto?” “¿Cómo documentan y realizan un seguimiento de su trabajo con los clientes para obtener servicios?”

Escriba las respuestas de las participantes en un rotafolio y observe las similitudes y las diferencias.

Navegación de pacientes

Apoyo en la atención y las consultas médicas

- Asistencia
- Acompañamiento físico
- Ayuda con la programación
- Recordatorios
- Documentación
- Revisión del plan de atención
- Materiales educativos para el paciente

Video: “HRSA Dissemination of Evidence Informed Interventions/AIDS United Treatment Tips”

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 6

Dígalas a las participantes: la necesidad de ayuda variará de un cliente a otro. Algunos requerirán más apoyo que otros, en especial al principio. Es posible que tengan que escucharlos físicamente o acompañarlos a las citas al principio; esa podría ser una buena oportunidad para educar a un cliente sobre la programación, identificar los tipos de recordatorios que funcionan mejor y ayudarlos a programar las citas. Recuerden, siempre hagan tiempo para la documentación lo antes posible después de la visita, revisen el plan de atención y actualicen lo que se logró y lo que no.

Pregúntele a las participantes: “¿Realizan estas tareas en su organización o alguien más las hace?” “¿Cómo realizan estas actividades?” “¿Con quién se ponen en contacto?” “¿Cómo documentan y realizan un seguimiento de su trabajo con los clientes para obtener servicios?”

Pregúntele a las participantes: “¿Educan a los pacientes?” En caso afirmativo, pídale a las voluntarias que compartan cómo educan, sobre qué temas y qué materiales usan.

Comparta con las participantes los videoclips de la iniciativa AIDS United HRSA DEI que pueden usarse para educar a los clientes.

Escriba las respuestas de las participantes en un rotafolio y observe las similitudes y las diferencias.

Navegación de pacientes

Por su parte...

- ¿Los roles en la agencia son más proactivos que receptivos o una combinación de ambos?
- ¿Cuál de estos roles no forma parte de su rol actual?
- ¿Existe algún rol que no están cumpliendo que les gustaría incorporar a su rol para mejorar la prestación del servicio?



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.

Divida a las participantes en grupos de 3 a 4 personas. Pídale que analicen las 3 preguntas en la diapositiva durante unos 15 minutos.

Junte nuevamente a las participantes y pídale que compartan lo que aprendieron unas de las otras.

Navegación de pacientes

Formularios útiles para la navegación

- Herramienta de agudeza para la evaluación de riesgos del cliente
- Plan de atención para trabajar con el cliente en sus objetivos

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

En el kit de herramientas *HRSA Dissemination of Evidence Informed Interventions: Enhanced Patient Navigation for Women of Color with HIV* encontrará formularios útiles para ayudar a registrar el progreso del cliente y los resultados de salud.

Pregúntele a las participantes si sus agencias tienen formularios que deben completar y cómo documentan sus servicios. Pregúntele si tienen acceso a la historia clínica electrónica o a la hoja médica del paciente. Anote las respuestas en el rotafolio.

Dígame a las participantes: ya sea que su trabajo sea proactivo o receptivo, recuerden programar reuniones periódicas con el cliente, asegúrense de comunicar los cambios y el progreso a su equipo y documenten todo el trabajo que realizan con respecto al cliente.

Navegación de pacientes

Recursos

- Video: "HRSA Dissemination of Evidence Informed Interventions/AIDS United Treatment Tips". https://www.youtube.com/playlist?list=PLmeLn9qRyk-hdU_ueS_QQCY8wHkKlqN0g
- "HRSA's Dissemination of Evidence Informed Interventions: Enhanced Patient Navigation for Women of Color with HIV: Modules 1, 2, 4". Disponible en <https://targethiv.org/library/dissemination-evidence-informed-interventions-2017>
- "A Guide to Implementing a Community Health Worker (CHW) Program in the Context of HIV Care". Disponible en <https://targethiv.org/library/hiv-chw-program-guide>

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Comparta los recursos con las participantes y finalice la sesión.

Ejemplo de plan de atención I

Protocolo de plan de atención para las promotoras de salud (CHW)

Cada **plan de atención** incluirá una meta de salud que incluya lo siguiente:

- El equipo acordó incorporar un enfoque de equipo en el seguimiento de cada cliente que promoverá una red de salud con el objetivo de VLS, RIC y VLS.

Se incorporarán las siguientes **intervenciones** para ayudar al cliente a alcanzar sus metas:

- Consulta con un centro de salud del comportamiento (BHC) (visita telefónica si es necesario)
- Cita con PharmD (visita telefónica si es necesario)
- MCV
- Módulo educativo
- Contacto semanal por llamada o mensaje de texto. Se documentarán los esfuerzos para contactar al paciente.
- Controles cruzados trimestrales por parte de un compañero del equipo para corroborar con el cliente que todo vaya bien y ofrecer ayuda si es necesario.
- El cliente recibirá una tarjeta de agradecimiento con una afirmación si cumple con los objetivos.

PLAN DE ATENCIÓN DE 0 A 6 MESES	
CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. MCV 2. LABS 3. <u>Cita con PharmD (por teléfono si es necesario)</u> 4. VLS, RIC y TA
<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controles bisemanales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de cita 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá una tarjeta que confirme y celebre sus metas. 	<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con los controles semanales 2. Realizar una visita a domicilio 3. Reevaluar las barreras del cliente y explorar opciones para superar las barreras identificadas 4. Reforzar las metas anteriores 5. Derivación a una CHW para obtener apoyo y lograr las metas para obtener resultados de salud positivos 6. Módulos educativos 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo

NOTA: las visitas a un BHC, PharmD y al proveedor deben realizarse entre 6 y 8 semanas después de la evaluación de LTCM.

El equipo celebrará hitos y logros con el cliente.



PLAN DE ATENCIÓN DE 6 A 9 MESES

CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de cita 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá una tarjeta que confirme y celebre sus metas.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Continuar con los controles semanales. 2. Visita a domicilio de LTCM y CHW 3. Reevaluar las barreras del cliente y derivar a una agencia comunitaria. 4. Llamada del proveedor con inquietudes sobre NVLS y NRIC 5. Derivación a una CHW para obtener apoyo y lograr las metas para obtener resultados de salud positivos. 6. Módulos educativos 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo para incluirlos en una evaluación de intervención

PLAN DE ATENCIÓN DE 9 A 12 MESES

CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de cita 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá un certificado y una bolsa de regalos para CELEBRAR este hito y darles confianza.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Disposición para la evaluación del cambio 2. Controles mensuales 3. Módulos educativos (si se determina que el cliente está listo) 4. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo para incluirlos en una evaluación de intervención 5. Anotar al cliente en una lista inactiva si se determina que no está listo.



PLAN DE ATENCIÓN DE 12 A 18 MESES	
CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente 	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controles mensuales de 12 a 18 meses. A los 18 meses, se contactará al cliente cada dos meses. 2. Recordatorio de RWE/ADAP 3. Continuar con los módulos y las metas del cliente 4. Reevaluación/prueba 5. Recordatorios de cita 6. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 7. El cliente recibirá una tarjeta que celebre los hitos con afirmaciones. 	<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con los controles mensuales. 2. Anotar al cliente en una lista inactiva si se determina que no está listo.

Fuente: East Caroline University Adult Specialty Care Clinic

Ejemplo de plan de atención II



Southern Nevada Health District
Administración de casos
Programa Ryan White
Plan de servicio al cliente

Nombre del cliente:	Intervención:	Nota sobre el progreso: fecha/nota
Problema/necesidad Meta: Conexión con la atención médica	Intervención: El cliente: El administrador de casos: La CHW:	
Conexión con la asistencia comunitaria	El cliente: El administrador de casos: La CHW:	



He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el plan de servicio anterior. Su firma a continuación indica que ha leído, comprende y cumplirá con los términos anteriores. Su firma también verifica que ha recibido una copia del plan de servicio.

Firma del cliente:		Fecha:	
Firma del administrador de casos:		Fecha:	
Firma de la CHW:		Fecha:	
Otro/Firma:		Fecha:	

Herramienta de agudeza del cliente de la Parte A de Ryan White



Nombre del cliente _____

Fecha _____

Evaluación inicial Evaluación de seguimiento

Barreras	Nivel 0-1 "0": no necesita intervención. "1": educación/apoyos/referencias a corto plazo, centrados.	Nivel 2 "2" varias barreras, brindar educación/apoyo.	Nivel 3 "3": varias barreras, o barreras complicadas o en estado de crisis.	Nivel
Vivienda	Estable, vivienda limpia.	Requiere asistencia a corto plazo con la renta o los servicios.	Persona sin hogar, residente de refugio o que se muda con frecuencia.	
Finanzas	Fuente de ingresos constante y adecuada.	La fuente de ingresos es irregular o demasiado baja para satisfacer las necesidades básicas.	No tiene ingresos. Está en crisis financiera. Es constantemente incapaz de satisfacer las necesidades básicas.	
Problemas de transporte	Tiene transporte propio para ir a las visitas a la clínica.	Tiene algunas dificultades con el acceso al transporte.	Problemas constantes con el acceso al transporte.	
Problemas de apoyo social/familiar	Red/familia/amigos/pareja confiable.	Brechas en el sistema de apoyo (familiares/amigos, periódicamente) Embarazada pero cumple el tratamiento.	No tiene apoyo estable aparte de los profesionales. Familia en crisis. Embarazada pero no cumple el tratamiento. Miedo a la revelación.	
Comportamiento	Se comporta de forma apropiada en la mayoría de los ámbitos.	Incidentes repetidos de comportamiento inapropiado.	Abuso o amenazas a otros; falta de control.	
Problemas de comunicación	Habla, lee y entiende inglés con el nivel de un adulto.	Tiene algunas dificultades para hablar, leer y comprender inglés.	No puede representarse en inglés. Incapaz de leer o escribir.	
Problemas culturales	Barreras mínimas del sistema.	Requiere ayuda para aclimatarse al sistema.	Elige que no o en realidad no puede aclimatarse al sistema.	
Problemas del sistema	Barreras mínimas del sistema.	Necesita ayuda para tener acceso al sistema.	Desconfía del sistema/no tiene acceso a los servicios.	
Asuntos legales	El cliente informa que no tiene problemas legales recientes ni actuales; todos los documentos legales pertinentes están completos.	Necesita asistencia para completar documentos legales estándar; problemas legales recientes o actuales.	Participa en asuntos civiles o penales; encarcelado o recientemente encarcelado; inmigrante indocumentado; desconoce documentos normalizados, es decir, testamento vital.	
Problemas de salud mental	No tiene una enfermedad de salud mental actual, pero tiene antecedentes de enfermedad mental; ahora está estable.	Síntomas o trastornos de leves a moderados.	Síntomas o trastornos graves; historial largo de trastornos mentales.	
Consumo o abuso de sustancias	Sin consumo actual ni antecedentes.	Antecedentes de abuso o abuso intermitente.	Vida caótica, abuso habitual de sustancias.	
Efectos secundarios	Toma la medicación, no presenta efectos secundarios.	Efectos secundarios mínimos que afectan un poco la calidad de vida.	Efectos secundarios de moderados a graves que afectan la calidad de vida.	
Antecedentes de cumplimiento	Reporta capacidad o disposición para cumplir con la toma de medicamentos.	Reporta capacidad irregular para cumplir con la toma de medicamentos.	Informa incapacidad para cumplir con la toma de medicamentos. Sin tratamiento previo.	
Problemas educativos	Ha sido informado; es capaz de verbalizar los conocimientos básicos de la enfermedad.	Tiene algo de comprensión de la enfermedad.	No comprende la enfermedad del VIH. Diagnóstico nuevo. Menor de 18 años de edad.	
Necesidades médicas	Salud estable; asiste a las citas con MD y los análisis de laboratorio con periodicidad.	Necesita derivación de atención primaria. Lo atiende el MD por una enfermedad a corto plazo.	Salud deficiente; emergencia médica; se deteriora rápidamente; infecciones oportunistas. Embarazada.	

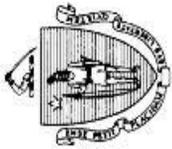
Sección de comentarios:	Puntaje total combinado	0
--------------------------------	--------------------------------	---

Si un cliente tiene un puntaje de 3 en alguna de las categorías de Necesidades médicas, Problemas educativos o Antecedentes de cumplimiento, se recomienda una derivación a la Administración de casos médicos intensivos. Si un cliente tiene un puntaje de 3 en las categorías de vida de Problemas culturales, Problemas educativos, Problemas de apoyo social/familiar, Vivienda o Finanzas, se recomienda una derivación a la Administración de casos médicos moderados.

Pautas del nivel de agudeza del cliente:

Nivel de agudeza	Rango	Nivel de administración de casos	Criterios de derivación
Área de vida 0-1	15 puntos o menos	Administración de casos médicos o no médicos	Autoderivación según sea necesario
Área de vida 1 y 2	16-30 puntos	Administración de casos médicos intensivos: social	Remisión a socios comunitarios apropiados
Área de vida 2 y 3	31 puntos o más	Administración de casos médicos intensivos: médico	Administrador de casos médicos intensivo para seguir

Firma del administrador de casos _____



**Formulario de herramienta de agudeza para la
 administración de casos médicos de VIH/SIDA
 Departamento de Salud Pública de Massachusetts
 Comisión de Salud Pública de Boston**



Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Cumplimiento de la atención médica y del tratamiento y estado de salud con el VIH				
Cumplimiento de la atención del VIH	<input type="checkbox"/> Perdió 2 o más citas médicas consecutivas para tratar el VIH en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Perdió 1 o 2 citas médicas (no consecutivas) para tratar el VIH en los últimos 6 meses, pero un miembro del equipo médico del VIH lo atendió.	<input type="checkbox"/> Asistió las a citas médicas de VIH en los últimos 6 meses según lo indicado por el médico especialista.	<input type="checkbox"/> Asistió a todas las citas médicas programadas para tratar el VIH en los últimos 12 meses según lo indicado por el médico especialista.
	<input type="checkbox"/> Requiere acompañamiento continuo o asistencia con las citas médicas debido a limitaciones de lenguaje o capacidad cognitiva.	<input type="checkbox"/> Necesita una derivación o ayuda para acceder a un proveedor de servicios culturalmente competente (p. ej., LGBT, lingüísticamente apropiado, entre otros)	<input type="checkbox"/> Necesita asistencia para programar y asistir a las citas médicas para tratar el VIH.	<input type="checkbox"/> No requiere asistencia ni recordatorios para programar ni asistir a las citas médicas.
Puntuación de agudeza:	<input type="checkbox"/> No recibí atención del equipo médico especializado en VIH en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Solicita el acompañamiento de MCM u otro miembro del equipo de atención para las citas médicas.		
Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Estado actual de salud con el VIH	<input type="checkbox"/> Tiene carga viral detectable y CD4 por debajo de 200.	<input type="checkbox"/> Tiene carga viral detectable y se intenta alcanzar la supresión viral con el equipo médico.	<input type="checkbox"/> Toma medicamentos antiretrovirales, está en tratamiento y lo monitorea un equipo médico, pero no es capaz de lograr la supresión viral.	<input type="checkbox"/> Presenta supresión viral.
	<input type="checkbox"/> Tiene una infección oportunista actual y no está en tratamiento.	<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de infecciones oportunistas en los últimos 6 meses que fueron tratadas o el cliente usa profilaxis (si está indicado).	<input type="checkbox"/> No tiene antecedentes de infecciones oportunistas en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> No tiene antecedentes de infecciones oportunistas en los últimos 12 meses.
	<input type="checkbox"/> Fue hospitalizado o ingresó a la sala de emergencias en los últimos 30 días debido a una enfermedad relacionada con el VIH.	<input type="checkbox"/> Fue hospitalizado o ingresó a la sala de emergencias en los últimos 6 meses debido a una enfermedad relacionada con el VIH.	<input type="checkbox"/> No fue hospitalizado ni ingresó a la sala de emergencias en los últimos 6 meses, pero fue hospitalizado o ingresó a la sala de emergencias al menos 1 vez en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> No tiene antecedentes de hospitalizaciones ni ingresos a la sala de emergencias en los últimos 12 meses debido a una enfermedad relacionada con el VIH.
	<input type="checkbox"/> Recibió el diagnóstico en los últimos 6 meses simultáneamente con SIDA.	<input type="checkbox"/> Recibió el diagnóstico en los últimos 6 meses o es nuevo en el programa MCM.		
	<input type="checkbox"/> No demuestra comprensión de los análisis de laboratorio ni de los resultados de laboratorio de VIH.	<input type="checkbox"/> Demuestra una comprensión mínima de los análisis de laboratorio y los resultados de laboratorio de VIH.	<input type="checkbox"/> Demuestra algo de comprensión de los análisis de laboratorio y los resultados de laboratorio de VIH.	<input type="checkbox"/> Demuestra comprensión o entiende los análisis de laboratorio y los resultados de laboratorio de VIH.
	Puntuación de agudeza:			
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Otros problemas médicos no relacionados con el VIH	<input type="checkbox"/> Fue hospitalizado o ingresó a la sala de emergencias por enfermedades no relacionadas con el VIH en los últimos 30 días.	<input type="checkbox"/> Fue hospitalizado o ingresó a la sala de emergencias en los últimos 6 meses debido a una enfermedad no relacionada con el VIH.	<input type="checkbox"/> No ha tenido hospitalizaciones ni ingresos a la sala de emergencias no relacionadas con el VIH en los últimos 6 meses, pero al menos 1 en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> No tiene antecedentes de hospitalizaciones ni ingresos a la sala de emergencias no relacionadas con el VIH en los últimos 12 meses.
	<input type="checkbox"/> Tiene 2 o más enfermedades no relacionadas con el VIH (crónicas o no crónicas) que afectan la salud y el cumplimiento del cuidado.	<input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad no relacionada con el VIH (crónica o no crónica) que afecta la salud y el cumplimiento del cuidado.	<input type="checkbox"/> No tiene problemas médicos actuales no relacionados con el VIH, pero las enfermedades pasadas requieren la supervisión de un médico.	<input type="checkbox"/> No tiene enfermedades no relacionadas con el VIH.
	<input type="checkbox"/> En la actualidad, recibe tratamiento para afecciones médicas no relacionadas con el VIH (p. ej., quimioterapia, diálisis, VHC, complicaciones dentales en curso, entre otros) que afectan la vida diaria.	<input type="checkbox"/> En la actualidad, se está recuperando del tratamiento para afecciones médicas no relacionadas con el VIH (p. ej., quimioterapia, diálisis, VHC, complicaciones dentales en curso, entre otros) que afectan la vida diaria.		
	<input type="checkbox"/> Requiere asistencia para programar y asistir a las citas médicas no relacionadas con el VIH debido a limitaciones de lenguaje o capacidad cognitiva.	<input type="checkbox"/> Necesita referencia o ayuda para acceder a un proveedor de servicios culturalmente competente (p. ej., LGBT, lingüísticamente apropiado, entre otros) para problemas médicos no relacionados con el VIH.	<input type="checkbox"/> Solicita asistencia con recordatorios para las citas médicas no relacionadas con el VIH.	<input type="checkbox"/> No necesita asistencia para recordatorios de las citas médicas no relacionadas con el VIH.
Puntuación de agudeza:	<input type="checkbox"/> Requiere acompañamiento a las citas médicas especializadas debido a limitaciones de lenguaje o capacidad cognitiva.	<input type="checkbox"/> Solicita el acompañamiento de MCM u otro miembro del equipo de atención a citas médicas especializadas.	<input type="checkbox"/> Solicita asistencia para coordinar la atención médica no relacionada con el VIH.	<input type="checkbox"/> No necesita asistencia para coordinar la atención médica no relacionada con el VIH.
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)	
Cumplimiento del tratamiento del VIH	<input type="checkbox"/>	Omite las dosis de medicamentos contra el VIH diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Necesita y no está inscrito en la actualidad en una terapia observada directamente (DOT) u otro soporte de cumplimiento intensivo.	Omite las dosis de medicamentos contra el VIH semanalmente.		
	<input type="checkbox"/>	Presenta efectos secundarios adversos que afectan constantemente el cumplimiento de la medicación contra el VIH.	Presenta efectos secundarios adversos que ocasionalmente afectan el cumplimiento de la medicación contra el VIH.	Presenta efectos secundarios, pero los controla sin afectar el cumplimiento de la medicación contra el VIH.	No se informaron problemas de efectos secundarios.
	<input type="checkbox"/>	No demuestra comprensión de la correlación entre el cumplimiento del tratamiento y el logro o mantenimiento de la supresión de la carga viral.	Demuestra una comprensión mínima de la correlación entre el cumplimiento del tratamiento contra el VIH y el logro o mantenimiento de la supresión de la carga viral.	Demuestra cierta comprensión de la correlación entre el cumplimiento del tratamiento contra el VIH y el logro o mantenimiento de la supresión de la carga viral.	Demuestra una comprensión total de la correlación entre el cumplimiento del tratamiento contra el VIH y el logro o mantenimiento de la supresión de la carga viral.
	<input type="checkbox"/>	No demuestra comprensión de la información básica de salud ni de los medicamentos recetados (p. ej., resistencia al medicamento, interacción farmacológica, entre otros) debido a las barreras del idioma o la función cognitiva.	Necesita asistencia para comprender la información de salud y de los medicamentos recetados debido a la barrera del idioma o la función cognitiva.	Necesita algo de ayuda para comprender la información de salud y de los medicamentos recetados.	Maneja la información de salud y de los medicamentos recetados sin ayuda.
	<input type="checkbox"/>	No recibe tratamiento con medicamentos antirretrovirales contra el consejo de los médicos.	Está comenzando un nuevo régimen de tratamiento con medicamentos antirretrovirales.	No recibe tratamiento con medicamentos antirretrovirales tras consultar con y tener el apoyo del médico.	Recibe tratamiento con medicamentos antirretrovirales y no necesita asistencia adicional.
	<input type="checkbox"/>	Las creencias culturales sobre la medicación evitan que el cliente tome la medicación según lo recetado por el médico.			
Puntuación de agudeza:					
Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):					

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Seguro				
Estado de HDAP y seguro médico	<input type="checkbox"/> Carece de seguro médico (p. ej., MassHealth/Medicaid, no tiene acceso al seguro médico a través del empleador, fuera del período de inscripción abierto para obtener un seguro privado, sin "evento calificador", entre otros)	<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico y necesita, pero carece de, cobertura HDAP.	<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico, HDAP u otros beneficios de salud, pero requiere apoyo para mantener la cobertura y completar las recertificaciones.	<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico, HDAP u otros beneficios de salud y no requiere apoyo para mantener la cobertura y completar las recertificaciones.
	<input type="checkbox"/> No es elegible para Masshealth u otra cobertura de seguro integral (p. ej., recibe Health Safety Net).	<input type="checkbox"/> El cliente no tiene seguro y está esperando la inscripción (solicitudes pendientes) en el seguro médico u otros beneficios de salud.		
Puntuación de agudeza:	<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico, HDAP u otros beneficios, pero enfrenta deducibles o copagos médicos elevados.			
Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)	
Estado de salud reproductiva y sexual					
Estado de salud reproductiva y sexual	<input type="checkbox"/>	No puede o no se comunica con las parejas sexuales sobre las necesidades sexuales y de salud reproductiva (p. ej., negociar el uso del condón, el uso de PrEP, el estado de salud de la pareja, entre otros).	Se comunica de forma irregular con las parejas sexuales sobre las necesidades sexuales y de salud reproductiva (p. ej., negociar el uso del condón, el uso de PrEP, el estado de salud de la pareja, entre otros).	Solicita apoyo para comunicarse con las parejas sexuales sobre las necesidades sexuales y de salud reproductiva (p. ej., negociar el uso del condón, el uso de PrEP, el estado de salud de la pareja, entre otros).	Se comunica de forma regular con las parejas sexuales sobre las necesidades sexuales y de salud reproductiva (p. ej., puede negociar el uso del condón, el uso de PrEP, el estado de salud de la pareja, entre otros).
	<input type="checkbox"/>	No les ha revelado el estado del VIH a las parejas sexuales y no desea hacerlo.	A veces les revela el estado del VIH a las parejas sexuales.	No les ha revelado el estado del VIH a las parejas sexuales y solicita asistencia para hacerlo.	Siempre les revela el estado del VIH a las parejas sexuales.
	<input type="checkbox"/>	No demuestra comprensión de la transmisión de VIH/VHC/ITS ni de la correlación entre la transmisión del VIH y la supresión de la carga viral.	Demuestra conocimiento mínimo de la transmisión de VIH/VHC/ITS y una comprensión mínima de la correlación entre la transmisión del VIH y la supresión de la carga viral.	Necesita asistencia ocasional para comprender la transmisión de VIH, VHC, ITS o para comprender la correlación entre la transmisión del VIH y la supresión de la carga viral.	Demuestra comprensión de la transmisión de VIH, VHC, ITS o de la correlación entre la transmisión del VIH y la supresión de la carga viral.
	<input type="checkbox"/>	Informa al menos 1 ITS en los últimos 6 meses.	Informa al menos 1 ITS en los últimos 12 meses.	No tiene antecedentes de ITS en los últimos 12 meses.	Informa abstinencia sexual.
	<input type="checkbox"/>	Tiene relaciones sexuales transaccionales (p. ej., por dinero, drogas, un lugar para quedarse, entre otros).		No les revela el estado del VIH a las parejas sexuales, pero mantiene una carga viral suprimida.	Tiene parejas sexuales en PrEP en la actualidad.
	<input type="checkbox"/>	Mujer VIH+ sin tratamiento y embarazada o que desea quedar embarazada	Mujer VIH+ en tratamiento y embarazada o que desea quedar embarazada		
Puntuación de agudeza:					
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>					

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Salud mental				
	<input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico sin proveedor actual de salud mental, sin citas pendientes, sin deseo o resistente a buscar tratamiento.	<input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico o consulta con un proveedor de salud mental, pero con asistencia irregular a las citas o el cumplimiento irregular del tratamiento.	<input type="checkbox"/> Consulta con un proveedor de salud mental y tratamiento o citas regulares de salud mental.	<input type="checkbox"/> No se indica la necesidad de evaluación clínica de salud mental.
Estado actual de salud mental	<input type="checkbox"/> Actualmente en espera de tratamiento o cita con un profesional de salud mental.	<input type="checkbox"/> Derivación a un nuevo profesional de salud mental en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Recibe apoyo de MCM para programar y asistir a las citas con profesionales de la salud mental.	<input type="checkbox"/> No necesita apoyo para programar y asistir a las citas con profesionales de la salud mental.
	<input type="checkbox"/> Desafíos constantes con el cumplimiento del tratamiento con medicamentos psiquiátricos prescritos o del protocolo de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Desafíos moderados con el cumplimiento del tratamiento con medicamentos psiquiátricos prescritos o del protocolo de tratamiento (dosis omitidas más de unas pocas veces al mes).	<input type="checkbox"/> Algunos desafíos con el cumplimiento del tratamiento con medicamentos psiquiátricos prescritos o del protocolo de tratamiento (dosis omitidas ocasionales).	<input type="checkbox"/> No hay problemas con el cumplimiento del tratamiento con medicamentos psiquiátricos prescritos ni del protocolo de tratamiento.
	<input type="checkbox"/> Se indica la necesidad de apoyo de salud mental, evaluación clínica de salud mental o tratamiento y no lo recibe.	<input type="checkbox"/> Necesita derivación o ayuda para acceder a un proveedor de salud mental culturalmente competente (p. ej. LGBT, lingüísticamente apropiado, entre otros).		
Puntuación de agudeza:	<input type="checkbox"/> El comportamiento relacionado con el estado de salud mental afecta negativamente la vida diaria, las interacciones con los proveedores u otros apoyos sociales.	<input type="checkbox"/> El MCM u otro miembro del equipo de atención es una parte integral del apoyo de salud mental (p. ej., controles regulares, entre otros).		
Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Consumo de alcohol y drogas				
Consumo de sustancias actual	<input type="checkbox"/> Consumo o dependencia crónica de drogas o alcohol que interfiere constantemente con el cumplimiento de la atención y el tratamiento del VIH o las actividades de la vida diaria y no expresa ningún deseo de tratamiento (p. ej., metadona, suboxona, desintoxicación, entre otros).	<input type="checkbox"/> Consumo o dependencia actual o reciente de drogas o alcohol que a veces interfiere con el cumplimiento de la atención del VIH o la vida diaria.	<input type="checkbox"/> Consumo actual o reciente de drogas o alcohol que no interfiere con el cumplimiento de la atención, el tratamiento o las actividades de la vida diaria, pero el MCM evalúa la necesidad de apoyo adicional o un control regular.	<input type="checkbox"/> Consumo actual o reciente de drogas o alcohol que no interfiere con el cumplimiento de la atención, el tratamiento ni las actividades de la vida diaria.
	<input type="checkbox"/> Tratamiento intermitente por el consumo de drogas y alcohol (p. ej., metadona, suboxona, desintoxicación, entre otros).	<input type="checkbox"/> Actualmente en tratamiento residencial u hospitalario por consumo de drogas o alcohol.	<input type="checkbox"/> En la actualidad, recibe tratamiento por consumo de drogas y alcohol en un entorno ambulatorio.	<input type="checkbox"/> Recibe el apoyo suficiente por el consumo de sustancias en el pasado o no se indica la necesidad de apoyo adicional.
	<input type="checkbox"/> Expresa una necesidad o un deseo de recibir un tratamiento por el consumo de drogas o alcohol (p. ej., suboxona, metadona, desintoxicación, entre otros), pero aún no lo ha recibido.	<input type="checkbox"/> En la actualidad, se encuentra en una lista de espera para recibir tratamiento por trastorno por consumo de sustancias.	<input type="checkbox"/> En la actualidad, asiste a grupos de 12 pasos (p. ej., AA, NA, entre otros).	<input type="checkbox"/> No presenta problemas actuales ni pasados con el consumo de drogas o alcohol.
	<input type="checkbox"/> Daño inminente asociado con el consumo de sustancias y sin participación ni interés en prácticas de reducción de daños (p. ej., compartir agujas, narcain, entre otros).	<input type="checkbox"/> Presenta daños asociados con el consumo de sustancias con una capacidad mínima para participar en prácticas de reducción de daños (p. ej., compartir agujas, narcain, entre otros).	<input type="checkbox"/> Presenta daños asociados con el consumo de sustancias con cierta capacidad de participar en prácticas de reducción de daños (p. ej., compartir agujas, narcain, entre otros).	<input type="checkbox"/> No presenta daños asociados con el consumo actual ni pasado de alcohol y drogas. Es capaz de participar en prácticas de reducción de daños (p. ej., no compartir agujas, narcain, entre otros).
	<input type="checkbox"/> Consumo continuo de alcohol en el contexto de enfermedad hepática (p. ej., coinfección por VIH/VHC, entre otros)			
Puntuación de agudeza:				
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Vivienda				
Estado actual de la vivienda	<input type="checkbox"/>	En la actualidad, vive en un refugio o en cualquier lugar que no sea una vivienda (p. ej., calle, automóvil, entre otros).	<input type="checkbox"/>	Tiene desafíos crónicos para mantener una vivienda.
	<input type="checkbox"/>	La situación de vivienda actual presenta grandes peligros para la salud o la seguridad o limita la capacidad del cliente para cuidarse.	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultades para manejar las actividades de la vida diaria (p. ej., subir escaleras, ducharse) en la situación de vivienda actual.
	<input type="checkbox"/>	Necesita una derivación para un programa de apoyo de vivienda u otros servicios de apoyo en el hogar para permanecer seguro en su hogar.	<input type="checkbox"/>	En la actualidad, reside en un programa de apoyo de vivienda.
	<input type="checkbox"/>	Espera ser liberado de encarcelamiento en los siguientes 3 meses o fue liberado del encarcelamiento en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	Reside en viviendas transitorias o temporales o comparte habitación sin pérdida de vivienda eminente.
	<input type="checkbox"/>	Enfrenta el desalojo inminente o la pérdida de la vivienda actual.	<input type="checkbox"/>	Busca reubicarse para mejorar la proximidad a la atención médica, la seguridad del entorno de la vivienda o el acceso a los servicios y el apoyo.
Puntuación de agudeza:				
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Legal				
Estado legal actual	<input type="checkbox"/> Tiene problemas legales urgentes relacionados con el acceso a beneficios, discriminación, empleo, cobertura de seguro médico, vivienda, discapacidad, desalojo o la información de antecedentes penales (Criminal Offender Record Information, CORI).	<input type="checkbox"/> Tiene problemas legales pendientes relacionados con el acceso a beneficios, discriminación, empleo, cobertura de seguro médico, vivienda o discapacidad (p. ej., apelación para el SSI).	<input type="checkbox"/> Necesita asistencia para completar documentos legales estándar.	<input type="checkbox"/> No tiene problemas legales actuales ni recientes.
	<input type="checkbox"/> Tiene una necesidad urgente de completar documentos legales estándar (p. ej., testamento, tutela, entre otros).	<input type="checkbox"/> Necesita vinculación a servicios para abordar problemas legales que afectan la capacidad de obtener los servicios o beneficios necesarios.	<input type="checkbox"/> En la actualidad, trabaja con un proveedor para abordar problemas legales.	<input type="checkbox"/> Todos los documentos legales deseados están completos.
	<input type="checkbox"/> Tiene problemas relacionados con el estado de inmigración.			
	<input type="checkbox"/> En la actualidad, se encuentra en libertad condicional o período de prueba.			
	<input type="checkbox"/> Tiene órdenes de arresto pendientes.			
Puntuación de agudeza:				
Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Relaciones y sistemas de apoyo				
Relaciones y sistemas de apoyo	<input type="checkbox"/> No informa relaciones cercanas, familiares ni de apoyo.	<input type="checkbox"/> Informa que se siente aislado o sin apoyo en las relaciones actuales (p. ej., familiares y amigos).	<input type="checkbox"/> Informa que tienen un sistema de soporte, pero identificó la necesidad de controles regulares del MCM.	<input type="checkbox"/> Tiene un apoyo social satisfactorio.
	<input type="checkbox"/> No le ha revelado el estado de VIH a ninguno de los miembros del sistema de apoyo social debido al estigma, las barreras del idioma, las creencias culturales sobre el VIH, entre otros, lo que afecta directamente las interacciones sociales.	<input type="checkbox"/> Les ha revelado el estado de VIH a algunos miembros del sistema de apoyo, lo que afecta moderadamente el aislamiento social.	<input type="checkbox"/> Le ha revelado el estado de VIH a la mayoría de los miembros del sistema de apoyo.	<input type="checkbox"/> Les ha revelado el estado de VIH a todos los miembros del sistema de apoyo.
		<input type="checkbox"/> Depende del MCM, los pares u otros miembros del personal del programa para recibir apoyo social.		
Puntuación de agudeza:	<input type="checkbox"/> Informa violencia doméstica actual o potencial y necesita intervención inmediata.	<input type="checkbox"/> Ha experimentado violencia doméstica en el pasado, lo que afecta las relaciones actuales, la situación financiera, el estado de la vivienda, entre otros.		<input type="checkbox"/> La experiencia pasada de violencia de pareja íntima no afecta la atención actual.
Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)	
Ingresos					
Estado actual de los ingresos o gestión de las finanzas personales	<input type="checkbox"/>	No tiene ingresos ni beneficios estables establecidos ni una fuente identificada de apoyo financiero.	<input type="checkbox"/>	Ingresos inadecuados para satisfacer las necesidades básicas al final de cada mes durante 3 o más meses en un periodo de 6 meses.	
	<input type="checkbox"/>	Requiere pero no recibe beneficios públicos como SSI/SSDI y no tiene solicitudes pendientes.	<input type="checkbox"/>	Ingresos ocasionales (no más de 2 veces en un periodo de 6 meses) inadecuados para satisfacer las necesidades básicas.	
	<input type="checkbox"/>	No recibe beneficios públicos tales como SSI/SSDI y no es elegible para recibirlos debido al estado de inmigración.		Solicita apoyo con solicitudes de beneficios u otros medios para aumentar y administrar los ingresos.	
	<input type="checkbox"/>	Tiene necesidad inmediata de asistencia financiera para permanecer alojado, conservar los servicios públicos, obtener alimentos o acceder a la atención médica.	Los gastos actuales exceden los ingresos.	Solicita asistencia con el presupuesto.	
	<input type="checkbox"/>	Necesita derivación a un representante beneficiario.	En la actualidad, usa un representante beneficiario.	<input type="checkbox"/>	Tiene ingresos estables; gestiona todas las obligaciones financieras.
	<input type="checkbox"/>	La solicitud de beneficios como SSI/SSDI ha sido rechazada o está bajo apelación.			Recibe beneficios y no requiere asistencia para mantener los beneficios.
Puntuación de agudeza:					
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>					

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Transporte				
Estado actual de transporte	<input type="checkbox"/> Tiene acceso limitado o nulo al transporte, lo que afecta la participación en la atención médica, las citas y otros servicios de apoyo.	<input type="checkbox"/> Tiene pases de transporte PT-1 o de agencia, pero requiere la asistencia del MCM para completar las solicitudes o mantener la elegibilidad.	<input type="checkbox"/> Depende de PT-1 o pases de transporte respaldados por la agencia o familiares y amigos.	<input type="checkbox"/> Tiene acceso habitual y confiable al transporte sin necesidad de apoyo de la agencia.
Puntuación de agudeza:	<input type="checkbox"/> Presenta limitaciones de idioma o funcionamiento cognitivo que limitan la capacidad de coordinar el transporte.		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente necesita ayuda con el transporte para mantenerse involucrado en la atención médica.	
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>				

Área de funcionamiento	Necesidad intensiva (3)	Necesidad moderada (2)	Necesidad básica (1)	Autogestión (0)
Nutrición				
Estado nutricional actual	<input type="checkbox"/> Depende de despensas de alimentos, comedores populares u otros recursos alimenticios de la comunidad de forma semanal.	<input type="checkbox"/> Depende de despensas de comida, comedores populares y otros recursos alimenticios comunitarios 1 vez por mes o más.	<input type="checkbox"/> Depende de despensas de comida, comedores populares u otros recursos alimenticios de la comunidad menos de 1 vez por mes.	<input type="checkbox"/> Se satisfacen todas las necesidades nutricionales o no se necesita asistencia del MCM para acceder a la asistencia alimentaria.
	<input type="checkbox"/> Necesita vinculación inmediata a la atención médica debido a problemas agudos relacionados con bajo peso corporal, falta de apetito, náuseas, vómitos u otros problemas de salud urgentes que afectan el estado nutricional.	<input type="checkbox"/> Necesita vinculación con asesoramiento nutricional para ayudar a controlar problemas de salud crónicos o no urgentes que afectan el estado nutricional.	<input type="checkbox"/> Necesita información sobre nutrición o preparación de alimentos para mejorar o mantener la salud.	
	<input type="checkbox"/> Necesita una derivación para obtener beneficios relacionados con los alimentos (p. ej., SNAP, WIC, entre otros).	<input type="checkbox"/> Recibe beneficios relacionados con los alimentos (p. ej., el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP], el programa WIC, entre otros) para satisfacer las necesidades nutricionales propias o del hogar.	<input type="checkbox"/> Necesita asistencia para completar solicitudes para mantener los beneficios actuales relacionados con los alimentos (p. ej., SNAP, WIC, entre otros).	
	<input type="checkbox"/> No es elegible para recibir beneficios relacionados con los alimentos (p. ej., SNAP, WIC, entre otros).	<input type="checkbox"/> Depende del acceso a un programa de alimentación de una agencia para obtener una alimentación adecuada.		
Puntuación de agudeza:				
<i>Comentarios (incluir las derivaciones necesarias):</i>				
Resumen y firmas				
Puntuación de agudeza:	Nivel de necesidad (1-14) Necesidad básica			
Código del cliente:				
Nombre del MCM:				
Firma del MCM:				

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Éxito y barreras en la colaboración



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Utilizar estrategias específicas para crear asociaciones con las agencias y los grupos.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, prepare las hojas del rotafolio con los encabezados: Desafíos en la colaboración, Cómo generar confianza y Reflexión sobre estrategias.
2. Explique lo siguiente: ahora pasaremos tiempo analizando algunos de nuestros propios éxitos en colaborar con otras agencias y algunas de las barreras en la colaboración.
3. Entregue notas adhesivas amarillas y verdes y un marcador a cada participante. Pídale a las participantes que escriban algo que las haya ayudado a generar confianza y a colaborar con los socios comunitarios en la nota amarilla. En la nota verde, pídale que escriban un desafío que hayan experimentado al colaborar con socios comunitarios. Pídale a las participantes que mantengan las agencias anónimas.
4. Pídale a cada una que lea sus notas en voz alta y colóquelas en las hojas de rotafolio correspondientes (Desafíos en la colaboración, Cómo generar confianza).
5. Pregunte: “¿Cuáles son algunas estrategias que han utilizado para construir y mantener relaciones con otras agencias? ¿Cómo han superado los desafíos para colaborar con otras agencias?” Escriba las respuestas en la hoja del rotafolio Reflexión sobre estrategias.
6. Muestre los consejos para construir relaciones con las agencias si las participantes no los mencionaron (diapositiva 3).
7. Cierre la actividad. Agradezca a todas por participar y explique que, aunque existen desafíos y barreras en la colaboración, una de las funciones de una CHW es colaborar entre las agencias para promover el bienestar de las personas con las que trabajan asegurándose de que reciben atención culturalmente adecuada y accesible.



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención; gestión de casos y navegación del sistema; mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales; defensa de las personas y las comunidades; realización de actividades de divulgación.

Habilidades C3 relacionadas

Coordinación de servicios y habilidades de navegación, habilidades de defensa, habilidades de divulgación, habilidades profesionales y conducta



Métodos de enseñanza

Trabajo individual, análisis grupal, lluvia de ideas



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Colaboración, barreras, construcción de relaciones

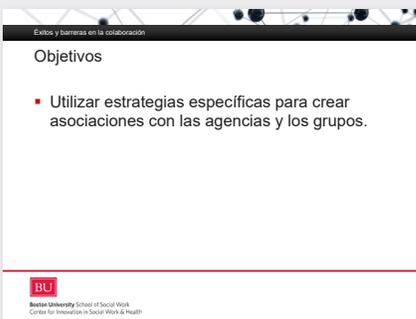


Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Notas adhesivas de diferentes colores (p. ej., verde y amarillo)
- Rotafolio
- Marcadores

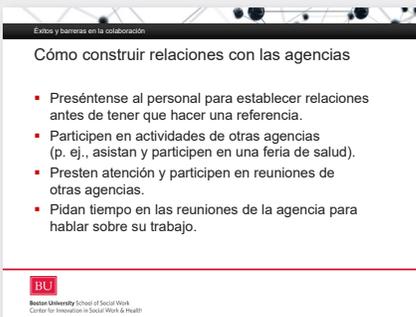


DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIAPPOSITIVA 3

Mencione los siguientes puntos acerca de cómo construir relaciones con las agencias si las participantes no los mencionaron.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Liderazgo de empoderamiento: orientación al poder



OBJETIVOS

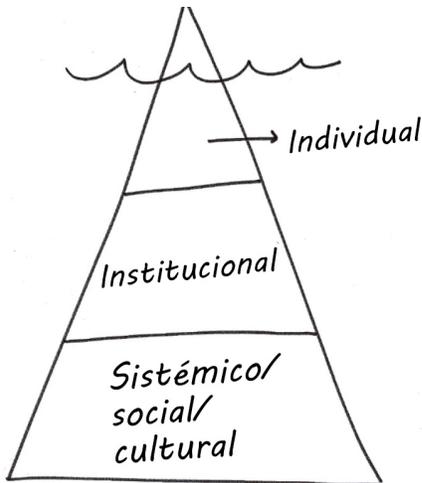
Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Nombrar tres niveles en los que opera el poder.
- Describir cuatro modelos diferentes de liderazgo.
- Identificar y aplicar cualidades y habilidades de un líder empoderador.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, dibuje el siguiente diagrama sobre los niveles de poder en el rotafolio.



2. Muestre los objetivos y el resumen de la sesión (diapositivas 2 y 3).
3. Orientación al poder (15 minutos)
 - Muestre las diapositivas sobre la definición de poder y dónde opera el poder (diapositivas 4 y 5).
 - El poder se desarrolla en tres niveles diferentes en nuestra sociedad (muestre el gráfico dibujado en papel del rotafolio). Dirija una discusión sobre ejemplos en cada nivel y escríbalos en el diagrama.
 - Individual/interpersonal: las actitudes y los comportamientos pueden ser intencionales o no intencionales. Pregunte: “¿Cuáles son ejemplos de cómo el poder o el privilegio afecta a las personas con VIH a nivel individual?”

(continuación)



Roles C3 relacionados

Desarrollar capacidades individuales y comunitarias, mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de defensa, habilidades profesionales y conducta



Métodos de enseñanza

Presentación breve, lluvia de ideas, actividad en grupos pequeños, redacción individual



Tiempo previsto

90 minutos



Conceptos clave

Poder, sistémico, institucional, individual, actitudes, comportamientos, intencional, no intencional, autoritario, paternalista, participativo, de empoderamiento



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Hojas de rotafolio
- Marcadores

Folleto

- Estilos de liderazgo: cuatro modelos
- Expresiones de poder
- Escenarios de liderazgo de empoderamiento
- Habilidades de las promotoras de salud
- Cualidades de las promotoras de salud
- Características del liderazgo de empoderamiento
- Tarjeta de “Mi compromiso de liderazgo”

Liderazgo de empoderamiento: orientación al poder



INSTRUCCIONES *(continuación)*

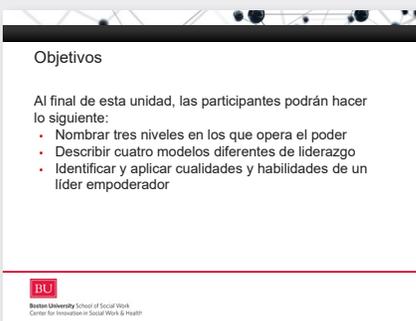
- Institucional: el privilegio o la opresión se promulgan mediante leyes, políticas, procedimientos y prácticas dentro de las instituciones y organizaciones (intencionalmente o no). Pregunte: “¿Cuáles son ejemplos de cómo el poder o el privilegio afecta a las personas con VIH a nivel institucional?”
 - Sistémico/social/cultural: los valores, las creencias y las normas crean lo que es “correcto” y “normal” en la sociedad. La interacción de políticas, prácticas y programas de diferentes instituciones promulga privilegios u opresión. Pregunte: “¿Cuáles son ejemplos de cómo el poder o el privilegio afecta a las personas con VIH a nivel sistémico o sociocultural?”
 - Digamos que podemos pensar en esta imagen como un iceberg. A menudo, lo que vemos y en lo que nos enfocamos es en las formas individuales en que el poder, el privilegio y la opresión se representan en nuestra sociedad. Sin embargo, las formas sistémicas que desempeñan el poder, el privilegio y la opresión crean la base para las experiencias individuales de privilegio y opresión.
 - Pregunte: “¿Cómo creen que el poder se relaciona con la forma en que entendemos y practicamos el liderazgo?”
 - Mencione lo siguiente: la forma en que entendemos y abordamos el liderazgo se trata esencialmente de cómo usamos el poder. Tengan esto en cuenta a medida que avanzamos en nuestra próxima actividad sobre diferentes estilos de liderazgo.
4. Cuatro modelos de liderazgo (20 minutos)
- Analicen en grupo los tipos de liderazgo: autoritario, paternalista, participativo y de empoderamiento (siga las notas y las preguntas en las diapositivas 6 a 10).
 - Distribuya el folleto “Estilos de liderazgo.
5. Habilidades y cualidades del liderazgo de empoderamiento” (45 minutos).
- Muestre las diapositivas sobre la definición y las citas de empoderamiento (diapositiva 11). Pregunte: “¿Qué observan sobre estas definiciones y citas? ¿Cómo se conectan con su trabajo?”
 - Actividad: Escenarios de empoderamiento (30 minutos)
 - Distribuya el folleto “Características del liderazgo de empoderamiento” y los escenarios posibles y divida a las participantes en grupos pequeños.
 - Explique que las participantes ahora tendrán la oportunidad de trabajar en grupos pequeños para pensar sobre cómo sería un enfoque de empoderamiento en diferentes escenarios. Lean los escenarios en su grupo y hablen sobre lo que podría ser un enfoque de liderazgo de empoderamiento en el escenario. Pueden utilizar el folleto de habilidades y cualidades de las CHW como guía de referencia. Lo alentamos a que agregue sus pensamientos o ideas al folleto de habilidades y cualidades (diapositiva 12).
 - Deles a las participantes 20 minutos para que trabajen en grupos pequeños. Vuelva a convocar al grupo grande para intercambiar comentarios y realizar un análisis.
 - Mi compromiso (10 minutos)
 - Al concluir esta sesión sobre el liderazgo de empoderamiento, queremos darles un poco de tiempo para reflexionar individualmente sobre las habilidades de liderazgo que les gustaría mejorar y qué pasos pueden tomar para fortalecer esas habilidades.
 - Distribuya las tarjetas de “Mi compromiso de liderazgo” y pídale a las participantes que las completen.
6. Cierre la actividad.
- Finalice agradeciéndoles a las participantes por su participación.

Liderazgo de empoderamiento: orientación al poder



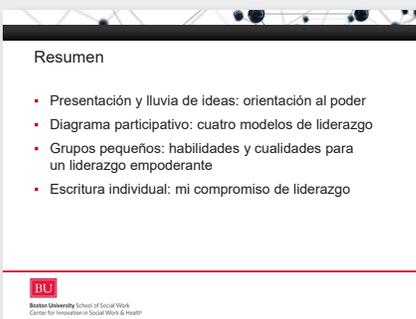
DIAPPOSITIVA 1

Deles la bienvenida a las participantes a la sesión sobre el liderazgo de empoderamiento.



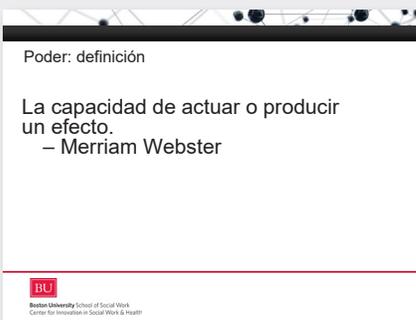
DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIAPPOSITIVA 3

- Revise la diapositiva.
- Explique: para comenzar nuestra conversación sobre el liderazgo de empoderamiento, primero tenemos que comenzar con un análisis sobre el poder.
- Pregunte: "¿Qué se les viene a la mente cuando escuchan la palabra 'poder'?"



DIAPPOSITIVA 4

- Muestre la definición.
- El poder a menudo está vinculado al privilegio basado en la identidad o posición de autoridad de una persona. Por ejemplo, alguien podría estar en una posición de autoridad como supervisor, pero puede o no tener privilegios en la institución o en una sociedad más amplia en función de su identidad racial o de género o su estado migratorio.

Donde opera el poder

- **Sistémico/social/cultural**
 - Valores, creencias y normas
 - Interacción de políticas, prácticas y programas de instituciones
- **Institucional**
 - Leyes, políticas, procedimientos y prácticas
- **Individual/interpersonal**
 - Actitudes y comportamientos



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Modelos de liderazgo

Actividad grupal



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Cuatro modelos de liderazgo



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Cuatro modelos de liderazgo



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Muestre el diagrama de los tipos de poder y dirija un análisis sobre los ejemplos de estos tipos de poder (consulte el plan de la clase).

DIAPPOSITIVA 6

Explique que hay muchos tipos diferentes de liderazgo. Ahora exploraremos cuatro modelos diferentes de liderazgo.

DIAPPOSITIVA 7

- Pregunte: "¿Qué les dice o sugiere este modelo? ¿Qué clase de líder es este? ¿Cómo podríamos llamar a este líder? ¿Cuándo sería apropiado usar este modelo de liderazgo? ¿Cuáles son las ventajas o desventajas de este modelo?"
- Explique: podríamos llamar a este estilo "autoritario" o "autocrático".
- *Aclare el significado de cada tipo de liderazgo haciendo referencia al folleto sobre los cuatro estilos de liderazgo.*

DIAPPOSITIVA 8

- Pregunte: "¿Qué les dice o sugiere este modelo? ¿Qué clase de líder es este? ¿Cómo podríamos llamar a este líder? ¿Cuándo sería apropiado usar este modelo de liderazgo? ¿Cuáles son las ventajas o desventajas de este modelo?"
- Explique: podríamos llamar a este estilo "paternalista" o "maternalista".
- *Aclare el significado de cada tipo de liderazgo haciendo referencia al folleto sobre los cuatro estilos de liderazgo.*

Cuatro modelos de liderazgo

Solo tenemos unos minutos.
Este es el plan, ¿qué piensan?
Buena idea.
No me gusta.
No entiendo.

BU Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

- Pregunte: “¿Qué les dice o sugiere este modelo? ¿Qué clase de líder es este? ¿Cómo podríamos llamar a este líder? ¿Cuándo sería apropiado usar este modelo de liderazgo? ¿Cuáles son las ventajas o desventajas de este modelo?”
- Explique que podríamos llamar a este estilo “participativo”.
- *Aclare el significado de cada tipo de liderazgo haciendo referencia al folleto sobre los cuatro estilos de liderazgo.*

Cuatro modelos de liderazgo

Juntos podemos hacerlo.
Buena. Esto es lo que dijimos que queríamos hacer.
Hicimos un buen plan.
Me gusta.
Si se puede.

BU Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 10

- Pregunte: “¿Qué les dice o sugiere este modelo? ¿Qué clase de líder es este? ¿Cómo podríamos llamar a este líder? ¿Cuándo sería apropiado usar este modelo de liderazgo? ¿Cuáles son las ventajas o desventajas de este modelo?”
- Explique que podríamos llamar a este estilo “de empoderamiento”.
- *Aclare el significado de cada tipo de liderazgo haciendo referencia al folleto sobre los cuatro estilos de liderazgo.*
- Reflexión: pregunte: “¿Qué estilo o estilos de liderazgo serán más efectivos en sus roles como CHW en su comunidad?”
- Consulte el folleto “Expresiones de poder”. Comparta que los modelos de “poder con”, “poder para” y “poder interior” pueden ser formas útiles para que comprendamos un enfoque de liderazgo de empoderamiento.

Empoderamiento: una definición y reflexión

- “El empoderamiento es el proceso mediante el que las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud”.
– Organización Mundial de la Salud, 1986
- “El poder sin amor es peligroso y abusivo, y el amor sin poder es sentimental y anémico. El mejor poder es el amor que implementa las demandas de justicia, y la mejor justicia es el poder que corrige todo lo que se opone al amor”. – Dr. Martin Luther King, Jr.

BU Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 11

- Como mencionamos en la última actividad, adoptar un enfoque de empoderamiento sobre cómo lideramos y trabajamos con otros es la mejor práctica para las CHW. Queríamos ofrecer información adicional sobre lo que es el empoderamiento y algunas de las habilidades y cualidades relacionadas.
- Lea la definición y la cita del Dr. King.
- Pregunte: “¿Qué observan sobre estas definiciones y citas? ¿Cómo se conectan con su trabajo?”

Actividad: escenarios de empoderamiento

1. Lean los escenarios en grupo.
2. Analicen cómo sería un enfoque de empoderamiento para cada escenario.
3. Usen el folleto de habilidades y cualidades de empoderamiento como guía de referencia. Agreguen sus ideas sobre las habilidades y cualidades adicionales de un líder empoderante.
4. Prepárense para compartir de forma breve un ejemplo de un enfoque de empoderamiento a partir de su análisis.

BU Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 12

- Distribuya el folleto “Características del liderazgo de empoderamiento” y los escenarios posibles y divida a las participantes en grupos pequeños.
- Explique que las participantes ahora tendrán la oportunidad de trabajar en grupos pequeños para pensar sobre cómo sería un enfoque de empoderamiento en diferentes escenarios. Lean los escenarios en grupo y hablen sobre lo que podría ser un enfoque de liderazgo de empoderamiento en el escenario. Pueden utilizar el folleto de habilidades y cualidades como guía de referencia. Lo alentamos a que agregue sus pensamientos e ideas al folleto de habilidades y cualidades.
- Dele a las participantes 20 minutos para que trabajen en grupos pequeños. Vuelva a convocar al grupo grande para intercambiar comentarios.

Estilos de liderazgo: cuatro modelos

Liderazgo autocrático

El liderazgo autocrático, también conocido como liderazgo autoritario, es un estilo de liderazgo caracterizado por el control del líder sobre todas las decisiones con poco o ningún aporte de los miembros del grupo.

Ventajas:

- El liderazgo autocrático puede ser beneficioso cuando las decisiones deben tomarse rápidamente sin consultar con un gran grupo de personas. Puede ser necesario en tiempos de crisis.
- En situaciones que son particularmente estresantes, como conflictos militares o emergencias, este estilo les permite a los miembros del grupo concentrarse en realizar tareas específicas sin preocuparse por tomar decisiones complejas. Como resultado, los miembros del grupo pueden tener muchas habilidades para realizar ciertas tareas.

Desventajas:

- El liderazgo autocrático no fomenta la iniciativa, la creatividad ni la responsabilidad personal de los miembros del grupo.
- Los líderes que usan estilos de liderazgo autocrático cuando no son necesarios a menudo son vistos como mandones, controladores y dictatoriales, lo que puede generar resentimiento entre los miembros del grupo.
- El liderazgo autocrático puede generar una falta de soluciones creativas a los problemas, lo que en última instancia puede dañar el desempeño del grupo.



Liderazgo paternalista

El liderazgo paternalista se basa en la idea de que el líder está en una mejor posición que los seguidores para saber qué es lo mejor para todos. En pocas palabras, es la forma de liderazgo de un “líder como figura paterna experta”.

Ventajas:

- Los líderes que muestran un liderazgo benevolente pueden mejorar la reciprocidad al ayudar a otros cuando se enfrentan a dificultades y emergencias personales.
- A veces, es posible que las personas que tienen un rol de “seguidor” quieran ser lideradas por alguien a quien ven como un cuidador.

Desventajas:

- Si se toma una decisión incorrecta, los seguidores pueden sentirse insatisfechos con el líder.
- Los miembros del grupo dependen del líder para que los guíe, en lugar de aprender a resolver sus propios problemas.



Liderazgo participativo

Un líder participativo busca involucrar a otras personas en el proceso de toma de decisiones. La cantidad de influencia que se les da a los demás varía según las preferencias y creencias del líder. Los miembros del grupo o el líder proponen una decisión y, luego, el líder escucha los comentarios y toma la decisión final.

Ventajas:

- Los líderes participativos alientan a los miembros del grupo a participar y compartir ideas y opiniones, a pesar de que el líder es quien tiene la última palabra sobre la decisión.
- Los miembros del grupo se sienten involucrados en el proceso.

Desventajas:

- El liderazgo participativo puede ser una farsa cuando los líderes piden opiniones y luego las ignoran, lo que probablemente genere sentimientos de traición.
- En última instancia, los que encabezan el grupo son los que tienen el poder para tomar decisiones.
- Es probable que los miembros del grupo se mantengan involucrados porque se satisfacen sus necesidades básicas. Sin embargo, no están motivados para dar lo mejor en todo momento.



Liderazgo de empoderamiento

El empoderamiento es “un proceso de acción social en el que los individuos y grupos actúan para dominar sus vidas en el contexto que permite cambiar su entorno social y político”. (Wallerstein, 1994) Los líderes de empoderamiento ayudan a otros a desarrollar la capacidad de cambiar su situación.

Ventajas:

- El liderazgo de empoderamiento fortalece la capacidad de liderazgo de todos y crea circunstancias en las que todos pueden participar.
- Los problemas se identifican y analizan en grupo. Todos buscan las mejores soluciones para su comunidad.
- Este estilo brinda a las personas la oportunidad de pensar, actuar y tomar la iniciativa y la responsabilidad en función de sus propias habilidades.

Desventajas:

- El liderazgo de empoderamiento requiere un alto nivel de experiencia y habilidad.
- Crear confianza y relaciones dentro de los grupos puede llevar mucho tiempo.
- Pocas personas han tenido experiencia con el liderazgo de empoderamiento y han experimentado con más frecuencia un liderazgo autoritario. Esto puede provocar que los miembros del grupo se sientan perdidos en el proceso y regresen a modelos más familiares de liderazgo autoritario o paternalista. Esto, a su vez, puede tener un efecto negativo en los miembros e impedir el progreso del grupo.



(Fuentes: *Education for Transformation*, 1992; Kendra Cherry; About.com Guide; James Withers; eHow Contributor; LeaderToday.org by Bacal and Associates; *The Free Dictionary* by Farflex; Michigan Leadership Studies; Wallerstein, 1994)

Expresiones de poder

El poder a menudo se define solo en términos negativos y como una forma de dominación, pero también puede ser una fuerza positiva para la capacidad individual y colectiva de actuar por el cambio. En *A New Weave of Power* (2002, página 55), Lisa VeneKlasen y Valerie Miller describen cuatro “expresiones de poder” de la siguiente manera:

Poder sobre



La forma de poder más reconocida, el “poder sobre” (*power over*), tiene muchas asociaciones negativas para las personas, como la represión, la fuerza, la coerción, la discriminación, la corrupción y el abuso. El poder se ve como un tipo de situación donde unos ganan y otros pierden. Tener poder implica tomarlo de otra persona y, luego, usarlo para dominar y evitar que otros lo obtengan. En política, quienes controlan los recursos y la toma de decisiones tienen poder sobre los que no lo tienen. Cuando a las personas se les niega el acceso a recursos importantes como la tierra, la atención médica y el empleo, el “poder sobre” perpetúa la desigualdad, la injusticia y la pobreza. En ausencia de modelos y relaciones alternativas, las personas repiten el patrón de “poder sobre” en sus relaciones personales, comunidades e instituciones. Esto también es cierto para las personas que provienen de un grupo marginado o “impotente”. Cuando ganan poder en posiciones de liderazgo, a veces imitan al opresor. Por esta razón, los defensores no pueden esperar que la experiencia de ser excluidos prepare a las personas para convertirse en líderes democráticos. Las formas nuevas de liderazgo y de toma de decisiones deben definirse, enseñarse y recompensarse explícitamente para promover formas de poder más democráticas. Los practicantes y los

académicos han buscado formas más colaborativas de ejercer y usar el poder. Son tres las alternativas (“poder con”, “poder para” y “poder interior”) que ofrecen formas positivas de expresar el poder y crean la posibilidad de construir relaciones más equitativas. Al afirmar la capacidad de las personas para actuar de forma creativa, proporcionan algunos principios básicos para construir estrategias de empoderamiento.

Poder con



El “poder con” (*power with*) tiene que ver con encontrar un punto en común entre diferentes intereses y construir una fuerza colectiva. Se basa en el apoyo mutuo, la solidaridad y la colaboración, el “poder con” multiplica los talentos y los conocimientos individuales. Puede ayudar a construir puentes que vinculen diferentes intereses para transformar o reducir conflictos sociales y promover relaciones equitativas. Los grupos de defensa buscan aliados y forman coaliciones basándose en la noción de “poder con”.

Poder para



El “poder para” (*power to*) se refiere al potencial único de cada persona para moldear su vida y su mundo. Cuando se basa en el apoyo mutuo, abre las posibilidades de una acción conjunta o un “poder con”. La educación ciudadana y el desarrollo de liderazgo para la defensa se basan en la creencia de que cada individuo tiene el poder de marcar la diferencia.

Poder interior



El “poder interior” (*power within*) tiene que ver con el sentido de autoestima y autoconocimiento de una persona. Incluye la capacidad de reconocer las diferencias individuales y aún así respetarlas. El “poder interior” es la capacidad de imaginar y tener esperanza; confirma la búsqueda humana común de dignidad y realización. Muchos esfuerzos populares usan historias personales y reflexiones para ayudar a las personas a reafirmar el valor personal y a reconocer su “poder para” y “poder con”. Los académicos que escriben sobre el desarrollo y el cambio social hacen referencia a estas formas de poder como agencia: la capacidad de actuar y cambiar el mundo.

Consulte también el libro de Jo Rowlands *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras* (1997, página 13) publicado por Oxfam que trata estas formas de poder.
<https://www.powercube.net/other-forms-of-power/expressions-of-power/>

Escenarios de empoderamiento

Escenario de empoderamiento n.º 1

Un gerente de proyecto presenta un programa nuevo a su equipo. Han tenido varias reuniones con los líderes para tratar de obtener los recursos necesarios para que el equipo pueda hacer un buen trabajo sin agotarse en el proceso. El gerente del proyecto acude al equipo para proporcionarle los objetivos y las actividades, pero no quiere aburrirlos con los detalles. Se toman el tiempo para hablar sobre el programa y el gerente está interesado en escuchar comentarios. Sin embargo, el equipo tiene la sensación de que la organización ya tomó la decisión de seguir con el programa nuevo.

Escenario de empoderamiento n.º 2

Todos los lunes por la mañana, en nuestro departamento tenemos una reunión de equipo. Suelen asistir 10 personas. Es una reunión social y hay aperitivos. El gerente del departamento felicita los éxitos de la semana pasada y revisa una lista de actividades y desafíos que pueden surgir en la próxima semana. Al final de la reunión, se usan al menos 15 minutos para preguntas y respuestas.

Escenario de empoderamiento n.º 3

No se están cumpliendo los objetivos de un proyecto o está retrasado. El gerente del proyecto envía un correo electrónico detallado con un plan de acción que lo pondrá al día. Más adelante esa semana convocan a una reunión con todo el equipo y un “consultor” interno para discutir estrategias para evitar que el proyecto se descarrile en el futuro.

Escenario de empoderamiento n.º 4

Dos miembros del equipo tienen una pelea personal. Esto ha provocado tensiones en todo el equipo y el departamento. El gerente habla con cada miembro del personal individualmente y trata de llegar al fondo de la historia. Sin embargo, dejan en claro que si los miembros continúan alterando el ambiente de trabajo, cada uno podría recibir medidas disciplinarias.



Escenario de empoderamiento n.º 5

Cuatro miembros del equipo reciben un sueldo parcial de un proyecto de tres años. El proyecto está al final del segundo año. El liderazgo en la organización siempre busca maneras de atraer fondos nuevos. Además, parece que son buenos en eso. Sin embargo, no se ha hablado sobre el futuro.

Escenario de empoderamiento n.º 6

Nuestra clínica abrirá una sucursal a unos 30 minutos de su ubicación actual. Se intentará proporcionar los mismos servicios que se ofrecen en la clínica principal. El liderazgo está entusiasmado porque se ofrecerán programas a los residentes de esta área que alguna vez estuvo desatendida. La divulgación será una actividad importante. El gerente reservó un día entero para analizar cómo el equipo trabajará en este nuevo emprendimiento. Se servirá el almuerzo.

Escenario de empoderamiento n.º 7

La organización está desarrollando un plan de preparación para casos de desastres en la clínica. Se ha convocado un grupo de trabajo interdisciplinario para desarrollar este plan durante los próximos seis meses. El liderazgo ha contactado a su equipo para ofrecer que dos miembros trabajen en este comité.

Las habilidades de las CHW eficaces

Las CHW y los coordinadores del programa de CHW entrevistados para el Proyecto Consenso Básico de las Promotoras de Salud (2016) informaron que las CHW deben tener las siguientes habilidades para ser eficaces en su trabajo. Las *habilidades* son aptitudes que se pueden obtener con estudio y práctica.

Habilidades de comunicación

- ✓ Habilidad para usar el lenguaje con confianza
- ✓ Habilidad para usar el lenguaje de manera que atraiga y motive
- ✓ Habilidad para comunicarse usando un lenguaje claro y simple
- ✓ Habilidad para comunicarse con empatía
- ✓ Habilidad para escuchar de forma activa
- ✓ Habilidad para preparar la comunicación escrita, incluida la comunicación electrónica (p. ej., correo electrónico, dispositivo de telecomunicaciones para sordos)
- ✓ Habilidad para documentar el trabajo
- ✓ Habilidad para comunicarse con la comunidad atendida (puede no ser fluido en el idioma de todas las comunidades atendidas)

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones

- ✓ Habilidad para proporcionar asesoramiento y apoyo social
- ✓ Habilidad para brindar asesoramiento de autogestión
- ✓ Habilidad para utilizar técnicas de entrevista (p. ej., entrevistas motivacionales)
- ✓ Habilidad para trabajar como miembro de un equipo
- ✓ Habilidad para manejar conflictos
- ✓ Habilidad para practicar la humildad cultural

Coordinación de servicios y habilidades de navegación

- ✓ Habilidad para coordinar la atención (incluida la identificación y el acceso a recursos y la superación de barreras)
- ✓ Habilidad para hacer referencias apropiadas
- ✓ Habilidad para facilitar el desarrollo de un plan de acción individual o grupal y el logro de objetivos
- ✓ Habilidad para coordinar actividades de CHW con servicios clínicos y otros servicios comunitarios
- ✓ Habilidad para realizar un seguimiento y registrar el cuidado de las referencias

Habilidades de desarrollo de capacidades

- ✓ Habilidad para ayudar a otros a identificar objetivos y desarrollar su máximo potencial
- ✓ Habilidad para trabajar de manera que aumente el empoderamiento individual y comunitario
- ✓ Habilidad para establecer contactos, establecer conexiones con la comunidad y formar coaliciones
- ✓ Habilidad para enseñar habilidades de autodefensa
- ✓ Habilidad para realizar una organización comunitaria

Habilidades de defensa

- ✓ Habilidad para contribuir con el desarrollo de políticas
- ✓ Habilidad para defender el cambio en las políticas
- ✓ Habilidad para defender a los individuos y las comunidades



Habilidades de educación y facilitación

- ✓ Habilidad para utilizar estrategias de enseñanza centradas en el alumno y de empoderamiento
- ✓ Habilidad para usar una variedad de técnicas educativas apropiadas y efectivas
- ✓ Habilidad para facilitar análisis grupales y toma de decisiones
- ✓ Habilidad para planificar y realizar clases y presentaciones para una variedad de grupos
- ✓ Habilidad para buscar información adecuada y responder preguntas sobre temas pertinentes
- ✓ Habilidad para encontrar y compartir la información solicitada
- ✓ Habilidad para colaborar con otros educadores
- ✓ Habilidad para recopilar y usar información de y con miembros de la comunidad

Habilidades de evaluación individual y comunitaria

- ✓ Habilidad para participar en la evaluación individual mediante la observación y la investigación activa
- ✓ Habilidad para participar en la evaluación de la comunidad mediante la observación y la investigación activa

Habilidades de alcance

- ✓ Habilidad para encontrar, reclutar y seguir casos
- ✓ Habilidad para preparar y difundir materiales
- ✓ Habilidad para construir y mantener un inventario actualizado de recursos

Habilidades y conducta profesional

- ✓ Habilidad para establecer metas y desarrollar y seguir un plan de trabajo
- ✓ Habilidad para equilibrar prioridades y gestionar el tiempo
- ✓ Habilidad para aplicar técnicas de pensamiento crítico y resolución de problemas
- ✓ Habilidad para usar la tecnología pertinente
- ✓ Habilidad para buscar educación continua y oportunidades de aprendizaje continuo
- ✓ Habilidad para maximizar la seguridad personal mientras se trabaja en entornos comunitarios o clínicos
- ✓ Habilidad para observar estándares éticos y legales (p. ej., Código de Ética de CHW, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades [ADA], Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPAA])
- ✓ Habilidad para identificar situaciones que requieren informes obligatorios y llevar a cabo los requisitos de informes obligatorios
- ✓ Habilidad para participar en el desarrollo profesional de las CHW pares y en la creación de redes entre grupos de CHW
- ✓ Habilidad para establecer límites y practicar el cuidado personal



Habilidades de evaluación e investigación

- ✓ Habilidad para identificar preocupaciones importantes y realizar evaluaciones e investigaciones para comprender mejor las causas del problema
- ✓ Habilidad para aplicar las prácticas basadas en evidencia de la Investigación participativa basada en la comunidad (CBPR) y la Investigación de acción participativa (PAR)
- ✓ Habilidad para participar en procesos de evaluación e investigación, que incluyen:
 - Identificar cuestiones prioritarias y preguntas de evaluación e investigación
 - Desarrollar el diseño y los métodos de evaluación/investigación
 - Recopilar e interpretar los datos
 - Compartir los resultados y los hallazgos
 - Incluir a los interesados para que tomen medidas sobre los hallazgos

Base de conocimiento

- ✓ Conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y las disparidades relacionadas
- ✓ Conocimiento sobre problemas de salud pertinentes
- ✓ Conocimiento sobre estilos de vida saludables y cuidado personal
- ✓ Conocimiento sobre problemas de salud mental/conductual y su conexión con la salud física
- ✓ Conocimiento sobre las teorías del comportamiento de salud
- ✓ Conocimiento de los principios básicos de la salud pública
- ✓ Conocimiento sobre la comunidad atendida
- ✓ Conocimiento sobre los sistemas de salud y servicios sociales de los Estados Unidos

Informe del Proyecto Consenso Básico de las CHW: <https://www.c3project.org/>

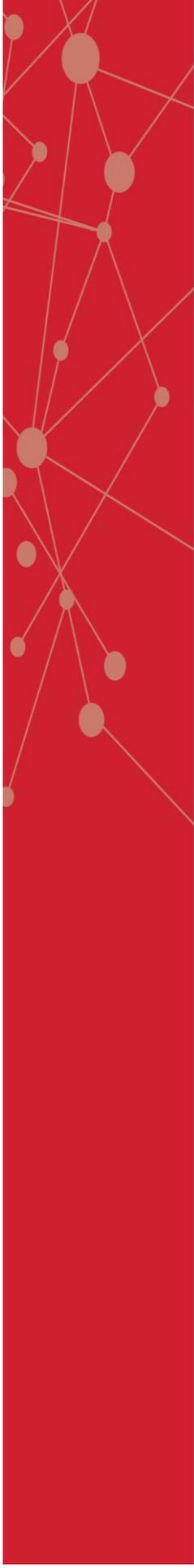
Las cualidades de las CHW eficaces

Las CHW y los coordinadores del programa de CHW entrevistados para el Estudio nacional de asesores de salud comunitaria (*National Community Health Advisor Study*) también dejaron en claro que las CHW deben tener ciertas cualidades para realizar este trabajo complejo y exigente. Las *cualidades* son características personales que se pueden mejorar, pero no enseñar.¹

- ✓ Ser miembro o tener experiencia compartida con la comunidad en la que trabajan
- ✓ Ser amable, extrovertida, sociable
- ✓ Ser internamente fuerte y valiente, con una autoestima saludable
- ✓ Ser paciente
- ✓ Ser demente abierta y sin prejuicios
- ✓ Estar motivada y ser capaz de trabajar por cuenta propia
- ✓ Ser atenta, compasiva
- ✓ Ser honesta
- ✓ Estar comprometida y ser dedicada
- ✓ Ser respetuosa
- ✓ Ser abierta y tener ganas de crecer, cambiar y aprender
- ✓ Ser fiable, responsable, confiable
- ✓ Ser flexible y adaptable
- ✓ Estar deseosa de ayudar a la comunidad
- ✓ Ser persistente
- ✓ Ser creativa e ingeniosa
- ✓ Tener sentido del humor
- ✓ Brindar apoyo (ayuda) en vez de dar órdenes (decir qué hacer)
- ✓ Ser emocionalmente madura
- ✓ Ser un ejemplo para tratar de llevar un estilo de vida saludable

Las características del liderazgo de empoderamiento

- Genera un ambiente de confianza.
- Predica con el ejemplo.
- Hace grandes preguntas.
- Sabe cuándo liderar y cuándo administrar.
- Se concentra en las fortalezas.
- Motiva e inspira a otros a alcanzar su máximo potencial.
- Piensa en “lo correcto”.
- Respeta y pide respeto.
- Construye relaciones.
- Tiene una mentalidad de aprendizaje.
- Conoce sus limitaciones.
- Es creativo.
- Es consciente del poder y lo usa bien.
- Sabe motivar a los demás.
- Equilibra la participación.
- Es un oyente activo.
- Es emocionalmente maduro.



Mi compromiso de liderazgo personal

“La humildad nos conduce a la grandeza no a la debilidad. La forma más elevada de autorespeto es admitir las propias equivocaciones y corregirlas”.

— John J. McCloy

“La humildad es hacer la estimación correcta de uno mismo”.

— Charles H. Spurgeon



Habilidades de liderazgo
que me gustaría fortalecer
o mejorar:

Nombre: _____

Formas de fortalecer estas habilidades:

Nombre: _____

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Reducción de daños



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender la base filosófica de la reducción de daños, las raíces históricas del movimiento y cómo influye actualmente en otras áreas de servicio.
- Explorar actitudes y valores relacionados con la reducción de daños.
- Hacer una lluvia de ideas de estrategias para un enfoque de reducción de daños “gradual” para un desafío conductual identificado.
- Identificar los próximos pasos para integrar los enfoques de reducción de daños en la práctica con clientes.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint con las notas del orador. Pruebe los videos para asegurarse de que funcionen.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos de la sesión.
3. Muestre la diapositiva 3. Solicite a un participante que lea la definición de reducción de daños.
4. Muestre el video “La historia de Terrell” (1 minuto). Pídale a las participantes que compartan sus reacciones. ¿Qué aprendieron de la historia de Terrell?
5. Muestre las diapositivas sobre los principios de reducción de daños (diapositivas 5 a 8). Pídale a una voluntaria que lea los principios.
6. Muestre el video “Nuestras historias de reducción de daños: cómo trabajar para obtener resultados más saludables” (12 minutos). Este video incluye a personas que se identifican como consumidoras de drogas intravenosas, que pueden cambiar los roles de proveedor y paciente para demostrar la importancia de las asociaciones, la interacción entre el paciente y el proveedor y la política de la agencia. Pregunte:
 - ¿Qué principios de reducción de daños observaron durante el video?
 - Describan aspectos de la conciencia cultural que observaron del proveedor.
 - ¿Qué política podría crear un cambio en su comunidad?

(continuación)



Roles C3 relacionados

Brindar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural, brindar asesoramiento y apoyo social.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de educación y facilitación, base de conocimiento



Métodos de enseñanza

Clase, análisis en grupos grandes, análisis en grupos pequeños, video, actividad basada en valores individuales



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Reducción de daños, personas que se inyectan drogas, programas de intercambio de jeringas, espacios seguros



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores
- Plumas

Folletos

- ¿Qué piensan?
- Pirámide de reducción de daños



Recursos

Coalición para la reducción de daños, <https://harmreduction.org/>

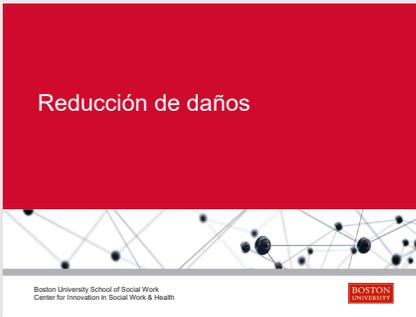
Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMSHA), <https://www.samhsa.gov/>

Reducción de daños

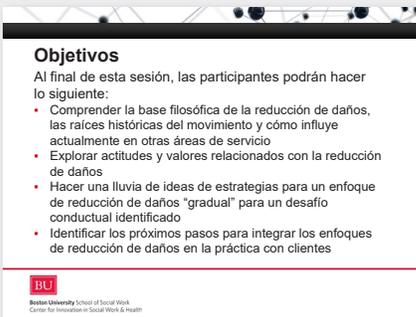


INSTRUCCIONES *(continuación)*

7. Facilite la actividad “¿Qué piensan?”.
 - Distribuya el folleto “¿Qué piensan?”.
 - Proporcione de 20 a 30 minutos para realizar la actividad. Consulte las notas de la diapositiva 10 para obtener instrucciones.
8. Muestre las diapositivas 11 a 14 sobre la pirámide de reducción de daños, la historia de un usuario y los servicios de reducción de daños.
9. Facilite la actividad “Enfoques de reducción de daños con los clientes”.
 - Divida a las participantes en grupos para analizar cómo utilizar los enfoques de reducción de daños.
 - Proporcione 15 minutos para realizar la lluvia de ideas grupal y 5 minutos para el análisis.
 - Consulte la diapositiva 15 para obtener preguntas de análisis y detalles de facilitación.
10. Cierre la actividad.
 - Reconozca que mantener límites con los clientes puede ser un desafío para ayudar a las profesiones y requiere una revisión y educación continua para garantizar que se respeten los límites.
 - Haga que una o más participantes lean la diapositiva 16.
 - Agradézcales por sus contribuciones.

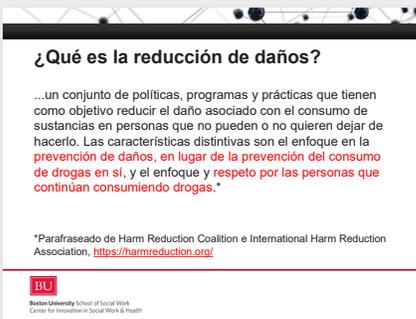


DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIAPPOSITIVA 3

Pídale a una voluntaria que lea la definición en la diapositiva.

Haga las siguientes distinciones:

La reducción de daños (Harm Reduction, HR) es un conjunto de . . .

- Políticas
- Programas
- Prácticas

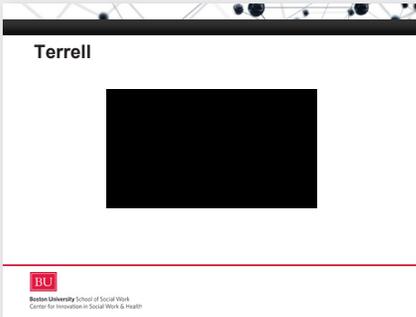
que tienen como objetivo reducir el daño asociado con el consumo de sustancias en personas que no pueden o no quieren dejar de hacerlo.

Pregúnteles a las participantes: "¿Por qué esta definición haría una distinción sobre las personas que no pueden o no quieren dejar de consumir?"

Esta definición establece de forma clara la intención de modificar la narrativa de una respuesta única al consumo de sustancias que asume que todos los que tienen problemas de consumo de sustancias deberían dejar de hacerlo. Una postura de solo abstinencia implica un sistema de valores que puede no alinearse con los valores o deseos de la persona que consume.

La HR se centra en la prevención de daños en comparación con la prevención del consumo de drogas en sí.

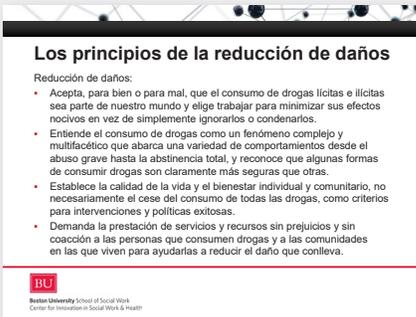
La HR es una estrategia que pone a las "personas primero" y se basa en el respeto por las personas que continúan consumiendo drogas.



DIAPPOSITIVA 4

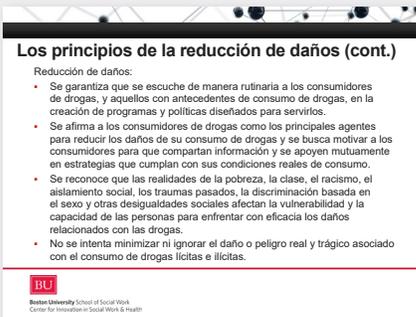
La historia de Terrell <https://www.youtube.com/watch?v=L-xDvJ334ok>

Ilustre los elementos clave de la reducción de daños tal como se define.



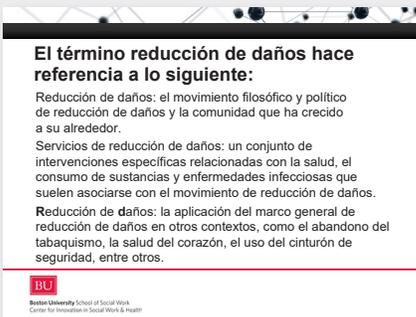
DIAPPOSITIVA 5

Pídales a las participantes que se ofrezcan como voluntarias para leer los principios.



DIAPPOSITIVA 6

Pídales a las participantes que se ofrezcan como voluntarias para leer los principios.



DIAPPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.

Pueden encontrar estas definiciones en el sitio web de la Coalición para la reducción de daños, <https://harmreduction.org>.

La historia de la reducción de daños

- Tiene sus raíces en los comienzos del VIH y las personas que se inyectan drogas (PWID) (década de 1970).
- Las políticas de reducción de daños se bloquearon en la década de 1980.
- Programas de prevención: el ejemplo más conocido son los programas de intercambio de agujas de las PWID.
- Tanto las personas que consumen drogas como las personas con VIH experimentan estigma, discriminación y disparidades de salud importantes. Los mismos determinantes sociales que ponen a una persona en riesgo de contraer VIH también la ponen en riesgo de desarrollar un consumo problemático de sustancias.



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Reducción de daños en entornos clínicos



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

ACTIVIDAD: ¿QUÉ PIENSAN?

DIAPPOSITIVA 8

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 9

Muestre el video (12 minutos) https://www.youtube.com/watch?v=_VcMIS9dXo0

Este video incluye a personas que se identifican como consumidoras de drogas intravenosas, que pueden cambiar los roles de proveedor y paciente para demostrar la importancia de las asociaciones, la interacción entre el paciente y el proveedor y la política de la agencia.

Después del video, pregúnteles a las participantes:

- ¿Qué principios de reducción de daños observaron durante el video?
- Describan aspectos de la conciencia cultural que observaron del proveedor.
- ¿Qué política podría crear un cambio en su comunidad?

DIAPPOSITIVA 10

¿Qué piensan?

Esta actividad ayudará a las participantes a explorar diferentes perspectivas relacionadas con las preocupaciones sobre la reducción de daños. Pídales a las participantes que respondan estas preguntas desde una perspectiva personal honesta.

- Tiempo: 20-30 minutos
- Coloque hojas de rotafolio en los lados opuestos de la habitación con la etiqueta "De acuerdo" y "En desacuerdo".
- Distribuya el folleto "¿Qué piensan?".
- Haga que las participantes completen el folleto.
- Lea cada enunciado y solicite a las participantes que vayan al lado de la sala que corresponde a su respuesta.
- Se invitará a las participantes a presentar un argumento que respalde la perspectiva que figura en la hoja, incluso si difiere de sus creencias personales.

Proceso: remita a las personas a los Principios de reducción de daños.

Pirámide de reducción de daños

Ejemplo: consumo de alcohol

- Nivel 5: riesgo extremadamente alto
- Nivel 4: riesgo alto
- Nivel 3: riesgo moderado
- Nivel 2: riesgo bajo
- Nivel 1: riesgo muy bajo/nulo

Nivel 5: insuficiencia hepática, muerte
Nivel 4: pérdida de trabajos o relaciones, posible incumplimiento de la ley (p. ej., conducir bajo la influencia o conducir en estado de intoxicación)
Nivel 3: baja productividad, pérdida de conocimiento
Nivel 2: resacas, vida útil más corta
Nivel 1: sin consecuencias reales

Fuente: HAMS Harm Reduction Network, <https://hams.cc/pyramid/>

DIAPPOSITIVA 11

En el enfoque de la pirámide de reducción de daños se cree que algunos riesgos son peores que otros y que las personas pueden sopesar los riesgos que corren para encontrar una manera de reducir el riesgo que les funcione.

En este enfoque, se alienta a las personas a abordar lo que es más riesgoso (véase también el folleto de la Pirámide de reducción de daños). Piensen en ejemplos de su propia vida donde hayan tomado decisiones para reducir el riesgo.

Como CHW, su trabajo con los clientes puede incluir ayudarlos a considerar los riesgos que corren en áreas de sus vidas y pensar en formas de reducir el riesgo.

Pregúnteles a las participantes: “¿Cuál es el valor de usar un enfoque de reducción de daños? (al cliente, la CHW, la agencia, la comunidad)”

Pirámide de reducción de daños

Ejemplo: muertes en accidentes de tráfico

- Nivel 5: riesgo extremadamente alto
- Nivel 4: riesgo alto
- Nivel 3: riesgo moderado
- Nivel 2: riesgo bajo
- Nivel 1: riesgo muy bajo/nulo

Nivel 5: conducir a exceso de velocidad, conducir pegado al coche de delante, enviar mensajes de texto, beber y no usar el cinturón de seguridad
Nivel 4: enviar mensajes de texto, beber, no usar el cinturón de seguridad y conducir pegado al coche de delante
Nivel 3: beber, no usar el cinturón de seguridad y conducir pegado al coche de delante
Nivel 2: no usar el cinturón de seguridad y conducir pegado al coche de delante
Nivel 1: conducir pegado al coche de delante

Fuente: HAMS Harm Reduction Network, <https://hams.cc/pyramid/>

DIAPPOSITIVA 12

Muestre este ejemplo adicional de la Pirámide de reducción de daños.

La historia de un consumidor

“Sabía que debía dejar de consumir por completo, pero cada vez que intentaba hacerlo, simplemente volvía a mis viejos hábitos. Creo que realmente no había tomado una decisión firme de dejar de consumir para siempre. Me inscribí en un programa de intercambio de agujas, porque mi novia me rogó que lo hiciera y seguí yendo una y otra vez. Nunca me obligaron a dejar de consumir, pero seguía viendo los volantes y pensando en lo que estaba haciendo. Con el tiempo, tomé la decisión de obtener ayuda, y se aseguraron de que ingresara al programa correcto. No lo podría haber hecho sin su ayuda”. – Kirk

<https://luxury.rehabs.com/harm-reduction/>

Fuente: HAMS Harm Reduction Network, <https://hams.cc/pyramid/>

DIAPPOSITIVA 13

Pídale a una participante que lea la historia.

Pídale a una voluntaria que comparta su impresión de la historia.

Servicios de reducción de daños

Como resultado de los orígenes del movimiento, la reducción de daños se ha vinculado intrínsecamente a una variedad de programas específicos de intervención de salud y consumo de sustancias, entre ellos:

- Programa de intercambio de agujas
- Prevención y educación sobre sobredosis
- Tratamiento asistido por medicamentos
- Clínicas de cuidado de las heridas
- Orientación/organización por pares
- Grupos de apoyo de mantenimiento



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Enfoques de reducción de daños con sus clientes

- En la actualidad, ¿incorporan un enfoque de reducción de daños cuando trabajan con sus clientes?
- Si la respuesta es sí, ¿cómo se puede mejorar la reducción de daños? Lluvia de ideas: políticas, capacitación, socios comunitarios, recursos, estrategias, entre otros.
- Si la respuesta es no, consideren cómo podrían incorporar la reducción de daños.
Lluvia de ideas: ¿quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo?



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Resumen

- La reducción de daños es un conjunto de políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo reducir el daño asociado con el consumo de sustancias en personas que no pueden o no quieren dejar de hacerlo.
- Las características distintivas son el enfoque en la prevención de daños, en lugar de la prevención del consumo de drogas en sí, y el enfoque y respeto por las personas que continúan consumiendo drogas.
- La reducción de daños es un enfoque "gradual" en el que se respeta a los clientes como expertos en sus vidas.
- Las estrategias de reducción de daños se utilizan para abordar una amplia variedad de problemas (p. ej., la prevención del VIH, el consumo de tabaco, la diabetes).



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 14

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 15

Divida a las participantes en grupos pequeños.

Proporcione hojas de rotafolio y marcadores para realizar una lluvia de ideas.

Deles de 15 a 20 minutos para que realicen una lluvia de ideas sobre las preguntas en la diapositiva.

Tómese de 5 a 10 minutos para solicitar algunos voluntarios para que compartan ideas de la lluvia de ideas.

DIAPPOSITIVA 16

Pida voluntarias para leer cada viñeta en la diapositiva.

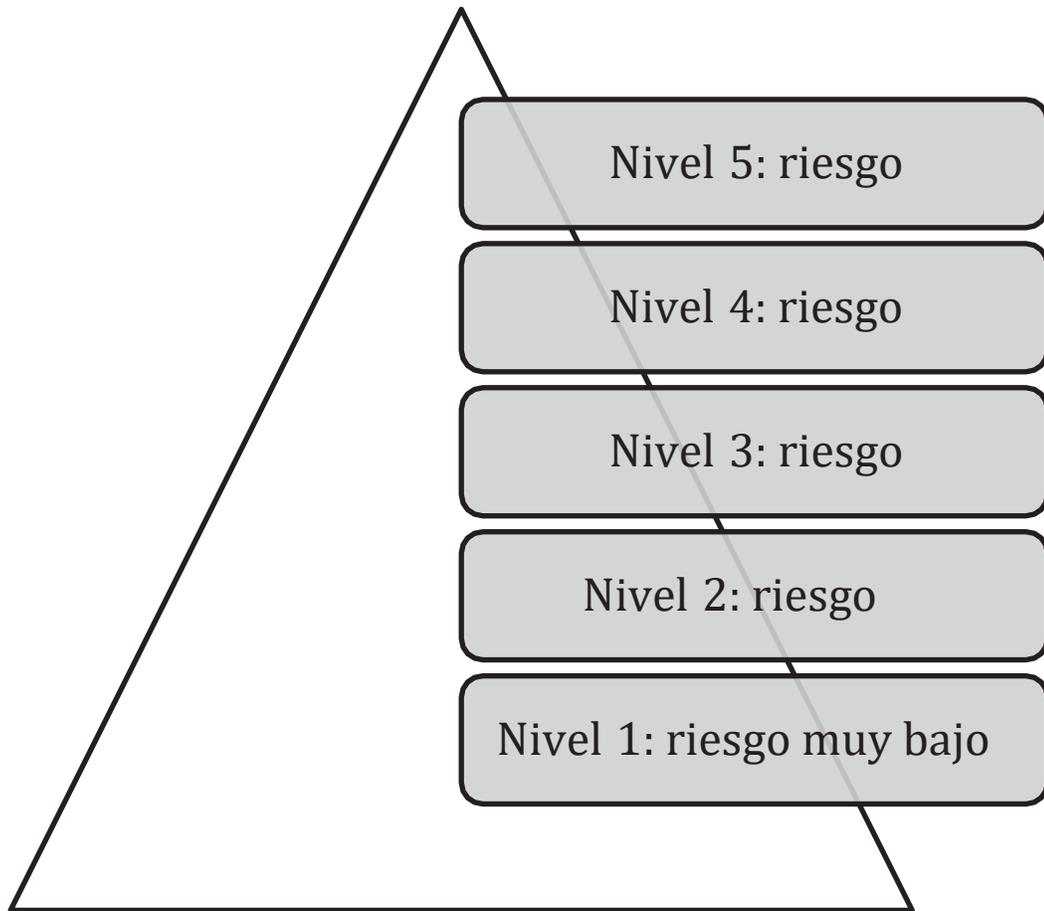
¿Qué piensa?

Instrucciones:

Lea cada afirmación y marque la casilla que mejor refleje su creencia personal.

Afirmación	De acuerdo	En desacuerdo
1. La reducción de daños alienta a las personas a consumir sustancias o presentar comportamientos riesgosos.		
2. Adoptar un enfoque de reducción de daños significa tolerar el consumo de sustancias o el comportamiento de riesgo.		
3. Las personas con problemas de consumo de sustancias nunca tendrán que “reconocer” sus problemas y dejar de consumir con un enfoque de reducción de daños.		
4. Un enfoque de reducción de daños pone a las personas en mayor riesgo de daño y peligro debido a su estilo de vida.		
5. Las personas con problemas de consumo de sustancias causan sus propios problemas y es por eso que necesitan eliminar la sustancia de su cuerpo y recuperar la sobriedad.		
6. Un enfoque de reducción de daños fomenta más crímenes y peligros para el público porque no exige el tratamiento del consumo de sustancias.		
7. La reducción de daños es un movimiento hacia la legalización de las drogas ilícitas.		
8. Las personas con problemas de consumo de sustancias pueden superar sus problemas si lo desean.		
9. La abstinencia del consumo es la mejor intervención para todos los consumidores de sustancias.		
10. La reducción de daños debe ser condenada.		

Pirámide de reducción de daños



Source: HAMS Harm Reduction Network, <https://hams.cc/pyramid/>

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Medios de defensa formal



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender qué es la defensa y por qué es necesaria
- Comprender cómo los defensores pueden usar su voz.
- Nombrar cinco tipos diferentes de grupos de defensa para personas con VIH.
- Identificar qué oportunidades de defensa existen y faltan en la comunidad



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, prepare las hojas de rotafolio para la actividad en grupos pequeños. Escriba las siguientes preguntas en una hoja, una para cada grupo (entre 3 y 5 grupos).
 - a. ¿Qué cualidades se necesitan para ser una defensora efectiva?
 - b. ¿Qué actividades o acciones se incluyen en la defensa?
2. Muestre las diapositivas sobre defensa (diapositivas 2 a 4) e incluya a las participantes en un análisis.
3. Inicie la actividad de lluvia de ideas (diapositiva 5).
4. Muestre la Historia de la participación de personas con VIH (diapositiva 6) y sus éxitos para mejorar sus vidas y comunidades.
5. Muestre las diapositivas sobre GIPA, Mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA y MIPA (diapositivas 7 y 8) y la Participación significativa de las personas que viven con el VIH/SIDA. Analicen los principios de GIPA (consulte la sección de materiales para acceder a los documentos completos).
6. Analicen las áreas donde los defensores pueden involucrarse a nivel local, estatal y nacional (diapositiva 9). Proporcione ejemplos de organizaciones de defensa y pregúnteles a las participantes si pueden nombrar otras organizaciones en sus comunidades.
7. Muestre la diapositiva sobre la selección de métodos de participación (diapositiva 10).
8. Muestre las diapositivas sobre Ryan White (diapositivas 11 a 14). Utilice el recurso para aprender más.
9. Muestre la diapositiva del proceso continuo de la atención del VIH (diapositiva 15).

(continuación)



Roles C3 relacionados

Brindar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural; defender a las personas y las comunidades; desarrollar capacidades individuales y comunitarias, mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de comunicación, habilidades de defensa, educación y habilidades de facilitación



Métodos de enseñanza

Clases, lluvia de ideas, actividad grupal



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Defensa, GIPA, MIPA, Los Principios de Denver, Programa Ryan White



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Hojas de rotafolio
- Marcadores
- Carteles (consulte los folletos)

Folletos

- Carteles (imprima y lamine las siguientes tarjetas en un tamaño de 10 x 15 u otro tamaño preferido, con el nombre del grupo en un lado y la definición en el otro):
 1. Comité de mejora de la calidad
 2. Equipos regionales e interinstitucionales de gestión de la calidad
 3. Junta Asesora para los Consumidores (Consumer Advisory Board, CAB)
 4. Grupos de planificación comunitaria
 5. Consorcios

Medios de defensa formal



INSTRUCCIONES (continuación)

10. Facilite los medios para la actividad de defensa (diapositiva 16). Emplee los carteles que se encuentran en los folletos para esta actividad.
11. Facilite la actividad de oportunidades de defensa comunitaria (diapositiva 17, 10 minutos):
12. Comparta la cita del Dr. Martin Luther King, Jr. (diapositiva 18).
13. Cierre la actividad. Para cerrar, resuma y agradézcales a todas por su participación.



Recursos

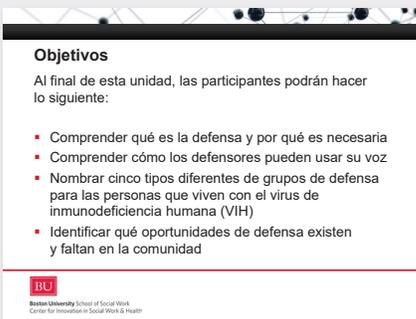
GIPA, MIPA y los Principios de Denver:
<http://vpwas.com/gipa-mipa-and-the-denver-principles/>

Resumen de políticas de ONUSIDA: Mayor participación de las personas que viven con el VIH (GIPA): <http://vpwas.com/wp-content/uploads/2014/10/d96596c4b961f1929dc8687ace6c44e6.pdf>

Acerca de los Programas Ryan White Partes A-F:
<https://hab.hrsa.gov/about-ryan-white-hiv-aids-program/about-ryan-white-hiv-aids-program>

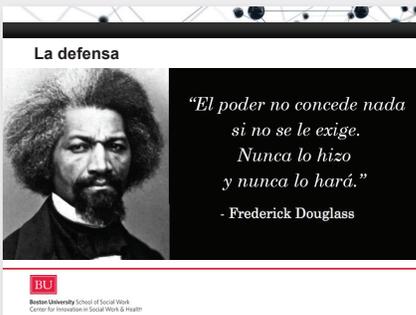


DIPOSITIVA 1



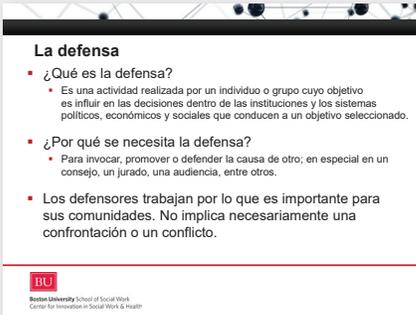
DIPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIPOSITIVA 3

¿Por qué defender, por qué hablar? Lea la cita de Frederick Douglas.



DIPOSITIVA 4

Revise la diapositiva.

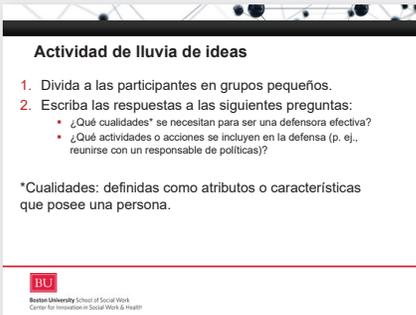
¿Por qué se necesita la defensa?

La cita de Frederick Douglass dice, en esencia, si no preguntas, no obtienes nada. Necesitan defensa para promover o defender la causa de otro.

La defensa a veces puede tener una mala reputación, pero los defensores trabajan por asuntos que son importantes para sus comunidades. No implica necesariamente una confrontación o un conflicto. No tiene que ser un acto político. El objetivo es mejorar la realidad para todos, no solo para una persona. El cambio se produce arreglando sistemas rotos.

Por ejemplo, a una mujer joven con niños le costó llegar al departamento de salud en su área porque la parada del autobús estaba a dos cuadras. Ese fue un problema individual para ella, pero también afectó a muchas personas. Sin embargo, ella fue la única persona que preguntó al respecto y el resultado final fue que se instaló una parada de autobús y un toldo justo en frente del departamento de salud, lo que facilitó el acceso. Ella no protestó; trabajó con miembros de la comunidad, el departamento de salud y otros aliados. Se reunió con los gerentes del sistema de autobuses que podían marcar la diferencia.

El instructor también puede proporcionar su propio ejemplo de defensa y el cambio resultante de su trabajo o comunidad.



DIPOSITIVA 5

Actividad: 10 minutos

Diga: “Ahora vamos a hacer una lluvia de ideas sobre ser un defensor efectivo. Al igual que para una CHW efectiva, también hay cualidades que las convierten en defensoras efectivas. ¿Cuáles son?”

Divida a las participantes en grupos pequeños y distribuya hojas de rotafolio con preguntas.

Haga que cada grupo elija una encargada de tomar notas para escribir las respuestas del grupo y una informante para compartir las respuestas con el grupo más grande. Deles cinco minutos para registrar las respuestas a las consignas.

Deles cinco minutos para que los grupos compartan sus respuestas sobre:

- las cualidades necesarias para ser un defensor efectivo y
- las actividades o acciones incluidas en la defensa.

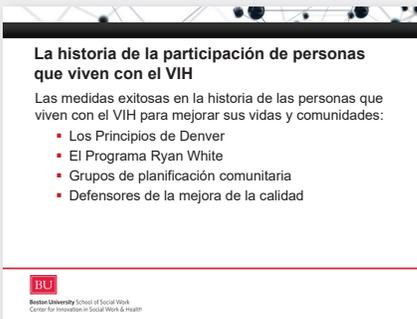
Ejemplos de cualidades

- Compasivo
- Servicial
- Paciente
- Profesional

Ejemplos de actividades o acciones

- Participar en caminatas contra el SIDA
- Compartir redes de grupos de liderazgo y apoyo
- Dar discursos públicos
- Ponerse en contacto con funcionarios públicos mediante
 - Llamadas telefónicas
 - Mensajes de texto
 - Cartas
 - Discursos públicos
- Reunirse con los creadores de políticas, líderes comunitarios u otras personas en puestos de liderazgo.
- Hablar en los medios
- Presentar un “amicus curiae”

Puede defender desde la privacidad de su hogar a las personas con VIH y otras personas si las llama para recordarles reuniones, les manda mensajes de texto. En la defensa hay un lugar para todos.



DIPOSITIVA 6

Todas las personas que viven con el VIH y sus aliados se benefician del trabajo de los defensores.

Estas son algunas de las formas en que las personas han participado en la toma de decisiones de la comunidad local, regional o nacional:

Los principios de Denver

- Es un documento escrito por personas con VIH.
- Hizo una fuerte declaración de identidad en relación con el mundo y el sistema de salud. Condena el uso de la palabra víctima y ofrece recomendaciones y derechos para las personas con VIH.
- Este documento todavía se considera un hito, se menciona con frecuencia como un ejemplo de empoderamiento y demuestra la capacidad de la comunidad para comprenderse a sí misma en relación con el mundo (una voz poderosa cuando las personas hablan juntas). La huella representa la autoría de las personas con VIH.

Ryan White

- Una vez que el país escuchó la voz de las personas con VIH, la financiación llegó de a poco y finalmente alcanzó el punto de necesitar una gestión gubernamental para abordar la crisis del VIH/SIDA. Esto sucedió mediante la ley Ryan White, promulgada en 1990.
- Ryan White está representado por el plan porque es un sistema de atención creado en asociación con aliados: líderes legislativos, trabajadores gubernamentales y comunidades. Era una ley que tenía la capacidad de crecer, cambiar y dar control a las personas con VIH.

Miembros de planificación comunitaria

Empoderamiento y legislación: se crearon grupos de planificación comunitaria: consejos de planificación, consorcios y juntas asesoras de los consumidores. Se construyó un sistema de atención y prevención.

Mejora de la calidad

La participación es necesaria y tiene un gran efecto en esta área. Las personas con VIH quieren y necesitan estar presentes antes de tomar decisiones para mejorar la atención. Existe la oportunidad de hacer que los sistemas sean lo mejor posible: esto requiere conocimiento, pasión, experiencia y habilidades y asociaciones con médicos, enfermeras, administradores de datos, administradores de casos, entre otros.

DIAPPOSITIVA 7

GIPA (Mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA) comenzó en 1994 y evolucionó con el tiempo a MIPA, Participación significativa de las personas que viven con el VIH.

GIPA no es un proyecto o programa, es un principio que tiene como objetivo hacer realidad los derechos y las responsabilidades de las personas con VIH, incluido su derecho a la autodeterminación y la participación en los procesos de toma de decisiones que afectan sus vidas. GIPA también tiene como objetivo mejorar la calidad y la eficacia de la respuesta al SIDA.

GIPA es una iniciativa para fortalecer la capacidad de las personas con VIH/SIDA, sus redes y organizaciones comunitarias para participar plenamente en los niveles regional, nacional y global, fomentando la creación de entornos políticos, legales y sociales de apoyo.

GIPA representa dos cuestiones importantes:

1. Reconocer las contribuciones importantes que las personas con VIH pueden hacer en la respuesta a la epidemia.
2. Crear espacio dentro de la sociedad para nuestra inclusión y participación activa en todos los aspectos de esa respuesta.

Los principios de GIPA se formalizaron en la Cumbre de París sobre el SIDA de 1994 cuando 42 países acordaron “apoyar una mayor participación de las personas con VIH en todos los... niveles... y... estimular la creación de entornos políticos, legales y sociales de apoyo”.

DIAPPOSITIVA 8

Con los principios de GIPA se enfatizan la participación y el empoderamiento de las personas con VIH en todas las áreas, lo que incluye:

- Proceso de formulación de políticas: participar en el desarrollo y monitoreo de las políticas relacionadas con el VIH en todos los niveles.
- Desarrollo e implementación de programas: proporcionar conocimientos y habilidades mediante la participación en la elección, el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de programas e investigación para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo.
- Liderazgo y apoyo, trabajo en red e intercambio grupal: las personas con VIH asumen roles de liderazgo en grupos o redes de apoyo del VIH, buscan recursos externos, fomentan la participación de nuevos miembros o simplemente participan al compartir sus experiencias con otros.
- Defensa: las personas con VIH defienden la reforma de leyes, la inclusión en los programas de investigación y el acceso a los servicios, incluidos el tratamiento, la atención y el apoyo; y la movilización de recursos para redes de personas con VIH y para una respuesta más amplia.
- Campañas y discursos públicos: las personas con VIH son voceros en campañas u oradores en eventos públicos.
- Decisiones personales: las personas con VIH participan de manera activa en su salud y bienestar. Toman un papel activo en las decisiones sobre tratamiento, autoeducación, terapias, infecciones oportunistas, cumplimiento y prevención positiva.
- Implementación del tratamiento mediante la educación de otros sobre las opciones de tratamiento, los efectos secundarios y el cumplimiento del tratamiento. Las personas con VIH están involucradas como trabajadoras de salud en el hogar y en la comunidad.

GIPA/MIPA

- GIPA significa “Mayor participación de las personas que viven con el VIH” (Greater Involvement of People with HIV): antes significaba síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA (en el lenguaje ahora se usa VIH).
- Valora la autodeterminación, es decir, la creencia de que las personas y las comunidades deberían tener derecho a participar en el proceso de toma de decisiones.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Los principios de la GIPA: la participación de las personas que viven con el VIH

- Proceso de formulación de políticas
- Desarrollo e implementación de programas
- Liderazgo y apoyo, trabajo en red e intercambio de experiencias
- Defensa
- Campañas y oratoria
- Decisiones personales
- Desarrollo y preparación del tratamiento

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Revise la diapositiva.

Asociaciones: formar y evaluar asociaciones es crucial para los objetivos de defensa y participación.

Aliados: necesitamos aliados, colaboradores, defensores.

Ya sea para levantar el teléfono, enviar un correo electrónico, reunirse con los legisladores o salir a la calle, hay un lugar para ustedes en la defensa.

Ejemplos de organizaciones de defensa:

La Red de Mujeres Positivas de EE. UU. (*U.S. Positive Women's Network*) es principalmente una organización de defensa que se centra en una comunidad nacional de mujeres con VIH. Su misión es involucrar a las mujeres con VIH, en toda su diversidad, incluida la identidad de género y la expresión sexual, en todos los niveles de las políticas y la toma de decisiones. PWN-USA inspira, informa y moviliza a las mujeres con VIH para defender cambios que mejoren sus vidas y defiendan sus derechos.

Pregúnteles a las participantes si pueden nombrar otras organizaciones en sus comunidades.

DIAPPOSITIVA 10

Revise la diapositiva.

Pregunte:

- ¿Cómo determinarían en qué área participar o defender?
- ¿Qué tipo de líderes quieren ser?
- ¿En qué problemáticas trabajarían?
- ¿Con qué métodos se sienten más cómodas?

Haga hincapié en que los métodos deben centrarse en el problema y los socios, no en ellas.

Con estos pasos y su conocimiento de la comunidad, pueden seleccionar el método con el que sea más probable que logren el objetivo deseado.

Cómo involucrarse

Local

- Comités de la mejora de la calidad
- Juntas Asesoras de la Comunidad (Community Advisory Boards, CABS)
- Grupo de planificación comunitaria
- Consejo de planificación Ryan White

Estatad y nacional

- Consorcios
- Equipo de gestión de calidad

▪ **Ejemplos de organizaciones de defensa**

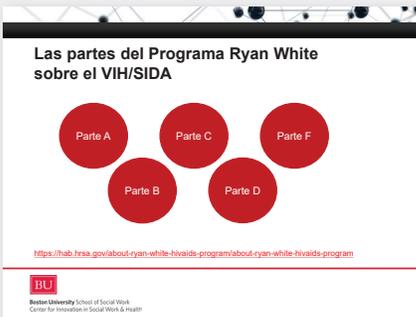
- AIDS Watch: www.aidswatch.org
- Red de Mujeres Positivas de EE. UU. (Positive Women's Network, PWN): www.pwn-usa.org
- Seroproject: www.seroproject.com
- Real Voices - Real Choices: www.missourimhf.org
- Empower Missouri: www.empowermissouri.org

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Cómo seleccionar los métodos de participación

1. Identifiquen y definan el problema.
2. Identifiquen a las partes interesadas y los socios potenciales.
3. Examen las relaciones individuales y comunitarias con los socios o las partes interesadas identificadas.
4. Determinen la respuesta según estas relaciones.
5. Identifiquen los pasos siguientes.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health



DIAPPOSITIVA 11

El programa Ryan White tiene varias fuentes de financiación, lo que significa que gastan dinero de diferentes maneras. Cada una de estas partes financia diferentes tipos de programas para brindar diferentes servicios. Cada parte de RW aborda una parte diferente de la epidemia.

Parte A: otorga fondos para servicios médicos y de apoyo a áreas metropolitanas elegibles (Eligible Metropolitan Areas, EMA) y áreas de subvención transitoria (Transitional Grant Areas, TGA). Las EMA y TGA son los centros de población más gravemente afectados por la epidemia del VIH/SIDA. La financiación se otorga a la oficina de una ciudad, un jefe, un alcalde. La TGA debe haber informado al menos 1000 diagnósticos nuevos en los últimos 5 años.

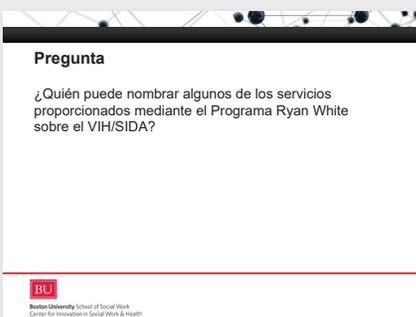
Parte B: otorga fondos a los estados y territorios para mejorar la calidad, disponibilidad y organización de los servicios de atención y apoyo de la salud con VIH. Una parte de los fondos en cada estado está designada al Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP).

Parte C: otorga fondos a organizaciones locales comunitarias para apoyar los servicios ambulatorios de intervención temprana del VIH y la atención ambulatoria.

Parte D: otorga fondos para apoyar la atención integral y centrada en la familia para mujeres, bebés, niños y jóvenes con VIH.

Parte F: otorga fondos que respaldan varios programas de investigación, asistencia técnica y acceso a la atención. Hay cuatro programas: sitios de capacitación en educación sobre el SIDA (AIDS Education Training Sites, AETC), proyectos especiales de importancia nacional (Special Projects of National Significance, SPNS), iniciativas de SIDA de la minoría (Minority AIDS Initiatives, MAI) y programas de reembolso dental.

Todas las partes juntas representan un sistema de atención que ha demostrado mejores resultados que Medicare, Medicaid e incluso un seguro privado. Las partes crean una red de seguridad para las personas con VIH cuando trabajan en conjunto y cuando están informadas por la experiencia de la comunidad (las necesidades de diferentes comunidades).



DIAPPOSITIVA 12

Revise la diapositiva.

Servicios médicos básicos	Servicios de apoyo
Servicios ambulatorios de salud	Administración de casos no médicos
Tratamientos del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Servicios de cuidado infantil
Cuidado de la salud bucal	Asistencia financiera de emergencia
Servicios de intervención temprana	Alimentos y comidas a domicilio
Asistencia farmacéutica contra el SIDA	Otros servicios profesionales
Prima de seguro de salud y asistencia de costos compartidos para personas con bajos ingresos	Servicios lingüísticos
Atención médica en el hogar	Transporte médico
Servicios de salud en el hogar y en la comunidad	Servicios de alcance
Servicios de salud mental y uso de sustancias	Servicios de apoyo psicosocial
	Referencia para servicios de rehabilitación de atención médica, cuidado de relevo
	Servicios de uso de sustancias (residencial)

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 13

Los organismos de planificación de Ryan White se encargan de tomar decisiones informadas sobre qué servicios se ofrecen y cuánto dinero se puede gastar en cada categoría. Las clínicas y otras organizaciones comunitarias solicitan fondos del programa Ryan White a nivel federal, estatal y regional. Estos fondos se otorgan en función de la capacidad del solicitante de demostrar que puede cumplir con las prioridades identificadas.

Muestre la diapositiva, enumerando los servicios proporcionados por Ryan White.

Algunos estados agregan fondos adicionales a los fondos de Ryan White para ofrecer más servicios. Debido a esto y los mandatos en torno al control local los programas Ryan White tienen como objetivo reflejar las comunidades a las que sirven.

Como parte de este objetivo, la participación de las personas con VIH ha sido y sigue siendo una prioridad en todos los niveles del programa. Puede encontrar personas con VIH que trabajan para la Oficina de VIH/SIDA en el gobierno federal, en los gobiernos locales y estatales, en los departamentos de salud del condado y en miles de clínicas y hospitales en todo el país.

Otra parte de la estructura para algunos estados o territorios es el dinero de prevención financiado mediante los CDC. Muchos grupos o consejos de planificación del VIH han integrado el Ryan White Parte A/B para la atención y el tratamiento con dinero para la prevención mediante los CDC.

Se crean planes comunitarios integrados de cinco años. Un perfil epidemiológico, a menudo llamado "perfil epi", ofrece una imagen de la comunidad, lo que ayuda en el diseño y la implementación de proyectos de investigación y servicios nuevos.

Consejos de planificación Ryan White sobre el VIH/SIDA

- El Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA (Ryan White HIV/AIDS Program, RWHAP) es el programa federal más grande centrado específicamente en proporcionar servicios de atención y tratamiento contra el VIH a personas que viven con el VIH.
- El RWHAP se creó en 1990 con la aprobación de la Ley de Emergencia Ryan White de Recursos Integrales para el SIDA (Comprehensive AIDS Resources Emergency, CARE).
- Desde el comienzo, la ley Ryan White se ha revisado y actualizado o se ha vuelto a autorizar en 1996, 2000, 2006 y 2009.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 14

Revise la diapositiva.

Una de las principales estructuras en las que participan las personas con VIH son los consejos de planificación. Los consejos de planificación no son solo asesores, sino que son órganos de toma de decisiones. Los consejos de planificación tienen un control enorme sobre qué servicios se financian y cómo se entregan.

La legislación exige que el 33 % del consejo de planificación debe estar conformado por personas con VIH. Otros miembros incluirán representantes de proveedores y partes interesadas de toda la región.

Estos organismos de planificación tienen la tarea de evaluar regularmente las necesidades de la jurisdicción o el estado, priorizar esas necesidades en los servicios y luego determinar cuánto dinero se asignará a cada categoría de servicio.

Las personas deben solicitar ser miembros de los consejos de planificación y cumplir con los estatutos y requisitos de cada consejo.

Los organismos de planificación utilizan un procedimiento parlamentario para tomar decisiones.

En línea se pueden encontrar guías y capacitaciones para ayudar a comprender mejor cómo funciona el procedimiento parlamentario.

DIPOSITIVA 15

Vuelva a presentar el proceso continuo de la atención del VIH como una forma de evaluar los resultados del sistema de tratamiento y atención del VIH.

Pregúntele a las participantes si pueden nombrar algunos servicios para ayudar a mejorar los resultados en cualquier etapa del proceso continuo (por ejemplo, el apoyo gratuito para la detección del VIH da como resultado un mayor diagnóstico). Tome algunos ejemplos, luego pase a la siguiente actividad.

DIPOSITIVA 16

Actividad: 15 minutos

Divida a las participantes en cinco grupos y distribuya los carteles.

Pídales a las voluntarias que lean el nombre del tipo de grupo de defensa y luego lean la definición.

Pregunte: “¿Alguien ha participado en uno de estos grupos?”

Deles 3 minutos por tipo de grupo.

DIPOSITIVA 17

Actividad de oportunidades de defensa comunitaria (10 minutos)

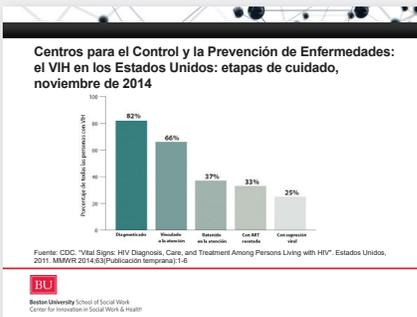
Divida a las participantes en grupos pequeños.

Trabajen juntos para responder las preguntas de la diapositiva.

Al final de la actividad, pídale a las participantes que den el nombre de un grupo de defensa en su área que no se haya mencionado. Pregunte quién participa en la defensa y si alguien planea involucrarse.

Existen muchos otros tipos de participación:

- Comités asesores de investigación
- Equipos de expertos técnicos
- Juntas asesoras estatales
- Realización de encuestas de satisfacción
- Participación en grupos focales
- Muchos más



Los medios de defensa

- Comités de la mejora de la calidad
- Equipo de gestión de calidad interinstitucional
- Juntas Asesoras de la Comunidad (CABS)
- Grupo de planificación comunitaria
- Consorcios

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Oportunidades de defensa comunitaria

¿Qué hay en mi comunidad?

1. Divida a las participantes en grupos pequeños.
2. Trabajen juntos para identificar lo siguiente:
 - ¿Qué oportunidades existen en su comunidad o región para defender a las personas que viven con el VIH? (p. ej., CAB, consorcio, coaliciones, entre otros)
 - ¿Qué falta que les gustaría incorporar en su comunidad o región?
 - ¿Qué debe suceder para generar estas oportunidades de defensa? (p. ej., iniciar una CAB o un grupo de planificación comunitaria)
 - ¿Qué función pueden cumplir para que esto suceda?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIPOSITIVA 18

Pídale a una voluntaria que lea la cita.

Pídales a las participantes que compartan sus reflexiones sobre estas palabras.



**COMITÉ DE
MEJORA DE
LA CALIDAD**

DEFINICIÓN DE COMITÉ DE MEJORA DE LA CALIDAD

¿Qué es la mejora de la calidad (QI)? En la atención médica, el propósito de la mejora de la calidad es mejorar y medir:

- la experiencia del paciente;
- los resultados de salud;
- la satisfacción de los empleados; y
- los costos.

Los comités de QI por lo general son multidisciplinarios (involucran a empleados de varios grupos de roles y partes de la clínica o programa) proveedores médicos, promotoras de salud (CHW), administradores de casos, farmacéuticos, administradores, personal de enfermería, entre otros. Los comités de QI eficaces involucran al paciente, el empleado y las perspectivas de financiación.

El comité de QI trabaja en conjunto para crear mejores prácticas que aborden un problema o una debilidad específica. Un comité eficaz utiliza datos para identificar áreas que necesitan mejoras y se centra en lo siguiente:

- sistemas y procesos;
- necesidades de y efectos en el paciente;
- trabajo en equipo; y
- medición de la mejora y los resultados deseados.

Por lo general, los comités realizan pequeñas mejoras que contribuyen a mayores éxitos con el tiempo.

Los esfuerzos de QI pueden generar mejoras cuantificables en los servicios de atención médica y el estado de salud de los grupos de pacientes específicos.

**EQUIPOS
REGIONALES
E INTER-
INSTITUCIONALES
DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD**

DEFINICIÓN DE EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Un equipo de gestión de la calidad crea la capacidad y el potencial para mejorar la calidad.
- El equipo incluye gerentes de calidad, líderes de programas y otros miembros clave del personal. Puede vincular la mejora de la calidad con los objetivos estatales, federales (incluido Ryan White) o del programa general de calidad de una organización.
- Las responsabilidades pueden incluir facilitar planificaciones estratégicas, proporcionar orientación, facilitar el cambio, asignar recursos y establecer una cultura común.

Los beneficiarios de Ryan White deben tener programas de gestión de calidad clínica para los que se deban recopilar datos de rendimiento y llevar a cabo proyectos de mejora en al menos un elemento al año (la mayoría de los equipos realizan más). Habitualmente, estos equipos se han formado con miembros del personal de la clínica o el proveedor, pero recientemente el Centro nacional de calidad desarrolló un programa integral de capacitación para defensores de la calidad (pacientes) que ha ayudado a las personas con VIH a buscar y obtener puestos en las mesas de gestión de calidad, lo que permite a la comunidad tener una mayor contribución a los esfuerzos para mejorar los servicios.

**Junta Asesora
para los
Consumidores
(Consumer Advisory
Board, CAB)**

DEFINICIÓN DE JUNTA ASESORA PARA LOS CONSUMIDORES

Una CAB es un comité asesor de consumidores que se reúne periódicamente con el equipo de liderazgo de la clínica. Los miembros de la CAB realizan lo siguiente:

- Proporcionan comentarios valiosos sobre servicios y sistemas;
- Brindan asesoramiento e información sobre la planificación del programa y la mejora de la calidad;
- Proporcionan recomendaciones y les presentan temas nuevos al centro de salud o al liderazgo de la clínica;
- Inician y ayudan con actividades de participación del cliente;
- Identifican vacíos, mejoras de servicio necesarias y abordan otras tareas según sea necesario.

Las CAB generalmente tienen estatutos y solicitudes de membresía. Se requiere que los beneficiarios de Ryan White Partes C y D tengan una CAB.

Grupos de planificación comunitaria

DEFINICIÓN DE GRUPOS DE PLANIFICACIÓN COMUNITARIA

- Un objetivo central de la organización comunitaria es representar a la **comunidad** (personas con VIH) e **influir** a quienes toman las decisiones clave sobre una serie de cuestiones a lo largo del tiempo.
- Los grupos de planificación comunitaria pueden ser *ad hoc* (solo una vez) o permanentes. Abordan una variedad de cuestiones como vivienda, seguridad pública, prevención de enfermedades, delincuencia, transporte, entre otros.
- Idealmente, uno se sentará en la mesa con grupos de planificación mucho *antes* de la toma de decisiones importantes. Una persona tiene mucho que aportar: sus experiencias (personales y de clientes), datos específicos sobre el VIH, conexiones de Ryan White, entre otros.
- Los organizadores de la comunidad trabajan y desarrollan **líderes** locales nuevos, al facilitar coaliciones y colaborar con el desarrollo de campañas.
- Mediante la participación en los grupos locales de planificación se puede hacer lo siguiente:
 - Promover la conciencia comunitaria sobre el VIH, incluidas las tendencias y los programas.
 - Aumentar la probabilidad de que se satisfagan mejor las necesidades de las personas con VIH.
 - Fortalecer las asociaciones y alianzas comunitarias.

CONSORCIO

DEFINICIÓN DE CONSORCIO

- Es posible que tenga un consorcio de agencias y PLWH que aborden el VIH en su comunidad.
- Un consorcio es una red de personas y agencias dedicadas a mejorar la salud y el bienestar de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA.
- Los miembros reflejan la diversidad de las comunidades atendidas e incluyen representantes de agencias que brindan servicios de prevención y atención del VIH/SIDA.
- Un consorcio es responsable de desarrollar recomendaciones sobre los programas y servicios, las áreas de mayor necesidad y los mejores métodos para satisfacer esas necesidades.
- Puede ser muy influyente a la hora de elaborar políticas y tomar decisiones de financiación.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Introducción a los principios de la educación popular



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Identificar los principios y métodos clave de la educación popular.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise el recurso “Introducción a la educación popular” y las notas del facilitador para las diapositivas. Revise el folleto “Introducción a la educación popular” y escriba cada principio de la educación popular en una tarjeta para la actividad.
2. Deles la bienvenida a las participantes. Proporcione una visión general de la educación popular (diapositiva 1).
3. Muestre los “Principios básicos del aprendizaje cooperativo” (diapositiva 2). Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.
4. Muestre los “Roles de aprendizaje cooperativo” (diapositiva 3). Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.
5. Facilite la actividad de los Principios de educación popular.
 - Divida a las participantes en grupos pequeños de cuatro a cinco personas.
 - Distribuya las tarjetas de los “principios de la educación popular”.
 - Pídale a las participantes que lean el principio que recibieron y que analicen en sus grupos cómo pueden presentar el principio de una manera creativa, usando una parodia, canción, dibujo, entre otros. Pueden pensar cómo se aplican los principios a su trabajo.
 - Permita que los grupos se tomen 15 minutos para trabajar en las presentaciones.
 - Haga que cada grupo presente su principio.
 - Pregunte: “¿Hay algo más que a alguien le gustaría agregar a la información que se ha compartido?”
6. Cierre la actividad.
 - Distribuya los folletos de “Introducción a la educación popular” y “La casa de la educación popular” al grupo.
 - Consulte el manual de educación popular.
 - Agradézcales a las participantes por sus presentaciones.



Roles C3 relacionados

Desarrollar capacidades individuales y comunitarias, proporcionar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de defensa, habilidades de educación y facilitación



Métodos de enseñanza

Trabajo en grupos pequeños



Tiempo previsto

40 minutos



Conceptos clave

Educación popular, aprendizaje cooperativo



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Tarjetas

Folleto

- Introducción a la educación popular
- La casa de la educación popular



Recursos

An Introduction to Popular Education manual:
<https://multco.us/file/16372/download>

Introducción a los principios de la educación popular



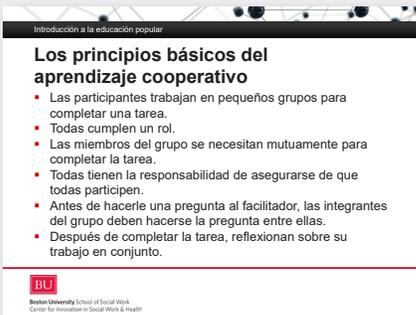
DIAPPOSITIVA 1

La educación popular se ha utilizado durante mucho tiempo en todo el mundo para capacitar a las promotoras de salud. Uno de los objetivos de la educación popular (PE) es motivar a las personas a organizarse de forma colectiva para crear una sociedad verdaderamente democrática. Pero muchas personas, tal vez la mayoría, no han tenido mucha experiencia trabajando de forma colectiva.

Por lo tanto, dos principios adicionales de la PE son los siguientes:

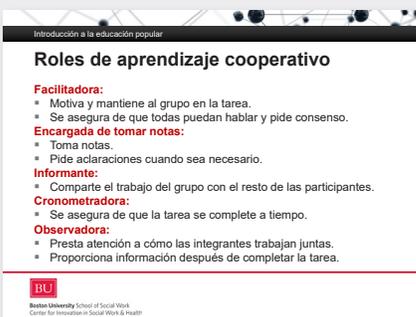
1. Las personas saben mucho y siempre debemos comenzar con lo que la gente ya sabe.
2. Necesitamos crear situaciones donde las personas puedan aprender las habilidades que necesitan para trabajar.

Un método excelente para ayudar a las personas a desarrollar las habilidades que necesitan para trabajar juntas es el aprendizaje cooperativo.



DIAPPOSITIVA 2

Pídale a una participante que lea la diapositiva.



DIAPPOSITIVA 3

Pídale a una participante que lea la diapositiva.

Introducción a la educación popular

¿Qué es la educación popular?

La educación popular es una filosofía y metodología de enseñanza y organización comunitaria. Tiene muchas fuentes. Paulo Freire, un brasileño, es la persona más conocida por su contribución a la educación popular.

¿Cuáles son los objetivos de la educación popular?

- La creación de una sociedad verdaderamente democrática donde todos tengamos el mismo acceso a los recursos del mundo.
- La liberación humana, tanto personal como colectiva.

¿Cómo se propone desde la educación popular lograr los objetivos?¹

Paso 1: ayudar a cada persona a creer que es capaz de cambiar su mundo.

Paso 2: conectar los problemas personales con las realidades nacionales y globales (desarrollar una conciencia crítica).

Paso 3: motivar a las personas a organizarse colectivamente y tomar medidas para resolver sus problemas comunes.

¿Cuáles son los principios de la educación popular?²

- La distribución actual de los recursos mundiales es injusta y el cambio es posible.
- Aprendemos con la cabeza, el corazón y el cuerpo.
- Es importante crear una atmósfera de confianza para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.
- Todos sabemos mucho. Como educadores y organizadores, siempre debemos comenzar con lo que la gente ya sabe o hace.
- El conocimiento que obtenemos mediante las experiencias de vida es tan importante como el conocimiento que obtenemos con la educación formal.
- Las personas deben ser participantes activos en su proceso de aprendizaje. No deben ser receptores pasivos.
- El conocimiento se construye en la interacción entre las personas.
- La educación popular es un movimiento inclusivo que combina influencias de muchas fuentes.



- En cada situación en la que intentamos enseñar u organizar, las condiciones deben reflejar las condiciones de la sociedad que estamos tratando de construir. Esto significa la igualdad entre el “docente” y el “estudiante” y la toma democrática de decisiones.
- Es importante que los educadores y organizadores compartan la experiencia de vida de aquellos a quienes quieren enseñar u organizar.
- Las artes (música, teatro, artes visuales, entre otras) son herramientas importantes para la enseñanza y la organización.
- El propósito de desarrollar una conciencia crítica es poder tomar medidas para cambiar el mundo. (El pensamiento crítico por sí solo no es suficiente).
- La meta de la educación popular es la acción organizada para cambiar el mundo.

¿Cuáles son algunos de los valores de la educación popular?³

- Amor por la causa de la gente
- Honestidad
- Compasión
- Responsabilidad
- Dedicación
- Solidaridad
- Humildad
- Camaradería o compañerismo

¹ Serrano-García, Irma (1984). “The illusion of empowerment: Community development within a colonial context”. En J. Rappaport, C. Swift y R. Hess (Eds.) *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action* (pág. 173-200). New York: The Haworth Press.

² Muchos de estos principios, aunque no todos, provienen de: Horton, M. (2003). *The Miles Horton reader: Education for social change*, ed. Dale Jacobs. Knoxville: The University of Tennessee Press.

³ Harnecker, Marta (2002). *Sin tierra: Construyendo movimiento social*. (Landless: Constructing a social movement.) Madrid, España: Siglo XXI de España Editores

La casa de la educación popular (Wiggins y Ríos, 2007)

La meta:
una sociedad justa, igualitaria
y verdaderamente democrática

Dinámicas	Luvia de ideas	Radio teatro	Aprendizaje cooperativo	Planteo de problemas	Sociodramas	Investigación participativa	Evaluaciones grupales	Juego de roles	Juegos	Canciones
Como educadores/organizadores, debemos ser humildes y aprender de nuestros colegas.										
En función de nuestra comprensión ampliada, necesitamos organizarnos con otros para cambiar el mundo.										
Necesitamos oportunidades para conectar nuestra experiencia personal con las realidades nacionales y mundiales.										
Necesitamos oportunidades para reflexionar sobre nuestra experiencia personal e identificar los problemas de la comunidad.										
Los sentimientos y las emociones son una parte importante del aprendizaje. Aprendemos con la cabeza, el corazón y el cuerpo.										
¡Aprendemos más cuando nos divertimos!										
Necesitamos crear situaciones donde las personas puedan aprender las habilidades que necesitan para trabajar de forma colectiva.										
Las personas deben ser participantes activos (no receptores pasivos) en su proceso de aprendizaje.										
Todos sabemos mucho. Siempre debemos comenzar con lo que la gente sabe y hace.										
Es importante crear una atmósfera de confianza para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.										

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades de educación popular y facilitación



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Explicar la diferencia entre la educación convencional y la educación popular.
- Identificar y aplicar los principios y métodos de la educación popular.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, revise el recurso “Manual de educación popular”. Escriba en el rotafolio la frase “Métodos de la educación convencional”. Revise el folleto “Introducción a la educación popular”.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos de la sesión (diapositiva 2).
3. Análisis de la educación convencional en comparación con la educación popular.
 - Explique que, como CHW, una de nuestras funciones es educar a la comunidad sobre formas de mejorar los resultados de salud. En la sesión de hoy vamos a aprender sobre un método llamado educación popular.
 - Antes de definir la educación popular, primero debemos entender cómo podría ser diferente de otros métodos.
 - Pregunte a las participantes: Describan sus experiencias con la educación en la escuela u otros programas de capacitación a los que hayan asistido. ¿Qué métodos se usaron? ¿Qué recuerdan de la estructura? ¿Cómo se sintieron durante el proceso?
 - Anote las respuestas de las participantes en una hoja de rotafolio.
 - Muestre la diapositiva de “Educación convencional frente a la educación popular” (diapositiva 3). Haga una comparación con las respuestas de las participantes en el rotafolio.
4. Facilite la actividad de teatro imagen (diapositiva 4 a 6).
 - Divida a las participantes en grupos de cinco o seis.
 - Dé a cada grupo 10 minutos para crear dos imágenes: una que represente la educación convencional y otra que represente la educación popular.
 - Haga que cada grupo comparta sus imágenes y reflexione.
5. Cierre la actividad.
 - Agradézcales a las participantes por su participación.
 - Muestre algunos de los principios y métodos de la educación popular utilizando la metáfora de la casa (diapositiva 7).
 - Comparta el manual de referencia sobre educación popular y el folleto de “Introducción a la educación popular”.



Roles C3 relacionados

Construir capacidades individuales y comunitarias

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de educación y facilitación



Métodos de enseñanza

Teatro imagen, análisis en grupo grande



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Educación popular, teatro imagen



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores

Folleto

- Introducción a la educación popular

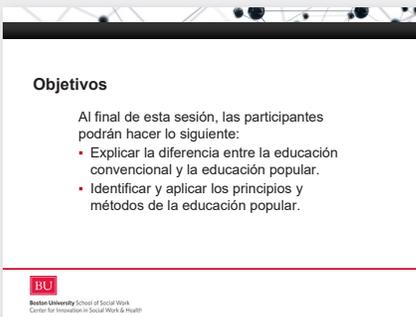


Recursos

Popular Education Manual <https://multco.us/file/16372/download>



DIPOSITIVA 1



DIPOSITIVA 2

Lea la diapositiva.



DIPOSITIVA 3

Paolo Freire fue un educador brasileño conocido como una de las primeras personas en escribir sobre la educación popular. Describió la educación convencional como la educación para la domesticación del grupo dominante. Otra forma de pensar en el propósito de la educación convencional es adaptar a los alumnos para que sean el sistema quiere que sean. La educación convencional centra al docente como “experto” y utiliza el liderazgo jerárquico para mantener un desequilibrio de poder.

Por el contrario, Freire distinguió la educación popular como educación para la liberación y la transformación. La educación popular utiliza un facilitador para crear las condiciones para el aprendizaje y el liderazgo compartidos. Las participantes crean conocimiento juntas y se examinan críticamente a sí mismas y al mundo que las rodea.

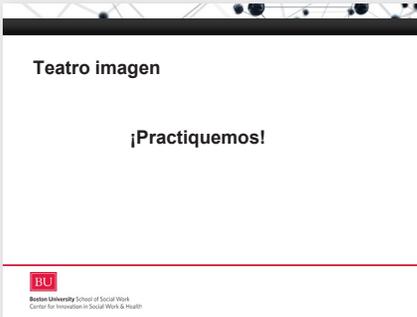


DIPOSITIVA 4

Explique lo siguiente: para ayudarnos a reflexionar sobre estos dos estilos, utilizaremos un método llamado teatro imagen.

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

Habilidades de educación popular y facilitación



DIAPPOSITIVA 5

Divida a las participantes en grupos de cinco o seis.

Dé a cada grupo 10 minutos para crear dos imágenes: una que represente la educación convencional y otra que represente la educación popular.

Haga que cada grupo pequeño comparta sus imágenes con el grupo más grande.

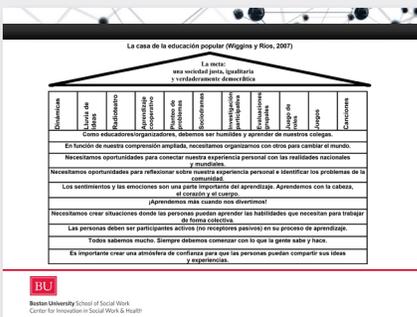


DIAPPOSITIVA 6

Agradézcales a todas las participantes por su participación.

Pregunte: “¿Qué notaron sobre las imágenes relacionadas con la educación convencional? ¿Y con la educación popular? ¿Qué estilo creen que funcionará mejor con sus clientes y miembros de la comunidad?”

Escriba las reflexiones en el rotafolio.



DIAPPOSITIVA 7

Explique que a menudo se emplea una casa como metáfora de la educación popular. Para revisar algunos de los principios y métodos de la educación popular, ahora construiremos la casa juntos.

Pida voluntarias para leer los principios (fundamentos, escritos horizontalmente). Pídales a las voluntarias que lean los métodos y compartan ejemplos de cada uno.

Consulte el manual de educación popular para obtener descripciones de los métodos y las dinámicas, y la hoja informativa de educación popular para obtener más información sobre los principios.

Introducción a la educación popular

¿Qué es la educación popular?

La educación popular es una filosofía y metodología de enseñanza y organización comunitaria. Tiene muchas fuentes. Paulo Freire, un brasileño, es la persona más conocida por su contribución a la educación popular.

¿Cuáles son los objetivos de la educación popular?

- La creación de una sociedad verdaderamente democrática donde todos tengamos el mismo acceso a los recursos del mundo.
- La liberación humana, tanto personal como colectiva.

¿Cómo se propone desde la educación popular lograr los objetivos?¹

Paso 1: ayudar a cada persona a creer que es capaz de cambiar su mundo.

Paso 2: conectar los problemas personales con las realidades nacionales y globales (desarrollar una conciencia crítica).

Paso 3: motivar a las personas a organizarse colectivamente y tomar medidas para resolver sus problemas comunes.

¿Cuáles son los principios de la educación popular?²

- La distribución actual de los recursos mundiales es injusta y el cambio es posible.
- Aprendemos con la cabeza, el corazón y el cuerpo.
- Es importante crear una atmósfera de confianza para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.
- Todos sabemos mucho. Como educadores y organizadores, siempre debemos comenzar con lo que la gente ya sabe o hace.
- El conocimiento que obtenemos mediante las experiencias de vida es tan importante como el conocimiento que obtenemos con la educación formal.
- Las personas deben ser participantes activos en su proceso de aprendizaje. No deben ser receptores pasivos.
- El conocimiento se construye en la interacción entre las personas.
- La educación popular es un movimiento inclusivo que combina influencias de muchas fuentes.

- 
- En cada situación en la que intentamos enseñar u organizar, las condiciones deben reflejar las condiciones de la sociedad que estamos tratando de construir. Esto significa la igualdad entre el “docente” y el “estudiante” y la toma democrática de decisiones.
 - Es importante que los educadores y organizadores compartan la experiencia de vida de aquellos a quienes quieren enseñar u organizar.
 - Las artes (música, teatro, artes visuales, entre otras) son herramientas importantes para la enseñanza y la organización.
 - El propósito de desarrollar una conciencia crítica es poder tomar medidas para cambiar el mundo. (El pensamiento crítico por sí solo no es suficiente).
 - La meta de la educación popular es la acción organizada para cambiar el mundo.

¿Cuáles son algunos de los valores de la educación popular?³

- Amor por la causa de la gente
- Honestidad
- Compasión
- Responsabilidad
- Dedicación
- Solidaridad
- Humildad
- Camaradería o compañerismo

¹Serrano-García, Irma (1984). “The illusion of empowerment: Community development within a colonial context”. En J. Rappaport, C. Swift y R. Hess (Eds.) *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action* (pág. 173-200). New York: The Haworth Press.

²Muchos de estos principios, aunque no todos, provienen de: Horton, M. (2003). *The Miles Horton reader: Education for social change*, ed. Dale Jacobs. Knoxville: The University of Tennessee Press.

³Harnecker, Marta (2002). *Sin tierra: Construyendo movimiento social*. (Landless: Constructing a social movement.) Madrid, España: Siglo XXI de España Editores

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Métodos de la educación popular



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Aplicar los métodos de la educación popular y los pasos de diseño instructivo para crear una clase de educación para la salud.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, prepare tarjetas con la palabra "Gracias" escrita en diferentes idiomas: "Merci" (francés), "Thank you" (inglés), "Asante" (swahili), "Shukraan" (árabe). Seleccione idiomas que puedan ser representativos de las participantes. Prepare suficientes tarjetas para que cada participante reciba una (habrá varias tarjetas con el mismo idioma). Prepare hojas de rotafolio para grupos pequeños con los siguientes encabezados:
 - Contexto de la sesión
 - Análisis del alumno
 - Objetivos de aprendizaje
2. Facilite la actividad de análisis de contexto de la sesión (15 minutos)
 - Explique que cuando nos estamos preparando para una sesión, es útil pensar en el contexto organizacional, quién es el público y cómo secuenciar mejor el contenido y las actividades.
 - A menudo comenzamos analizando el contexto organizacional. Algunas cuestiones a considerar son las siguientes:
 - Propósito: ¿Por qué estamos teniendo esta sesión?
 - Organización: ¿Qué organizaciones estarán representadas durante la sesión? ¿Qué es la cultura organizacional? ¿A quién sirve la organización?
 - Facilitadores (o posibles facilitadores): intereses/experiencias/preferencias de los facilitadores; nivel de experiencia con el contenido, los alumnos o los estilos/metodología de la capacitación
 - Instalaciones/equipamiento: diseño de la sala; tecnología o equipo disponible
 - A medida que comparta los ejemplos, escríbalos en la página del rotafolio "Contexto".
 - Pregunte: "¿Cómo creen o imaginan que esta información podría afectar la forma en que planifica su sesión?"
 - Si no se menciona, comparta que el contexto informa sus objetivos de aprendizaje, qué tipo de actividades utiliza y las preguntas que hace.



Roles C3 relacionados

Construir capacidades individuales y comunitarias

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de educación y facilitación, habilidades de desarrollo de capacidades



Métodos de enseñanza

Lluvia de ideas grupal, grupos pequeños



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Educación popular, habilidades de facilitador



Materiales

- Tarjetas multicolores
- Rotafolio
- Marcadores

Folleto

- Características del alumno
- Objetivos de aprendizaje: verbos clave
- Ejemplo de plan de clase

Métodos de la educación popular



INSTRUCCIONES *(continuación)*

3. Facilite la actividad de Análisis del alumno (25 minutos)
 - Explique que el siguiente paso en nuestra preparación es recopilar información sobre los participantes o los alumnos.
 - Pregunte: “Al preparar una sesión, ¿qué les sería útil saber acerca de los participantes en la capacitación?”
 - Divida a las participantes en grupos pequeños utilizando el siguiente método o uno propio.
 - Distribuya las tarjetas de agradecimiento en diferentes idiomas. Pase una tarjeta a cada participante. Formarán grupos nuevos, al encontrar a los miembros que tienen una tarjeta con el mismo idioma que el suyo. Encontrarán a los miembros de su grupo diciendo gracias en el idioma de su tarjeta.
 - Su tarea es hacer una lista de las características del alumno en papel del rotafolio. Indique a cada grupo que haga una lluvia de ideas de una lista de las características de los alumnos que les gustaría saber antes de preparar una sesión. Entregue a cada grupo una hoja del rotafolio y un marcador.
 - Pídales a las participantes que elijan como grupo los cinco criterios más importantes de su lista y que escriban las prioridades características de los alumnos en el rotafolio. Si falta algo de la lista que quieran agregar como prioridad, pueden hacerlo.
 - Pídales a las encargadas de tomar notas de cada grupo que compartan las cinco prioridades. Mencione que las ideas de cada grupo pueden aportar ideas nuevas a nuestro proceso de planificación de la sesión.
 - Distribuya el folleto de “Características del alumno” a cada participante. Revise este folleto y compárelo con las características mencionadas por las participantes en el rotafolio.
4. Facilite la actividad de Análisis del contenido (20 minutos)
 - Distribuya los folletos “Objetivos de aprendizaje: verbos clave”.
 - Explique que otro paso en la preparación de la sesión es el análisis del contenido. Esto se relaciona con los temas que se tratarán en la sesión y cómo secuenciar los temas para que se desarrollen mutuamente y fluyan bien.
 - Los objetivos de aprendizaje son lo que desea que las participantes puedan saber o hacer como resultado de su sesión o grupo. Siempre comienzan con un verbo. Algunos ejemplos de verbos que se relacionan con el conocimiento incluyen “describir, identificar, nombrar, enumerar y comprender”. Ejemplos de verbos relacionados con hacer son “aplicar, practicar, demostrar y crear”. Consulte el folleto “Objetivos de aprendizaje: verbos clave”.
 - Pídales a todos que permanezcan en sus grupos pequeños. Pídale a cada grupo que elija un tema (por ejemplo: (a) salud reproductiva; (b) ciclo de vida del VIH; o (c) cumplimiento del tratamiento). Después de elegir un tema, pídale que escriban 2 o 3 objetivos de aprendizaje relacionados con ese tema para una sesión de muestra. Pueden usar el folleto de Verbos clave de los Objetivos de aprendizaje como guía.
 - Pídales a las participantes que tomen notas en el papel de rotafolio. Después de 10 minutos, pídale que publiquen sus rotafolios en la pared y que hagan una caminata por la galería caminando por la sala y leyendo lo que los otros grupos escribieron en el rotafolio.
 - Pregunte: “¿Algo les llamó la atención?”
5. Cierre la actividad.
 - Distribuya y muestre el folleto de “Ejemplo de plan de clase” como un formato que pueden usar para crear planes de clase.
 - Agradézcales a las participantes por sus contribuciones.

Características del alumno

Características cognitivas

- Preferencia de idioma
- Nivel de lectura
- Conocimiento general del mundo
- Conocimiento previo específico relacionado con el tema

Características fisiológicas

- Salud general
- Movilidad
- Edad
- Identidad de género

Características del alumno

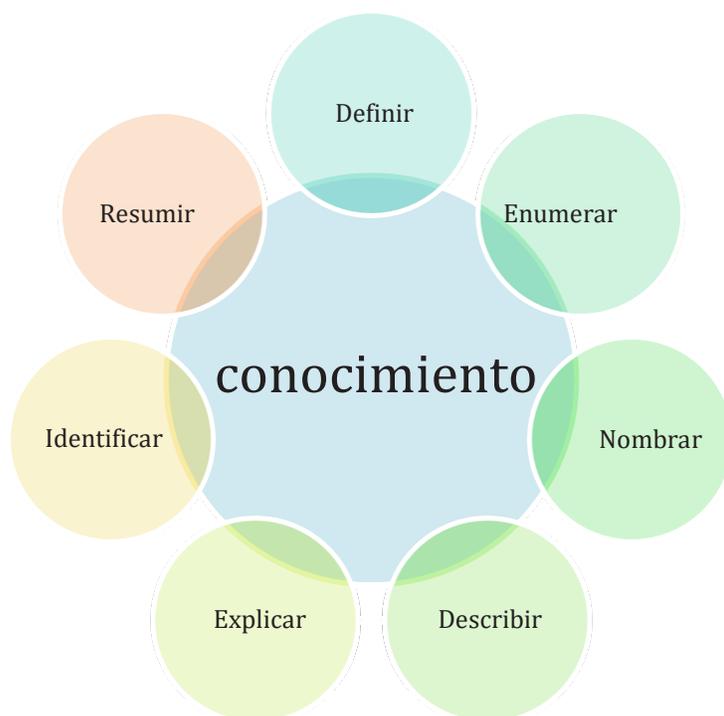
Características afectivas

- Intereses
- Motivaciones
- Actitud hacia el tema
- Creencias
- Ansiedad
- Actitud hacia el aprendizaje

Características sociales

- Relaciones con los compañeros
- Sentimientos hacia la autoridad
- Origen racial o étnico
- Condición socioeconómica
- Afiliación religiosa u otra
- Modelos a seguir

Objetivos de aprendizaje: verbos clave



Ejemplo de plan de clase de: Somos salud: un plan de estudios de creación de capacidades para promotoras de salud

Habilidades de liderazgo y defensa

LUGAR: FECHA:
HORA: 3,5 horas FACILITADORES:

Objetivos: Al final de esta sesión, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Describir cuatro modelos diferentes de liderazgo.
- Identificar las cualidades y habilidades de un líder empoderador.
- Describir y definir los dos niveles de defensa: individual y grupal.
- Aplicar las habilidades de liderazgo de empoderamiento a la defensa a nivel individual.

Tema	Método	Proceso	Tiempo	Materiales	Facilitador
Introducción	Clase	<ul style="list-style-type: none"> • Deles a las participantes la bienvenida a la sesión. • Pregunte: “¿Tienen alguna reflexión o comentario de las clases de la semana pasada (adiciones/recuperación y cuidado personal) que les gustaría compartir con el grupo?” • Presente el tema. Durante esta sesión, nos centraremos en las habilidades de liderazgo y defensa de las CHW. • Presente el programa y los objetivos. • Explique que a muchos de nosotros ya nos reconocen como líderes comunitarios. Nuestras experiencias previas con diferentes tipos de liderazgo afectan la forma en que enseñamos y empoderamos a otros miembros y 	20 min	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rotafolio: tema <input type="checkbox"/> PowerPoint: programa y objetivos 	

Introducción a las habilidades de liderazgo	Dinámica y lluvia de ideas	<p>líderes de la comunidad. Por esa razón, es muy importante pensar de forma crítica sobre los diferentes tipos de liderazgo y aprender a usar el estilo o los estilos que son apropiados en cada entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pregunte: “¿Alguien tiene preguntas antes de continuar?” • Comenzaremos analizando el significado de la palabra “líder”. • Vamos a utilizar una dinámica llamada “La pelota caliente”. • Pídales a las participantes que se pongan de pie y formen un círculo. • Explique que mientras se reproduce la música, las participantes se pasarán la pelota caliente alrededor del círculo. Cuando la música se detiene, la persona que sostiene la pelota compartirá su respuesta a la pregunta y el facilitador la escribirá en el rotafolio. • El facilitador presentará una página del rotafolio con la pregunta, “¿Qué se les viene a la mente cuando escucha la palabra ‘líder’?” • Continúe con la dinámica y escriba las respuestas en el rotafolio. • Reflexión: ¿Qué les llama la atención sobre las palabras que asociamos con la palabra “líder”? • El facilitador presentará una definición de liderazgo: <p>“Liderazgo significa asumir la responsabilidad del mundo que lo rodea. Un líder es alguien que puede ver toda la situación, organizar la experiencia del grupo, ofrecer una visión del futuro y enseñarles a los seguidores a ser líderes. Ser un líder significa tener oportunidades especiales para hacer una gran diferencia en la vida de aquellos que permiten que el líder los guíe”. (Miguel Angel Cornejo y Rosado) <ul style="list-style-type: none"> • Pregunte, “¿Qué les llama la atención sobre la definición?” </p>	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Rotafolio: “líder” en el mapa conceptual /formato de burbuja ❑ PowerPoint: definición de liderazgo ❑ Pelota ❑ Música ❑ Reproductor de CD/teléfono inteligente ❑ Altavoces 	
---	----------------------------	--	--------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Agradézcales a las participantes por su participación y explique que van a seguir analizando el liderazgo en la próxima actividad. 	25 min	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PowerPoint: dibujos de 4 estilos de liderazgo <input type="checkbox"/> Folleto: Definiciones de WAH de los cuatro estilos de liderazgo. <input type="checkbox"/> Rotafolio: Página con nombres para los cuatro estilos de liderazgo diferentes 	
Cuatro modelos de liderazgo	Ayuda visual/ dibujos	<ul style="list-style-type: none"> • Explique que hay muchos tipos diferentes de liderazgo. Ahora exploremos 4 modelos diferentes de liderazgo. • Presente el PowerPoint al grupo con los cuatro modelos de liderazgo (una diapositiva a la vez): • Pídales que reflexionen (una diapositiva a la vez): • ¿Qué les dice o sugiere este modelo? ¿Qué clase de líder es este? ¿Cómo podríamos llamar a este líder? • Aclare el significado de cada tipo de liderazgo haciendo referencia al folleto sobre los cuatro estilos de liderazgo. <p>Reflexión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada modelo? ¿Cuándo es apropiado usar cada modelo? • ¿Qué estilo o estilos de liderazgo serán más efectivos en su papel como CHW en su comunidad? 	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Papel de rotafolio en blanco para afiche <input type="checkbox"/> Marcadores 	
Nuestra experiencia personal con líderes empoderadores y desempoderadores	Afiches artísticos y exposición de galería	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora exploremos las cualidades y habilidades de un líder empoderador. • Explique: piensen en una experiencia que hayan tenido con un líder empoderador y un líder desempoderador. • Pídales que hagan un dibujo que represente ambas experiencias, usando media página para cada experiencia. • Coloque los dibujos en la pared. • Pídales a las participantes que recorran la sala y miren la galería de los afiches de empoderamiento y de desempoderamiento. • Invite al grupo a volver al círculo. 	20 min	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rotafolio: página dividida por la mitad: 	
Características de un líder	Pares con formas	<ul style="list-style-type: none"> • Explique: piensen en una experiencia que hayan tenido con un líder empoderador. Luego, cuando tengan esa imagen en mente, piensen en las 			

empoderador		<ul style="list-style-type: none"> • características que tiene. • Escriban en una de las formas una característica positiva que el líder usó para hacerlas sentir empoderadas. • A continuación, piensen en una experiencia que hayan tenido con un líder desempoderador. En la otra forma, escriban una actitud o un comportamiento negativo que el líder usó que las hizo sentir desempoderadas. • Luego, pídale a las participantes que busquen una compañera con las que puedan compartir su trabajo o sus experiencias. Invite a las participantes a pasar al frente, leer sus formas en voz alta y pegarlas en la página del rotafolio. <p>Reflexión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué les llama la atención sobre las características positivas de un líder empoderador? • ¿Qué les llama la atención sobre las actitudes y los comportamientos negativos de un líder desempoderador? • ¿Por qué creen que es importante que nosotras, como CHW, usemos cualidades o habilidades de liderazgo empoderador con nuestras comunidades? • Consulte el folleto sobre las características de un líder empoderador. 	<p>Empoderamiento/ desempoderamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formas (2) <input type="checkbox"/> Marcadores <input type="checkbox"/> Folleto: Características de un líder empoderador 	
Mi tarjeta de compromiso personal	Reflexión individual y escrita	<ul style="list-style-type: none"> • Entregue las tarjetas de "Mi compromiso de liderazgo personal". • En el lado izquierdo de la tarjeta, pídale a cada participante que escriba entre 3 y 5 habilidades de liderazgo que le gustaría mejorar. • Al lado de cada habilidad, pídale que escriban una manera que intentarán para fortalecer esa habilidad. • Permita que las participantes se tomen 5 minutos para completar las tarjetas. • Explique: queremos que se lleven esta tarjeta a casa y la usen como un recordatorio de sus objetivos. 	<input type="checkbox"/> Folleto: Tarjetas de compromiso de liderazgo	5 min
Descanso		<ul style="list-style-type: none"> • Ahora tomaremos un descanso de 15 minutos y volveremos a centrarnos en las habilidades de defensa. 		15 min

Reintegrar al grupo	Dinámica	<ul style="list-style-type: none"> ● Reciba nuevamente a las participantes después del descanso. ● Invítelas a jugar a las charadas. ● Pídales a 4 o 5 personas que se paren en una fila mirando hacia la misma dirección. El facilitador compartirá una escena con la persona al final de la fila para que esta la represente. Cuando la participante esté lista, tocará el hombro de la persona que está frente a ella para que esa persona se dé vuelta y mire a la persona que está al final de la fila. La “actriz” representará la escena sin usar palabras. La segunda persona luego toca el hombro de la persona frente a ella y representa la escena. La última persona en ver la escena representada adivinará cuál es dicha escena. <p>Posibles escenas (para actuar):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un líder comunitario que da una clase sobre salud de los senos a un grupo de hombres. ● Un líder que defiende a un miembro de la comunidad en una clínica. ● Un docente que les enseña a niños de 5 años y a sus padres a cepillarse los dientes. 	10 min	<input type="checkbox"/> Escenarios escritos en papel	
Introducción a la defensa y defensa individual eficaz	Sociodrama	<ul style="list-style-type: none"> ● Explique: una de las habilidades de las CHW identificadas en el Estudio nacional de asesores de salud comunitaria fue “Defender a grupos e individuos”. Ahora analizaremos las habilidades de defensa, que están conectadas con las habilidades de liderazgo. ● Presente una definición de defensa: Un defensor es alguien que defiende una causa: un partidario o un colaborador. Defender es actuar en apoyo de un problema, una causa o una persona en particular. (Adaptado de American Public Health Association) ● Explique que es importante recordar que la defensa puede suceder a nivel individual con un 	45 min	<input type="checkbox"/> PowerPoint: definición de defensa <input type="checkbox"/> Rotafolio: página para reflexionar	

		<ul style="list-style-type: none"> miembro de la comunidad y a nivel grupal para abordar un problema o inconveniente en la comunidad. La diferencia entre la defensa y la organización es que los defensores a menudo hablan en nombre de los demás, mientras que los organizadores hacen que los afectados hablen por sí mismos. Explique que ahora analizarán métodos eficaces de defensa mediante sociodramas. Divida a las participantes en grupos de 5 personas. Pídale a cada grupo que prepare un sociodrama para demostrar la defensa a nivel individual o comunitario. Cada grupo puede elegir su propio escenario. Permita que las participantes se tomen 10 minutos para prepararse. Haga que los grupos presenten sus sociodramas al resto de las participantes. Después de que todos los grupos hayan hecho su presentación, pregunte: “¿Qué habilidades de defensa vieron en los sociodramas?” Escriba las respuestas en el rotafolio. 			
Liderazgo de empoderamiento y defensa eficaz	Aprendizaje cooperativo	<ul style="list-style-type: none"> Explique: para la próxima actividad, exploraremos cómo se pueden utilizar las características positivas de un líder empoderador para hacer una defensa eficaz a nivel individual. Divida a las participantes en grupos de 4 a 5 personas. Recuérdeles que elijan roles nuevos y diferentes en los grupos. Entregue a cada grupo un folleto con la historia de Marta. Pídale a cada grupo que lea la historia de Marta y responda la pregunta: “Si fueran una CHW que trabajaba con Marta, ¿cómo podrían usar las habilidades de liderazgo para defenderla?” Aliente a las participantes a consultar el folleto Características de un líder empoderador. Pídale a cada grupo que escriba sus respuestas en la hoja del rotafolio. 	30 min 15 min de trabajo grupal 15 de análisis	<input type="checkbox"/> PowerPoint: Pregunta <input type="checkbox"/> Páginas de rotafolio en blanco <input type="checkbox"/> Folleto: Copias de la historia de Marta de la sesión de salud pública	

Puntos clave	<ul style="list-style-type: none"> • Reúna a las participantes y pídale a cada grupo que comunique su análisis. • Existen 4 estilos de liderazgo de uso común: autoritario, paternalista, participativo y de empoderamiento. Como CHW, a menudo el estilo más eficaz es el liderazgo de empoderamiento. • Algunas características (habilidades y cualidades) de los líderes empoderadores son la capacidad de crear un ambiente de confianza, centrarse en las fortalezas y conocer sus limitaciones. • Un defensor es alguien que defiende una causa: un partidario o un colaborador. Defender es actuar en apoyo de un problema, una causa o una persona en particular. • Para ser un defensor eficaz, es importante usar las habilidades de liderazgo de empoderamiento. • Entregue una evaluación escrita para la sesión. • Agradézcales a todas las participantes por su participación. 	5 min	<input type="checkbox"/> PowerPoint: Puntos clave		
Evaluación	Trabajo individual	5 min	<input type="checkbox"/> Folleto: Evaluación escritas		

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Desafíos en la facilitación



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Conocer y practicar habilidades efectivas de facilitación.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, prepare una hoja de rotafolio con el encabezado: Desafíos en la facilitación.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos de la sesión.
3. Explique que existen algunos desafíos para la facilitación que están relacionados con ciertos tipos de comportamientos y otros que pueden ser más contextuales. Por ejemplo, un comportamiento desafiante puede ser una participante que habla mucho. Puede surgir un desafío contextual cuando está frente a un grupo con el que no comparte la misma identidad o cultura.
4. Pregunte: “¿Cuáles son algunos de los desafíos que han enfrentado al facilitar o participar en un taller o una reunión?”
5. Dedique 5 minutos a una lluvia de ideas y escriba las respuestas en el rotafolio. Luego pídale al grupo que elija entre 4 y 5 temas. Escriba cada tema como un encabezado en un papel de rotafolio. Exponga las páginas del rotafolio en diferentes áreas de la sala.
6. Explique que las participantes ahora tendrán la oportunidad de hacer una caminata por galería. Habrá 3 rondas diferentes de 10 minutos cada una. Cada participante puede elegir ir al tema que más le interese, analizar ideas sobre cómo abordar ese desafío y luego escribir notas en la página del rotafolio. Pueden permanecer en el mismo desafío o cambiar a otro desafío cuando el facilitador toca el timbre o da una señal al final de cada sesión de 10 minutos.
7. Al final, haga que cada grupo lea rápidamente lo que está escrito en su rotafolio.
8. Realice un análisis de la sesión con las siguientes preguntas:
 - a. ¿A quién le gustaría compartir algo que aprendieron sobre facilitar un grupo hoy?
 - b. Como CHW, ¿cómo podrían usar esta información en su trabajo?
9. Cierre la actividad.
 - Distribuya y haga referencia al folleto sobre “Principios para la facilitación grupal” para leer más sobre su tiempo libre.
 - Agradézcales a las participantes por sus contribuciones.



Roles C3 relacionados

Construir capacidades individuales y comunitarias

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, educación y habilidades de facilitación



Métodos de enseñanza

World Cafe (Café Mundial)/Paseo por la galería



Tiempo previsto

45 minutos



Conceptos clave

Habilidades de facilitación



Materiales

- Rotafolio
- Marcadores
- Campana u otra alarma

Folleto

- Principios para la facilitación grupal

Principios para la facilitación grupal

Propósito y preparación

- Piensen en cuáles son sus objetivos o propósitos como facilitadores. ¿Cómo pueden enseñarles a los grupos un programa y además guiarlos para desarrollar una mirada más crítica del mundo?
- Consideren cuáles son sus roles como facilitadores, particularmente en grupos con los que no están familiarizados.
- Conozcan al público. La información sobre el trabajo anterior y actual, las expectativas de la capacitación y los datos demográficos deben usarse para adaptar la capacitación y que sea relevante para el público.
- Si bien no se espera que los facilitadores sean expertos, deben estar familiarizados con el contenido. Piensen en su proceso para incluir información actualizada en la capacitación.
- Para cada actividad, sepan cuál es el objetivo y el proceso (o los métodos) utilizado para ayudar a los participantes a alcanzar ese objetivo.
- Tómense el tiempo para poner los pies en la tierra y prepararse mental y emocionalmente antes de llegar.
- Tómense el tiempo suficiente para organizar el espacio y no sentirse apurados.

Poder compartido

- Piensen de forma crítica sobre cómo equilibrar el poder y los privilegios en la sala.
- Compartan tanto poder como sea posible con los participantes.
- Permitan y den espacio para que los grupos tomen sus propias decisiones.
- Animen a los participantes a correr riesgos.
- Los facilitadores deben mostrar su personalidad y compartir su experiencia de vida. Al mismo tiempo, tengan en cuenta cuánto están hablando y si sus comentarios están ayudando al grupo a avanzar.

En el momento

- Aprendan a generar confianza con los participantes. Hagan esto desde el principio y con frecuencia.
- Sean humildes y flexibles.
- Recuerden que el programa es una herramienta para ayudarlos a alcanzar los objetivos; no sientan que tienen que seguir estrictamente el programa si el aprendizaje sucede de otra manera.
- Usen diferentes estrategias para equilibrar la participación en la sala.



- Piensen en cómo involucrar activamente a los participantes en su aprendizaje.
- Proporcionen suficiente espacio para que los participantes respondan a las preguntas y consultas (es decir, permitan que respondan más de una o dos personas; siéntanse cómodos con el silencio y cuenten hasta ocho en su cabeza antes de continuar).
- Inviten, no obliguen, a las personas a participar. Algunas personas no se sienten cómodas hablando frente a un grupo grande y participan más en una actividad en pareja o en grupos pequeños.
- Aprendan a leer la energía de la sala y sepan cuándo dar espacio para la recuperación, para la exploración o extensión del tema abordado o para seguir adelante.
- Utilicen un “almacén de preguntas” o un “portabicicletas” cuando haya una pregunta que no se pueda responder o si una discusión está fuera de tema y al grupo le gustaría retomarla en el futuro.
- Tengan en cuenta sus propias percepciones, juicios o prejuicios en el momento y cómo esto puede estar influyendo en su comportamiento.
- Cuando un miembro plantea una pregunta, primero hágasela al grupo para averiguar qué saben los demás. Aclaren según sea necesario.
- Consideren cómo aclararán la información que se comparte y que no está actualizada o correcta de manera respetuosa y sin avergonzar al otro.
- Sepan cómo reaccionan ante el conflicto y los sentimientos de incomodidad. Reconozcan cuándo surgen conflictos y hagan su mejor esfuerzo para manejarlo de manera saludable.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades de facilitación



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender las habilidades básicas de facilitación: presión, atracción y equilibrio.
- Practicar las habilidades de facilitación.



INSTRUCCIONES

1. Antes de que comience la sesión, seleccione e imprima rompehielos y energizantes del juego de herramientas PETS antes de la sesión de capacitación. Seleccione dos o tres actividades fáciles que se puedan lograr en un período corto. Revise el folleto sobre “Habilidades de equilibrio” para familiarizarse con las habilidades de facilitación.
2. Deles la bienvenida a las participantes, presente el tema y comparta los objetivos.
3. Realice la actividad “Tres habilidades básicas de facilitación” (15 minutos).
 - Explique que las CHW pueden tener roles que incluyen la facilitación grupal en grupos educativos, de apoyo o sociales. Existen 3 habilidades básicas de facilitación que sirven como punto de partida para la facilitación grupal efectiva.
 - Distribuya el folleto de “Habilidades de equilibrio”.
 - Describa cada habilidad: presión, atracción y equilibrio. Escriba las habilidades en las hojas de rotafolio para crear una ayuda visual (opcional).
 - Las habilidades de presión ocurren cuando la información fluye del facilitador a los participantes. Las habilidades de presión implican transmitir (dar) información. Los participantes pueden imaginar una flecha apuntando lejos del facilitador para recordar el flujo direccional de información.
 - Ejemplos: bienvenida, introducción del facilitador al grupo, instrucciones.
 - Pídales a las participantes que den otro ejemplo de una habilidad de presión.
 - Las habilidades de atracción ocurren cuando el facilitador solicita información de los participantes. Las habilidades de atracción a menudo implican el uso de preguntas abiertas para recibir información e invitar a participar. Las participantes pueden visualizar una flecha que apunta al facilitador para recordar el flujo direccional de información.

(continuación)



Roles C3 relacionados

Construir capacidades individuales y comunitarias

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, educación y habilidades de facilitación



Métodos de enseñanza

Grupo pequeño



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Habilidades de facilitación, liderazgo de grupos, habilidades de grupos de apoyo, habilidades de facilitación grupal



Materiales

- Rotafolio
- Marcadores
- Tareas de práctica (Rompehielos del juego de herramientas PETS <https://ciswh.org/wp-content/uploads/2016/05/HIV-peer-training-activities.pdf>)

Folleto

- Habilidades de equilibrio



Recursos

Rompehielos y energizantes del juego de herramientas PETS
<https://ciswh.org/wp-content/uploads/2016/05/HIV-peer-training-activities.pdf>

Habilidades de facilitación



INSTRUCCIONES *(continuación)*

- Ejemplos: obtener información de los participantes mediante preguntas abiertas, invitar a las integrantes del grupo a participar en un rompehielos, sondear al grupo.
 - Pídeles a las participantes que den un ejemplo de una habilidad de atracción.
 - Las habilidades de equilibrio son una colección de habilidades utilizadas para crear y mantener una atmósfera de grupo segura y de apoyo. Esta colección de habilidades ayuda al grupo a funcionar bien. Además de los ejemplos a continuación, dirija la atención de las participantes hacia el folleto “Habilidades de equilibrio” para obtener más información.
 - Ejemplos: crear seguridad dentro del grupo mediante acuerdos grupales, actividades de construcción de la confianza, manejo del silencio, compartir el poder.
 - Pídeles a las participantes que proporcionen ejemplos de habilidades de presión, atracción y equilibrio que hayan notado durante esta sesión de capacitación. Afirme sus respuestas y proporcione ejemplos que no se hayan compartido.
4. Realice la actividad práctica (35 minutos. **Nota: el tiempo asignado no es suficiente para que todas las participantes practiquen la facilitación. Realice ajustes en función de sus necesidades**).
- Presente la actividad. Dígales a las participantes que tendrán la oportunidad de practicar las habilidades de presión, atracción y equilibrio al facilitar un rompehielos o un energizante.
 - Divida a las participantes en grupos pequeños de 4 a 5 participantes.
 - Dígales a las participantes que seleccionen a una voluntaria del grupo para que lidere una actividad. El resto del grupo representará a los participantes de la sesión.
 - Una vez que se identifiquen los facilitadores voluntarios, distribuya un rompehielos o energizante a cada uno. Espere entre 3 y 5 minutos para que lean las instrucciones y se preparen para facilitar.
 - Informe a las facilitadoras voluntarias que no tendrán tiempo para facilitar cada paso de la actividad. Deben enfocarse en usar sus habilidades de facilitación, presión, atracción y equilibrio. Ejecutar la actividad a la perfección no es el objetivo.
 - Informe a las participantes restantes del grupo que permanezcan en su personaje, pero al mismo tiempo observe las habilidades de presión, atracción y equilibrio que use la facilitadora para proporcionar comentarios al final de la actividad.
 - Déles 7 minutos a cada grupo para que practique las habilidades de presión, atracción y equilibrio durante las facilitaciones.
 - Al final de la primera sesión de práctica, permita que las participantes (dentro de los grupos pequeños) se tomen 1 o 2 minutos para compartir entre ellas las habilidades de facilitación que observaron.
 - Luego, repita los pasos con una facilitadora nueva y una actividad nueva. (Nota: el tiempo asignado permite 2 sesiones de práctica).
5. Realice un análisis breve y cierre la actividad (10 minutos).
- Convoque al grupo grande.
 - Pídeles a las participantes ejemplos en los que observaron a las facilitadoras usando las habilidades de presión, atracción y equilibrio. Pídeles que anoten los casos en que la facilitadora lo hizo bien y las áreas que fortalecerían su capacidad.
 - Invite a las facilitadoras de práctica a compartir comentarios sobre su facilitación respondiendo a estas preguntas.
 - ¿Qué hizo bien durante su práctica de facilitación?
 - ¿Qué cree que fortalecería sus habilidades de facilitación?
 - Puntos para recordar:
 - Demasiada presión puede sofocar la participación. Demasiada atracción puede provocar desorden y falta de dirección. Las habilidades de equilibrio son efectivas para establecer una atmósfera eficaz para aprender y compartir.
6. Cierre la actividad.
- Resuma y cierre.
 - Verifique si las participantes tienen preguntas.
 - Pregunte: “¿Qué aprendieron de nuevo para usar en su trabajo como promotoras de salud?”
 - Acepte las respuestas de 2 o 3 participantes.
 - Agradézcales a las participantes por sus contribuciones.

Habilidades de equilibrio

Dar y recibir comentarios es un acto de equilibrio. Los facilitadores efectivos corrigen la información errónea y le dan una respuesta afirmativa a un participante al mismo tiempo. Saben cómo brindar comentarios, cómo recibirlos y cómo aplicarlos.

Mantener una perspectiva sin prejuicios es otro acto de equilibrio. Para aprender, las personas deben sentirse seguras y estar dispuestas a participar en la sesión. Parte de esta seguridad está en saber que se respetarán sus valores y creencias. Al no tener prejuicios, los facilitadores efectivos equilibran muchas habilidades a la vez. Aplican las habilidades que han aprendido, como evitar las etiquetas, y en su lugar usan un lenguaje que describe el comportamiento. También brindan devoluciones positivas a todos los participantes, incluso cuando sus valores difieren.

Crear el ambiente permite que ocurra un aprendizaje efectivo. Aunque a menudo pensamos que crear el ambiente es el inicio de una sesión de capacitación (por ejemplo, romper el hielo), el inicio es solo una parte del proceso general. La creación del ambiente continúa durante toda la sesión de diferentes maneras: al proporcionar devoluciones positivas a los participantes, al responder preguntas y comentarios para estimular una mayor participación, al eliminar distracciones en el entorno físico, como ruidos, interrupciones, sillas incómodas, al mantener una temperatura ambiente agradable y al tener todo el equipo audiovisual necesario listo y en funcionamiento.

Mantener el tema también puede ser un acto de equilibrio porque el facilitador a menudo intenta cubrir el contenido con habilidades para aseverar y atraer y, de esa manera, satisfacer las necesidades de los participantes al responder sus comentarios o preguntas. Cuando una pregunta o un comentario alejan al grupo del tema, el facilitador debe decidir si el desvío crea una oportunidad de aprendizaje (un momento de enseñanza) o si necesita volver a encaminar al grupo. Esto puede significar que dejarán de lado algunas preguntas para tratarlas más adelante. Realizar una lista de temas pendientes es una buena manera de registrar las preguntas que se han dejado de lado para más adelante. Son listas que se publican abiertamente en las que se escriben preguntas para tratarlas más adelante.

Administrar el tiempo es encontrar un equilibrio entre satisfacer las necesidades del grupo, aprovechar los momentos de enseñanza y cumplir con el cronograma. Administrar el tiempo incluye acordar con el grupo los horarios de inicio, finalización y descanso, ser responsable de comenzar y finalizar las sesiones a tiempo, asegurarse de que todos los elementos importantes del cronograma se ajusten al horario y llegar a acuerdos con los participantes con respecto a cuestiones de tiempo y contenido.

Referencia:

Building Blocks to Peer Success, abril de 2009: "Facilitation Skills"

<https://ciswh.org/wp-content/uploads/2016/05/HIV-peer-training-toolkit-guide.pdf>

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Planificación de la atención



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender los enfoques y modelos para usar en la planificación de la atención
- Practicar la elaboración de un plan de atención con plantillas
- Analizar los éxitos y desafíos de la planificación de la atención con las colegas
- Comprender las estrategias para abordar los desafíos



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint y los folletos.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2).
3. Describa los componentes de un plan de atención (diapositivas 3 y 4). Aclare que muchas agencias tienen un formato propio para los planes de atención. Pregunte: “¿Cuántas usan un plan de atención en su agencia? ¿Cuán similar a o diferente del plan de la diapositiva es el plan de atención de su agencia?”
4. Distribuya ejemplos de planes de atención en blanco (al menos 2 por participante) y los escenarios posibles de planificación de atención (también en las diapositivas 5 y 6).
5. Revisen los escenarios en grupo. Deles tiempo a las participantes para que creen un plan de atención por su cuenta o en parejas.
6. Distribuya el folleto Documentación de tipo RAP: notas del caso del paciente y muestre el modelo RAP (diapositiva 7).
7. Distribuya el folleto de Ciclo reflexivo de Gibbs. Repase cada paso describiendo cómo estas preguntas pueden ayudar a las promotoras de salud (CHW) a trabajar con los clientes para identificar y completar los planes de atención (diapositiva 8).
8. Cierre la actividad. Muestre las preguntas y promueva una breve discusión grupal (diapositiva 9), alentando al grupo a compartir puntos adicionales sobre la documentación del plan de atención.



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, manejo de casos y navegación del sistema, brindar orientación y apoyo social, brindar servicio directo, implementar evaluaciones individuales y comunitarias.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de comunicación, coordinación de servicios y habilidades de navegación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de evaluación individual y comunitaria, habilidades de divulgación



Métodos de enseñanza

Clases, análisis grupal, demostración

Nota del facilitador: esta sesión también se puede realizar de forma virtual como un seminario web. Se puede adaptar fácilmente si tiene una plataforma como Zoom o Skype y las participantes tienen acceso a una computadora. Si realiza un seminario web, tómese 10 minutos para probar la tecnología y ayudar a las participantes a conectarse.



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Planes de atención, documentación, consultas, equipo, atención centrada en el cliente



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint

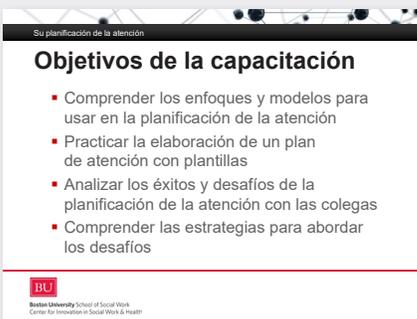
Folletos

- Ejemplo de plan de atención I
- Ejemplo de plan de atención II
- Escenarios posibles de planificación de la atención
- Documentación de tipo RAP: notas del caso del paciente
- Ciclo reflexivo de Gibbs

Planificación de la atención

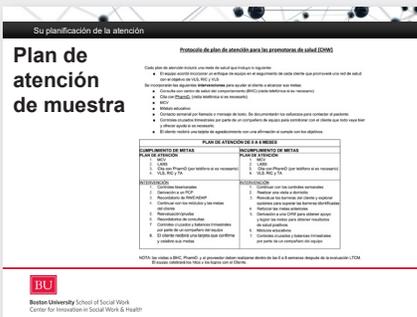


DIAPOSITIVA 1



DIAPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

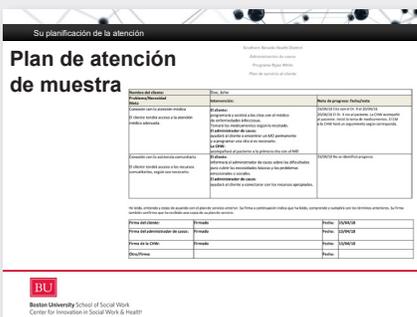


DIAPOSITIVA 3

Muestre la diapositiva y responda las preguntas.

Pregunte: “ ¿Cuántas usan un plan de atención en su agencia? ¿Cuán similar a o diferente del plan de la diapositiva es el plan de atención de su agencia?”

Facilite una breve discusión.



DIAPOSITIVA 4

Revise la diapositiva.

Distribuya dos ejemplos de planes de atención en blanco y el folleto Escenarios posibles de planificación de la atención.

Su planificación de la atención

Escenario del cliente 1: Thomas

Thomas, de 48 años, ha estado viviendo con el VIH durante tres años y durante ese tiempo apenas ha estado participado en la atención. Le acaban de diagnosticar diabetes. El médico ha organizado varias consultas especializadas para Thomas y siente que necesita apoyo, por lo que deriva a Thomas a una promotora de salud (Community Health Worker, CHW). Al médico le gustaría que la CHW desarrolle un plan de atención para Thomas. También se derivó a Thomas a un nutricionista y necesita obtener los suministros para controlar el nivel de azúcar en sangre.

Creen un plan de atención para Thomas.



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Su planificación de la atención

Escenario del cliente 2: Samantha

Samantha ha estado viniendo a la clínica durante años y cumple el tratamiento antirretroviral de gran actividad (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART). Sin embargo, no asistió a las últimas tres consultas y los médicos están preocupados porque tampoco ha recogido sus medicamentos. Tiene antecedentes de problemas de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.

Creen un plan de atención para Samantha.



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Su planificación de la atención

Modelo RAP

- R: razón del contacto**
 - ¿Por qué el cliente se contactó con ustedes o por qué se contactaron con el cliente? ¿Cómo fue el contacto (por teléfono, en persona, entre otros)?
- A: acción tomada**
 - ¿Qué ocurrió durante el contacto?
- P: plan para la próxima reunión o acciones o servicios futuros**
 - Al final del contacto, ¿cuál es el siguiente paso a seguir? ¿Quién hará qué? ¿El cliente está progresando con el plan de atención? ¿Qué debe suceder para garantizar el progreso con los objetivos del plan de atención?



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Su planificación de la atención

Modelos de planificación de la atención: ciclo reflexivo de Gibbs



```
graph TD; D[Descripción  
(¿Qué ocurrió?)] --> S[Sentimientos  
(¿Qué emociones experimentó o experimentó?)]; S --> E[Evaluación  
(¿Qué ha aprendido o aprendido en la experiencia?)]; E --> A[Análisis  
(¿Por qué sucedió esto?)]; A --> C[Conclusiones  
(¿Qué más podría haber hecho?)]; C --> PA[Plan de acción  
(¿Qué voy a hacer o voy a hacer?)]; PA --> D;
```



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Dígale al grupo que revisarán algunos escenarios y practicarán completar un plan de atención.

Pídale a una voluntaria que lea el escenario del cliente. Pídale al grupo que brinde ejemplos de qué incluir en el plan de atención.

Deles a las participantes 10 minutos para completar el plan de atención para Thomas, luego hagan un análisis en grupo.

DIAPPOSITIVA 6

Pídale a una voluntaria que lea el escenario del cliente. Pídale al grupo que brinde ejemplos de qué incluir en el plan de atención.

Deles a las participantes 10 minutos para completar el plan de atención para Samantha, luego hagan un análisis en grupo.

DIAPPOSITIVA 7

El modelo RAP es una forma simple de estructurar una nota de encuentro.

Muestre la diapositiva y luego realicen un análisis en grupo.

DIAPPOSITIVA 8

Muestre los pasos en el gráfico.

Su planificación de la atención

Análisis

- ¿Qué opinan de lo que escucharon en la demostración?
- ¿Qué funcionó bien sobre el proceso del plan de atención?
- ¿Qué faltaba?
- ¿Qué desafíos tienen para planificar la atención?
- ¿Qué preguntas tienen?

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Muestre las preguntas y facilite un análisis grupal.

Ejemplo de plan de atención I

Protocolo de plan de atención para las promotoras de salud (CHW)

Cada **plan de atención** incluirá una meta de salud que incluya lo siguiente:

- El equipo acordó incorporar un enfoque de equipo en el seguimiento de cada cliente que promoverá una red de salud con el objetivo de VLS, RIC y VLS.

Se incorporarán las siguientes **intervenciones** para ayudar al cliente a alcanzar sus metas:

- Consulta con un centro de salud del comportamiento (BHC) (visita telefónica si es necesario).
- Cita con PharmD (visita telefónica si es necesario).
- MCV.
- Módulo educativo.
- Contacto semanal por llamada o mensaje de texto. Se documentarán los esfuerzos para contactar al paciente.
- Controles cruzados trimestrales por parte de un compañero del equipo para corroborar con el cliente que todo vaya bien y ofrecer ayuda si es necesario.
- El cliente recibirá una tarjeta de agradecimiento con una afirmación si cumple con los objetivos.

PLAN DE ATENCIÓN DE 0 A 6 MESES	
CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. MCV 2. LABS 3. <u>Cita con PharmD (por teléfono si es necesario)</u> 4. VLS, RIC y TA
<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controles bisemanales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de consultas 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá una tarjeta que confirme y celebre sus metas. 	<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con los controles semanales. 2. Realizar una visita a domicilio. 3. Reevaluar las barreras del cliente y explorar opciones para superar las barreras identificadas. 4. Reforzar las metas anteriores. 5. Derivación a una CHW para obtener apoyo y lograr las metas para obtener resultados de salud positivos. 6. Módulos educativos 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo

NOTA: las visitas a un BHC, PharmD y al proveedor deben realizarse entre 6 y 8 semanas después de la evaluación de LTCM.

El equipo celebrará hitos y logros con el cliente.



PLAN DE ATENCIÓN DE 6 A 9 MESES	
CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de consultas 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá una tarjeta que confirme y celebre sus metas.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Continuar con los controles semanales. 2. Visita a domicilio de LTCM y CHW 3. Reevaluar las barreras del cliente y derivar a una agencia comunitaria. 4. Llamada del proveedor con inquietudes sobre NVLS y NRIC 5. Derivación a una CHW para obtener apoyo y lograr las metas para obtener resultados de salud positivos. 6. Módulos educativos 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo para incluirlos en una evaluación de intervención
PLAN DE ATENCIÓN DE 9 A 12 MESES	
CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de consultas 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá un certificado y una bolsa de regalos para CELEBRAR este hito y darles confianza.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Disposición para la evaluación del cambio 2. Controles mensuales 3. Módulos educativos (si se determina que el cliente está listo) 4. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo para incluirlos en una evaluación de intervención 5. Anotar al cliente en una lista inactiva si se determina que no está listo.



PLAN DE ATENCIÓN DE 12 A 18 MESES	
CUMPLIMIENTO DE METAS	INCUMPLIMIENTO DE METAS
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales de 12 a 18 meses. A los 18 meses, se contactará al cliente cada dos meses. 2. Recordatorio de RWE/ADAP 3. Continuar con los módulos y las metas del cliente 4. Reevaluación/prueba 5. Recordatorios de consultas 6. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 7. El cliente recibirá una tarjeta que celebre los hitos con afirmaciones.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Continuar con los controles mensuales. 2. Anotar al cliente en una lista inactiva si se determina que no está listo.

Fuente: East Caroline University Adult Specialty Care Clinic

Ejemplo de plan de atención II



Southern Nevada Health District
Administración de casos
Programa Ryan White
Plan de servicio al cliente

Nombre del cliente:		
Problema/necesidad Meta:	Intervención:	Nota sobre el progreso: fecha/nota
Conexión con la atención médica	El cliente: El administrador de casos: La CHW:	
Conexión con la asistencia comunitaria	El cliente: El administrador de casos: La CHW:	



He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el plan de servicio anterior. Su firma a continuación indica que ha leído, comprende y cumplirá con los términos anteriores. Su firma también verifica que ha recibido una copia del plan de servicio.

Firma del cliente:		Fecha:	
Firma del administrador de casos:		Fecha:	
Firma de la CHW:		Fecha:	
Otro/Firma:		Fecha:	

Escenarios posibles de planificación de la atención

Thomas

Thomas, de 48 años, ha estado viviendo con el VIH durante tres años y durante ese tiempo apenas ha estado participado en la atención. Le acaban de diagnosticar diabetes. El médico ha organizado varias consultas especializadas para Thomas y siente que necesita apoyo, por lo que deriva a Thomas a una promotora de salud. Al médico le gustaría que la CHW desarrolle un plan de atención para Thomas. También se derivó a Thomas a un nutricionista y necesita obtener los suministros para controlar el nivel de azúcar en sangre.

Creen un plan de atención para Thomas.

Samantha

Samantha ha estado viniendo a la clínica durante años y cumple el tratamiento antirretroviral de gran actividad (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART). Sin embargo, no asistió a las últimas tres consultas y los médicos están preocupados porque tampoco ha recogido sus medicamentos. Tiene antecedentes de problemas de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.

Creen un plan de atención para Samantha.

Documentación de tipo RAP: notas del caso del paciente

Varias entidades (HRSA, ADPH, United Way, entre otras) requieren que el personal del programa redacte notas de casos para registrar las acciones tomadas en el plan de tratamiento de un paciente. Las notas del caso se utilizan para reflejar contactos importantes relacionados con la atención de un paciente. Las notas deben redactarse de manera tal que un auditor o inspector pueda obtener un historial continuo y una visión general del paciente, sus necesidades, los servicios prestados, las observaciones del personal y el progreso o la falta de progreso del caso.

A continuación, encontrarán una guía general para realizar registros de forma práctica.

Requisitos mínimos para la documentación

- Nombre completo del paciente/cliente
- Fecha
- Hora
- Agencia externa (si corresponde)
- Título
- Firma del autor si es posible

A veces se utiliza el formato SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan) en la documentación. Otro formato común es RAP. RAP significa

R: razón del contacto

- ¿Por qué el cliente se contactó con ustedes o por qué se contactaron con el cliente? ¿Cómo fue el contacto (por teléfono, en persona, entre otros)?

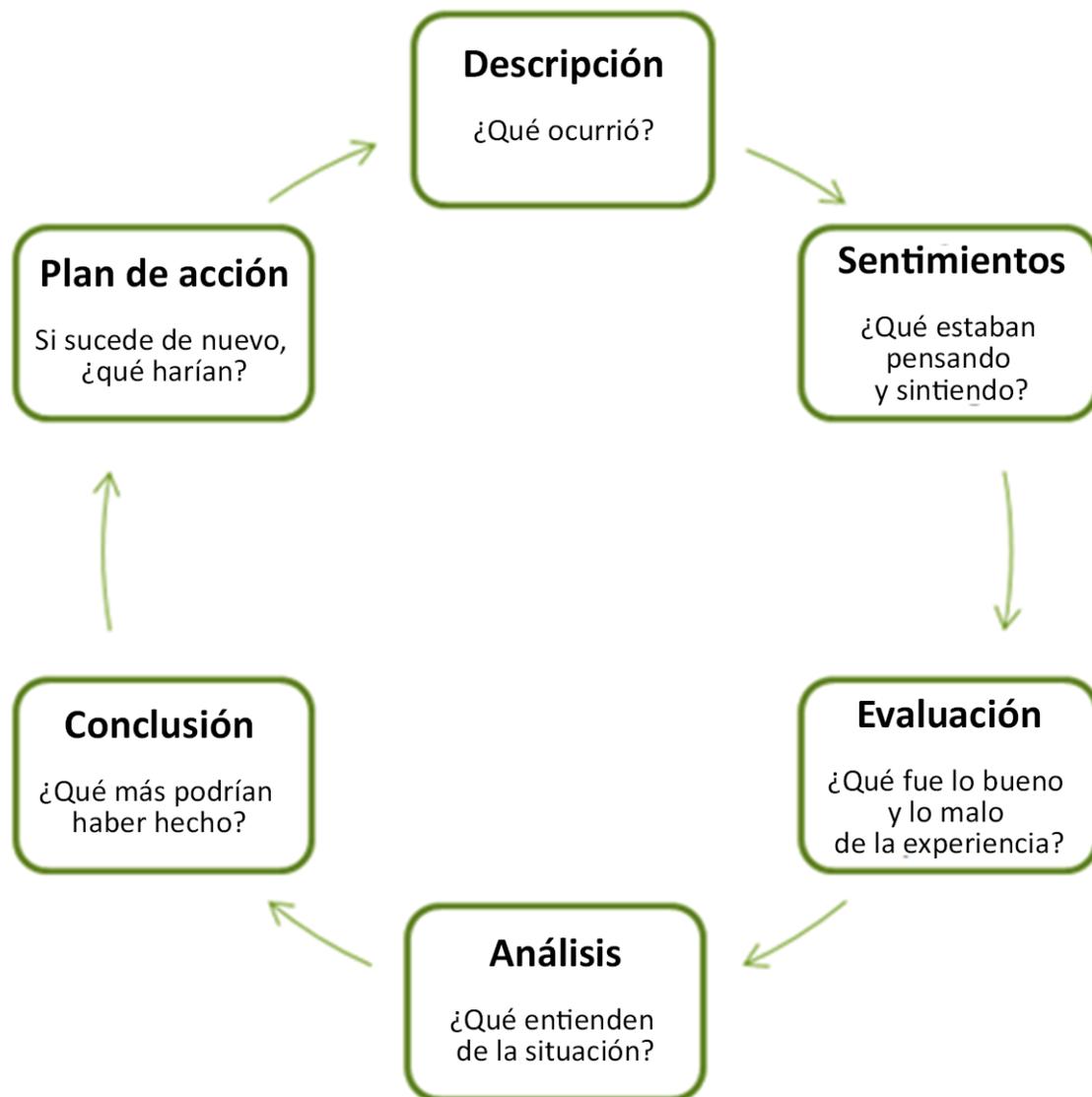
A: acción tomada

- ¿Qué pasó durante el contacto?

P: plan para la próxima reunión o acciones o servicios futuros

- Al final del contacto, ¿cuál es el siguiente paso a seguir? ¿Quién hará qué? ¿El cliente está progresando con el plan de atención? ¿Qué debe suceder para garantizar el progreso con los objetivos del plan de atención?

Ciclo reflexivo de Gibbs



Fuente: Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Further Educational Unit, Oxford Polytechnic, Oxford.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades de documentación para las promotoras de salud



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Crear documentación utilizando el formato de nota SOAP.
- Identificar el propósito y los elementos comunes de buenas notas de caso.
- Identificar los desafíos asociados con elaboración efectiva de notas de caso.
- Identificar las prácticas recomendadas y lo que ustedes como promotoras de salud (CHW) aportan al proceso.
- Practicar la redacción de una nota de progreso en función de un estudio de caso.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint y los folletos. Esta sección está dividida en dos partes:
 - Aprender a escribir notas de casos efectivas, lo que incluye el enfoque de notas SOAP para la documentación.
 - Criticar notas de casos y practicar la redacción de una nota SOAP.
2. Muestre los objetivos e introduzca el tema (diapositiva 2).
3. Muestre las diapositivas sobre por qué la documentación es importante, los desafíos de documentar el trabajo, las habilidades de observación, lo que las CHW aportan al proceso y los puntos importantes sobre las notas de caso. Promueva el análisis como se indica en las notas de la diapositiva (diapositivas 3 a 12).
4. Cómo escribir notas de caso efectivas y con formato de nota SOAP
 - Explique que un método útil para documentar el trabajo es el formato de nota SOAP.
 - Distribuya los folletos sobre las notas SOAP. Pídale a una voluntaria que lea lo que significa cada letra y los ejemplos.
 - Muestre las diapositivas sobre el contenido que debe incluirse en las notas y facilite el análisis (diapositivas 13 a 18).
 - Consulte la sección "Qué se debe hacer y qué no se debe hacer" en el folleto Definiciones y ejemplos de notas SOAP.
 - Muestre las diapositivas sobre otras consideraciones al escribir notas de casos, gestión de tiempo y gráficos de objetivos (diapositivas 19 a 24).

(continuación)



Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, manejo de casos y sistemas; proporcionar servicio directo; implementar evaluaciones individuales y comunitarias.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, coordinación de servicios y habilidades de navegación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de evaluación individual y comunitaria



Métodos de enseñanza

Clases, análisis grupal

Nota del facilitador: Las CHW y los supervisores deben asistir a esta sesión. Las participantes podrían capacitarse juntas o por separado.

Esta sesión también se puede realizar de forma virtual como un seminario web. Se puede adaptar fácilmente si tiene una plataforma como Zoom o Skype y las participantes tienen acceso a una computadora. Si realiza un seminario web, tómese 10 minutos para probar la tecnología y ayudar a las participantes a conectarse.



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Documentación, notas SOAP, notas de casos



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores

Folletos

- Notas SOAP
- Definiciones y ejemplos de SOAP
- Ejemplo de una mejor nota de caso
- Nota SOAP en blanco

Habilidades de documentación para las promotoras de salud



INSTRUCCIONES *(continuación)*

5. Práctica de redacción de notas de casos
 - Explique que ahora van a practicar la revisión y la redacción de notas de casos.
 - Muestre los ejemplos de una nota de caso deficiente y analicen cómo podría mejorarse (diapositivas 26 y 27).
 - Muestre el ejemplo de una mejor nota de caso (diapositiva 28).
 - Facilite la actividad para la visita de Sheila (diapositiva 29). Las participantes se pueden agrupar en parejas. Distribuya las notas SOAP en blanco. Deles a las participantes 15 minutos para completar la actividad.
 - Reúna al grupo para analizar sus notas SOAP y los planes de atención para Sheila.
6. Cierre la actividad. Resuma el contenido de la documentación (diapositiva 30) y pídale a las participantes que piensen cómo escriben actualmente las notas (diapositiva 31). Pregunte: "¿Qué toman en cuenta de la sesión de hoy para aplicar en su trabajo?" Asegúrese de solicitar respuestas tanto de los supervisores como de las CHW si están juntas en la sesión.

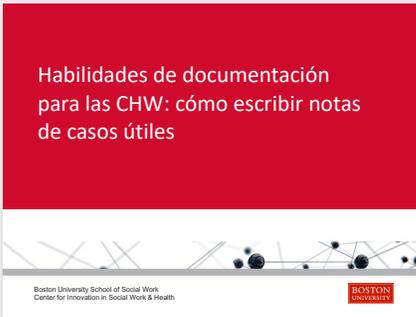


Recursos

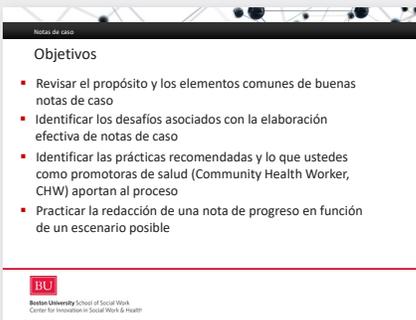
Consejos de la Asociación Nacional de Desarrollo Profesional para escribir notas de casos disponibles en https://www.ncda.org/aws/NCDA/pt/sd/news_article/5443/_PARENT/CC_layout_details/false

Artículo *Learning to Write Case Notes* disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00193.x>

Se pueden encontrar formularios de muestra adicionales para documentar el trabajo en los recursos de *Building Blocks to Peer Program Success* en la Sección 7 en <https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>



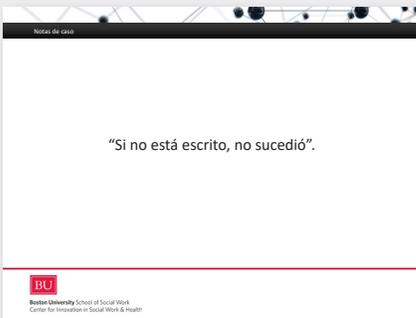
■ DIAPOSITIVA 1



■ DIAPOSITIVA 2

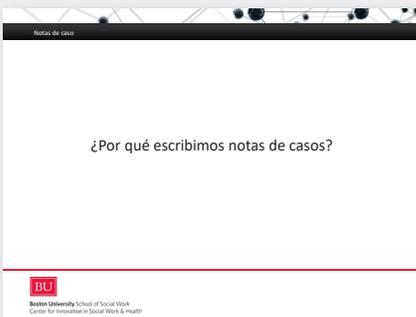
Revise la diapositiva.

Explique lo siguiente: en esta sesión aprenderemos a documentar nuestro trabajo con los clientes con el enfoque de notas SOAP, para que podamos compartir actualizaciones con el equipo de atención. Diferentes organizaciones utilizan diferentes sistemas de bases de datos y otras formas de tecnología de información de salud para registrar la información de los participantes. Para los propósitos de hoy, nos centraremos en cómo documentar adecuadamente nuestro trabajo como CHW, sabiendo que cada agencia puede usar tecnología diferente para registrar la información.



■ DIAPOSITIVA 3

Pregunte: "¿Han escuchado esta frase de los supervisores u otras personas? ¿Cuál es su reacción a esta declaración?" Realicen un análisis breve.



■ DIAPOSITIVA 4

Pregunte: "¿Por qué escribimos notas de casos?" Escriba las respuestas en una hoja de rotafolio.

Habilidades de documentación para las promotoras de salud

DIAPOSITIVA 5

Después de la lluvia de ideas, agradezca a todas por compartir sus opiniones.

Las siguientes diapositivas resumen algunas de las razones comunes para la documentación. Muestre las siguientes diapositivas rápidamente; el facilitador puede pedir voluntarios para leerlas si lo desea.

DIAPOSITIVA 6

Revise la diapositiva.

DIAPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.

DIAPOSITIVA 8

Revise la diapositiva.

Notas de caso

Propósito de las notas de caso

La nota del caso del paciente:

- Es una base para planificar la atención al paciente.
- Sirve para documentar la comunicación entre el médico y cualquier otro profesional de la salud que contribuya a la atención del paciente.
- Ayuda a proteger el interés legal del paciente y de los médicos responsables de la atención del paciente.
- Sirve para documentar la atención y los servicios prestados al paciente.
- Proporciona documentación adecuada para la facturación y el reembolso correcto.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Documentamos para los miembros de nuestro equipo:

- Parte de los deberes laborales
- Regidos por los requisitos de documentación de la agencia
- Con el fin de mantener a los miembros del equipo en sintonía, en especial si ustedes no están disponibles para proporcionar una actualización en persona

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Para los clientes, es parte de nuestro servicio para ellos

- Proporcionar un registro histórico del progreso y los planes de acción del cliente
- Honar la relación que tenemos con ellos, las vidas que están compartiendo con nosotras
- Reflejar el respeto por los clientes y los problemas que están enfrentando

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Para los financiadores

- Las notas de caso documentan que estamos haciendo lo que se nos paga por hacer.
- ¿Los programas funcionan como se espera?
- ¿Los programas son rentables?
- ¿Cómo contribuyen las CHW al éxito del programa y del cliente?



 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades de documentación para las promotoras de salud

DIAPPOSITIVA 9

Lluvia de ideas con las participantes para identificar desafíos. Escriba las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 10

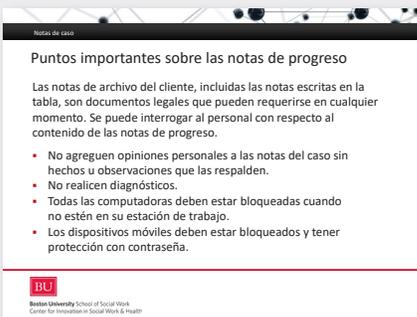
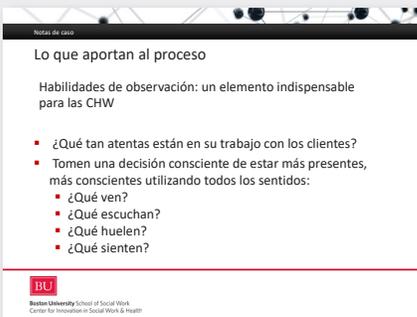
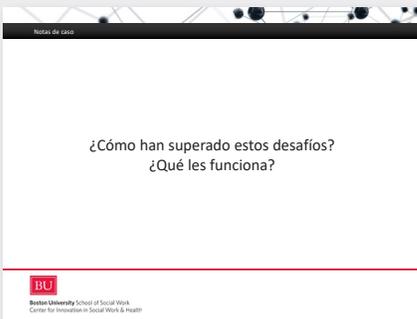
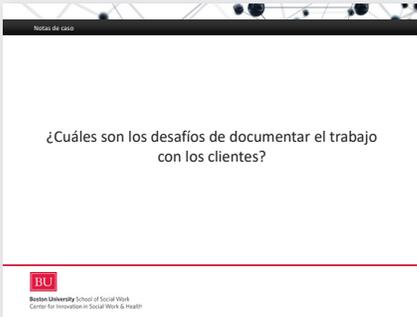
Invite a las participantes a compartir sus experiencias y mejores prácticas. Escriba las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 11

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 12

Lea la diapositiva.



Habilidades de documentación para las promotoras de salud

DIAPPOSITIVA 13

A continuación, vamos a repasar cómo escribir notas de casos efectivas.

DIAPPOSITIVA 14

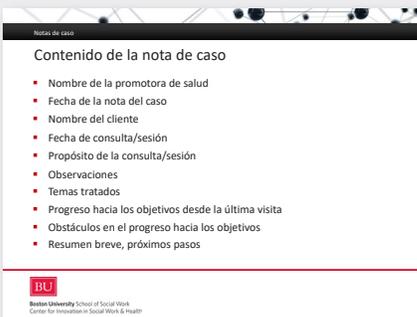
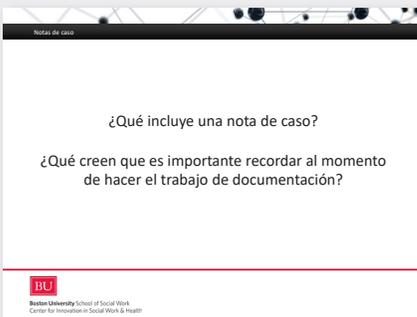
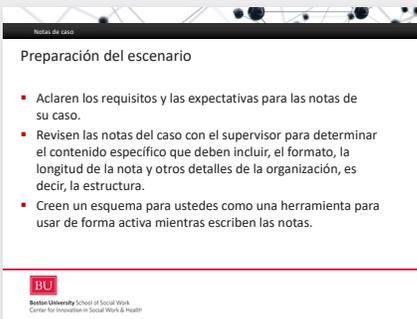
Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 15

Invite a las participantes a compartir ideas breves. Escriba las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 16

Esta diapositiva presenta los elementos básicos de una buena nota de caso. . . .
Pídale a una participante que lea la diapositiva.



Habilidades de documentación para las promotoras de salud

Notas de caso

Notas SOAP: S = Subjetiva O = Objetiva
A = Análisis P = Plan

- **Información subjetiva:** lo que el cliente (u otra persona importante) nos dice sobre su situación.
 - Ejemplo: el cliente informa una gran preocupación por la pérdida de la vivienda; el propietario está perdiendo la propiedad. El cliente informa que no duerme bien, no tiene apetito y no sabe lo que va a hacer.
- **Objetiva:** lo que observan o encuentran durante la visita de CHW.
 - Ejemplo: el cliente está visiblemente molesto (llora, habla de forma frenética, da vueltas en la habitación, cambia de posición en el asiento a menudo)

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

- **Análisis:** su opinión o interpretación de la situación del cliente según lo informado y en función de lo que observan.
 - Ejemplo: el cliente está alterado por la posible pérdida de vivienda y los efectos su salud.
- **Plan:** ¿Qué quieren hacer el cliente y la CHW para resolver el problema o la situación? ¿Cómo se logrará? ¿Quién hará qué?
 - Ejemplo: brinden apoyo emocional sobre el miedo a perder la vivienda. Descarten otras causas de desalojo y agitación. La CHW preparará una referencia con un defensor de vivienda para minimizar la interrupción y brindar esperanza para una opción de vivienda nueva. El cliente reunirá los comprobantes de ingresos y otros documentos para prepararse para la reunión de vivienda. La CHW actualizará el plan de atención con una meta nueva de vivienda.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Consideraciones sobre la nota del caso

- **Colaboración:** van a escribir las notas del caso en el momento para que el miembro del equipo de atención pueda revisarlas o después? Consideren verificar con el supervisor u otro miembro del equipo de atención lo que escuchan antes de escribirlo.
- **Puntualidad:** tan pronto como sea posible después del encuentro, describan las fortalezas y los desafíos que escucharon.
- **Registros de los participantes:** todo lo que escriban se convierte en un registro del cliente; no escriban nada que no puedan decir verbalmente. Recuerden que el cliente es el propietario de su registro y que otros que tienen acceso a las notas del caso reaccionarán en función de lo escrito.
- **Libre de prejuicios:** intenten no interpretar su comportamiento ni ser críticos.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Consideraciones sobre la nota del caso (cont.)

- **Confidencialidad:** recuerden no identificar a otros por su nombre en el registro de un participante; describanlos por relación. Cumplan con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y mantengan otra información de identificación personal segura, en especial cuando estén en tránsito.
- **Evaluación de riesgos:** una función de la documentación es anotar los riesgos y las respuestas a ellos para la protección del cliente, ustedes mismas y la protección legal de la organización.
- **Seguimiento de sesiones y citas:** la documentación sirve para realizar el seguimiento del progreso de un cliente y mantener la continuidad de una reunión a otra al ayudarnos a recordar y revisar lo que ya sucedió.
- **Notas rectificativas:** usen métodos apropiados para enmendar las notas con correcciones y firmas.
- **Organización:** mantengan los archivos de casos organizados y escriban de manera legible.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 17

Distribuya y consulte el folleto de notas SOAP.

Haga hincapié en que la sección subjetiva debe incluir lo que el cliente nos dice.

Los datos objetivos incluyen lo que podemos observar que se puede medir y describir: ¿qué vimos, contamos, escuchamos, oímos o medimos?

DIAPPOSITIVA 18

La sección de análisis debe incluir lo que sucede o lo que se necesita con el cliente.

El plan es el plan de acción conjunto para la CHW y el cliente.

DIAPPOSITIVA 19

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 20

Revise la diapositiva.

Habilidades de documentación para las promotoras de salud

DIPOSITIVA 21

Revise la diapositiva.

DIPOSITIVA 22

Revise la diapositiva.

DIPOSITIVA 23

Revise la diapositiva.

DIPOSITIVA 24

Revise la diapositiva.

Notas de caso

Preparación para escribir la nota del caso

- Vuelvan a leer la nota anterior (si es posible).
- Consulten las pautas de gráficos de la agencia.
- Identifiquen hechos clave (observaciones, información).
- Identifiquen temas clave (el propósito de la sesión, los objetivos, el progreso, las barreras para el progreso).
- Escriban las notas del caso lo antes posible después de haber visto a o hablado con un cliente.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Con la plantilla de la agencia... comiencen a escribir

- Escriban oraciones breves.
- Escriban párrafos cortos.
- Elijan palabras simples.
- Usen un estilo profesional:
 - No usen contracciones (q', p').
 - No hablen demasiado, usen un tono más serio.
 - Sean concisas y vayan al grano.
- Los clientes tienen derecho a acceder a sus registros, por lo que siempre deben escribirse con la mayor precisión y claridad posible.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Gestión del tiempo

- Programen el tiempo para las notas de casos en el calendario semanal (agenda, teléfono o computadora).
- Si es posible, elijan el mejor momento para ustedes.
- Bloqueen suficiente tiempo en el calendario durante la semana para completar la cantidad de notas que deben escribir.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas de caso

Fijación de los objetivos de gráficos

- ¿Cuántas notas de caso deben escribir (para ponerse al día, para mantenerse actualizadas cada semana)?
- ¿Cuántas notas pueden escribir en una hora?
- ¿Cuántas horas necesitan para completar las notas cada semana?
- ¿Cuánto tiempo se dedican a escribir notas de una sentada siendo realistas? (¿una hora a la vez, más?)
- Límites, límites, límites

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Habilidades de documentación para las promotoras de salud



DIAPPOSITIVA 25

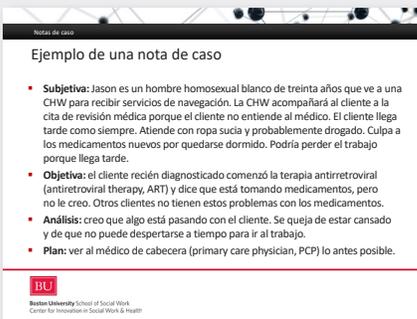
Ahora vamos a criticar ejemplos de notas del gráfico para identificar las debilidades y las formas de mejorar la nota.



DIAPPOSITIVA 26

Pídale a una participante que lea la diapositiva.

Luego pregunte: “¿Creen que estas notas de caso son útiles? Si no lo son, ¿por qué no? ¿Cómo las mejorarían?”



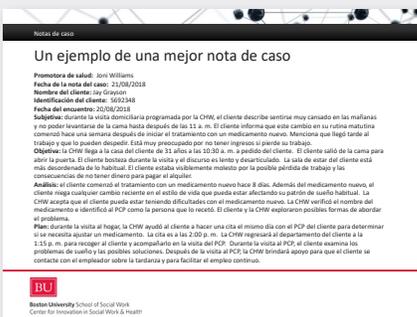
DIAPPOSITIVA 27

Pídale a una participante que lea esta nota SOAP.

Pregunte: “¿Por qué es una nota de caso deficiente?”

Respuestas posibles:

- No hay registro de quién escribió la nota, la fecha, la hora, el lugar.
- La nota es prejuiciosa: el cliente llega tarde, COMO siempre. El cliente está drogado.
- La nota no es objetiva: “No le creo... Otros clientes no tienen estos problemas”.
- Evaluación de riesgos: Demasiado subjetiva: “Creo que algo está pasando con el cliente”.
- Estilo de escritura informal o no profesional.



DIAPPOSITIVA 28

Revise la diapositiva.

Habilidades de documentación para las promotoras de salud

DIAPPOSITIVA 29

Ahora escribiremos nuestra propia nota de caso y plan de atención. Aquí están sus anotaciones sobre el trabajo que hizo hoy con Sheila. ¿Cómo convertiría esto en una nota gráfica?

Divida a las participantes en parejas y reparta la nota SOAP en blanco. Haga que las participantes escriban una nota SOAP para su visita. Permita que las participantes se tomen 15 minutos para completar la actividad.

Reúna al grupo para compartir las notas.

DIAPPOSITIVA 30

A medida que las participantes analizan las notas SOAP, haga referencia al contenido que debe aparecer en la nota del caso.

DIAPPOSITIVA 31

Anime a las participantes a agregar sus pensamientos sobre cómo podrían mejorar las notas de caso que escriben.

DIAPPOSITIVA 32

Pregunte: “¿Qué toman en cuenta de la sesión de hoy para aplicar en su trabajo?” Asegúrese de solicitar respuestas tanto de los supervisores como de las CHW si están juntas en la sesión.

Nota de caso

Escriban una nota de caso: la visita de Sheila

En una reunión, el Asistente de seguros les informa que el seguro de Sheila está a punto de vencer. Sheila viene hoy para hablar sobre recursos alimenticios y para obtener ayuda con su solicitud de cupones para alimentos. Llega 15 minutos tarde y luce un bonito vestido de verano de línea A con flores amarillas y un cárdigan verde. Su cabello está bien peinado. Se disculpa por llegar tarde y explica que tuvo una entrevista de trabajo. Ustedes hablan con ella y les informa que está teniendo problemas financieros, pero que tiene una buena actitud al respecto. La ayudan con la solicitud de cupones de alimentos y la llaman para programar una cita con Anita Clark en Recursos Humanos el 10/08/2018 a las 8:00 a. m. y Brad el Asistente de seguros más tarde ese mismo día a las 3:00 p. m. Le dan una lista de recursos con ubicaciones y horarios de bancos de alimentos y le recuerdan su próxima cita de laboratorio el 01/09/2018 a las 9:00 a. m.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Nota de caso

Contenido de la nota de caso de muestra

- Nombre de la promotora de salud
- Fecha de la nota del caso
- Nombre del cliente
- Fecha de consulta/sesión
- Propósito de la consulta/sesión
- Observaciones
- Temas tratados
- Progreso hacia los objetivos desde la última visita
- Obstáculos en el progreso hacia los objetivos
- Resumen breve, próximos pasos

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Nota de caso

Para concluir...

- Consideren las notas de caso que están escribiendo en la actualidad. ¿Serían útiles para otro asistente social si dejara la organización? ¿Dan una imagen precisa de la historia y la situación actual del cliente?
- ¿Pueden pensar de qué manera podrían escribir mejores notas de caso que las que están escribiendo en este momento? Estas son algunas cuestiones a considerar:
 - ¿Utilizan siempre un lenguaje sin prejuicios (es decir, neutro)?
 - ¿Evitan hacer suposiciones sobre el cliente y siempre respetan los hechos?
 - ¿Siempre indican con claridad cuando un comentario es su observación?
 - ¿Dejan en claro cuando están registrando las palabras del cliente (con comillas o escribiendo "el cliente dijo que...")?
- ¿Existen pautas en su manual de políticas y procedimientos con respecto a incidentes críticos? ¿Cómo se archivan estos informes en su organización? ¿Se guardan en un lugar seguro?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Nota de caso

¿Qué toman en cuenta de la sesión de hoy para usar en su trabajo?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Notas SOAP

S = Subjetiva, O = Objetiva, A = Análisis, P = Plan

Información subjetiva: lo que el cliente (u otra persona importante) nos dice sobre su situación. **Ejemplo:** el cliente informa una gran preocupación por la pérdida de la vivienda; el propietario está perdiendo la propiedad. El cliente informa que no duerme bien, no tiene apetito y no sabe lo que va a hacer.

Objetiva: lo que observan o encuentran durante la visita de administración de casos médicos. **Ejemplo:** el cliente está visiblemente molesto (llora, habla de forma frenética, da vueltas en la habitación, cambia de posición en el asiento a menudo).

Análisis: la opinión o interpretación de la promotora de salud (CHW) sobre la situación del cliente según lo informado y lo que observa. Las conclusiones a las que se llega a partir de la evaluación son más que una reformulación del problema, ya que permiten determinar si la situación puede resolverse o no.

Ejemplo: el cliente está alterado por la posible pérdida de la vivienda y sus efectos en su salud.

Plan: ¿Qué quieren hacer el cliente y el administrador de casos para resolver el problema o la situación? ¿Cómo se logrará? ¿Quién se encargará de qué parte del servicio? Esto a menudo se puede incorporar al plan de atención.

Ejemplo: brindar apoyo emocional sobre el miedo a perder la vivienda. Descartar otras causas de desalojo y agitación. La CHW preparará una referencia con un defensor de vivienda para minimizar la interrupción y brindar esperanza para una opción de vivienda nueva. El cliente reunirá los comprobantes de ingresos y otros documentos para prepararse para la reunión de vivienda. La CHW actualizará el plan de atención con una meta nueva de vivienda.

Definiciones y ejemplos de SOAP

Sección	Definiciones	Ejemplos
Subjetiva (S)	<ul style="list-style-type: none"> Lo que el miembro de la comunidad les dice Lo que otras personas pertinentes les dicen sobre el miembro de la comunidad Básicamente, cómo el miembro de la comunidad experimenta el mundo 	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos, preocupaciones, planes, metas y pensamientos del miembro de la comunidad Gravedad de los problemas y efecto en las relaciones Comentarios pertinentes de la familia, los administradores o del caso, los terapeutas conductuales, los profesionales médicos, etc. Orientación del miembro de la comunidad en tiempo, lugar y persona Cambios verbalizados del miembro de la comunidad para ayudar
Objetiva (O)	<ul style="list-style-type: none"> Realidad factual Lo que la CHW observa o ve personalmente Cuantificable: lo que se vio, contó, olió, escuchó o midió Materiales escritos externos recibidos 	<ul style="list-style-type: none"> Apariencia, sentimiento, comportamiento general del miembro de la comunidad Naturaleza de la relación de ayuda Fortalezas y debilidades demostradas del miembro de la comunidad Los resultados de pruebas, los materiales de otras agencias y demás se deben tener en cuenta y deben estar anexados
Análisis (A)	<ul style="list-style-type: none"> Resume la opinión de las CHW Una síntesis y un análisis de la parte subjetiva y objetiva de las notas 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo describirían el comportamiento del miembro de la comunidad y las razones (si las hubiera) para este comportamiento?
Plan (P)	<ul style="list-style-type: none"> Describe los parámetros de la intervención. Consiste en un plan de acción y un pronóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de acción: incluye las intervenciones utilizadas, el progreso hacia las metas y la dirección. Las CHW deben incluir la fecha de la próxima cita. Pronóstico: incluye los beneficios anticipados de las intervenciones.



Pautas para la toma de notas subjetiva, objetiva, de análisis, de plan (SOAP)

Lo que se debe hacer

- Sean breves y concisas.
- Mantengan las aseveraciones al mínimo.
- Usen voz activa.
- Usen términos precisos y descriptivos.
- Registren la información de inmediato después de cada sesión.
- Comiencen cada entrada nueva con la fecha y la hora de la sesión.
- Escriban de forma legible y ordenada.
- Usen la ortografía, la gramática y la puntuación adecuada.
- Documenten todos los contactos o intentos de contacto.
- Usen solo tinta negra si las notas están escritas a mano.
- Cierren la nota con la firma legal y el título.

Lo que se debe evitar

- Eviten usar nombres de otros clientes, miembros de la familia u otros mencionados por el miembro de la comunidad.
- Eviten términos como “parece, da la impresión”, etc.
- Eviten el lenguaje cargado de valores, etiquetas comunes, opiniones.
- No usen terminología a menos que estén capacitadas para hacerlo.
- No borren, anulen, usen líquido corrector ni intenten ocultar errores de ninguna manera.
- No dejen espacios en blanco entre las entradas.
- No intenten escribir comentarios adicionales entre líneas ni en los márgenes.

Ejemplo de una mejor nota de caso

Promotora de salud: Joni Williams

Fecha de la nota de caso: 21/08/2018

Nombre del cliente: Jay Grayson

ID del cliente: 5692348

Fecha del encuentro: 20/08/2018

Subjetiva: durante la visita domiciliar programada por la CHW, el cliente dice que se siente muy cansado por las mañanas y que no puede levantarse de la cama antes de las 11 a. m. Informa que este cambio en su rutina matutina comenzó hace una semana cuando empezó a tomar una medicación nueva. Menciona que llegó tarde al trabajo y que lo pueden despedir. Está muy preocupado por no tener ingresos si pierde su trabajo.

Objetiva: la CHW llega a la casa del cliente de 31 años a las 10:30 a. m. a pedido del cliente. El cliente salió de la cama para abrir la puerta. Bosteza durante la visita y el discurso es lento y desarticulado. La sala de estar está más desordenada de lo habitual. El cliente estaba visiblemente molesto por la posible pérdida de trabajo y las consecuencias de no tener dinero para pagar el alquiler.

Análisis: el cliente comenzó el tratamiento con un medicamento nuevo hace 8 días. Además del medicamento nuevo, el cliente niega cualquier cambio reciente en el estilo de vida que pueda estar afectando su patrón de sueño habitual. La CHW acepta que el cliente puede estar teniendo dificultades con la medicación nueva. La CHW verificó el nombre del medicamento e identificó al PCP como la persona que lo recetó. El cliente y la CHW exploraron las formas posibles de abordar el problema.

Plan: durante la visita al hogar, la CHW ayudó al cliente a hacer una cita el mismo día con el PCP del cliente para determinar si es necesario ajustar la dosis de un medicamento. La cita es a las 2:00 p. m. La CHW regresará al departamento del cliente a la 1:15 p. m para recogerlo y acompañarlo en la visita al PCP. Durante la visita al PCP, el cliente examina los problemas de sueño y las posibles soluciones. Después de la visita al PCP, la CHW brindará apoyo para que el cliente se contacte con el empleador sobre la tardanza y para facilitar el empleo continuo.

Nota SOAP en blanco

Subjetiva (S)	
Objetiva (O)	
Análisis (A)	
Plan (P)	

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

El trabajo social y la seguridad personal



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender los principios del trabajo social y las mejores prácticas para trabajar con los clientes.
- Proteger la seguridad personal cuando realicen trabajos de campo y trabajen en una agencia.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas y las notas de PowerPoint. Con papel de construcción, recorte dos formas, como un círculo y una estrella. Una forma es para lo que las participantes deben hacer para proteger su seguridad y la otra es para lo que las participantes no deben hacer. Coloque dos hojas de rotafolio con las palabras "Lo que deben hacer" y "Lo que no deben hacer".
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos de la sesión.
3. Muestre las diapositivas sobre seguridad y trabajo social (diapositivas 1 a 10).
4. Actividad de reflexión entre pares (diapositiva 11)
 - Dígales a las participantes: "Vamos a utilizar la técnica de reflexión entre pares para aumentar nuestro conocimiento sobre las tácticas de seguridad".
 - Indique a las participantes que formen parejas y entregue las formas de papel, los marcadores y la cinta adhesiva. Cada pareja recibirá dos formas. Pídale a las participantes que escriban en las formas lo que las CHW deben y no deben hacer para proteger su seguridad al hacer trabajo de campo según la comunidad y la cultura.
 - Pídale a las participantes que peguen las formas en las hojas de rotafolio correspondientes (Lo que deben hacer/Lo que no deben hacer)
 - Lea las respuestas en voz alta.
 - Pregunte: "¿Alguna de las formas debe moverse al otro lado? ¿Por qué? ¿Tienen alguna pregunta o algún comentario adicional?"
5. Cierre la actividad. Comparta los folletos "Consejos para el trabajo social y la seguridad personal", "Seguridad en el entorno de trabajo social" y "Pasos para desarrollar un plan de trabajo social". Estos son recursos para compartir con su agencia, en especial si la agencia está desarrollando una política de trabajo social. Ya sea que estén brindando servicios dentro de la agencia o en el campo, la seguridad siempre debe considerarse primero. Tengan un plan de seguridad para emergencias y situaciones peligrosas. Informen a su supervisor dónde se encuentran en todo momento (lugar y hora de la cita) y trabajen con un compañero en cada oportunidad.



Roles C3 relacionados

Realizar actividades de trabajo social.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades y conducta profesional, habilidades de trabajo social



Métodos de enseñanza

Reflexionar, trabajar en parejas y compartir



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Seguridad personal, trabajo social, mejores prácticas



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio (dividido en dos mitades)
- Marcadores
- Formas hechas de papel de construcción de colores
- Cinta para pegar las formas

Folletos

- Seguridad en el entorno de trabajo social: visitas a la comunidad y al hogar, ejemplo de política de trabajo
- Consejos para el trabajo social y la seguridad personal
- Pasos para desarrollar un plan de trabajo social

El trabajo social y la seguridad personal

El trabajo social y la seguridad personal

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

BOSTON
UNIVERSITY

El trabajo social y la seguridad personal

Objetivos

- Comprender los principios del trabajo social y las mejores prácticas para trabajar con los clientes.
- Proteger la seguridad personal cuando realicen trabajos de campo y trabajen en una agencia.

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

El trabajo social y la seguridad personal

Los principios del trabajo social

- Conocer dónde están las personas a nivel geográfico, emocional y físico.
- Ayudar a satisfacer las necesidades básicas.
- Ser respetuoso y tratar a todos con dignidad.
- Reconocer que la relación es fundamental para el trabajo social y el compromiso.
- Crear un espacio seguro, abierto y amigable, independientemente del entorno.

Olivet, J., Bassuk, E., Elstad, E., Kenney, R., & Jassil, L. (2010). "Outreach and engagement in homeless services: A review of the literature". *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(1).

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 1

Asegurarse de tener un entorno de trabajo seguro, independientemente del entorno, es fundamental. El trabajo de campo a veces se realiza en áreas que pueden ser inseguras; por lo tanto, necesitamos formas de proteger nuestra seguridad personal cuando hacemos visitas al hogar o realizamos trabajo social individual en la comunidad.

Asegúrense de haber establecido límites personales antes de realizar actividades de trabajo social.

Pueden anticipar situaciones peligrosas que pueden surgir al hacer trabajo de campo y formas de manejarlas con anticipación. En esta sesión veremos algunas de las mejores prácticas de trabajo social y seguridad personal.

Antes de realizar visitas al hogar o realizar un trabajo de campo, consulten con su supervisor sobre cualquier política de la agencia.

Pregunte: "¿Cuántas conocen la política de su agencia sobre la realización del trabajo de campo?"

Tengan en cuenta que esta sesión está diseñada para complementar esa política y proporcionar consejos adicionales para estar seguros al realizar el trabajo de campo.

DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.

Tengan en cuenta que esta sesión está diseñada para complementar las políticas de la agencia y proporcionar consejos adicionales para estar seguros al realizar el trabajo de campo.

DIAPPOSITIVA 3

Revise la diapositiva.

El trabajo social y la seguridad personal

El trabajo social y la seguridad personal

Prácticas recomendadas en el trabajo social

- Realizar una evaluación detallada de las áreas donde viven los clientes.
- Visitar los barrios en diferentes momentos.
- Realizar trabajo social en pares.
- Tener a mano la identificación de la agencia.
- Tener un celular.
- Ser uno mismo.
- Escuchar.
- Responder, no reaccionar.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 4

Asegurarse de tener un entorno de trabajo seguro, independientemente del entorno, es fundamental. El trabajo de campo a veces se realiza en áreas que pueden ser inseguras; por lo tanto, necesitamos formas de proteger nuestra seguridad personal cuando hacemos visitas al hogar o realizamos trabajo social individual en la comunidad.

Asegúrense de haber establecido límites personales antes de realizar actividades de trabajo social.

Pueden anticipar situaciones peligrosas que pueden surgir al hacer trabajo de campo y formas de manejarlas con anticipación. En esta sesión veremos algunas de las mejores prácticas de trabajo social y seguridad personal.

Antes de realizar visitas al hogar o realizar un trabajo de campo, consulten con su supervisor sobre cualquier política de la agencia.

Pregunte: "¿Cuántas conocen la política de su agencia sobre la realización del trabajo de campo?"

Muestre los puntos en la diapositiva.

El trabajo social y la seguridad personal

Acercarse, participar, construir relaciones

Acercarse

- Siempre tengan su identificación de la agencia disponible.
- Identifíquense y expliquen su asociación de forma breve.

Guión: "Hola, mi nombre es ____ y soy una promotora de salud de _____. ¿Podría darle alguna información sobre nuestro programa?"

Guión: "Hola, mi nombre es ____ y ella es mi compañera de trabajo _____. Trabajamos para ____ y queremos informarle sobre nuestros servicios".

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Revise la diapositiva.

Pregúnteles a las participantes si tienen algún ejemplo que les gustaría compartir sobre cómo se acercan a un cliente.

El trabajo social y la seguridad personal

Acercarse, participar, construir relaciones

Participar

- Es posible que suceda la primera vez o después de varios intentos.
- Dejen su tarjeta de visita.
- Recuerden los nombres de las personas que conocen.
- Ofrezcan los servicios que puedan necesitar para llegar a la agencia.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 6

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

El trabajo social y la seguridad personal

Acercarse, participar, construir relaciones

Construir relaciones

- Ofrezcan sus servicios.
- Empatice con las luchas de los clientes.
- Construyan una alianza con el cliente.
- Estén allí o llamen cuando digan que lo harán.
- Escuchen a los clientes.
- Sean respetuosas.
- Realicen seguimientos.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

El trabajo social y la seguridad personal

Planifiquen y estén atentos

- ¿Cuál es la política de seguridad de la agencia?
- Realicen una evaluación de seguridad.
- Presten atención a las señales de peligro.
- No sean complacientes.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

El trabajo social y la seguridad personal

Manejen la situación

- Conozcan al cliente.
- Conózcanse a ustedes mismas.
- Conozcan su entorno.

Entorno
Ustedes mismas
Cliente

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.

DIAPPOSITIVA 8

El primer paso para abordar la seguridad personal es planificar y ser conscientes. Planificar y ser conscientes es su mejor defensa contra la violencia en el trabajo.

Por ejemplo, los empleados de servicios humanos con las tasas más altas de victimización en el lugar de trabajo incluyen aquellos con muy poca experiencia y aquellos con una amplia experiencia. Es posible que los empleados más nuevos no hayan adquirido la experiencia necesaria para evaluar la violencia entre los clientes y puedan estar tratando de recordar todos los aspectos de su trabajo y sus requisitos, por lo que se olvidan de prestar atención incluso a los signos más obvios de agresión del cliente. Y cuando ocurre esa agresión, no tienen idea de cómo responder.

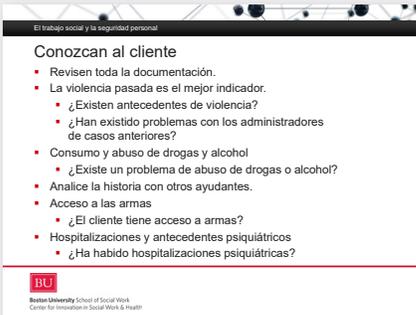
En el extremo opuesto del espectro, los empleados con mayor tiempo en el trabajo pueden comenzar a sentirse confiados e ignorar los posibles peligros a su alrededor. Muchos nunca han sido víctimas de violencia relacionada con el trabajo y, por lo tanto, no lo ven como una amenaza en el futuro.

Planear y ser consciente son habilidades separadas que funcionan juntas para prepararlas para mantenerse a salvo en caso de violencia. Estas habilidades deben aplicarse a la forma en que organizan su oficina, al completar una evaluación de seguridad, al prestar atención a las señales de peligro y al evitar la complacencia. Exploraremos estas áreas a medida que avancemos en esta sesión.

DIAPPOSITIVA 9

Existen tres cuestiones que deben manejarse antes, durante y después de un episodio de agresión. Primero está el cliente; segundo, ustedes mismas; y tercero, el entorno.

Cada área puede incluir no solo la razón de la agresión del cliente, sino también aquello que exacerba el comportamiento violento. Por lo tanto, el manejo eficaz de estas tres áreas ayudará a prevenir y disminuir la violencia. Examinaremos más de cerca cómo manejar cada una de estas áreas en el siguiente conjunto de diapositivas.



DIAPPOSITIVA 10

Una evaluación exhaustiva del potencial de comportamiento violento del cliente comienza con una revisión de cualquier documentación que tengan disponible. Dado que el mejor factor de predicción del comportamiento violento futuro son los antecedentes de comportamiento violento pasado, se debe revisar todo registro disponible para detectar incidentes de comportamiento violento pasado.

Dado que el consumo de drogas y alcohol puede provocar un comportamiento errático y a veces violento, es importante revisar los antecedentes de abuso de sustancias. Incluso el cliente más tímido puede volverse amenazante y violento mientras está intoxicado, por lo que es importante no suponer que, dado que la personalidad habitual de un cliente es tímida y retraída, siempre será así.

También es una buena idea consultar con otros colegas sobre la historia y la reputación del cliente. Preguntarles a sus colegas sobre sus experiencias con ese cliente puede brindar información muy necesaria y valiosa sobre idiosincrasias y comportamientos individuales.

Dado que los clientes suelen usar armas durante el comportamiento violento y la agresión, es importante evaluar el acceso de su cliente a ellas. Revise su registro para cualquier información que indique el acceso a y el uso pasado de armas del cliente. Es importante recordar que en los episodios violentos, casi todo puede usarse como un arma. Un bolígrafo, por ejemplo, en manos de un cliente tranquilo puede ser un excelente instrumento para escribir informes y firmar formularios, pero en manos de un cliente violento ese mismo bolígrafo puede convertirse en un arma. Por lo tanto, es importante no excluir elementos cotidianos en la evaluación del acceso a y el uso de armas.

Por último, es importante revisar el registro de un historial de crisis que precipiten una hospitalización médica o psiquiátrica. Aunque un historial de hospitalización psiquiátrica no indica en sí mismo si es probable que el cliente se vuelva violento en el futuro, la información sobre cómo respondió el cliente a la crisis proporcionará una idea valiosa de cómo ese cliente puede intentar hacer frente a crisis futuras. Y si el cliente tiene antecedentes de intentar hacer frente mediante un comportamiento violento, estarán más preparadas en el futuro para enfrentarse a ese comportamiento.

El trabajo social y la seguridad personal

Conozcan el entorno

- Eviten las visitas nocturnas, las visitas por la mañana son mejores.
- Siempre informen a los demás a dónde van y cuánto tiempo esperan estar allí.
- Conozcan la dirección exacta a dónde van.
- Examinen el área en busca de peligros antes, durante y después de una visita al hogar.
- Tengan un teléfono celular con ustedes, se debe acceder a los números de emergencia con facilidad.
- Vístanse para andar en la calle.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 11

Para la mayoría de los administradores de casos, las visitas a la comunidad y al hogar son una parte esencial del trabajo. En ocasiones, esto significa ir a un barrio que no es familiar o es peligroso. Por lo tanto, es importante que presten mucha atención y evalúen continuamente el entorno.

Asistir a las visitas al hogar temprano en la mañana puede aumentar la seguridad ya que la mayoría de los delitos se cometen por la noche. Es menos probable que los delincuentes estén despiertos y “trabajando” temprano en la mañana que tarde a la noche.

Nunca salgan de la oficina sin decirle a otro miembro del personal a dónde van. Informar a otros a dónde van y la dirección permitirá garantizar que los servicios de emergencia u otros miembros del personal puedan acudir en su ayuda.

Incluso si no parece haber un comportamiento agresivo inminente por parte del cliente, el entorno cambia constantemente. Pueden aparecer peligros de otras fuentes en cualquier momento. Observar el entorno durante toda la visita ayudará a garantizar que si algo cambia para peor, estarán listas.

Por último, lleven un teléfono celular y usen el GPS. Algunos recordaremos los días en que tuvimos que correr para encontrar un teléfono público y algunas monedas para hacer una llamada de emergencia. Por fortuna, esos días han terminado. Tener un teléfono celular encima en todo momento aumentará el tiempo de respuesta de los servicios de emergencia y ayudará a mantener una comunicación abierta con sus colegas.

El trabajo social y la seguridad personal

Actividad: proteger la seguridad personal

- Dividirse en pares.
- Cada pareja recibirá dos formas.
- En una forma, escriban algo que **deberían hacer** para proteger su seguridad personal cuando realizan actividades de trabajo social en la comunidad, incluidas las visitas al hogar.
- En la otra forma, escriban algo que **no deberían hacer** para proteger su seguridad personal cuando realizan actividades de trabajo social en la comunidad, incluidas las visitas al hogar.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 12

Revise la diapositiva.

Seguridad en el entorno de ayuda social: visitas a la comunidad y al hogar: ejemplo de política de trabajo

Propósito:

En el entorno de ayuda social, es evidente la necesidad de promover la seguridad de los trabajadores. Las pautas de seguridad son esenciales para la prestación eficaz de los servicios. Para crear un clima de seguridad, Boston Health Care for the Homeless Population (BHCHP) tiene como objetivo garantizar que los trabajadores sociales estén bien informados sobre los riesgos de peligro y que ejerzan constantemente prácticas seguras para minimizar esos riesgos.

Los informes de violencia contra los empleados del servicio social durante la última década son notables¹. En febrero de 2013 en Massachusetts, se promulgó una ley para promover la salud pública a través de la seguridad en el lugar de trabajo para los trabajadores sociales, H3864, en respuesta a las recomendaciones del Grupo de trabajo de seguridad de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, que se convocó después de la muerte de un trabajador social en 2008 durante una visita domiciliaria.

Política:

Todos los trabajadores que participan en actividades de ayuda social, definidas como visitas en el hogar, visitas en la calle o cualquier encuentro con un paciente que ocurra en un entorno no clínico, deben ejercer prácticas seguras de manera continua conforme a los procedimientos que se presentan a continuación.

Procedimiento:

Capacitación: todos los trabajadores que participan en el trabajo de ayuda social deben realizar una capacitación de seguridad determinada por BHCHP al menos cada dos años. Esta capacitación incluirá técnicas de seguridad personal, técnicas de reducción de la agresividad, evaluación de riesgos e intervención de crisis sin violencia.

Planificación de seguridad y preparación para las visitas

- **Registro de paradero:** los trabajadores deben informar todos los encuentros con pacientes planificados en el calendario de Outlook de BHCHP y permitir que el supervisor tenga acceso a él. Cualquier cambio en el horario mientras los trabajadores están fuera de la oficina se debe informar al supervisor de inmediato por el método determinado por el supervisor (ya sea por llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o un cambio en el calendario de Outlook). Se espera que los trabajadores comiencen y terminen el día en la oficina, con excepciones solo aprobadas por el supervisor. Si un trabajador no se registra cuando se espera, el supervisor debe comunicarse con el contacto de emergencia.
- **Evaluación de riesgos:** tengan en cuenta que existe un procedimiento para comunicar antecedentes de violencia al personal en el EMR cuando se sabe que existe peligro (consulten la política llamada "Comunicación de riesgos conocidos de seguridad del paciente"). Lo ideal es que se realice una evaluación de riesgos en un entorno clínico antes de iniciar las actividades de ayuda social o las visitas domiciliarias. Debe incluir la consideración de los posibles problemas de seguridad con el paciente en particular y los problemas de seguridad atribuidos al entorno particular en el que se realizará la visita. ¿Cuál es el potencial de violencia con este paciente en particular o este ambiente en particular? Las siguientes categorías permiten determinar los factores que pueden estar asociados con el riesgo de violencia:²

¹ *Creating a Climate of Safety*. National Association of Social Workers, Massachusetts Chapter, 2013. www.naswma.org

² Adaptado de forma conservadora de "Family Continuity Safety Assessment Scale" (*Assessing Risk to Staff*), 2009.

<http://www.naswma.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=51>

- 
- **Factores de riesgo de nivel I**
 - Antecedentes familiares de suicidio u homicidio
 - Historia pasada de impulsividad o desinhibición
 - Historia pasada de violencia doméstica
 - Antecedentes de actividad relacionada con drogas en el hogar o en el ámbito de ayuda social
 - Historia pasada de automutilación
 - **Factores de riesgo de nivel II: riesgo moderado** (se debe activar una revisión del plan de seguridad con el supervisor y las visitas solo deben hacerse en equipos de dos, con excepciones solo a discreción del supervisor)
 - Actividad relacionada con drogas o pandillas en la familia o el vecindario
 - Historial de órdenes de restricción en el pasado distante (ya sea solicitada por el paciente o emitida contra el paciente)
 - Persona conocida en el hogar con antecedentes de delitos penales violentos, incluidos delitos sexuales
 - Antecedentes de intento de suicidio o violencia dirigida contra otros en el pasado distante (>2 años atrás) o antecedentes de signos suicidas u homicidas
 - Extraños inesperados o no informados en el hogar
 - **Factores de riesgo de nivel III: riesgo alto** (se debe activar una revisión del plan de seguridad con el supervisor, que podría incluir la decisión de mantener encuentros en un entorno alternativo, visitas en equipos de dos para incluir a un médico, o la prohibición de visitas a domicilio o de ayuda social)
 - No hay recepción de teléfono celular en el lugar de la visita de ayuda social o a domicilio
 - Antecedentes de intento de suicidio u obsesión suicida actual con planificación o intención, pero capaz de contratar por seguridad (excepto en el caso de los médicos de salud conductual, que no están obligados a revisar el plan de seguridad con los supervisores)
 - Antecedentes de violencia dirigida contra otros o la propiedad en el último año u obsesión homicida actual
 - Comportamiento autodestructivo o agresivo persistente
 - Incapaz o no dispuesto a contratar por seguridad
 - Alucinaciones que ordenan dañarse o dañar a otros
 - Violencia doméstica activa o reciente
 - Órdenes de restricción activas o recientes (solicitada por el paciente o emitida contra el paciente)
 - Actividad relacionada con drogas en el hogar
 - El paciente está bajo la influencia de drogas
 - El paciente indica que el trabajador no es bienvenido en el hogar

- 
- **Factores de riesgo de nivel IV: riesgo más alto** (visitas al hogar absolutamente prohibidas)
 - Armas sin medidas de seguridad en el hogar o la persona
 - Amenazas pasadas a un trabajador
 - **Vestimenta y objetos de valor:** consideren no usar artículos alrededor del cuello como bufandas, joyas, que pueden presentar un riesgo de asfixia; dejen los bolsos y las joyas valiosas en casa; dejen los vehículos con seguro en todo momento y mantengan los objetos de valor fuera de la vista; el uso de auriculares puede disminuir la capacidad de escuchar y puede aumentar la vulnerabilidad; se deben usar las identificaciones de BHCHP en todo momento (si se usa con un cordón, se debe poder separar).
 - **Equipos de dos:**³ los trabajadores sociales pueden pedir acompañamiento para *cualquier* visita de ayuda social en la que existe un problema de seguridad y su solicitud será atendida por el supervisor. Para situaciones que involucran factores de riesgo moderado o alto, tras una revisión con los supervisores, se realizarán visitas de ayuda social *solamente* en equipos de dos, con excepciones solo a discreción del supervisor. Los trabajadores pueden considerar reunirse con un paciente en un entorno público o en la oficina si no pueden encontrar un compañero para una visita domiciliaria.
 - El trabajo en equipo requiere confianza y cooperación. En equipos de dos, ambos miembros del personal se van cuando cualquiera de ellos indica la necesidad de abandonar una situación potencialmente insegura. Nadie se queda solo. Debido a que puede ser difícil salir de una situación potencialmente peligrosa sin aumentar la tensión y debido a que un miembro del personal puede percibir una amenaza que el otro desconoce por completo, es importante que ambos acuerden irse ante cualquier señal de que el otro esté listo.
 - El personal recibirá **dispositivos de seguridad:**
 - Cordones de identificación separables
 - Alarmas de seguridad personal (por ejemplo, www.streetdefender.com/MC-231.htm)
 - Se debe desarrollar un **plan de acción** antes de la visita, que debe iniciarse ante los primeros signos de agitación. Esto incluye la planificación de cómo terminar una situación potencialmente peligrosa de inmediato y cuándo evacuar un lugar.
 - **Consejos generales de seguridad:**⁴
 - Usen “precauciones universales”, lo que significa que cada persona y cada entorno se consideran potencialmente peligrosos.
 - Es importante durante las visitas ser amigables y amables, pero mantenerse enfocados en la relación de trabajo y ayudar al paciente a alcanzar sus metas. Recuerden, esta es una relación profesional, no una amistad.
 - Confíen en sus instintos. Váyanse cuando sientan un peligro potencial.

³ Adaptado de la Política de seguridad de vivienda de umbral bajo de *Pine Street Inn* de abril de 2013

⁴ Adaptado de la Política de seguridad de vivienda de umbral bajo de *Pine Street Inn* de abril de 2013

- 
- Manténganse alertas.
 - Sepan qué comportamientos los provocan y las formas de responder a esos comportamientos sin ponerse en peligro.
 - Mantengan las manos libres.
 - Mantengan las llaves del auto en el bolsillo o en la mano.
 - Cuando se indique, consideren desarrollar un contrato con los pacientes para describir los comportamientos apropiados e inapropiados y establezcan límites claros.
 - Es importante que los pacientes administren su propio dinero o trabajen con un servicio de beneficiario formal. El personal nunca podrá pedir prestado, guardar, dar, usar ni intercambiar dinero u otros objetos de valor, incluidas tarjetas de cajero automático o tarjetas EB, con los pacientes. Esto ayuda a evitar posibles malentendidos sobre las transacciones financieras.
 - **Seguridad antes de la visita**
 - Como se indicó anteriormente, se realiza una evaluación de riesgos de seguridad en un entorno clínico antes de iniciar actividades de ayuda social o visitas domiciliarias.
 - Llamen antes de llegar a la casa de un paciente para recordarle la visita. Puede ser útil explicarle las expectativas al paciente, incluso decirle que no se realizará la visita en presencia de otras personas que el trabajador no conozca.
 - Programen visitas a domicilio temprano durante el día cuando sea posible.
 - Analicen el entorno antes de bajar del automóvil o el autobús para estar al tanto de cualquier actividad potencialmente peligrosa. No hablen por teléfono mientras caminan, puede ser una distracción.
 - Preparen una excusa para irse de antemano, por si acaso. Por ejemplo, pueden activar el timbre del teléfono celular, fingir que atienden una llamada y retirarse; pueden retirarse para buscar algo en el automóvil.
 - **Seguridad durante la visita**
 - Recuerden que ustedes son invitados en la casa del paciente.
 - Nunca entren a una casa si hay gritos, chillidos u otros ruidos provenientes del interior.
 - Inmediatamente abandonen la escena si hay armas en el lugar.
 - Estén atentos a las salidas en caso de emergencia y mantengan un acceso despejado para escapar en todo momento.
 - Si hay visitantes inesperados o no aprobados presentes cuando lleguen, evalúen la situación y consideren reprogramar la cita y salir de inmediato.
 - Si perciben la presencia de drogas o parafernalia, salgan de inmediato. Los miembros del personal nunca deben tocar ni descartar ninguna droga o parafernalia.
 - Tengan en cuenta el espacio personal: mantengan al menos un brazo de distancia con el paciente.
 - Eviten sentarse en la cama del paciente.



- **Seguridad después de la visita**

- Tengan en cuenta los alrededores al salir del entorno de ayuda social o del hogar.
- No hagan llamadas telefónicas hasta que estén fuera de la vista de la casa.
- Cierren las puertas del tan pronto como entren.

Condiciones climáticas extremas: tengan en cuenta que algunas condiciones climáticas pueden afectar la seguridad de un entorno de ayuda social. Por ejemplo, cuando el estacionamiento es limitado en un vecindario debido a nevadas significativas, es posible que deban estacionar en un lugar más alejado del sitio del encuentro planificado. Cuando las emergencias climáticas afectan la capacidad de los trabajadores para estacionar razonablemente, es posible que aumente el potencial de peligro y los trabajadores deben analizar la viabilidad de la visita de ayuda social con sus supervisores en esta situación.

Expectativas de los supervisores

- Tengan una lista de contactos de emergencia para cada trabajador social.
- Desarrollen un plan de seguridad con el personal, especialmente para las visitas de ayuda social que involucren factores de riesgo moderados o altos. Este plan debe reevaluarse a medida que cambian los factores, de acuerdo con la necesidad de seguridad, y el personal debe recibir apoyo para implementar dicho plan.
- Si un trabajador solicita un acompañante durante una visita de ayuda social o domiciliaria debido a problemas de seguridad, se debe hacer todo lo posible para cumplir con esta solicitud. Si no es posible que un equipo de dos personas realice la visita, un plan alternativo puede incluir organizar una visita a la clínica o posponer la visita hasta que un equipo de dos esté disponible.
- Aborden la amenaza de violencia o las secuelas de la violencia al atender las necesidades del trabajador, los compañeros de trabajo y los pacientes afectados. Ofrezcan un ambiente abierto para la discusión.
 - Brinden una amplia oportunidad para informar a todos los involucrados y ofrezcan ayuda psicológica.
 - Brinden la opción de acompañantes hasta el automóvil u otras medidas que puedan ayudar a un trabajador a sentirse más seguro.
- Documenten los detalles de cualquier incidente en un registro escrito; el supervisor se encargará de este registro.
- Comuníquense de inmediato con el Director de Operaciones para informar cualquier incidente grave y consideren si, y cuándo, se deben tomar acciones legales.
- Comuniquenles a otros miembros del personal sobre instancias de violencia relacionada con el trabajo o amenazas significativas de violencia, según nuestro protocolo (consulten la política llamada “Comunicación de riesgos conocidos de seguridad del paciente”).

Pasos para desarrollar un plan de ayuda social

Planes de ayuda social: estructurar las actividades de ayuda social

El proceso para desarrollar un plan de ayuda social implica establecer metas, pasos de acción, plazos y medidas de evaluación; ayuda a estructurar las actividades de ayuda social de una manera lógica y las dirige a donde más se necesitan. El plan de ayuda social crea un medio para ver lo que se ha hecho, celebrar los logros, evaluar los errores de cálculo y corregir las estrategias según sea necesario para avanzar en el futuro. Dicha evaluación puede ser más difícil cuando la ayuda social se realiza sin un plan.

1. Identificar y priorizar las necesidades y evaluar los recursos disponibles

¿Qué deben hacer? ¿Aumentar los casos? ¿Incrementar las referencias de la organización? ¿Mantener los casos? ¿Cuáles son las áreas desatendidas particulares o las necesidades insatisfechas en su comunidad (por ejemplo, adolescentes embarazadas, grupos étnicos específicos, áreas geográficas)? ¿Qué recursos del personal y del programa tienen para implementar actividades de ayuda social?

2. Identificar al público: comunidad de enfoque

¿A quién quieren llegar? ¿Personas potencialmente elegibles? ¿El público general? ¿Comunidades culturales específicas? ¿Proveedores de servicios sociales o de salud que derivan a miembros de la comunidad?

3. Definir metas y objetivos

¿Qué es lo que les gustaría que hiciera el público una vez que haya escuchado su mensaje? ¿Quién hará qué, cómo, dónde y cuándo?

4. Identificar estrategias de ayuda social

¿Qué métodos y herramientas de ayuda social utilizarán? ¿La ayuda social será una actividad única, a corto plazo o continua o una combinación? Como mínimo, el plan de ayuda social debe incluir actividades continuas.

5. Implementar el plan

Pongan el plan en acción. Verifiquen que la implementación vaya según lo planeado. Hagan los ajustes necesarios.

6. Evaluar el plan

Antes de implementar el plan, identifiquen cómo lo evaluarán. ¿Cómo sabrán si el plan está funcionando? ¿Qué información de referencia obtendrán antes de implementar el plan? ¿Qué resultados medirán? ¿Qué comentarios recopilarán de los participantes, posibles participantes, proveedores, entre otros? ¿Qué pueden aprender que pueda ayudarlos a tener más éxito en el futuro?

Fuente: Adaptado de Villie M. Appoo, MA, MSW. "Outreach to Residents of Public Housing: A Resource Tool Kit for Health Centers". National Center for Health in Public Housing.

Consejos de ayuda social y seguridad personal

- Realicen un análisis de las fortalezas y las necesidades y evalúen las áreas donde su comunidad de enfoque pasa tiempo.
- Sean flexibles con la programación.
- Acomoden la comunidad de enfoque.
- Establezcan contactos con los recintos policiales en todas las áreas donde realizan actividades de ayuda social.
- Lleven la identificación en todo momento.
- Háganle saber a alguien dónde están en todo momento.
- Trabajen con un compañero y conozcan el entorno.
- Sean conscientes de cómo se sienten y cómo se siente su compañero.
- Tengan un plan de seguridad para emergencias y situaciones peligrosas.
- Encuentren un atractivo o una forma de incorporar a las personas en una conversación en la calle.
- Sepan cuándo es apropiado relacionarse con un cliente y cuándo no es apropiado.
- Sean respetuosos con todas las personas (personas que consumen drogas, traficantes, proxenetas, trabajadoras sexuales, entre otros) para ganarse la confianza personal.
- Tengan buenas habilidades para escuchar; escuchen a la gente.
- Estén preparados para dirigir a los miembros de la comunidad a los servicios sociales, sanitarios, escolares y del sistema de justicia.
- Asegúrenles a los miembros de la comunidad que mantendrán la confidencialidad.
- Realicen un seguimiento y cumplan con sus promesas.
- Informen a los miembros de la comunidad cuándo volverán y cómo pueden comunicarse con ustedes.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

¿Quiénes son las promotoras de salud?



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Explicar quiénes son las promotoras de salud (CHW).
- Definir la promoción de la salud.



INSTRUCCIONES

1. Muestre los objetivos de la sesión: explicar quiénes son las CHW y definir el trabajo de las CHW.
2. Vea las diapositivas de PowerPoint con el grupo.
3. Cierre la actividad. Reúna al grupo y pida voluntarias para compartir lo que aprendieron de su compañera sobre las CHW y cómo es similar o diferente a su trabajo.



Roles C3 relacionados

Todos

Habilidades C3 relacionadas

Todas



Métodos de enseñanza

Deberán reflexionar, trabajar en parejas y compartir; realicen una lluvia de ideas



Tiempo previsto

25 minutos



Conceptos clave

Promotora de salud (CHW)



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores

¿Quiénes son las promotoras de salud?

¿Quiénes son las promotoras de salud?

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

BOSTON
UNIVERSITY

¿Quiénes son las promotoras de salud?

¿Qué sabemos o imaginamos de las promotoras de salud?



BU

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

¿Quiénes son las promotoras de salud?

Definición de promotoras de salud de la American Public Health Association:

"Una promotora de salud (Community Health Worker, CHW) es una trabajadora de salud pública de primera línea que es un miembro confiable o tiene una comprensión inusualmente cercana de la comunidad a la que sirve. Esta relación de confianza permite que la CHW sirva como nexo, enlace o intermediaria entre los servicios sociales y sanitarios y la comunidad para facilitar el acceso a los servicios y mejorar la calidad y la competencia cultural de la prestación de servicios. Una CHW también desarrolla la capacidad individual y comunitaria al incrementar el conocimiento de la salud y la autosuficiencia mediante una variedad de actividades tales como la divulgación, la educación comunitaria, el asesoramiento informal, el apoyo social y la defensa".

BU

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

¿Quiénes son las promotoras de salud?

Las CHW pueden trabajar con distintos títulos laborales

- Educadora de salud comunitaria
- Educadora de divulgación
- Trabajadora de divulgación
- Trabajador de inscripción
- Defensora de la salud
- Defensora de pares
- Líder de pares
- Trabajadora de campo
- Trabajadora de divulgación para jóvenes
- Defensora de la familia
- Consejera de planificación familiar
- Trabajadora de apoyo familiar
- Doula
- Navegadora de pacientes
- Promotora de salud
- Representante de salud comunitaria

BU

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIPOSITIVA 1

- Una idea principal de la educación popular es que independientemente de quiénes somos, todos sabemos por nuestras experiencias de vida. Por lo tanto, siempre debemos comenzar con lo que la gente ya sabe.
- Queremos comenzar con lo que saben sobre las promotoras de salud mediante una actividad de lluvia de ideas en parejas.

DIPOSITIVA 2

Haga la pregunta en la diapositiva. Deles a las participantes alrededor de dos minutos para hablar en parejas. Vuelva a reunir al grupo grande y pida a cada pareja que comparta una idea. Anote las respuestas en una hoja del rotafolio.

DIPOSITIVA 3

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

Pregúntele a las participantes: "¿Qué les llama la atención sobre esta definición?"

DIPOSITIVA 4

Explique que hay docenas de títulos utilizados para referirse a las CHW. Pregunte: "¿Qué otros títulos han usado o escuchado que otros usan al hacer este tipo de trabajo?"

- ¿Qué títulos tienen en su trabajo? Pídeles que se vuelvan a reunir con sus parejas y dediquen 10 minutos a compartir entre ellas la siguiente información:
- ¿Qué título tienen en el trabajo de su agencia?
- ¿Con quién trabajan a diario?
- ¿Cuáles son algunas de las tareas clave en su trabajo?

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

La historia de las promotoras de salud (CHW)



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Explicar cómo la profesión de las CHW surgió de los esfuerzos para incrementar la equidad en la salud y el acceso a la atención médica.



INSTRUCCIONES

1. Explique: hablaremos sobre la historia de la profesión de las CHW.
2. Pregunte: “¿Por qué podría ser importante entender la historia de la profesión de las CHW? ¿Qué sabemos sobre la historia de las CHW?”
3. Explique: una idea principal de la educación popular es que aprendemos más cuando participamos.
4. Explique que, para aprender más sobre la historia de las CHW, harán una obra de radioteatro. La obra de radioteatro compartirá la historia de las CHW a través de las perspectivas de diferentes personajes a lo largo de la historia y de todo el mundo.
5. Distribuya la obra de radioteatro. Pida voluntarias que se sientan cómodas leyendo en voz alta para representar diferentes personajes.
6. Deles un minuto para designar sus personajes.
7. Representen la obra de radioteatro.
8. Pídale a las participantes que reflexionen sobre la obra de radioteatro. Pregunte: “¿Qué les llamó la atención en la obra de radioteatro? ¿Algo las sorprendió? ¿Aprendieron algo nuevo?”
9. Cierre la actividad. Comparta que la profesión de las CHW surgió de los esfuerzos en las comunidades de todo el mundo para incrementar la equidad en la salud y el acceso a la atención médica. Es importante recordar con orgullo las raíces de la profesión a medida que las CHW se integran más en el sistema de atención médica.



Roles C3 relacionados

Todos

Habilidades C3 relacionadas

Todas; énfasis en las habilidades de educación y facilitación



Métodos de enseñanza

Radioteatro



Tiempo previsto

25 minutos



Conceptos clave

Historia, promotoras de salud



Materiales

Folleto

- Obra de radioteatro sobre las CHW

Radioteatro

Voces de la historia de la promoción de la salud

Introducción

Hoy, vamos a pretender producir una obra de radioteatro sobre la historia de la promoción de la salud. El propósito de esta obra es incrementar nuestra comprensión de la historia de este campo. Tómense el tiempo para leer su parte. Luego, leeremos el guion juntos como si lo estuviéramos leyendo para la radio. Traten de hablar con tanta emoción y drama como puedan, ya que esto lo hará más interesante.

Personajes

1. Locutor
2. Miembro de la comunidad
3. *Feldesher* ruso
4. Médico descalzo chino
5. *Promotor de salud* salvadoreño
6. Cuatro promotoras de salud (CHW) de Indonesia, Tanzania, Irán y Colombia
7. Representante de salud comunitaria (Community Health Representative, CHR) del Servicio de Salud Indígena
8. Trabajador social de la Oficina de Oportunidades Económicas
9. Promotora de salud de Oregón
10. CHW de la Organización Comunitaria de Inmigrantes y Refugiados (Immigrant and Refugee Community Organization, IRCO)
11. CHW de NEON

La obra de radioteatro

Locutor: Hoy, oyentes de la radio, es un placer presentar una obra titulada, “Voces de la historia de la promoción de la salud”. Como sabrán, el campo de la promoción de la salud tiene una historia larga e interesante. Nos gustaría compartir con ustedes algunas de las voces de esa historia. Por eso, siéntense, pónganse cómodos y disfruten del espectáculo.

Miembro de la comunidad: Soy miembro de una comunidad. Podría ser de Alemania o Zimbabue, Argentina o Cabo Verde. Puedo estar vivo hoy, o puedo haber vivido hace 600 años. Las personas como yo, vecinos, amigos, familiares, han estado transmitiendo información y consejos de salud desde el comienzo de las comunidades. Somos las tías, los curanderos, los sobadores, las abuelas.



Feldsher ruso: Hola. Me llamo Oleg. Nací en el siglo XVII en Rusia, y me llaman “feldsher”. No soy médico, pero pasé cuatro años de entrenamiento para poder cuidar la salud de civiles y soldados.

Médico descalzo chino: Soy un campesino pobre del interior de China y mi nombre es Chin Shui. Después de la revolución china en 1949, nuestro líder Mao Tse-tung quería llevar la atención médica a las zonas rurales. Envió algunos médicos de la ciudad, pero no querían quedarse. Entonces nos capacitaron a nosotros, unos campesinos pobres, para cuidar la salud de las comunidades. Nos llaman médicos descalzos porque muchos no tenemos zapatos.

Promotor de salud salvadoreño: Soy Hilario Perez. Me llamo Hilario Perez y soy un promotor de salud en la comunidad de Calavera, departamento de Morazán, El Salvador. Desde la década de 1960, la Iglesia Católica ha entrenado a muchos promotores aquí y en muchas partes de América Latina. Brindamos medicamentos y atención médica para campesinos que nunca han visto a un médico. También ayudamos a las personas a entender por qué están enfermas y quién tiene la culpa. Durante las décadas de 1970 y 1980, esto enfureció al ejército y al gobierno, y muchos de mis compañeros fueron capturados, torturados y asesinados.

Cuatro promotoras de salud de Indonesia, Tanzania, Irán y Colombia: *(Todas al mismo tiempo)* Somos promotoras de salud de todo el mundo desde la década de 1960 hasta el presente. Tenemos muchos nombres. En algunos lugares, los gobiernos nos utilizan para evitar revoluciones. En otros lugares, los gobiernos nos utilizan para promover revoluciones. Y en aún otros lugares podemos simplemente hacer lo mejor para las comunidades.

Representante de salud comunitaria del Servicio de Salud Indígena: Soy miembro de la tribu Umatilla. En la década de 1960 comencé a trabajar para el nuevo programa de Representantes de salud comunitaria del Servicio de Salud Indígena. Como dice nuestro sitio web, “se fundó con el concepto de que los trabajadores de salud tribales están especialmente bien adaptados para servir a la comunidad tribal, ya que están familiarizados con las lenguas, las costumbres y las tradiciones nativas”. El programa aún existe, aunque ha pasado por muchos cambios. Ahora, soy el presidente de NACHR, la Asociación Nacional de Representantes de Salud Comunitaria.



Representante de salud barrial de la Oficina de Oportunidades Económicas: Soy Jackie y solía trabajar para la clínica barrial (Neighborhood Health Clinic) en Portland, Oregón. En la década de 1960, la Oficina de Oportunidades Económicas destinó dinero para iniciar programas de trabajo social en muchos centros de salud comunitarios en ciudades de los EE. UU. como Portland, Los Ángeles y Nueva York. Por lo general, trabajamos en un solo problema de salud, como el cese del tabaquismo. Mi programa se quedó sin dinero en 1972 y perdí mi trabajo. Esto les sucedió a muchos trabajadores sociales en la década de 1970 y principios de la década de 1980.

Promotora de Salud: Hola, me llamo Antonia y me dicen Toña. Soy una trabajadora agrícola inmigrante. En 1988, comencé a trabajar como promotora de salud para el proyecto *El Niño Sano* en Hood River, Oregón. Varios proyectos de promotores de salud con trabajadores agrícolas inmigrantes comenzaron aproximadamente al mismo tiempo. Algunos de los programas fueron el Lay Health Advisor en Carolina del Norte, el Camp Health Aide Program en Michigan y el Proyecto *Comienzo Sano* en Arizona.

Promotor de salud de IRCO: Hola, me llamo Mohamed y soy originario de Somalia. Soy un CHW de la Organización Comunitaria de Inmigrantes y Refugiados de Portland. Después de que se aprobó la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, muchas personas se interesaron en los promotores de salud. Los CHW sabían que necesitábamos una voz unificada para representar nuestros intereses en las discusiones donde se elaboraban las políticas. Entonces, en 2012, organizamos la Asociación de promotores de salud de Oregón.

Promotora de salud de NEON: Hola, soy Pepper y trabajo con Northeast Oregon Network o NEON. Solía ser paramédica y me doy cuenta de que las habilidades que adquirí en esa profesión son realmente útiles para mí como CHW. Estoy de acuerdo en que es muy importante que las CHW influyan en la política de nuestro propio campo. Es por eso que sirvo como copresidente del Comité de Membresía y Comunicación de la Asociación de Promotoras de la Salud de Oregón (Oregon Community Health Workers Association, ORCHWA).

Todos los personajes juntos: Somos educadores y promotoras de salud. Aunque vivimos en diferentes momentos y lugares, tenemos mucho en común.

Queremos poder hacer lo mejor para nuestras comunidades. Queremos que nos respeten y recompensen por nuestros conocimientos y habilidades. Queremos oportunidades para obtener más capacitación y avanzar en nuestro campo. A medida que comenzamos a conocernos y trabajar juntos, ganamos fuerza y poder.



Locutor: Bueno, oyentes, eso es todo por hoy. Esperamos que hayan disfrutado de nuestro programa sobre la historia de la promoción de la salud. Únase a nosotros nuevamente a la misma hora la próxima semana, cuando el tema será “Cómo mejorar los salarios y aumentar las oportunidades de desarrollo profesional para las promotoras de salud”. ¡Gracias por escucharnos!

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Roles, habilidades y cualidades de las promotoras de salud (CHW)



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Identificar los roles, las habilidades y las cualidades de las CHW



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise el Informe C3 en los recursos.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos de la sesión.
3. Explique lo siguiente: ahora revisaremos los diferentes roles, las cualidades y las habilidades de las CHW. Repase algunos de los roles que las participantes mencionaron en la actividad de lluvia de ideas durante la sesión “¿Quiénes son las CHW?”.
4. Analicen los roles C3.
 - Explique que se han realizado varios intentos para definir los roles de las CHW. Uno de esos intentos fue el Estudio nacional de asesores de salud comunitaria (*National Community Health Advisor Study*, NCHA). Ese estudio estableció siete roles clave de las CHW en 1998. En la actualidad, el proyecto Consenso Básico ha actualizado la lista de los roles y las habilidades de las CHW para incluir 10 roles. Conocidos como los Roles C3, la recién formada Asociación Nacional de Promotoras de Salud (*National Community Health Worker Association*, NCHWA) aplica los roles y las habilidades C3 para las CHW.
 - Muestre los roles C3 en el PowerPoint (diapositiva 2).
5. Video y análisis
 - Para escuchar a otras CHW sobre su trabajo, ahora veremos un video sobre los roles de las CHW de la Asociación de Promotoras de Salud de Oregón (*Oregon Community Health Worker Association*, ORCHWA) (12 minutos): <https://www.youtube.com/watch?v=69csBE4y1Uo>
 - Pregunte: “¿Qué les llamó la atención en el video? ¿Qué roles las entusiasman más?”
 - Aclare que, si bien es posible que no desempeñen de inmediato todos estos roles en su trabajo como CHW, con el tiempo es posible que deban desempeñar muchos o todos estos roles para ser más eficaces como CHW.
6. Cierre la actividad. Repase las habilidades y las cualidades de las CHW. Distribuya los folletos sobre los roles, las habilidades y las cualidades de las CHW y muestre las diapositivas 3 y 4.



Roles C3 relacionados

Todos

Habilidades C3 relacionadas

Todas



Métodos de enseñanza

Video, análisis en grupos grandes



Tiempo previsto

30 minutos



Conceptos clave

Roles, habilidades, cualidades, Proyecto C3



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Video de la ORCHWA: <https://www.youtube.com/watch?v=69csBE4y1Uo>

Folletos

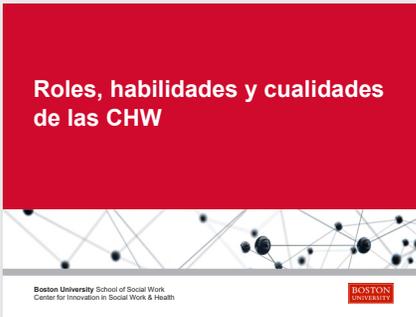
- Roles de las CHW
- Habilidades de las CHW
- Cualidades de las CHW



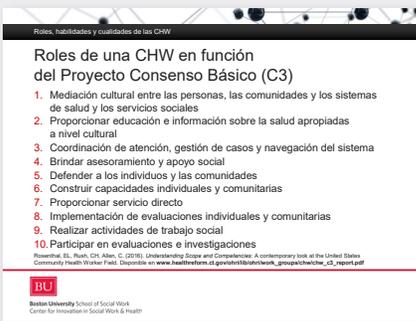
Recursos

- Rosenthal, E. L., Rush, C. H., Allen, C. (2016). *Understanding Scope and Competencies: A contemporary look at the United States Community Health Worker Field*. Disponible en www.healthreform.ct.gov/ohri/lib/ohri/work_groups/chw/chw_c3_report.pdf

Roles, habilidades y cualidades de las promotoras de salud (CHW)

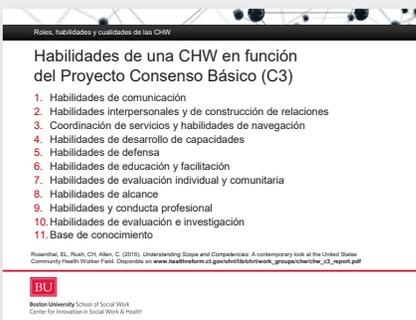


DIAPPOSITIVA 1



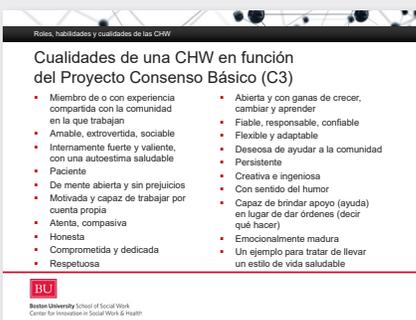
DIAPPOSITIVA 2

Pídale a una voluntaria que lea los roles de las CHW en esta diapositiva.



DIAPPOSITIVA 3

Al presentar esta diapositiva, consulte el folleto de las habilidades de las CHW, que incluye información más detallada. Pida a una voluntaria que lea cada habilidad y dé un ejemplo de cómo las CHW podrían usar cada habilidad en su trabajo.



DIAPPOSITIVA 4

Al presentar esta diapositiva, consulte el folleto de las cualidades de las CHW, que incluye información más detallada.

Los roles de las promotoras de salud (CHW)

Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales

- ✓ Educar a las personas y las comunidades sobre cómo usar los sistemas de servicios sociales y de salud (incluida la comprensión de cómo funcionan los sistemas)
- ✓ Educar a los sistemas sobre las perspectivas de la comunidad y las normas culturales (incluido el apoyo a la implementación de los estándares de servicios cultural y lingüísticamente apropiados [CLAS])
- ✓ Brindar alfabetización en salud y comunicación intercultural

Proporcionar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural

- ✓ Llevar a cabo la promoción de la salud y la educación para la prevención de enfermedades de una manera que coincida con las necesidades lingüísticas y culturales de los participantes o la comunidad
- ✓ Proporcionar la información necesaria para comprender y prevenir enfermedades y para ayudar a las personas a controlar las condiciones de salud (incluidas las enfermedades crónicas)

Coordinación de atención, gestión de casos y navegación del sistema

- ✓ Participar en la coordinación de atención o manejo de casos
- ✓ Hacer referencias y brindar seguimiento
- ✓ Facilitar el transporte a los servicios y ayudar a abordar otras barreras a los servicios
- ✓ Documentar y registrar datos a nivel individual y poblacional
- ✓ Informar a las personas y los sistemas sobre los activos y los desafíos de la comunidad

Brindar asesoramiento y apoyo social

- ✓ Brindar apoyo y asesoramiento individual
- ✓ Motivar y alentar a las personas a obtener atención y otros servicios
- ✓ Apoyar el autocontrol de la prevención de enfermedades y el manejo de afecciones médicas (incluidas las enfermedades crónicas)
- ✓ Planificar o liderar grupos de apoyo

Defender a los individuos y las comunidades

- ✓ Defender las necesidades y perspectivas de las comunidades
- ✓ Conectarse con los recursos y defender las necesidades básicas (p. ej., alimentos y vivienda)
- ✓ Realizar la defensa de políticas

Construir capacidades individuales y comunitarias

- ✓ Construir capacidades individuales
- ✓ Construir capacidades comunitarias
- ✓ Capacitar y crear capacidades individuales con CHW pares y entre grupos de CHW



Proporcionar servicio directo

- ✓ Proporcionar pruebas de detección básicas (p. ej., altura y peso, presión arterial)
- ✓ Proporcionar servicios básicos (p. ej., primeros auxilios, controles del pie diabético)
- ✓ Satisfacer las necesidades básicas (p. ej., suministro directo de alimentos y otros recursos)

Implementación de evaluaciones individuales y comunitarias

- ✓ Participar en el diseño, la implementación y la interpretación de evaluaciones a nivel individual (p. ej., evaluación del entorno del hogar)
- ✓ Participar en el diseño, la implementación y la interpretación de evaluaciones a nivel comunitario (p. ej., encuesta observacional de activos y desafíos de la comunidad, mapeo de activos de la comunidad)

Realizar actividades de divulgación

- ✓ Buscar/reclutar casos de individuos, familias y grupos comunitarios para servicios y sistemas
- ✓ Realizar seguimientos de encuentros de servicios sociales y de salud con individuos, familias y grupos comunitarios
- ✓ Realizar visitas domiciliarias para proporcionar educación, evaluación y apoyo social
- ✓ Presentarse en agencias locales y eventos comunitarios

Participar en evaluaciones e investigaciones

- ✓ Participar en la evaluación de servicios y programas de CHW
- ✓ Identificar e involucrar a los miembros de la comunidad como socios de investigación, incluidos los procesos de consentimiento de la comunidad
- ✓ Participar en evaluaciones e investigaciones
 - Identificar cuestiones prioritarias y preguntas de evaluación/investigación
 - Desarrollar el diseño y los métodos de evaluación/investigación
 - Recopilar e interpretar los datos
 - Compartir los resultados y los hallazgos
 - Incluir a los interesados para que tomen medidas sobre los hallazgos

Informe del Proyecto Consenso Básico de CHW: <https://www.c3project.org/>

Habilidades de las promotoras de salud (CHW)

Las CHW y los coordinadores del programa de CHW entrevistados para el Proyecto Consenso Básico de las Promotoras de Salud (2016) informaron que las CHW deben tener las siguientes habilidades para ser eficaces en su trabajo. Las *habilidades* son aptitudes que se pueden obtener con estudio y práctica.

Habilidades de comunicación

- ✓ Habilidad para usar el lenguaje con confianza
- ✓ Habilidad para usar el lenguaje de manera que atraiga y motive
- ✓ Habilidad para comunicarse usando un lenguaje claro y simple
- ✓ Habilidad para comunicarse con empatía
- ✓ Habilidad para escuchar de forma activa
- ✓ Habilidad para preparar la comunicación escrita, incluida la comunicación electrónica (p. ej., correo electrónico, dispositivo de telecomunicaciones para sordos)
- ✓ Habilidad para documentar el trabajo
- ✓ Habilidad para comunicarse con la comunidad atendida (puede no ser fluido en el idioma de todas las comunidades atendidas)

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones

- ✓ Habilidad para proporcionar asesoramiento y apoyo social
- ✓ Habilidad para brindar asesoramiento de autogestión
- ✓ Habilidad para utilizar técnicas de entrevista (p. ej., entrevistas motivacionales)
- ✓ Habilidad para trabajar como miembro de un equipo
- ✓ Habilidad para manejar conflictos
- ✓ Habilidad para practicar la humildad cultural

Coordinación de servicios y habilidades de navegación

- ✓ Habilidad para coordinar la atención (incluida la identificación y el acceso a recursos y la superación de barreras)
- ✓ Habilidad para hacer referencias apropiadas
- ✓ Habilidad para facilitar el desarrollo de un plan de acción individual o grupal y el logro de objetivos
- ✓ Habilidad para coordinar actividades de CHW con servicios clínicos y otros servicios comunitarios
- ✓ Habilidad para realizar un seguimiento y registrar el cuidado de las derivaciones

Habilidades de desarrollo de capacidades

- ✓ Habilidad para ayudar a otros a identificar objetivos y desarrollar su máximo potencial
- ✓ Habilidad para trabajar de manera que aumente el empoderamiento individual y comunitario
- ✓ Habilidad para establecer contactos, establecer conexiones con la comunidad y formar coaliciones
- ✓ Habilidad para enseñar habilidades de autodefensa
- ✓ Habilidad para realizar una organización comunitaria



Habilidades de defensa

- ✓ Habilidad para contribuir con el desarrollo de políticas
- ✓ Habilidad para defender el cambio en las políticas
- ✓ Habilidad para defender a los individuos y las comunidades

Habilidades de educación y facilitación

- ✓ Habilidad para utilizar estrategias de enseñanza centradas en el alumno y de empoderamiento
- ✓ Habilidad para usar una variedad de técnicas educativas apropiadas y efectivas
- ✓ Habilidad para facilitar análisis grupales y toma de decisiones
- ✓ Habilidad para planificar y realizar clases y presentaciones para una variedad de grupos
- ✓ Habilidad para buscar información adecuada y responder preguntas sobre temas pertinentes
- ✓ Habilidad para encontrar y compartir la información solicitada
- ✓ Habilidad para colaborar con otros educadores
- ✓ Habilidad para recopilar y usar información de y con miembros de la comunidad

Habilidades de evaluación individual y comunitaria

- ✓ Habilidad para participar en la evaluación individual mediante la observación y la investigación activa
- ✓ Habilidad para participar en la evaluación de la comunidad mediante la observación y la investigación activa

Habilidades de divulgación

- ✓ Habilidad para encontrar, reclutar y seguir casos
- ✓ Habilidad para preparar y difundir materiales
- ✓ Habilidad para construir y mantener un inventario actualizado de recursos

Habilidades y conducta profesional

- ✓ Habilidad para establecer metas y desarrollar y seguir un plan de trabajo
- ✓ Habilidad para equilibrar prioridades y gestionar el tiempo
- ✓ Habilidad para aplicar técnicas de pensamiento crítico y resolución de problemas
- ✓ Habilidad para usar la tecnología pertinente
- ✓ Habilidad para buscar educación continua y oportunidades de aprendizaje continuo
- ✓ Habilidad para maximizar la seguridad personal mientras se trabaja en entornos comunitarios o clínicos
- ✓ Habilidad para observar estándares éticos y legales (p. ej., Código de Ética de CHW, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades [ADA], Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPAA])
- ✓ Habilidad para identificar situaciones que requieren informes obligatorios y llevar a cabo los requisitos de informes obligatorios
- ✓ Habilidad para participar en el desarrollo profesional de las CHW pares y en la creación de redes entre grupos de CHW
- ✓ Habilidad para establecer límites y practicar el cuidado personal



Habilidades de evaluación e investigación

- ✓ Habilidad para identificar preocupaciones importantes y realizar evaluaciones e investigaciones para comprender mejor las causas del problema
- ✓ Habilidad para aplicar las prácticas basadas en evidencia de la Investigación participativa basada en la comunidad (CBPR) y la Investigación de acción participativa (PAR)
- ✓ Habilidad para participar en procesos de evaluación e investigación, que incluyen:
 - Identificar cuestiones prioritarias y preguntas de evaluación e investigación
 - Desarrollar el diseño y los métodos de evaluación/investigación
 - Recopilar e interpretar los datos
 - Compartir los resultados y los hallazgos
 - Incluir a los interesados para que tomen medidas sobre los hallazgos

Base de conocimiento

- ✓ Conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y las disparidades relacionadas
- ✓ Conocimiento sobre problemas de salud pertinentes
- ✓ Conocimiento sobre estilos de vida saludables y cuidado personal
- ✓ Conocimiento sobre problemas de salud mental/conductual y su conexión con la salud física
- ✓ Conocimiento sobre las teorías del comportamiento de salud
- ✓ Conocimiento de los principios básicos de la salud pública
- ✓ Conocimiento sobre la comunidad atendida
- ✓ Conocimiento sobre los sistemas de salud y servicios sociales de los Estados Unidos

Informe del Proyecto Consenso Básico de CHW: <https://www.c3project.org/>

Las cualidades de las promotoras de salud (CHW)

Las CHW y los coordinadores del programa de CHW entrevistados para el Estudio nacional de asesores de salud comunitaria (*National Community Health Advisor Study*) también dejaron en claro que las CHW deben tener ciertas cualidades para realizar este trabajo complejo y exigente.

Las *cualidades* son características personales que se pueden mejorar, pero no enseñar.¹

- ✓ Ser miembro o tener experiencia compartida con la comunidad en la que trabajan
- ✓ Ser amable, extrovertida, sociable
- ✓ Ser internamente fuerte y valiente, con una autoestima saludable
- ✓ Ser paciente
- ✓ Ser de mente abierta y sin prejuicios
- ✓ Estar motivada y ser capaz de trabajar por cuenta propia
- ✓ Ser atenta, compasiva
- ✓ Ser honesta
- ✓ Estar comprometida y ser dedicada
- ✓ Ser respetuosa
- ✓ Ser abierta y tener ganas de crecer, cambiar y aprender
- ✓ Ser fiable, responsable, confiable
- ✓ Ser flexible y adaptable
- ✓ Estar deseosa de ayudar a la comunidad
- ✓ Ser persistente
- ✓ Ser creativa e ingeniosa
- ✓ Tener sentido del humor
- ✓ Brindar apoyo (ayuda) en vez de dar órdenes (decir qué hacer)
- ✓ Ser emocionalmente madura
- ✓ Ser un ejemplo para tratar de llevar un estilo de vida saludable

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Desafíos y soluciones al trabajar en equipo



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Identificar y superar los desafíos asociados con el trabajo en un equipo multidisciplinario.



INSTRUCCIONES

1. Explique que trabajar en un equipo de atención multidisciplinario tiene muchas ventajas, pero también puede ser un desafío.
2. Actividad de estudios de caso
 - Para la próxima actividad, analizaremos algunos desafíos de trabajar en equipos de atención multidisciplinarios y haremos una lluvia de ideas sobre las posibles soluciones para esos desafíos.
 - Divida a las participantes en cinco o seis grupos. Distribuya marcadores, una hoja de rotafolio y el folleto de estudios de caso a las participantes. Asigne un escenario posible diferente a cada grupo. Pídale a las participantes que elijan roles de aprendizaje cooperativo en sus grupos (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora).
 - Pida a cada grupo que lea su estudio de caso y responda las preguntas de análisis. Proporcione 20 minutos para que realicen el análisis. La encargada de tomar notas escribirá las soluciones en una hoja de rotafolio.
 - Pídale a la informante de cada grupo que resuma el desafío y comparta las soluciones con el grupo más grande.
 - Pregunte si hay otras sugerencias sobre cómo trabajar mejor con equipos multidisciplinarios en un entorno clínico. Escriba las respuestas en el rotafolio.
3. Cierre la actividad: resuma algunos de los desafíos y las soluciones clave que los grupos identificaron. Agradézcales a las participantes por sus estrategias creativas y pregúnteles qué soluciones pondrán a prueba en su agencia.



Roles C3 relacionados

Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales; coordinación de la atención, gestión de casos y navegación del sistema; proporcionar servicio directo; participar en evaluaciones e investigaciones

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de comunicación, coordinación y navegación de servicios, habilidades y conducta profesional



Métodos de enseñanza

Actividad en grupos pequeños



Tiempo previsto

45 minutos



Conceptos clave

Desafíos, soluciones, equipo, equipo multidisciplinario



Materiales

- Rotafolio
- Marcadores

Folleto

- Estudios de caso de trabajo en equipo

Estudios de caso de trabajo en equipo

Estudios de caso de trabajo en una clínica: escenario 1

Facilitadora: _____

Encargada de tomar notas: _____

Informante: _____

Cronometradora: _____

Instrucciones: elijan roles para cada una de las miembros del grupo (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora). Lean el escenario y analicen cómo ustedes, como CHW, responderían a la situación.

Escenario 1: están acompañando a un cliente al hospital para una visita y el médico o la enfermera quieren saber quiénes son y cuál es su función.

Roles relacionados de las CHW:

- Ayudar al cliente a identificar y superar las barreras para acceder a la atención
- Coordinar la atención y administración de casos
- Educar al cliente/proveedor
- Navegar los sistemas
- Ofrecer asesoramiento y apoyo social

¿Cómo les explicarían su rol al médico o la enfermera?



Estudios de caso de trabajo en una clínica: escenario 2

Facilitadora: _____

Encargada de tomar notas: _____

Informante: _____

Cronometradora: _____

Instrucciones: elijan roles para cada una de las miembros del grupo (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora). Lean el escenario y analicen cómo ustedes, como CHW, responderían a la situación.

Escenario 2: asisten a una visita domiciliaria y la enfermera del equipo les dice que sobrecargaron su cronograma, pero el cliente necesita atención por heridas. Les preguntan si realizarían esta tarea durante la visita.

Cuando llegan a la casa del cliente, hay agujas por todas partes. Le hacen saber que es un peligro para la salud y que se deben desechar. El cliente informa que todos los contenedores de objetos punzantes están llenos y les pregunta si pueden llevarlos al intercambio de agujas o llevarlo a él al intercambio de agujas para entregar los contenedores y buscar otros nuevos.

Roles relacionados de las CHW:

- Proporcionar pruebas y exámenes básicos.
- Brindar apoyos sociales.
- Satisfacer las necesidades directas.
- Proporcionar educación e información sobre la salud apropiadas.

¿Qué le responderían a: (a) la enfermera y (b) el cliente? ¿Sus pedidos están dentro del alcance de su rol?



Estudios de caso de trabajo en una clínica: escenario 3

Facilitadora: _____

Encargada de tomar notas: _____

Informante: _____

Cronometradora: _____

Instrucciones: elijan roles para cada una de las miembros del grupo (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora). Lean el escenario y analicen cómo ustedes, como CHW, responderían a la situación.

Escenario 3: a su cliente le dieron el alta del hospital y necesita la aprobación y firma del médico para que le asignen un vale médico de motel durante una semana para que pueda recuperarse. Solo tienen uno o dos minutos para hablar con el médico antes de atender a su próximo cliente.

Roles relacionados de las CHW:

- Coordinación de la atención
- Administración de casos
- Defensa de las personas

¿Cómo se comunicarían con el médico en relación con el cliente?



Estudios de caso de trabajo en una clínica: escenario 4

Facilitadora: _____

Encargada de tomar notas: _____

Informante: _____

Cronometradora: _____

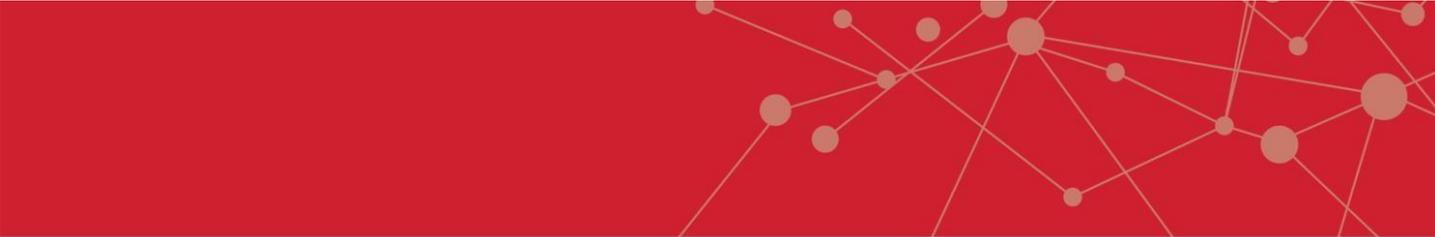
Instrucciones: elijan roles para cada una de las miembros del grupo (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora). Lean el escenario y analicen cómo ustedes, como CHW, responderían a la situación.

Escenario 4: el cliente consumió metanfetamina durante mucho tiempo. Recientemente completó el tratamiento de drogas y se reunirá con su nuevo trabajador social por primera vez. Este trabajador social ha reemplazado al que trabajaba el cliente antes de comenzar el tratamiento. El cliente también sufre de un alto nivel de ansiedad y cuando está nervioso o entusiasmado habla rápido con oraciones incompletas y se mueve de forma brusca. El nuevo trabajador social habla con ustedes después de la primera reunión y les comunica sus preocupaciones sobre el comportamiento aparentemente errático del cliente.

Roles relacionados de las CHW:

- Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales
- Coordinación de la atención
- Servicio directo
- Defensa de las personas y las comunidades

¿Cómo pueden ayudar al trabajador social a comprender el panorama general de lo que ha estado atravesando el cliente para que no lo malinterprete o juzgue?



Estudios de caso de trabajo en una clínica: escenario 5

Facilitadora: _____

Encargada de tomar notas: _____

Informante: _____

Cronometradora: _____

Instrucciones: elijan roles para cada una de las miembros del grupo (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora). Lean el escenario y analicen cómo ustedes, como CHW, responderían a la situación.

Escenario 5: un cliente entró en la clínica varias veces quejándose de un dolor en el hombro y pidiendo medicación para combatirlo. Como el cliente tiene antecedentes de trastorno por consumo de sustancias, no le realizaron una radiografía hasta la tercera visita. Cuando observaron la radiografía, determinaron que el cliente tenía una infección grave y quedó internado en el hospital. Ahora no quiere volver a la clínica.

Roles relacionados de las CHW:

- Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales
- Coordinación de la atención
- Servicio directo
- Defensa de las personas y las comunidades

¿Cómo podrían trabajar con el médico y el equipo médico para restablecer la confianza del cliente?
¿Cómo podrían ayudarlos a comprender por qué el cliente tal vez no cumpla el régimen de medicamentos contra el VIH?



Estudios de caso de trabajo en una clínica: escenario 6

Facilitadora: _____

Encargada de tomar notas: _____

Informante: _____

Cronometradora: _____

Instrucciones: elijan roles para cada una de las miembros del grupo (facilitadora, encargada de tomar notas, informante y cronometradora). Lean el escenario y analicen cómo ustedes, como CHW, responderían a la situación.

Escenario 6: están en una visita médica con un cliente y su intérprete y notan que el intérprete mira más al médico que al cliente cuando interpreta. El cliente asiente y sonríe con el ceño fruncido.

Roles relacionados de las CHW:

- Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y servicios sociales
- Coordinación de la atención
- Servicio directo
- Defensa de las personas y las comunidades

¿Cómo trabajarían con el intérprete, el médico y el cliente para asegurarse de que se satisfagan las necesidades del cliente?

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Describir las causas y los correlatos del comportamiento agresivo entre los pacientes.
- Identificar opciones seguras para prevenir y controlar la agresión del paciente.
- Demostrar habilidades para evaluar y analizar los esfuerzos del personal en el manejo de pacientes y situaciones agresivas.
- Demostrar opciones efectivas adaptativas para mejorar las interacciones terapéuticas con el cliente (formas de reducir la agresividad de un cliente).



INSTRUCCIONES

1. Consulte las diapositivas individuales y las notas para obtener detalles de la clase.
2. Cierre la actividad. Al trabajar con los clientes y ayudarlos a gestionar sus necesidades y deseos, es importante que las CHW también tengan tiempo para cuidarse a sí mismas. Comparta la evaluación de cuidado personal. Deles a las participantes 10 minutos para revisarla y completarla. Pida voluntarias para que compartan las actividades de cuidado personal que realizan.



Roles C3 relacionados

Cómo brindar asesoramiento y apoyo

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades y conducta profesional



Métodos de enseñanza

Clase, análisis en grupos pequeños

Nota del facilitador: este módulo debe estar a cargo de un profesional capacitado, preferiblemente un facilitador con un título de licenciatura clínica (maestría en Trabajo Social, psicología, asesoramiento) con experiencia en servicio directo con los clientes, en especial clientes con problemas de abuso de sustancias o trastornos de salud mental.



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Reducción de la agresividad, agresión verbal y física, agresión, estrategias de reducción de la agresividad, respuestas de acción.



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint

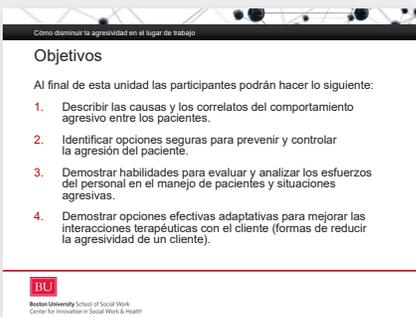
Folleto

- Herramienta de autoevaluación: cuidado personal

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo



DIPOSITIVA 1



DIPOSITIVA 2

Revise los objetivos.

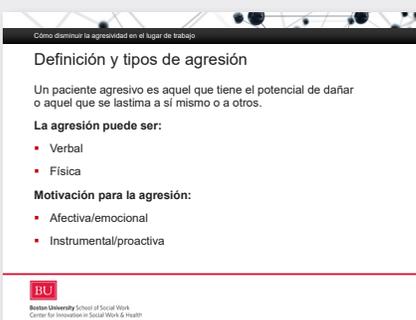


DIPOSITIVA 3

En esta imagen podemos ver que este hombre muestra una expresión facial agresiva.

Definamos: ¿Qué es la agresión?

Lo sabemos cuando la vemos, pero ¿qué es exactamente?



DIPOSITIVA 4

Cuando buscamos la definición de agresión podemos encontrar muchos significados.

Según Wikipedia, la agresión es una interacción social evidente, a menudo dañina, con la intención de infligir daño u otras molestias a otro individuo. Puede ocurrir en represalia o sin provocación.

A los fines de esta sesión, definiremos a un paciente agresivo como aquel que tiene el potencial de dañar o aquel que se lastima a sí mismo o a otros.

En los humanos, la agresión puede ser verbal o física. Sospecho que en algún momento muchos de nosotros hemos experimentado la agresión de alguien con quien hemos estado en contacto.

Como humanos, existen muchas motivaciones para la agresión. Piensen en las siguientes motivaciones:

- Afectiva o provocada por las emociones: cuando experimentamos sentimientos de ira y frustración, somos incapaces de controlar nuestras emociones y perdemos el control.
- Instrumental o provocativa: nuestro motivador es mantener el orden para lograr un objetivo o resultado positivo de forma controlada.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo



DIAPPOSITIVA 5

Miremos esta imagen, ¿cómo interpretarían lo que está pasando?

Claramente está frustrada por lo que está leyendo o siente que ha perdido el control y literalmente se está arrancando el pelo.

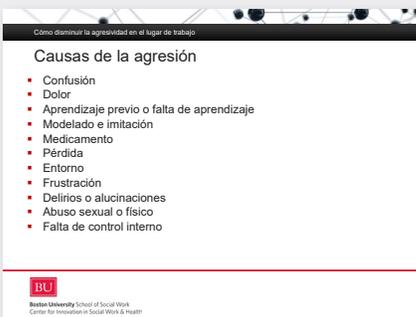
Pregúntele a las participantes si alguna vez sintieron tanta frustración que pensaron en tener o tuvieron un comportamiento agresivo.



DIAPPOSITIVA 6

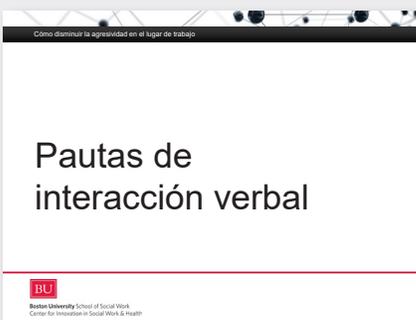
Existen muchos factores que pueden provocar que las personas se vuelvan agresivas, en especial si las personas con las que trabajamos presentan lo siguiente:

- Enfermedad mental
- Lesión cerebral traumática
- Antecedentes de trauma
- Trastorno del desarrollo
- Trastorno por el consumo de sustancias



DIAPPOSITIVA 7

Revise la diapositiva.



DIAPPOSITIVA 8

Ahora aprenderemos formas de manejar situaciones agresivas a nivel verbal.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Como disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Muestran respeto y den el ejemplo de interacciones tranquilas.

Ejemplos:

- Inclínense hacia adelante.
- Hagan buen contacto visual.
- Hablen con un tono de voz más bajo.
- Cumplan las promesas.
- Usen los pronombres correctos.
- Muéstrense tan tranquilas como les gustaría que estén los demás.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Como disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Expliquen su función y las reglas

Ejemplos:

- Expliquen lo que pueden hacer.
- Expliquen lo que se permite en el lugar.



"Como promotora de salud no puedo cambiarlo de médico, pero la clínica tiene un proceso que le permitirá solicitar un proveedor nuevo. Si lo desea, puedo ayudarlo con ese proceso."

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Como disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Escuchen, tómense el tiempo, repitan lo que comprenden de la situación.

Ejemplo: "Por lo que me estás diciendo... ¿Lo entendí bien?"



"¿Eso lo resume todo?" "¿Me perdí de algo?"

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Como disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

No se dejen provocar por el estado emocional del otro.

Ejemplos:

- Conozcan sus propios factores desencadenantes.
- Usen técnicas de relajación y de enraizamiento.
- Tengan en cuenta que no se trata de ustedes.
- Asegúrenle al paciente que están allí para ayudarlo.



Mantengan la calma y quiten el "yo" de la ecuación.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Para ayudar a manejar situaciones agresivas a nivel verbal, los siguientes son ejemplos de cómo pueden usar el lenguaje verbal y no verbal para calmar la situación cuando trabajan con los clientes. Es útil inclinarse hacia adelante, hacer un buen contacto visual, bajar el tono de voz y cumplir las promesas.

Ejemplos:

- Expliquen lo que pueden hacer y lo que está permitido en el edificio.
- Reformulen lo que el cliente les dice para asegurarse de que comprenden: "¿Está diciendo que. . . ?".
- Mantengan la calma, asegúrenle al paciente que están allí para ayudarlo.
- Reformulen lo que están escuchando: "Entonces ¿el problema es. . . ?" ¿Le preocupa que. . . ? Esto le molesta porque. . . ."
- Pregúntenle al cliente: "¿Cómo ha manejado esto antes? ¿Alguien pudo ayudarlo con su problema antes? ¿Qué ayudará en esta situación? Cuando esto sucede, generalmente. . . ."

DIAPPOSITIVA 10

En ocasiones, es útil explicar cuál es su rol y cómo podrían ayudar al cliente. Si existen políticas que deben seguir en el lugar de trabajo con respecto a la gestión de una situación agresiva, expliquen al cliente qué puede y qué no puede suceder. Pidan ayuda a sus compañeros de trabajo según sea necesario para manejar la situación.

DIAPPOSITIVA 11

Si se reúnen con un cliente, tómense el tiempo para escuchar lo que el cliente les está diciendo y repitan lo que escuchan para asegurarse de comprender y establecer posibles formas de ayudar al cliente. Los clientes se frustran con las situaciones que no entienden, así que sean quienes las expliquen bien.

DIAPPOSITIVA 12

Tengan cuidado, ya que a veces podemos quedar atrapados en una situación agresiva. Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Lleguen a un acuerdo con el cliente sobre el problema, validen la dificultad.

Ejemplos:

- "Entonces el problema es... ¿Lo entendí bien?"
- "Le preocupa que..."
- "Esto le molesta porque..."

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 13

En ocasiones, los clientes quieren que reconozcan los desafíos que experimentan y que provocan su frustración.

Asegúrense de hacer preguntas para garantizar la comprensión del desafío que están experimentando, tales como:

"Le preocupa que. . . ."

"Esto le molesta porque. . . ."

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Exploran las opciones

Ejemplos:

- ¿Cómo ha manejado esto antes?
- ¿Alguien pudo ayudarlo con su problema antes?
- ¿Qué ayudará en esta situación?
- Cuando esto sucede, por lo general...

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 14

Los clientes son resilientes. Muchas veces han experimentado otras situaciones frustrantes que conducen a respuestas agresivas.

Exploran las opciones con ellos para averiguar cómo pueden manejar la situación.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Sean el puente hacia la siguiente persona o actividad.

Ejemplos:

- "Comprobaré _____ por usted, pero es posible que no tenga una respuesta hoy".
- "Creo que la médica todavía lo está esperando. Lo acompañaré para que pueda consultar con ella".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 15

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Opciones de respuesta verbal

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 16

Ahora veremos estrategias para manejar una situación verbalmente agresiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Aclaración

Una pregunta que comienza con: "¿Quiere decir que..." o "¿Está diciendo que..." más una reformulación del mensaje del paciente.

- **Propósito:** alentar al paciente a desarrollar, verificar la precisión o aclarar mensajes vagos y confusos.
- **Ejemplo:** "¿Quiere decir que se molestó y confundió cuando no pudo ver al médico?"

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 17

A veces, cuando un cliente se vuelve agresivo a nivel verbal y ustedes desean calmar la situación, existen varias respuestas verbales que se pueden utilizar, como la aclaración.

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Paráfrasis

Reformulación del contenido del mensaje del cliente.

- **Propósito:** ayudar al cliente a centrarse en el contenido de su mensaje, a resaltar el contenido cuando encargarse de la emoción es prematuro o autodestructivo.
- **Ejemplo:** "Está enojado porque no pudo ver al médico y le tomó 1½ hora llegar en el autobús".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 18

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Reflexión

Reflexionar sobre la parte emocional del mensaje del paciente.

- **Propósito:** alentar la expresión de los sentimientos, que el paciente experimente los sentimientos de forma más intensa, ayudar a ser más consciente de los sentimientos que dominan, ayudar al paciente a discriminar con precisión entre los sentimientos.
- **Ejemplo:** "Parece que se siente frustrado y enojado porque está tratando de hacer lo correcto".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 19

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Resumen

Dos o más paráfrasis o reflexiones que condensan el mensaje del paciente.

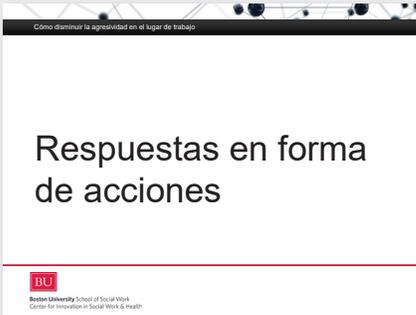
- **Propósito:** unir varios elementos de mensajes, identificar un tema o patrón común, interrumpir la divagación excesiva, revisar el progreso.
- **Ejemplo:** "Así que está enojado porque hizo todo lo posible para cumplir con la consulta y quiere estar bien..."

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPOSITIVA 20

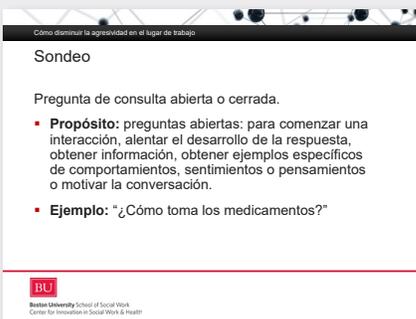
Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo



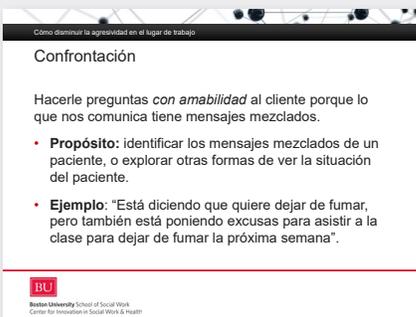
DIAPPOSITIVA 21

Echemos un vistazo a algunas respuestas de acción adicionales.



DIAPPOSITIVA 22

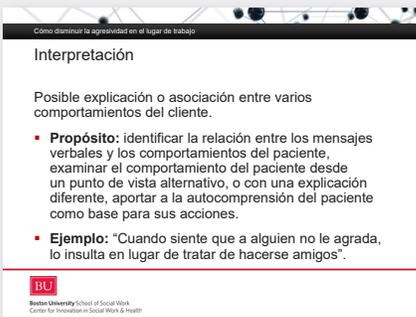
Revise la diapositiva.



DIAPPOSITIVA 23

Podemos hacerle preguntas *con gentileza* al cliente porque lo que nos comunica tiene mensajes mezclados.

Revise la diapositiva.



DIAPPOSITIVA 24

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Dar información

Comunicación verbal de datos o hechos.

- **Propósito:** identificar alternativas, evaluar alternativas, disipar mitos o motivar al paciente a examinar problemas que podrían haberse estado evitando.
- **Ejemplo:** "¿Sería útil si _____?"
"Algunas personas se relajan cuando respiran hondo".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 25

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Consideraciones especiales: agresión verbal

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 26

A continuación, veremos algunas consideraciones especiales relacionadas con la agresión verbal.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Estar de acuerdo

- **Propósito:** mostrarle al cliente que pueden entender su punto de vista.
- **Ejemplo:**
 - Cliente: "Quiero participar en la decisión de qué medicamentos tomar contra el VIH. Yo soy quien tiene que tomarlos, no él".
 - CHW: "Tiene razón, debe comprometerse a tomar los medicamentos todos los días. Planifiquemos reuniones con su médico para comprender qué opciones de medicamentos están disponibles para usted".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 27

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Discúlpense

- **Propósito:** evitar una posible discusión.
- **Ejemplo:**
 - Cliente: "¡Usted cree que estoy vendiendo los pases de autobús que me da para ir a las consultas por dinero en efectivo!"
 - CHW: "Lamento que piense eso. Tenga en cuenta que estoy aquí para ayudarlo con las barreras que le impiden asistir a las consultas. Estoy aquí para ayudarlo con otros recursos que pueda necesitar. ¿Cómo puedo ayudarlo?"

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 28

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Pretendan que no están al tanto

- **Propósito:** ganar tiempo, recopilar información y ayudar al cliente a concentrarse.
- **Ejemplo:**
 - Cliente: "Mi administrador de casos no presentó mi solicitud de asistencia de emergencia para servicios públicos porque cree que gasté mi cheque de SSDI en un televisor".
 - CHW: "No sé nada de esto. Cuénteme más".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 29

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Eviten razonar y explicar

- **Propósito:** si el cliente tiene distorsiones sensoriales o retrasos cognitivos debido a una discapacidad del desarrollo, lesión cerebral traumática o los efectos del trauma.
- **Ejemplo:**
 - Cliente: "El Dr. Lee no cree que haya estado tomando mis medicamentos porque mi carga viral no está suprimida después de tomar los medicamentos de manera estricta durante los últimos 6 meses".
 - CHW: "No lo entiendo, pero le creo. Reunámonos con el médico para entender mejor la situación".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 30

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Aléjense

- **Propósito:** ayudar a distender la situación, dejar que el tiempo lo sane.
- **Ejemplo:**
 - Cliente: "Ayer me suspendieron en el trabajo porque usted no consiguió que el médico me diera el certificado médico para no ir a trabajar".
 - CHW: "Necesito calmarme un poco. Le pediré a mi supervisor que lo ayude".

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 31

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Consideraciones especiales

Agresión física

- Aléjense
- Tengan cuidado con el lenguaje corporal
- Estén alerta
- Pidan ayuda
- Actúen a la defensiva

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 32

Lamentablemente, en algunas situaciones los clientes se vuelven agresivos a nivel físico y nuestro objetivo es gestionar nuestra seguridad. Existen ciertas estrategias para mantenerse a salvo:

- Alejarse: hagan solo lo que debe hacerse, como brindar alimentos y obtener medicamentos. Si intentan intervenir con las actividades normales, aumentarán el riesgo para ustedes y el paciente.
- Tener cuidado con el lenguaje corporal: asegúrense de acercarse al paciente de frente. No le den la espalda. Denle al paciente mucho espacio. Usen un tono de voz tranquilo y reduzcan los estímulos alrededor de la persona.
- Estar alerta: si ha ocurrido un episodio agresivo, lo más probable es que vuelva a ocurrir. Estén preparadas.
- Obtener ayuda: trabajar en equipo es más efectivo.
- Actuar a la defensiva: casi todo se puede usar como arma. Permanezcan alerta y conscientes de los posibles escenarios en el episodio agresivo.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Ejemplo de caso

- Mary es una mujer trans de 33 años con antecedentes significativos de trauma. Fue diagnosticada con trastorno de estrés posttraumático y tiene algunos retrasos cognitivos debido a una lesión cerebral traumática que sufrió cuando la agredieron hace varios años.
- Cada vez que Mary llega a la oficina, parece tranquila al principio, pero luego comienza a gritarle a la recepcionista si tiene que esperar más de 15 minutos.
- A veces, la recepcionista puede tranquilizarla, pero muchas veces le piden a Mary que se retire.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 33

Pídale a una voluntaria que lea el ejemplo de caso.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Sondeo

En este ejemplo, ¿qué cosas les gustaría considerar al abordar la agresión de Mary?

1. Los antecedentes de trauma de Mary. ¿El entorno la hace sentir insegura? ¿Su agresión es un medio por el que intenta recuperar la seguridad?
2. Las necesidades cognitivas de Mary. ¿Mary percibe el tiempo de la misma manera? ¿Parece que el tiempo se desacelera o acelera? ¿Se siente abrumada por las consultas?
3. Reacción por el género. ¿El entorno acepta su identidad de género y la respeta?

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 34

Lea la pregunta.

Pida una voluntaria para que lea cada punto.

Pídales a las participantes que comenten sobre cada punto.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo manejar la situación

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 35

Conozcamos formas adicionales de manejar situaciones difíciles.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Variables que controlar

1. Ustedes mismas
2. El cliente agresivo
3. Otras personas
4. El entorno



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 36

Cuatro variables que considerar al manejar una situación desafiante:

Ustedes mismas

A nivel emocional: mantener la compostura según se muestra por el tono de voz, la velocidad del habla, el uso de la fuerza y el lenguaje corporal.

A nivel físico: en el uso de las manos y los pies, la postura del cuerpo y la posición en relación con los demás.

El cliente agresivo

A nivel verbal: a través de la empatía, la reorientación, ofreciendo alternativas, brindando tranquilidad o estableciendo un límite.

A nivel físico: usar la opción menos restrictiva necesaria para prevenir o evitar lesiones durante situaciones de emergencia.

Otras personas

Los pacientes en el área pueden estar asustados, atemorizados o enojados. Por su seguridad y para evitar una agresión mayor, sería mejor pedirles que abandonaran el área inmediata.

El personal que ingresa a la escena después de que ocurra el incidente debe estar informado sobre la situación y recibir instrucciones (pedir ayuda, ofrecer asistencia, entre otros).

El entorno

El entorno debe estar libre de elementos peligrosos. Tengan en cuenta que cualquier objeto puede usarse como un arma.

Si un paciente necesita espacio para deambular, permitan ese espacio. Si un paciente se molesta por estar en una habitación pequeña, permítanle acceder a habitaciones más grandes.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Ustedes mismas

- Cuidado personal
- Técnicas de relajación y enraizamiento
- Conocimiento de los límites, las fortalezas, los recursos
 - Consulta con los servicios adecuados o expertos
- Comprensión del trauma
- Ropa y apariencia
- Lenguaje corporal y movimiento



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 37

Cuestiones a tener en cuenta para manejarse en una situación difícil:

- Cuidado personal
- Técnicas de relajación y enraizamiento
- Conocimiento de los límites, las fortalezas, los recursos
 - Consulten a los servicios o expertos adecuados a través de la supervisión, Programas de asistencia al empleado.
- Comprensión del trauma
- Ropa y apariencia: a veces, la forma en que se visten podría ser un factor de provocación para los clientes.
- Lenguaje corporal y movimiento: comprendan cómo su lenguaje corporal, su postura o sus movimientos repentinos pueden desencadenar la situación.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

El cliente

- Antecedentes de agresiones pasadas
- Datos demográficos (incluido el tamaño del cuerpo y la fuerza)
- Antecedentes de traumas pasados
- Tipo de droga consumida
- Estado de salud mental



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 38

Cuestiones a tener en cuenta para manejar al cliente en una situación difícil:

- Antecedentes de agresiones pasadas: ¿saben si el cliente tiene antecedentes de agresiones pasadas? Si la respuesta es no, lean la historia clínica o colaboren con los miembros del equipo que hayan trabajado antes con el cliente.
- Datos demográficos (incluido el tamaño del cuerpo y la fuerza)
- Antecedentes de traumas pasados
- Tipo de droga consumida
- Estado de salud mental

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Otras personas

- ¿Cómo afecta a los demás presenciar la agresión?
- ¿Es posible que se reubiquen?
- ¿Los testigos generan que la agresión aumente?



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 39

Cuestiones a tener en cuenta para manejar a otras personas en una situación difícil:

- ¿Cómo afecta a los demás presenciar la agresión?
- ¿Es posible que se reubiquen? Tal vez sea mejor estar en un entorno menos provocador para el cliente o con otros que puedan ayudarlas a calmar la situación.
- ¿Los testigos generan que la agresión aumente? Nuevamente, esta es una situación en la que el entorno en el que se encuentran con el cliente puede perjudicar o ayudar a la situación que están tratando de manejar.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Entorno

- Disposición, iluminación, acceso a las salidas
- ¿Eso podría usarse como un arma?
- Dotación de personal
- Disponibilidad de personal de respaldo o seguridad
 - Usen una palabra clave. Ejemplo: "¡Nueve!"
- Organización informada por trauma
- Configuración de la comunidad:
 - Casa del cliente
 - Espacios públicos



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 40

Cuestiones a tener en cuenta para manejar el entorno en el que se desarrolla la situación difícil:

- Disposición, iluminación, acceso a las salidas: revisen el entorno físico.
- ¿Hay materiales u objetos en el espacio que podrían usarse como armas?
- Personal: ¿Hay demasiada gente en la sala? ¿Las personas en la sala tienen una posición que podría amenazar al cliente?
 - Disponibilidad de personal de respaldo o seguridad
- Usen una palabra clave, por ejemplo "¡Nueve!".
- Agencia informada de trauma
- Configuración de la comunidad:
 - Casa del cliente
 - Espacios públicos

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Fases de un incidente agresivo

1. Preparación
2. Intervención
3. Documentación
4. Procesamiento
5. Supervisión



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 41

Revise la diapositiva.

Existen 5 fases en un incidente agresivo.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Preparación

La mejor manera de reducir la agresión es prepararse:

- Conózcense a ustedes mismas.
- Conozcan al cliente.
- Conozca los recursos.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 42

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Intervención

- Lenguaje corporal
- Habilidades para reducir la agresividad



BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 43

La fase de intervención tiene dos partes:

- Lenguaje corporal. A partir de esta imagen, se podría decir que la figura está cerrada a lo que otros digan. Vemos sus brazos cruzados y no hay contacto visual como lo indica su lenguaje corporal cerrado.
- La reducción de la agresividad podría ser difícil.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Intervención: reducir la agresividad

- Simplemente escuchen.
- Distráigan a la otra persona.
- Reorienten a la otra persona hacia algo positivo.
- Cambien de tema.
- Usen el humor (con moderación) para aligerar el estado de ánimo (¡tengan mucho cuidado con esto!).
- Motiven a la otra persona.
- Empaticen con la otra persona.
- Brinden opciones.
- Establezcan límites.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 44

Existen ciertas estrategias que se pueden aplicar para reducir la agresividad en una situación.

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Intervención: reducir la agresividad

Barreras de comunicación y empatía:

- Prejuizar
- No escuchar
- Criticar
- Insultar
- Participar en luchas de poder
- Mandar: decirle al cliente qué hacer
- Amenazar
- Minimizar lo que dice el cliente
- Discutir

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 45

En esta diapositiva podemos ver que ocasionalmente nosotros, como proveedores, podemos tomar decisiones que no admiten la reducción de la agresividad. Debemos asegurarnos de que nos estamos comunicando de maneras que apoyen la empatía. Aquí presentamos algunos errores que debemos evitar.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Documentación, procesamiento, supervisión

Documentación

Formularios de incidentes: las agencias deben tener una política para gestionar situaciones difíciles y formularios que se pueden utilizar para explicar la situación y la solución.

Procesamiento

¿Quién procesa o revisa los formularios de incidentes? Los formularios deben revisarse para garantizar la comprensión de la situación y la oportunidad de aprender y gestionar mejor las situaciones futuras.

Supervisión

El personal de la agencia debe participar en la capacitación anual para garantizar que estén preparados para manejar situaciones desafiantes con los clientes y para tener en claro la política y los procedimientos de la agencia.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 46

Las fases adicionales del incidente más allá de manejar la situación incluyen lo siguiente.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Trabajo en equipos

- Los equipos de dos o tres personas funcionan mejor. Una persona que trabaja sola está en una gran desventaja. Los equipos de más de tres personas pueden causar mayor confusión.
- Los procedimientos para trabajar en equipo incluyen elementos no físicos y físicos.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 47

Se necesita el apoyo del equipo para ayudar a mitigar las situaciones difíciles.

Si existe la posibilidad de que un cliente se vuelva agresivo a nivel verbal o físico, siempre es mejor tener equipos preparados para manejar la situación. En algunas instituciones, una afirmación designada por teléfono o sistema de megafonía podría indicar: "Se necesita al Sr. Rápido en la habitación 9". . . . esto alertaría a los miembros del equipo para que acudan a ayudar a un miembro del personal que maneja una situación difícil. Estoy seguro de que muchas de sus instituciones tienen implementadas estas políticas de crisis. Infórmense sobre la política de su institución.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Trabajo en equipos

Elementos no físicos

- Los equipos de hombres y mujeres funcionan mejor.
- Obtengan ayuda siempre que sea posible.
- Negocien, no se rindan, pero alcancen el punto medio.
- No hagan promesas que no puedan cumplir.
- No le mientan a la persona.
- Eviten las jugadas para obtener poder y control.
- La distracción y la reorientación son buenas opciones.
- Comuniquense.
- Estén de acuerdo en estar en desacuerdo.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 48

Estas son algunas consideraciones adicionales para trabajar en equipo.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Trabajo en equipos

Elementos físicos:

- Establezcan un líder.
- Preparen el entorno, conozcan las salidas.
- Manténganse fuera del alcance.
- Mantengan su postura (postura T).

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 49

Si la situación se vuelve física en un equipo, consideren lo siguiente.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Resumen

- El comportamiento agresivo es común en entornos de salud mental y atención médica.
- Los incidentes de agresión las ponen a ustedes y al paciente en riesgo.
- La preparación es la mejor defensa.
- Un buen cuidado personal y un entorno informado sobre el trauma pueden ayudar a gestionar el impacto y reducir los incidentes agresivos.
- Mantener buenas habilidades de comunicación verbal y física ayudará a reducir la probabilidad de incidentes agresivos y disminuirá el riesgo de lesiones cuando ocurran.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 50

Revise la diapositiva.

Cómo disminuir la agresividad en el lugar de trabajo

Referencias

Occupational Health & Safety Agency for Healthcare in BC (2005). "Preventing Violent and Aggressive Behaviour in Healthcare: A literature review". Vancouver, BC.

Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., Portera, B. A., & Weiner, C. (1997). "Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital". *American Journal of Psychiatry*, 154(1), 88-93.

Tateno, A., Jorge, R., & Robinson, R. (2003). "Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury". *Journal of Neuropsychiatry*, 15(2), 155-160.

El-Badri, S. M., & Mellsoop, G. (2006). "Aggressive behavior in an acute general adult psychiatric unit". *Psychiatric Bulletin*, 2006(30), 166-168.

Carvalho, H. B., & Seibel, S. D. (2009). "Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV". *Clinics*, 64(9), 857-866.

Soyka, M. (2000). "Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour". *British Journal of Psychiatry*, 176, 345-350.

Amore, M. et al. (2008). "Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study". *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 62, 247-255.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 51

Herramienta de autoevaluación: cuidado personal*

¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?

	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Nunca se me ocurrió
Cuidado personal físico					
Comer regularmente (p. ej., desayuno y almuerzo)					
Comer sano					
Hacer ejercicio o ir al gimnasio					
Levantar pesas					
Practicar artes marciales					
Obtener atención médica regular para la prevención					
Obtener atención médica cuando es necesario					
Tomarse un tiempo libre cuando está enfermo					
Recibir masajes u otro trabajo corporal					
Hacer actividad física divertida					
Tomarse el tiempo para la actividad sexual					
Dormir lo suficiente					
Usar ropa que le guste					
Tomarse vacaciones					
Hacer viajes de un día o tomarse minivacaciones					
Alejarse de la tecnología estresante como los teléfonos y el correo electrónico					
Otro:					
Cuidado personal psicológico					
Tomarse un tiempo para la autorreflexión					
Ver a un psicoterapeuta o consejero por su cuenta					
Escribir en un diario					
Leer bibliografía no relacionada con el trabajo					
Hacer algo en lo que sea principiante					
Tomar medidas para disminuir el estrés en su vida					
Observar su experiencia interior: sus sueños, pensamientos, imágenes, sentimientos					
Dejar que otros conozcan diferentes aspectos de usted					
Ocupar su inteligencia en un área nueva: ir a un museo, espectáculo, deportes u otras actividades					
Practicar recibir algo de otros					
Ser curioso					
En ocasiones, decir que no a responsabilidades adicionales					
Pasar tiempo al aire libre					
Otro:					



	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Nunca se me ocurrió
Cuidado personal emocional					
Pasar tiempo con otros cuya compañía disfruta					
Mantenerse en contacto con personas importantes en su vida					
Tratarse amablemente (diálogo interno de apoyo)					
Sentirse orgulloso de sí mismo					
Releer sus libros favoritos, volver a mirar sus películas favoritas					
Identificar y buscar actividades, objetos, personas, relaciones, lugares reconfortantes					
Permitirse llorar					
Encontrar cosas que le hagan reír					
Expresar su indignación de manera constructiva					
Jugar con niños					
Otro:					
Cuidado personal espiritual					
Tomarse un tiempo para la oración, la meditación, la reflexión					
Pasar tiempo en la naturaleza					
Participar en una reunión, comunidad o grupo espiritual					
Estar abierto a la inspiración					
Apreciar su optimismo y esperanza					
Tener en cuenta los aspectos no tangibles (no materiales) de la vida					
Identificar lo que es significativo para usted y observar su lugar en la vida					
Cantar					
Expresar gratitud					



	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Nunca se me ocurrió
Celebrar los hitos con rituales que sean significativos para usted					
Recordar y conmemorar a los seres queridos que han muerto					
Cuidar a otros					
Tener experiencias llenas de asombro					
Contribuir o participar en causas en las que cree					
Leer bibliografía inspiradora					
Escuchar música inspiradora					
Otro:					
Cuidado personal profesional o en el lugar de trabajo					
Tomarse el tiempo para almorzar					
Tomarse el tiempo para conversar con sus compañeros de trabajo					
Tomarse el tiempo para completar las tareas					
Identificar proyectos o tareas que sean emocionantes, prometedores de crecimiento y gratificantes para usted					
Establecer límites con clientes y colegas					
Equilibrar su carga de trabajo para que ningún día sea “demasiado”					
Organizar su espacio de trabajo para que sea cómodo y reconfortante					
Obtener supervisión o consultas regulares					
Negociar sus necesidades					
Tener un grupo de apoyo de pares					
Otro:					

*Adaptado de Saakvitne, et. al. *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*, 1996.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Confidencialidad

Situaciones en las que la información protegida por la HIPAA puede divulgarse sin el permiso o consentimiento del cliente:

- ✓ Para informar abuso, negligencia o violencia doméstica.
- ✓ Para prevenir amenazas serias para la salud y la seguridad pública.
- ✓ Para informar al Departamento de Salud Pública a los fines de la salud.
- ✓ Para informar a la oficina correspondiente durante la asistencia en casos de catástrofe.
- ✓ Para compensar a los trabajadores.
- ✓ Para informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) sobre los efectos secundarios esperados de los medicamentos o los defectos de productos alimenticios para permitir el retiro del producto.
- ✓ Para informar a una institución correccional.
- ✓ Para informar a directores de funerarias, médicos examinadores, médicos forenses, instituciones de obtención de órganos, para ciertos fines de investigación.
- ✓ Para notificar la ubicación de una persona a los miembros de la familia o el tutor legal involucrado en el cuidado del cliente.

Entre las consecuencias de violar la confidencialidad se incluyen las siguientes:

- ✓ Amonestación, advertencia o despido del empleado
- ✓ El cliente/paciente puede sentirse avergonzado.
- ✓ El cliente perderá la confianza en la promotora de salud (Community Health Worker, CHW) y la agencia.
- ✓ El cliente puede presentar cargos contra la CHW y la agencia.
- ✓ La agencia podría recibir una multa con sanciones penales por ignorar la HIPAA.

Cómo establecer y mantener los límites profesionales

Establecer y mantener los límites profesionales apropiados les permite a las promotoras de salud (CHW) proteger mejor el bienestar de los clientes, de ellas mismas, de los empleadores y de la comunidad.

Entre los ejemplos de problemas con los límites profesionales se encuentran los siguientes:

- Divulgación de información personal de una CHW a un cliente
- Contacto físico con un cliente
- Relación romántica o sexual con un cliente
- Relaciones duales o múltiples con los clientes

Una **relación dual o múltiple** existe cuando tiene otro tipo de relación o conexión con alguien que también es su cliente. Por ejemplo, un cliente puede ser un ex compañero de trabajo o un miembro de su iglesia, sinagoga o mezquita.

Las CHW con frecuencia se enfrentan a posibles dilemas de límites, por ejemplo que un cliente les ofrezca obsequios, les pida dinero prestado o las invite a construir una relación romántica. Ya sea que le presten a un cliente \$1,50 para el boleto de autobús, que lleven a un cliente en su automóvil a una consulta, que las inviten a convertirse en la madrina de la hija del cliente o que vean a un cliente en el supermercado o la escuela de su vecindario, a veces es difícil saber qué hacer.

Los **límites profesionales** se definen como *las limitaciones o pautas éticas que un profesional establece dentro de las relaciones laborales*. Los límites pueden ser variables y flexibles según la situación.

Establecer límites profesionales puede ser útil para que la CHW y el cliente definan claramente su relación de trabajo. Identificar lo que pueden o no pueden hacer por el cliente es una parte importante de generar confianza en la relación. Los clientes deben saber qué esperar de su comportamiento al comienzo de la relación. El momento en que una CHW se desvía de un rol estrictamente profesional se conoce como **cruce de límites**.

No todos los cruces de límites se consideran poco éticos. Debido a que las CHW a menudo trabajan en la misma comunidad donde viven, es difícil evitar las relaciones duales con los clientes. De hecho, esas relaciones pueden ser parte de lo que hace a la CHW una “miembro confiable de la comunidad”. Sin embargo, las CHW deben ser conscientes de su posición influyente y evitar abusar de la confianza de los clientes.

Se debe comprender que algunas relaciones duales pueden afectar el juicio profesional o aumentar el riesgo de daño a los clientes. El principio básico aquí debería ser: ¿qué es lo mejor para el cliente? Si podría ser perjudicial para un cliente trabajar con una CHW con quien tiene una relación dual, entonces la CHW debe derivar a ese cliente a una colega.



Aquí se presentan algunas preguntas que pueden hacerse si surge un dilema de límites:

- ¿Quién se beneficia del cruce de límites?
- ¿Es necesario el cruce de límites?
- ¿El cliente recibió el consentimiento informado sobre los posibles riesgos involucrados en el cruce de límites?
- ¿Cómo afectará el cruce de límites a la relación?
- ¿Estoy siendo objetiva?
- ¿Existe un contexto cultural que deba considerar en esta situación?

En caso de duda, busquen el apoyo de sus colegas, el supervisor o el código de ética del lugar de trabajo.

Fuente: Berthold et al (Eds.), 2009, *Foundations for Community Health Workers*

Los límites en las relaciones profesionales

En su opinión, decidan si cada una de estas situaciones está claramente siempre bien o nunca bien. Si hay momentos en los que puede o no estar bien, según las circunstancias, marquen a veces bien. Luego expliquen **cuándo** o en **qué circunstancias** ese comportamiento estaría bien. Compartan sus respuestas con el resto de las participantes.

Comportamiento	Siempre bien	Nunca bien	A veces bien (¿cuándo?)
1. Ocultar del supervisor o del equipo su atracción hacia el cliente.			
2. Ocultar del supervisor o del equipo la atracción del cliente hacia ustedes.			
3. Ocultar del supervisor o del equipo problemas de límites.			
4. Violar las reglas para un cliente en particular.			
5. Comunicarle creencias religiosas o espirituales al cliente.			
6. Defender a un cliente a pesar de la desaprobación del equipo o la agencia.			
7. Socializar fuera de horario con un cliente.			
8. Llevar a un cliente a su casa por cualquier motivo.			
9. Compartir una comida con un cliente.			
10. Participar en intereses comunes con un cliente.			
11. Pasar tiempo a solas con el cliente en su departamento.			
12. Prestarle dinero a un cliente.			
13. Prestarle artículos personales a un cliente.			
14. Aceptar un préstamo de dinero de un cliente.			
15. Aceptar un préstamo de artículos personales de un cliente.			
16. Darle un regalo a un cliente.			
17. Aceptar un regalo de un cliente.			
18. Llamar a un cliente después del horario laboral.			
19. Aceptar una llamada de un cliente después del horario laboral.			
20. Aceptar una llamada de un cliente en su casa.			
21. Invitar a los clientes a una fiesta en su casa.			
22. Ver a un antiguo cliente como un amigo.			
23. Salir con un antiguo cliente.			
24. Aceptar un abrazo de un cliente.			
25. Abrazar a un cliente.			
26. Aceptar un masaje de un cliente.			
27. Enviar un masaje a un cliente.			
28. Llevar a un cliente a su iglesia.			
29. Llevar a un cliente a su reunión de autoayuda.			
30. Viajar en el vehículo de un cliente.			
31. Animar a su cliente a revelar su estado a su pareja.			
32. Animar a su cliente a revelar su estado a sus familiares.			
33. Revelar su propio estado de VIH y su historia de vida al cliente.			

Escenarios de límites

Confusión de los roles

Joe recibió servicios de atención primaria y administración de casos de la clínica, lo que ha apoyado su objetivo de incrementar su conocimiento sobre el VIH y cómo manejar su salud. Joe está listo para ayudar a otros que están luchando contra la enfermedad. Se capacitó para convertirse en CHW y tiene un trabajo de medio tiempo en la clínica como CHW. Ahora debe manejar su rol doble: paciente y CHW. Durante una reunión de supervisión reciente, Joe les contó a sus colegas que tiene dificultades para asistir al grupo de apoyo al que ha ido durante los últimos tres años y que lo ayudó con su sobriedad.

¿Cuáles son los problemas de límites presentados en este escenario y qué harían?

Una relación previa

Brad es un CHW en la clínica. Un día ve a que su amigo Steve entra a la clínica para su primera cita. Brad se sorprende al ver a Steve, ya que nunca han hablado sobre su estado de VIH. Brad ahora está preocupado porque su confidencialidad se verá comprometida porque comparten los mismos círculos sociales.

Como CHW en este escenario, ¿qué harían?



Condición de inmigrante

Ramon Torres, un hombre de 38 años de Guatemala, es un cliente que fue arrestado y condenado por conducir intoxicado en 2015. Se le solicitó que completara el tratamiento hospitalario y que tomara un curso de conducción defensiva, que finalizó con éxito.

Ramon ha asistido a la clínica desde 2014, pero ha tenido problemas con el cumplimiento del tratamiento y con la asistencia a las consultas médicas. Una vez que salió de la cárcel, se le asignó un navegador de pacientes que apoyó a Ramon cuando comenzó a recibir el tratamiento con medicamentos para pacientes hospitalizados y a asistir a citas médicas y judiciales. Ramon comenzó a prosperar una vez que estuvo sobrio y en la última visita presentó carga viral suprimida e indetectable.

El Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (*Immigration and Customs Enforcement*, ICE) recientemente comenzó a hacer preguntas sobre los clientes e incluso a detener a algunos que tenían condenas previas. Esto asusta a Ramon y ahora se niega a volver a la clínica por temor a ser detenido por el ICE.

Como CHW/navegador, ¿cómo ayudarían a este paciente?

Si un oficial del ICE se les acercara y les preguntara si Ramon Torres es un cliente de la clínica, ¿cómo responderían?



Violencia doméstica

Una CHW ha estado trabajando con una mujer heterosexual casada que tiene dos hijos pequeños. La cliente vive en un hogar subsidiado y se queda en casa con sus hijos mientras su esposo trabaja. La cliente no puede ir a la clínica ni acceder a otros servicios con mucha frecuencia, pero el cuidado de los niños ha sido la única barrera identificada.

El administrador de casos de vivienda de la cliente habló con ella mediante correos electrónicos, y ella le dijo que le tenía miedo a su esposo. El administrador de casos de vivienda no pudo hacer una visita al hogar, por lo que la CHW acordó ir y usar su vehículo personal para conducir 30 millas y visitar a la cliente.

Al llegar, la CHW confirma que se está atravesando una situación de violencia doméstica y que la cliente no puede salir de la casa. La CHW llama a las líneas directas locales de violencia doméstica, pero no puede comunicarse con un miembro del personal por teléfono. La CHW llama a la agencia de vivienda, que inmediatamente le proporciona a la cliente un cupón para hospedarse en un hotel. El esposo de la cliente no está en casa, pero a menudo llega sin avisar. La cliente no esperaba huir de la casa con sus dos hijos y no tiene sus pertenencias empacadas, por lo que la CHW la ayuda a empacar las pertenencias para ella y sus hijos en una maleta que la CHW tenía en su vehículo personal.

Se hacen los arreglos para hospedarse en el motel, pero la cliente no tiene tarjetas de débito ni crédito, no tiene efectivo y no tiene su tarjeta de cupones de alimentos, ya que la tiene su esposo. En el camino a la oficina del Departamento de Seguridad Nacional (*Department of Homeland Security*, DHS) para obtener los beneficios, los dos hijos de la cliente lloran porque no han comido nada desde el desayuno. La CHW usa su tarjeta de débito personal para comprar comida para los niños. La cliente decide que está demasiado abrumada para ir a la oficina del DHS con los niños, ya que no tiene un cochecito y se pone ansiosa cuando sale de la casa. Tiene los ojos llenos de lágrimas y está traumatizada por los eventos del día. En este momento, ya es el final de la tarde, por lo que la CHW conduce a la cliente a la habitación del motel y la ayuda a sacar los artículos del automóvil. La CHW acuerda regresar al motel a la mañana siguiente. Los hijos de la cliente han dejado comida y empaques esparcidos por todo el automóvil.

La CHW llega al motel al día siguiente y dos hombres desconocidos abren la puerta y le dicen a la CHW que la cliente está en la cama. Resulta que el esposo de la cliente descubrió en qué motel se encontraba y apareció durante la noche. Lo arrestaron, pero lo dejaron salir temprano esa mañana. La CHW ingresa a la habitación y descubre que el esposo de la cliente ha estado recorriendo el área alrededor del motel. Al esposo lo encontraron con posesión de drogas, por lo que es probable que esté intoxicado. La CHW llama al 911 y solicita una escolta policial. En lugar de llevar a la cliente a solicitar beneficios como se había acordado, la policía dice que deben ir directamente a un centro de violencia doméstica y presentar una orden de restricción.

La CHW termina encerrada en la habitación del motel con la cliente, sus dos hijos y dos hombres durante dos horas y media mientras esperan a la policía. La CHW compró comida para la familia una vez más, ya que pasaron varias horas mientras la policía estaba en la escena.

¿Cuáles son los problemas de límites presentados en este escenario y qué harían?



Violencia doméstica

Mike, un nuevo cliente de la clínica, es un hombre de 32 años que le dice a su CHW que escapó de su apartamento después de que su pareja Will lo mantuvo cautivo y lo golpeó durante todo el fin de semana.

Will es un hombre de 30 años que ha sido cliente de la clínica durante varios años y la CHW lo conocía de la comunidad antes de venir a trabajar a la clínica. La CHW es miembro de la junta de una organización sin fines de lucro local en la que Will y Mike son voluntarios. La CHW informó un conflicto de intereses a su supervisor, pero se determinó que estaría bien trabajar con Mike.

Los dos clientes se encuentran en una situación de violencia doméstica permanente. La CHW visita el hogar y, aunque Mike había presentado una orden de restricción contra Will, Will está en el departamento de Mike. Will consumió metanfetamina y dice que escucha voces. Mike dice que Will comprende que ya no están en una relación y que se queda temporalmente en su casa porque perdió su departamento y no tiene a dónde ir. La CHW pregunta si Mike entiende que esto viola la orden de restricción diseñada para protegerlo de la violencia física en el futuro. La CHW convence a Will de que abandone la casa y lo lleva de regreso a la clínica para resolver el problema de la vivienda.

En su rol de organizadora comunitaria, la CHW tiene múltiples relaciones con ambos clientes fuera del rol de CHW, ya que la asiste a las funciones sociales y se reúne con ambos clientes en la comunidad. En uno de estos entornos, los amigos en común se plantean las preocupaciones sobre el abuso en presencia de la CHW, quien informa que no pueden hablar sobre eso. Los amigos están intentando desarrollar una estrategia para ayudar a Will con el consumo de sustancias y la situación de vivienda.

Dos semanas después, Mike está en una sesión de asesoramiento en la clínica y le dice a su terapeuta que tiene miedo de regresar a casa porque Will está allí y lo estaba amenazando. Will continuó quedándose en el departamento hasta que fue arrestado. Se le ha pedido a la CHW que testifique en el juicio, sin embargo, solicita la desestimación debido a las relaciones duales.

¿Cuáles son los problemas de límites presentados en este escenario y qué harían?

Cómo priorizar y organizar el tiempo



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Organizar el tiempo y las tareas para gestionar las múltiples demandas de una promotora de salud.



INSTRUCCIONES

- Antes de la sesión, prepare dos hojas de rotafolio:
1) Importancia de las habilidades organizativas y 2) Desafíos y soluciones para la gestión del tiempo. Revise las diapositivas de PowerPoint y los folletos.
- Dele la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos de la sesión (diapositiva 2). Explique a las participantes que administrar el tiempo es importante para todos, pero es especialmente importante para las CHW.
- Análisis: pregunte: "¿Por qué las habilidades organizativas son importantes para las CHW?"
 - Solicite respuestas y escríbalas en el rotafolio.
 - Las CHW deben equilibrar muchas exigencias al mismo tiempo. Enfrentan las exigencias de los miembros de la comunidad, los compañeros de trabajo, los supervisores, los familiares, entre otros. Pueden sentir que no tienen mucho control sobre su tiempo.
- Muestre los consejos para la gestión del tiempo (diapositiva 3).
- Actividad para priorizar las tareas
 - Distribuya el folleto "Hoja de actividad de gestión del tiempo".
 - Muestre la diapositiva 4 para obtener instrucciones detalladas. Pídale a las participantes que primero trabajen solas en la actividad de gestión del tiempo y que luego compartan la actividad con una compañera.
 - Pregunte: "¿Cuáles son sus desafíos para la gestión del tiempo?" Escriba las respuestas en el rotafolio.
 - Pregunte: "¿Cuáles son algunas soluciones que tienen para estos desafíos?" Escriba las respuestas en el rotafolio.
- Comparta la información sobre las aplicaciones de gestión del tiempo y el folleto de registro del tiempo.
- Cierre la actividad. Resuma afirmando que a todos les cuesta la gestión del tiempo. Como CHW, idear una estrategia de gestión del tiempo que funcione para ustedes fomentará una relación productiva y de confianza con el equipo de atención y los clientes. También puede evitar que se sientan abrumadas por su trabajo y que sientan agotamiento.



Roles C3 relacionados

Todos

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades y conducta profesional



Métodos de enseñanza

Lluvia de ideas con el grupo grande, actividad individual, actividad en parejas



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Gestión del tiempo, priorización, organización



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores

Folletos

- Hoja de actividad de gestión del tiempo
- Registro de tiempo



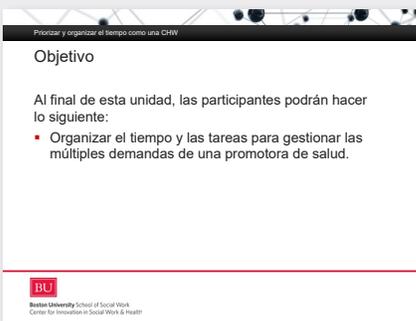
Recursos

Información sobre aplicaciones de gestión del tiempo, <https://techigem.com/time-management-apps/>

Cómo priorizar y organizar el tiempo

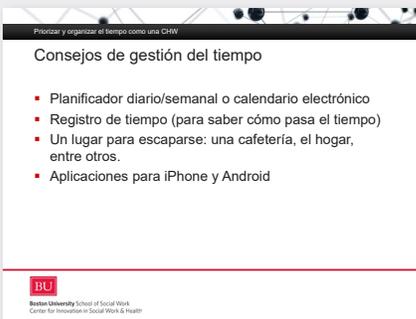


DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

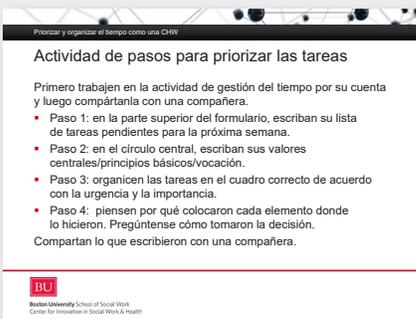


DIAPPOSITIVA 3

Estos son algunos consejos y herramientas para ayudarlas a administrar su tiempo de manera más eficiente.

Revise la diapositiva.

Pregúntele a las participantes: “¿Hay otros consejos que utilicen para administrar el tiempo?”



DIAPPOSITIVA 4

Ahora vamos a trabajar en una actividad que nos ayudará a priorizar tareas.

Muestre las instrucciones en la diapositiva.

Hoja de actividad de gestión del tiempo

Lista de quehaceres:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.



Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Desarrollo profesional



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Tener conocimiento de los límites y los desafíos profesionales con la divulgación de información personal en el lugar de trabajo.
- Comprender el equilibrio entre dar y recibir comentarios de manera profesional.
- Desarrollar estrategias para apoyar los objetivos profesionales y de vida individuales a corto y largo plazo.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las notas de las diapositivas de PowerPoint.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos.
3. Muestre las diapositivas de PowerPoint. Consulte las notas para obtener información detallada para facilitar la conversación en todo momento.
4. Cierre la actividad. Comparta recursos adicionales para la planificación continua y las oportunidades para el crecimiento profesional de las CHW. Aliente a las participantes a hablar con sus supervisores sobre las oportunidades de desarrollo profesional en su comunidad. Aliéntelas a unirse a las asociaciones de CHW y otras asociaciones para desarrollar sus habilidades y oportunidades profesionales.



Roles C3 relacionados

Mediación cultural entre las personas, las comunidades y los sistemas de salud y los servicios sociales

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de educación y facilitación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de defensa



Métodos de enseñanza

Clase



Tiempo previsto

60 minutos



Conceptos clave

Desarrollo profesional de las CHW, planificación del desarrollo, límites personales y profesionales, crecimiento profesional de las CHW



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores



Recursos

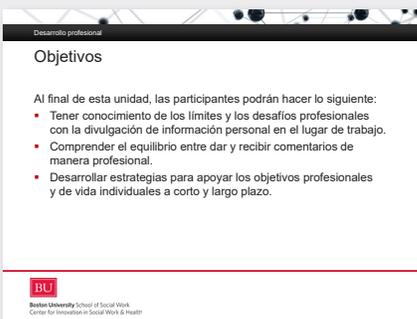
Boundaries at work: <https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work.jpg>

Communication etiquette: <https://www.glassdoor.com/blog/dos-and-donts-business-email-etiquette/>

Improving Public Speaking: Toastmasters International: <https://www.toastmasters.org/>

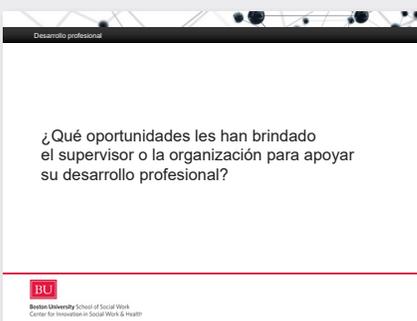


DIAPPOSITIVA 1



DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIAPPOSITIVA 3

Pregunte a las participantes: ¿Qué oportunidades les han brindado el supervisor o la organización para apoyar su desarrollo profesional?

Anote las respuestas en el rotafolio.

Defina desarrollo profesional: “El proceso de mejorar y aumentar las capacidades del personal mediante el acceso a oportunidades de educación y capacitación en el lugar de trabajo, a través de una organización externa o al observar a otros realizar el trabajo. El desarrollo profesional ayuda a construir y mantener la moral de los miembros del personal y se cree que atrae personal de mayor calidad a una organización. También se llama desarrollo del personal”. (Fuente: <http://www.businessdictionary.com/definition/professional-development.html>)

Dé ejemplos de desarrollo profesional:

- Capacitaciones en la agencia
- Reuniones comunitarias
- Eventos de defensa

El proceso de certificación de las CHW es un ejemplo de desarrollo profesional en el sentido de que las organizaciones han invertido tiempo y recursos para enviarlas a las sesiones de aprendizaje y capacitación.

Aunque una capacitación podría centrarse en el rol de una promotora de salud, muchas habilidades son transferibles.

Por ejemplo, la habilidad de identificar recursos comunitarios y construir relaciones con socios comunitarios no es una habilidad relegada al rol de una CHW; es una habilidad útil que se puede aplicar a muchos puestos profesionales diferentes.

Pídales a las participantes ejemplos de cómo su agencia proporciona desarrollo profesional.

Desarrollo profesional

¿Cuáles creen que podrían ser las razones por las que no se consideró a una promotora de salud (Community Health Worker, CHW) para un ascenso en su agencia?

- A. Presentación personal (código de vestimenta)
- B. Habilidades de redacción
- C. Educación
- D. Divulgación de información personal
- E. Todas las anteriores

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 4

Pregúnteles a las participantes: “¿Cuáles creen que podrían ser las razones por las que no se consideró a una CHW para un ascenso en su agencia?” (La respuesta correcta es la E).

Analicen brevemente por qué las participantes eligieron su respuesta.

Dé ejemplos para cada respuesta.

1. Presentación personal (código de vestimenta).
Quizás el equipo de la CHW fue elegido para hacer una presentación ante la junta directiva y financiadores potenciales durante una cena formal y la CHW se vistió con jeans y una camiseta.
2. Habilidades de redacción.
Ciertos roles requieren un nivel específico de habilidades de alfabetización. Tal vez la CHW tuvo problemas de gramática o para transmitir pensamientos completos mediante la escritura y recibió un plan disciplinario debido a la documentación deficiente en las historias clínicas o los informes mensuales.
3. Educación.
Tal vez la experiencia educativa de la CHW no se corresponde con los requisitos del trabajo (certificación o título).
4. Divulgación de información personal.
Tal vez la CHW pasó un tiempo compartiendo información personal (no relacionada con el trabajo) que puede ser invasiva para los colegas o que otros podrían oír por casualidad. Esto puede provocar que la CHW se vea menos profesional.

Desarrollo profesional

Límites: ¿Cuáles son ejemplos de límites profesionales y personales?

Profesionales	Personales

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Comparta con las participantes: a medida que continuemos explorando el tema del desarrollo profesional, observaremos varias capas que pueden facilitar u obstaculizar la participación de las personas en este proceso de crecimiento profesional. A continuación, abordaremos un tema conocido: los límites.

Pregúnteles a las participantes: “¿Cuáles son algunos de los límites profesionales y personales que podrían afectar el crecimiento profesional o el ascenso de una persona?”

Escriba las respuestas en un rotafolio o en una pizarra si está disponible.

Comparta algunos de la lista a continuación que tal vez no se mencionaron.

Ejemplos de límites profesionales:

- Usar el teléfono celular con el volumen alto en el lugar de trabajo o tener conversaciones ruidosas que molestan a los colegas.
- Llegar tarde de forma periódica debido a la cultura relajada de la agencia.
- Usar los suministros de la oficina de su colega sin permiso.
- Ofrecer de voluntario a un colega para realizar tareas cuando no está presente para hablar por sí mismo.

Ejemplos de límites personales:

- Tocar repetidamente a su colega (en el hombro por ejemplo) cuando comparte una historia con entusiasmo
- Usar los suministros y equipos de oficina de la organización para hacer volantes promocionales para un evento personal.
- Pedirle repetidamente a un colega que pague su almuerzo o que lo lleve a casa porque. . . (complete el espacio en blanco).
- Compartir detalles íntimos sobre ustedes con su colega.
- Pedirle a su colega que les presente a sus amigos.

Estos son ejemplos de traspaso de límites profesionales y personales que a menudo ocurren en el lugar de trabajo. Ahora veamos algunas cuestiones que pueden ayudar.

Desarrollo profesional

Límites profesionales y personales

- ¿Cuáles son las razones por las que comparten información con sus compañeros de trabajo o clientes?
- Códigos de conducta escritos y no escritos
- Diferenciación de cuando es apropiado compartir información

BCU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Desarrollo profesional

Prueba de límites: pregunta 1

¿Cuál de las siguientes es una razón por la que es posible que deseen establecer límites en el lugar de trabajo relacionados con el desarrollo de relaciones románticas o sexuales?

Fuente: [Study.com Boundaries Quiz](https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work.jpg)

- A. Las relaciones románticas o sexuales en el lugar de trabajo son respetadas por la alta dirección.
- B. Las relaciones románticas o sexuales en el lugar de trabajo pueden convertirte en un blanco de chismes o acoso sexual.
- C. Las relaciones románticas o sexuales en el lugar de trabajo pueden provocar un alto ausentismo.
- D. Las relaciones románticas o sexuales en el lugar de trabajo son vistas como formas para lograr un ascenso.

BCU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 6

Dígame a las participantes: todos tenemos relaciones de diversos grados con los colegas. Pasamos una parte importante de nuestra vida con nuestros colegas; por lo tanto, es importante hacer distinciones que nos permitan cumplir con los límites profesionales y personales adecuados y garantizar que las relaciones no obstaculicen nuestros objetivos de crecimiento profesional.

Pregúntele a las participantes: "¿Por qué compartimos lo que compartimos Y cuándo es apropiado compartir lo que compartimos?"

Anote las respuestas en el rotafolio.

Una herramienta útil para orientarnos son los códigos de conducta *escritos* y *no escritos* de la organización. Muchas situaciones están establecidas con claridad. Cuando no está claro, lo mejor es usar el sentido común y las lecciones aprendidas.

Pregúntele a las participantes: "¿Cuáles son algunos de los códigos de conducta escritos en su agencia? ¿Cuáles son algunos de los códigos de conducta no escritos?"

Anote las respuestas en el rotafolio.

Analice con las participantes ejemplos de cuándo es apropiado compartir información: tipos de servicios que son útiles para un cliente, cómo compartir el estado del VIH si es útil, entre otros. Considere la dinámica de poder en las relaciones (subordinado a superior).

Pregúntele a las participantes: "Piensen en qué comparten y cómo lo comparten con un supervisor o colega y cómo esto podría afectar su imagen y su desarrollo profesional". Por ejemplo, la conducta fuera del trabajo en fiestas navideñas, entre otras.

Anote las respuestas en el rotafolio.

DIAPPOSITIVA 7

Dígame a las participantes: veamos cómo responderían en los siguientes escenarios.

Pídale a una voluntaria que lea la pregunta en la diapositiva.

Pídales a las participantes que levanten la mano para cada respuesta, de la A a la D.

La respuesta correcta es la B.

Promueva un análisis breve sobre el cuestionario.

Fuente: <https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work.jpg>

Desarrollo profesional

Prueba de límites: pregunta 2

- Un colega les cuenta detalles gráficos de una velada romántica que tuvieron con su pareja. No les interesa escuchar esta información. ¿Cuál de las siguientes sería una respuesta apropiada para establecer un límite de comunicación?

- A. Entonces, ¿cuál fue la mejor parte, si no te molesta que te pregunte?
- B. A decir verdad, desearía poder tener una velada así.
- C. Realmente no quiero escuchar estos detalles sobre tu noche; por favor no los compartas conmigo otra vez.
- D. Sabes, no puedo hablar ahora, pero me gustaría saber más sobre esto en el almuerzo.

Fuente: [Study.com Boundaries Quiz](https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work)

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Desarrollo profesional

Prueba de límites: pregunta 3

- Tuvieron un desacuerdo con un compañero sobre un asunto personal fuera de la oficina. Cuando se trata de amistades en el lugar de trabajo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones puede identificarse como una respuesta adecuada que refuerce un límite efectivo que se estableció?

- A. Estoy muy enojada contigo, así que continuemos esta conversación en mi cubículo mañana.
- B. Lo que sucede fuera de la oficina debe permanecer fuera de la oficina.
- C. Seguiré llamando a tu teléfono de trabajo hasta que me contestes.
- D. Le contaré a tu jefe lo que pasó hoy. Estoy segura de que no le gustará.

Fuente: [Study.com Boundaries Quiz](https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work)

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Desarrollo profesional

Prueba de límites: pregunta 4

- Un compañero de trabajo presenta un grave problema de salud mental por una circunstancia actual y les pide su consejo. ¿Cuál de las siguientes sería una respuesta adecuada para mantener un límite en el lugar de trabajo?

- A. Ayudan a su compañero de trabajo y lo aconsejan sobre su situación.
- B. Le dicen a su compañero de trabajo que lo sienten, pero que no pueden hablar de eso ahora.
- C. Le recuerdan a su compañero de trabajo los recursos de la agencia, como hablar con un supervisor, Recursos Humanos o usar los beneficios del Programa de Asistencia Médica o Asistencia para Empleados.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Pídale a una voluntaria que lea el escenario.

Pídales a las participantes que levanten la mano para cada respuesta, de la A a la D.

Pídales a las participantes que justifiquen su selección.

En este escenario, C sería la mejor opción porque no se sienten cómodas con esta información.

Si hay tiempo, haga una lluvia de ideas sobre otras formas apropiadas de responder y escríbalas en el rotafolio.

Fuente: <https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work.jpg>

DIAPPOSITIVA 9

Pídale a una voluntaria que lea el escenario.

Pídales a las participantes que levanten la mano para cada respuesta, de la A a la D.

Pídales a las participantes que justifiquen su selección.

En este escenario, B sería la mejor opción porque no se sienten cómodas con esta información.

Si hay tiempo, haga una lluvia de ideas sobre otras formas apropiadas de responder y escríbalas en el rotafolio.

Fuente: <https://study.com/academy/practice/quiz-worksheet-maintaining-boundaries-at-work.jpg>

DIAPPOSITIVA 10

Pídale a una voluntaria que lea el escenario.

Pídales a las participantes que levanten la mano para cada respuesta, de la A a la D.

Pídales a las participantes que justifiquen su selección.

En este escenario, C sería la mejor opción para demostrar compasión por la situación mientras se respetan los límites.

Si hay tiempo, haga una lluvia de ideas sobre otras formas apropiadas de responder y escríbalas en el rotafolio.

Desarrollo profesional

Prueba de límites: pregunta 5

- Su compañero de trabajo tiene problemas para completar la tarea asignada y repentinamente les pide ayuda. Lo ayudan, pero hacerlo dificulta la realización de sus tareas de trabajo asignadas. ¿Cuál de las siguientes sería una respuesta apropiada para establecer un límite en el lugar de trabajo?

- Le dicen a su compañero de trabajo que no saben cómo ayudarlo con su tarea.
- Le dicen a su compañero de trabajo que lo ayudarán, pero hacen la tarea de forma incorrecta a propósito.
- Le dicen a su compañero de trabajo que necesitan concentrarse en completar sus tareas. Le dicen al supervisor que su compañero de trabajo sigue pidiéndoles ayuda. Le piden al supervisor que envíen a su compañero de trabajo para que reciba una capacitación sobre cómo hacer su trabajo.
- Le dicen al supervisor que su compañero de trabajo sigue pidiéndoles ayuda. Le piden al supervisor que envíen a su compañero de trabajo para que reciba una capacitación sobre cómo hacer su trabajo.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 11

Pídale a una voluntaria que lea el escenario.

Pídales a las participantes que levanten la mano para cada respuesta, de la A a la D.

Pídales a las participantes que justifiquen su selección.

En este escenario, C sería la mejor opción ya que no pueden asumir las tareas de un compañero de trabajo ni ser responsables por su desempeño.

Si hay tiempo, haga una lluvia de ideas sobre otras formas apropiadas de responder y escríbalas en el rotafolio.

Agradézcales a las participantes por su participación. Dígales a las participantes: hemos abordado el primer objetivo para aumentar la conciencia de los límites y desafíos profesionales con la divulgación de información personal en el lugar de trabajo, todo con el propósito de tener en cuenta cómo posicionarse para obtener el mayor éxito profesional. Ahora veremos algunas cuestiones a considerar con respecto a la comunicación.

Desarrollo profesional

Alternancia de código



La alternancia de código se define como el proceso de cambio de un código lingüístico (un idioma o dialecto) a otro.

¿Pueden mencionar lugares donde podría ocurrir la alternancia de código?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 12

Dícales a las participantes: cumplimos varias funciones, a veces, simultáneamente. Un ejemplo es facilitar la comunicación con un proveedor y un cliente en una sesión. Tener la habilidad de comunicarse de manera eficaz con ambos sin problemas puede llamarse alternancia de código.

Ejemplos adicionales:

- Vestirse y hablar de manera diferente en función de con quién está trabajando.
- Interactuar con personas de manera diferente según el entorno.
- Hablar en un idioma que el cliente entiende.
- Vestirse de manera diferente según la situación, por ejemplo, usar jeans si le está enseñando a alguien cómo limpiar su departamento frente a la vestimenta casual de negocios en una oficina.

Pregúnteles a las participantes: “¿Pueden mencionar lugares donde podría ocurrir la alternancia de código?”

Anote las respuestas en el rotafolio.

Desarrollo profesional

Alternancia de código

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none">• Da lugar a muchas oportunidades para la persona que alterna el código.• Permite que la persona que alterna el código se convierta en un conector cultural.	<ul style="list-style-type: none">• Puede provocar sentimientos de resentimiento.• La persona que alterna el código puede parecer poco auténtica.• Puede sentirse exclusivista para los demás.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 13

Revise la diapositiva.

Existen ventajas y desventajas en este estilo de comunicación. La alternancia de código para muchas personas es una estrategia de comunicación efectiva, pero puede tener algunos inconvenientes.

Desarrollo profesional

Tenemos muchas facetas...

Las CHW son flexibles

Ejemplos:

- Habla
- Vestimenta
- Herramientas/métodos de enseñanza

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 14

Dígales a las participantes: la alternancia de código enfatiza el hecho de que, como CHW, tenemos muchas facetas. Al cumplir varias funciones hemos cultivado habilidades que son deseables para expandir las oportunidades de crecimiento profesional. Son dignas de señalar aquí.

Por ejemplo, ser fluido y flexible (ejemplos de habla, vestimenta, herramientas y métodos de enseñanza).

Demostrar flexibilidad en la forma en que nos comunicamos y nos presentamos para fomentar los mejores resultados con los clientes y compañeros de trabajo o proveedores (p. ej., a menudo reflejamos las normas culturales).

Utilizamos herramientas y métodos de enseñanza apropiados para comunicar información de manera que se entienda con mayor facilidad.

Pregúntele a las participantes si piensan en las maneras en que son flexibles en cada una de estas áreas:

- Habla
- Vestimenta
- Herramientas de enseñanza
- Con los clientes
- Con otros miembros del equipo de atención

Desarrollo profesional

Comunicación

- Equilibrio entre dar y recibir comentarios de manera profesional
 - Comunicación verbal y no verbal
 - En persona
 - Por teléfono
 - Comunicación escrita
 - Etiqueta de correo electrónico comercial
 - Texto
 - Historia clínica electrónica
 - Técnica sándwich para hacer comentarios
 - Apoyo
 - Comentario correctivo
 - Apoyo

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 15

Dígales a las participantes: la manera en que nos comunicamos es un elemento importante del desarrollo profesional. Repasemos algunos de los tipos de comunicación y etiqueta para el desarrollo profesional.

Tengan en cuenta cómo se comunican con las personas (idioma y tono) ya sea en persona, por teléfono o por correo electrónico.

Correo electrónico: recurso para la etiqueta: recurso para la etiqueta de correo electrónico

<https://www.glassdoor.com/blog/dos-and-donts-business-email-etiquette/>

Tengan en cuenta lo que no es apropiado para la correspondencia profesional frente a una relación personal (p. ej., emojis, saludos casuales, jerga de texto).

Piensen en la hora, por ejemplo, enviar un mensaje de texto a primera hora de la tarde para recordarle a alguien que tome los medicamentos esa noche frente a un mensaje de texto más vago a altas horas de la noche para preguntar cómo le está yendo, el segundo mensaje puede malinterpretarse.

Historia clínica electrónica: tengan cuidado a la hora de documentar la historia clínica de un cliente, ya que es un registro legal que puede requerirse en un procedimiento legal.

Describe los tres pasos de la técnica del sándwich para hacer devoluciones:

- Dar apoyo
- Brindar un comentario correctivo
- Dar apoyo nuevamente

Ejemplo: cuando un cliente ha traspasado un límite. Su comentario muestra un lado sensible y abierto a su personalidad. Sin embargo, es importante que mantengamos una relación profesional.

Desarrollo profesional

Opciones de desarrollo profesional

1. Educación continua
2. Universidad comunitaria
3. Conferencias
4. Oratoria
5. Apoyo y tutoría
6. Red de asociaciones de CHW
 - National Association of Community Health Workers <https://nachw.org/>

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 16

Dígalas a las participantes: el aspecto final a considerar en el desarrollo profesional es buscar oportunidades para desarrollar nuestras habilidades.

Esto podría lograrse mediante lo siguiente:

- Asistir a cursos o un programa en institutos o universidades.
- Participar en programas de certificación.
- Registrarse para recibir capacitación de oratoria, como el club Toastmasters (<https://www.toastmasters.org/>)

Visite el sitio web de la Asociación Nacional de Promotoras de Salud (*National Association of Community Health Workers*) para formar parte de una red y conocer las oportunidades.

Desarrollo profesional

Estrategias para alcanzar sus objetivos a corto plazo

- Reunirse con Recursos Humanos.
- Trabajar en colaboración con el supervisor para promover un plan de desarrollo profesional.
- Buscar educación superior, universitaria.
- Realizar un cambio de carrera.
- Realizar una evaluación de interés profesional.

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 17

Pregúntele a las participantes: “¿Cuál es su plan para el desarrollo profesional?”

Muestre las estrategias en la diapositiva y escriba otras en el rotafolio.

Desarrollo profesional

Entre los recursos para el desarrollo profesional de las CHW se incluyen los siguientes:

- Recursos en los CDC para las CHW
- Asociaciones profesionales basadas en condiciones de salud
- Grupos y organizaciones de CHW
 - Massachusetts Association of Community Health Workers
 - Florida CHW Coalition
 - Michigan CHW Alliance

 Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 18

Comparta recursos adicionales para ayudar a las CHW a conectarse con personas que están haciendo un trabajo similar o para aprender sobre oportunidades de trabajo y formas de crecer a nivel profesional.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Evaluación comunitaria e investigación participativa basada en la comunidad (CBPR)



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Explicar la relación orgánica entre los principios, los métodos y los resultados en la investigación participativa basada en la comunidad (Community-Based Participatory Research, CBPR) con la metáfora del "Árbol de CBPR".
- Identificar el diseño del proyecto y los métodos de implementación que fomentan un entorno de equidad y participación.
- Identificar cómo los principios de la CPBR podrían usarse en su trabajo como promotoras de salud (Community Health Worker, CHW)
- Saber cómo involucrar a la comunidad en la evaluación del efecto de un programa o una intervención en los clientes, las organizaciones y la comunidad.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, distribuya la sesión previa: entregue el folleto de evaluación de CBPR y solicite a las participantes que lo completen antes de la sesión. Deles a las participantes al menos 1 semana antes de la sesión para completar la evaluación.
2. Revise el PowerPoint y los folletos. Coloque las sillas en un círculo para alentar la participación y el intercambio.
3. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2). Informe a las participantes que haremos referencia a su evaluación completa de CBPR durante la sesión.
4. Muestre la definición de CBPR y cómo es diferente de otros tipos de investigación y promueva el análisis (diapositivas 3 a 5).
5. Presente la metáfora del árbol de CBPR (diapositiva 6). Distribuya el folleto "De las raíces a los frutos".
6. Muestre los principios de la CBPR y cómo se alinean con los principios de la educación popular y la humildad cultural y promueva el análisis (diapositivas 7 a 10).
7. El tronco: analicen el papel del entorno en la CBPR e invite a las participantes a responder preguntas basadas en la evaluación que realizaron (diapositivas 11 y 12).
8. Las ramas: analicen cómo se recopiló la información durante la evaluación (diapositiva 13).
9. Los frutos: analicen el efecto y hagan referencia a las preguntas de la evaluación (diapositiva 14).
10. Cierre la actividad. Pregunte: "¿Cómo podrían compartir con el equipo o los compañeros de trabajo lo que aprendieron de su evaluación y de este seminario web sobre la CBPR? ¿Cómo podrían incorporar los principios y las prácticas de la CBPR en el trabajo de la clínica?" (diapositiva 15)



Roles C3 relacionados

Implementar evaluaciones individuales y comunitarias; participar en evaluaciones e investigaciones; proporcionar educación e información sobre la salud apropiadas a nivel cultural; construir capacidades individuales y comunitarias.

Habilidades C3 relacionadas

Habilidades de desarrollo de capacidades; habilidades de evaluación e investigación; habilidades de evaluación individual y comunitaria; habilidades de educación y facilitación; base de conocimientos



Métodos de enseñanza

Actividad previa al trabajo; análisis grupal

Nota del facilitador: un capacitador con experiencia en investigación o investigación participativa basada en la comunidad (CBPR) debe estar a cargo de esta sesión.



Tiempo previsto

90 minutos



Conceptos clave

Investigación participativa basada en la comunidad, CBPR, evaluación comunitaria



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint

Folletos

- Antes de la sesión: práctica de la evaluación de la CBPR
- De las raíces a los frutos: la aplicación de la CBPR en diversas comunidades



Recursos

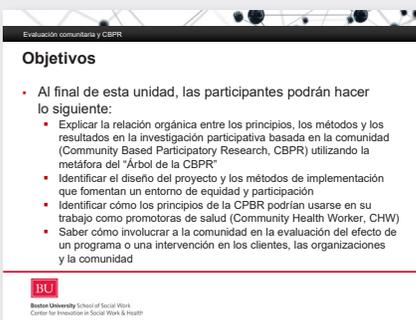
Fundación WK Kellogg: <https://www.wkcf.org/news-and-media/article/2009/01/an-effective-approach-to-understanding-communities>

Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). *Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity*. *American Journal of Public Health, 100*(S1), S40–S46.

Evaluación comunitaria e investigación participativa basada en la comunidad (CBPR)

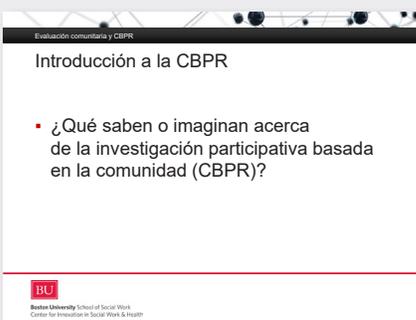


DIAPPOSITIVA 1



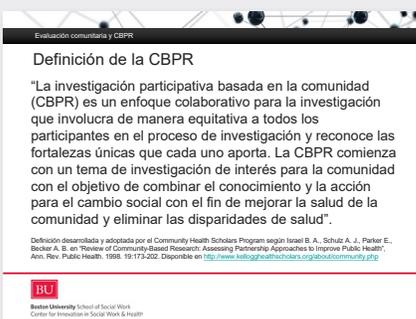
DIAPPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



DIAPPOSITIVA 3

Pida a una voluntaria que lea la pregunta en la diapositiva y facilite un análisis grupal sobre las respuestas de las participantes.



DIAPPOSITIVA 4

Pídale a una voluntaria que lea la definición.

Después de leer la definición, pregunte: "¿Qué palabras o frases se destacan de esta definición?"

Evaluación comunitaria y CBPR

¿Cuáles son las diferencias y similitudes de la CBPR comparada con otros tipos de investigación?

- **La comunidad participa y lidera todos los aspectos:**
 - La comunidad es la líder.
 - Identifica el área de estudio y las preguntas por responder.
 - Diseña y recopila información para abordar el problema.
 - Analiza e interpreta los resultados.
- **Realizada por expertos:**
 - La comunidad es un "participante/sujeto".
 - La comunidad puede ayudar a asesorar o aprobar el área de estudio y las preguntas de la investigación.
 - Los expertos diseñan y recopilan la información; los miembros de la comunidad pueden participar, generalmente en la recolección.
 - Los expertos analizan e interpretan los resultados; pueden convocar a la comunidad para recibir aportes.

Utilizan los resultados para informar y dirigir el cambio.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 5

Pídale a una voluntaria que lea la diapositiva.

Pregunte: "Desde su comprensión y experiencia, ¿cuáles son las diferencias y similitudes de la CBPR en comparación con otros tipos de investigación? Cuando piensan en la investigación o evaluación convencional, ¿qué les viene a la mente? ¿Han participado personalmente en un estudio de investigación? ¿Qué hicieron? ¿Eran participantes? ¿Alguna vez participaron en una encuesta o un grupo focal? ¿Cómo fue la experiencia? ¿Se realizan investigaciones en su entorno laboral? ¿Quién lleva a cabo la investigación? ¿Qué diferencias notan?"

La CBPR y otros tipos de investigación (investigación clínica, investigación de intervención, investigación de implementación y evaluación de programas) tienen el objetivo final de producir resultados para informar un cambio. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones tienden a ser conducidas por expertos. La comunidad realiza la CBPR. Pregunte: "¿Hay alguna que identifiquen más en su experiencia y en su entorno laboral?"

Evaluación comunitaria y CBPR

El árbol de la CBPR

Fruta: efectos
Ramas: métodos
Tronco: entorno
Raíces: principios

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 6

Usaremos una metáfora de un árbol para ayudarnos a comprender los diferentes componentes de la investigación participativa basada en la comunidad (CPBR).

- Las raíces del árbol son los principios de la CBPR.
- El tronco consiste en las formas en que plasmamos estos principios, o ponemos los principios en práctica, durante todo un proyecto (es decir, el "cómo").
- Las ramas del árbol son los métodos para recopilar datos y realizar una intervención en proyectos de CBPR (es decir, el "qué").
- Los frutos son los resultados o las aplicaciones de los proyectos de CBPR.

Revisaremos cada sección del árbol con más profundidad, comenzando con las raíces o principios.

Evaluación comunitaria y CBPR

Los principios de la CBPR: las raíces

- Las raíces son los principios que sustentan una buena investigación participativa.
 - Reconocen a la comunidad como una unidad de identidad.
 - Se basan en las fortalezas y los recursos dentro de la comunidad.
 - Facilitan la participación colaborativa y equitativa de todos los involucrados en todas las fases de la investigación.
 - Integran el conocimiento y la intervención para el beneficio mutuo de todos los participantes.
 - Promueven un proceso de aprendizaje conjunto y empoderamiento que atiende las desigualdades sociales.
 - Implican un proceso cíclico e iterativo.
 - Abordan la salud desde una perspectiva positiva y ecológica.
 - Difunden los hallazgos y los conocimientos adquiridos a todos los participantes.
 - Implican un compromiso a largo plazo de todos los participantes.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). "Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health". *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173-202.

DIAPPOSITIVA 7

Solicite una voluntaria para leer la lista de principios de CBPR.

Evaluación comunitaria e investigación participativa basada en la comunidad (CBPR)

Evaluación comunitaria y CBPR

Los principios de la CBPR

Piensen en las personas que entrevistaron.

- ¿Cuáles creen que son sus valores o prioridades centrales?
- ¿Ven sus valores o prioridades centrales reflejados en los objetivos del trabajo de las CHW?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 8

Hágales las preguntas en la diapositiva a las participantes.

Evaluación comunitaria y CBPR

Principios de educación popular

Educación popular: sociedad justa, equitativa y democrática

- Se examina de forma crítica el mundo que nos rodea.
- Se comienza con lo que la gente sabe o hace.
- Se honra la experiencia vivida.
- Todos somos maestros y aprendices.
- Se crea un espacio para reflexionar sobre la experiencia personal.
- Se genera confianza.
- Se aprenden las habilidades para trabajar juntos.
- Aprendemos con la cabeza, el corazón y el cuerpo.
- Se desarrolla liderazgo de base.
- Se forma una acción colectiva.

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 9

Informe a las participantes que se están utilizando dos marcos para pensar sobre la evaluación comunitaria y la investigación participativa basada en la comunidad.

Un marco es la educación popular, que se centra en principios como comenzar con lo que las personas saben, honrar la experiencia vivida y crear espacios donde todos puedan aprender unos de otros y reflexionar críticamente sobre sus experiencias personales.

Evaluación comunitaria y CBPR

Principios de la humildad cultural

Autorreflexión crítica y aprendizaje permanente

Reconocer y desafiar las desigualdades de poder

Responsabilidad institucional

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 10

El otro marco es la humildad cultural.

Evaluación comunitaria y CBPR

El entorno de la CBPR

Piensen en dónde llevan a cabo su trabajo para conocer gente.

- ¿Cómo era el espacio?
- ¿A quién invitaron? ¿Quién asistió? ¿A quién invitaron, pero no asistió? ¿A quiénes les gustaría invitar?
- ¿Hubo algún desafío para organizar la reunión (es decir, necesidades de transporte o cuidado de niños)?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 11

Para poner en práctica los principios y facilitar la recopilación participativa de datos, debemos crear un clima de equidad y participación cuando diseñamos e implementamos nuestros proyectos de CBPR. Todo lo que caracteriza la manera en trabajamos para crear ese clima forma el tronco del árbol.

Invite a las participantes a responder las preguntas en función de la evaluación que realizaron.

Evaluación comunitaria y CBPR

Aspectos clave del entorno

- **Participantes**
 - ¿Están presentes todas las voces de la comunidad?
 - Si algunos no pudieron asistir, ¿cuál es el plan para hacer un seguimiento con ellos?
- **Espacio abierto para la conversación**
 - Los participantes pueden verse para promover la conversación (es decir, sentarse en círculo).
- **Refrigerios**
- **Recursos (cuidado de niños, apoyo de transporte)**

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Evaluación comunitaria y CBPR

Los principios de la CBPR: las ramas

Piensen en cómo reunieron información para hacer su trabajo.

- ¿Cómo reunieron la información? ¿Por qué eligieron esos métodos?
- ¿Qué funcionó bien? ¿Hubo algún desafío con la forma en que recopilaron la información?
- ¿Qué preguntas de seguimiento hicieron y por qué?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Israel, B. A., Schultz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1995). "Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health". *Annual Review of Public Health*, 16(1), 173-202.

Evaluación comunitaria y CBPR

Los principios de la CBPR: las frutas: efectos y resultados

Las frutas son los resultados, los efectos y las consecuencias de la investigación.

En función de las entrevistas:

- ¿Cuáles fueron los efectos?
- ¿Cómo se compararon o contrastaron las respuestas con sus puntos de vista sobre los efectos y los objetivos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA)?

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Evaluación comunitaria y CBPR

Próximos pasos y preguntas

BU
Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

DIAPPOSITIVA 12

Vea la diapositiva con las participantes.

Pregúnteles si tienen ideas adicionales (p. ej., incentivos)

DIAPPOSITIVA 13

Vamos a pasar a las ramas del árbol. Así como las ramas crecen del tronco de un árbol, la recolección participativa de datos y la evaluación surgen de una base sólida de participación e igualdad.

Y así como esperamos que hayan podido ver cómo los principios, o las raíces, de la CBPR se pueden poner en práctica en el diseño del proyecto (el tronco), nos gustaría demostrar cómo esos principios se extienden a través de las ramas y cómo se ve esto en la práctica.

Las ramas se refieren a los métodos de evaluación y recopilación de datos, que pueden ser lo primero en lo que las personas piensan cuando escuchan la frase "métodos de la CBPR".

Invite a las participantes a responder las preguntas en función de la evaluación que realizaron.

Pregúnteles a las participantes si tienen ideas adicionales.

DIAPPOSITIVA 14

Finalmente hemos llegado a los frutos del árbol. Un árbol sano debería dar fruto y un proyecto de CBPR saludable debería producir efectos positivos para nuestras comunidades.

Existen muchos efectos de la CBPR que esperamos ver de nuestros esfuerzos.

Invite a las participantes a responder las preguntas en la diapositiva en función de la evaluación que realizaron.

Pregúnteles a las participantes si tienen ideas adicionales.

DIAPPOSITIVA 15

Análisis grupal:

- ¿Compartieron los resultados de lo que hicieron?
- ¿Cómo podrían compartir con el equipo o los compañeros de trabajo lo que aprendieron de su evaluación y de esta unidad sobre la CBPR?
- ¿Cómo podrían incorporar los principios y las prácticas de la CBPR en el trabajo de la clínica?

Antes de la sesión: práctica de la evaluación de la CBPR

Completen la siguiente actividad para prepararse para la unidad de investigación participativa basada en la comunidad (CBPR). Se les pedirá que compartan aspectos de la evaluación durante la unidad para que podamos aprender mutuamente.

Instrucciones de la evaluación: realicen una evaluación breve sobre el rol de las promotoras de salud (CHW) en el proceso continuo de la atención del VIH. La pregunta principal es: “Desde su perspectiva, ¿cuáles son las consecuencias de tener una CHW como parte del equipo de atención médica?” Pueden hacer preguntas de seguimiento si lo desean.

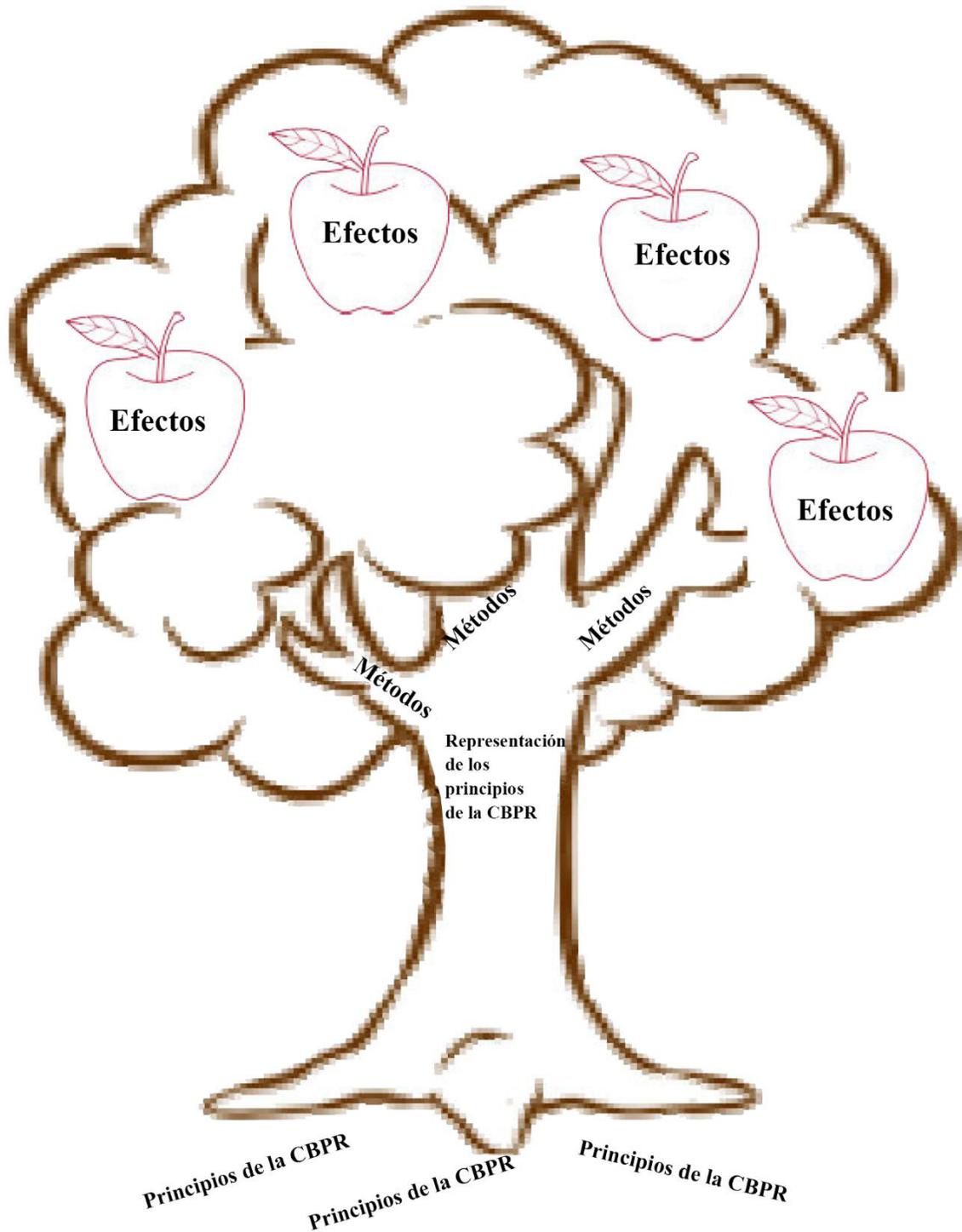
A quién entrevistar: pueden reunirse con su equipo de atención médica, un socio comunitario o un cliente para recopilar información. Comuníquense con al menos una persona.

Cómo hacer la evaluación: pueden realizar la evaluación por su cuenta o en equipos con otras CHW, con su supervisor, entre otros. Elijan una forma de recopilar la información que creen que funcionará mejor para la persona que están entrevistando (p. ej., en persona, llamada telefónica, correo electrónico, etc.).

Reflexión: después de la conversación, respondan las siguientes preguntas. Les pediremos que compartan sus respuestas durante la unidad de CBPR.

1. ¿Dónde tuvo lugar la reunión?
2. ¿A quién invitaron? ¿Quién asistió? ¿Invitaron a alguien que no asistió? ¿A quiénes les gustaría invitar?
3. ¿Hubo alguna dificultad en la organización de la reunión (p. ej., necesidades de transporte o cuidado de niños, encontrar un momento conveniente, encontrar un espacio cómodo)?
4. ¿Qué preguntas de seguimiento (si las hubiera) hicieron y por qué?
5. ¿Cómo recopilaron la información? ¿Por qué eligieron ese método? ¿Qué funcionó bien? ¿Hubo algún desafío con la forma en que recopilaron la información?
6. ¿Cómo se compararon o contrastaron las respuestas con sus puntos de vista sobre los efectos y los objetivos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)?

De las raíces a los frutos: la aplicación de la CBPR en diversas comunidades





RAÍCES: las raíces son los principios que sustentan una buena investigación participativa.

- Reconocen a la comunidad como una unidad de identidad.
- Se basan en las fortalezas y los recursos dentro de la comunidad.
- Facilitan la participación colaborativa y equitativa de todos los involucrados en todas las fases de la investigación.
- Integran el conocimiento y la intervención para el beneficio mutuo de todos los participantes.
- Promueven un proceso de aprendizaje conjunto y empoderamiento que atiende las desigualdades sociales.
- Implican un proceso cíclico e iterativo.
- Abordan la salud desde una perspectiva positiva y ecológica.
- Difunden los hallazgos y los conocimientos adquiridos a todos los participantes.
- Implican un compromiso a largo plazo de todos los participantes (Israel B., 1998).

TRONCO: el tronco de nuestro árbol consiste en cómo plasmamos los principios de la CBPR, al crear un clima de equidad y participación cuando diseñamos e implementamos nuestros proyectos de CBPR. Los métodos que utilizamos para diseñar e implementar los proyectos de CBPR pueden diferir de un proyecto a otro, según la comunidad con la que estamos trabajando y el tema, y pueden incluir lo siguiente:

- Facilitación compartida de reuniones
- Comida
- Oportunidad de recibir crédito académico al participar
- Integración y uso de dos o más idiomas para todas las actividades del proyecto
- Oración al principio de las reuniones

RAMAS: las ramas del árbol de la CBPR son los métodos que utilizamos para diseñar un programa o recopilar datos (para la investigación o la evaluación) y se verán diferentes de un proyecto a otro.

Así como las ramas crecen del tronco de un árbol, los métodos participativos de recolección de datos surgen de una base sólida de participación e igualdad.

FRUTOS: por último, los frutos de la CBPR representan los resultados previstos o reales de los proyectos de CBPR. Así como un árbol produce frutos, un proyecto de CBPR saludable debería producir resultados para las comunidades. Los efectos posibles de un proyecto de CBPR exitoso son innumerables y pueden incluir:

- Mayor conciencia en las personas que no son miembros de la comunidad
- Identificación y resolución de problemas por parte de la comunidad
- Mayor conocimiento
- Empoderamiento comunitario
- Justicia social
- Mejor salud

Crédito: Community Capacitation Center, 2016.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Antecedentes e información sobre la capacitación



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Comprender en qué se capacitarán durante los cinco días de capacitación.
- Comprender los antecedentes y los objetivos del proyecto.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, haga copias de los folletos sobre pronombres de género. Escriba en una hoja de rotafolio un cronograma con los temas que se presentarán, junto con la fecha y los facilitadores. Prepare dos hojas de rotafolio con los encabezados: Acuerdos de grupo y jardín de preguntas.
2. Deles la bienvenida a las participantes. Muestre los objetivos en las diapositivas de PowerPoint y distribuya los folletos sobre pronombres de género. Permita que las personas se tomen unos minutos para ver la diapositiva. Proporcione información sobre los baños y las comidas, y explique que las personas deben sentirse libres de moverse cuando lo necesiten.
3. Pídale a las participantes que se presenten, incluidos su nombre, pronombres de género y dónde viven y trabajan.
4. Explique lo siguiente: usaremos los principios de la educación popular a lo largo de la capacitación. La educación popular es tanto una filosofía como una metodología que se ha utilizado para capacitar a las CHW de todo el mundo y se reconoce como la mejor práctica para capacitar a las CHW. Compartiremos más sobre los principios y los métodos de la educación popular más adelante.
5. Presente el jardín de preguntas. Explique lo siguiente: si hay una pregunta para la que no sabemos la respuesta, podemos escribirla en el jardín de preguntas, investigar un poco y, luego, compartir la información con el grupo.
6. Haga una lluvia de ideas con las participantes sobre los acuerdos grupales y las reglas básicas en una hoja de rotafolio. Pregunte: "¿Qué acuerdos queremos establecer como grupo para garantizar que todas aprendamos de esta capacitación y nos sintamos cómodas y respetadas?"
Temas sugeridos:
 - Hagan espacio, ocupen espacio (explique más, según sea necesario).
 - Una vez que el facilitador diga: "Llamaré a X y luego a Y, y después seguiremos adelante", permitan que el facilitador continúe.
 - Pongan los teléfonos celulares en vibrador y guárdenlos. Absténganse de usarlos a menos que sea una emergencia.

(continuación)



Roles C3 relacionados

Todos

Habilidades C3 relacionadas

Todas



Métodos de enseñanza

Breve presentación, lluvia de ideas

Nota del facilitador: este es un ejemplo de cómo presentar el programa de capacitación. Es posible que desee adaptarse para satisfacer las necesidades de su programa.



Tiempo previsto

20 minutos



Conceptos clave

N/A



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Rotafolio
- Marcadores

Folletos

- Introducción a los pronombres de género
- Guía de pronombres de género n.º 1
- Guía de pronombres de género n.º 2

Antecedentes e información sobre la capacitación



INSTRUCCIONES *(continuación)*

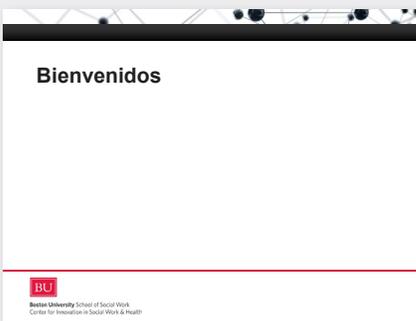
- Debido a que abordaremos temas muy delicados (como la injusticia y la opresión), pueden sentir algunas emociones fuertes. La educación popular da lugar a las emociones. Si necesitan procesar sus emociones con un facilitador durante un descanso, estaremos disponibles.
 - Si se ofenden por algo que alguien dice, hablen con la persona en privado durante un descanso. Intenten hacerlo de una manera que no cause más ofensas.
 - Escuchen para entender, no para responder.
7. Cierre la actividad. Pregunte: "¿Alguien tiene preguntas antes de continuar?"

Antecedentes e información sobre la capacitación



DIAPPOSITIVA 1

Nota del facilitador: agregue ubicación, fecha y nombre de los instructores.



DIAPPOSITIVA 2

Deles a las participantes la bienvenida a la capacitación.

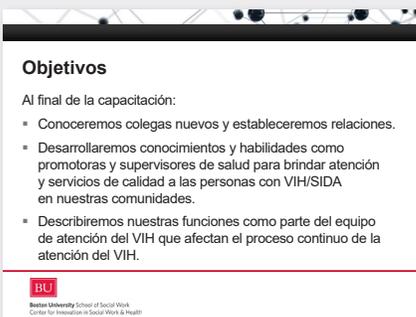
Los facilitadores deben presentarse, incluidos sus pronombres de género y su conexión con este trabajo.

Queremos crear un espacio que sea acogedor para todos. Una forma en que surgen el juicio y el sesgo es que nos enseñan a llamar a las personas por pronombres de género como "él" o "ella" en función de su aspecto. Esta suposición no es útil para nadie y afecta, en particular, a los miembros de la comunidad transgénero. Creemos que es parte del respeto básico llamar a las personas por el nombre y el pronombre que piden, por lo que les pediremos a todos que compartan su nombre y el pronombre de género que usen cuando se presenten. Podría ser "ella", "él", "elle" u otro pronombre de género. Presten atención a cómo las personas piden ser llamadas, incluso si es nuevo para ustedes.

Si prefieren no compartir esa parte de su identidad, siéntanse libres de dejarla de lado. Pero si es la primera vez que les piden que compartan sus pronombres, los invitamos a participar.

Pídales a las participantes que se presenten, incluidos su nombre, pronombres de género y dónde viven y trabajan. Explique lo siguiente: tendremos una actividad rompehielos para conocernos mejor en unos minutos.

Seleccione un rompehielos para que las participantes se conozcan.



DIAPPOSITIVA 3

Revise los objetivos.

Introducción de pronombres de género

Introducción de pronombres de género en reuniones grupales

- La gente rara vez se pone a la defensiva o se frustra si explican por adelantado qué es un pronombre y por qué lo preguntan. Si alguien se molesta, pueden decir: “tratamos de no suponer qué pronombres usan las personas en función de su aspecto” o “es algo que hacemos en nuestra organización para asegurarnos de que respetamos a todos”.
- Si alguien hace una broma o no acepta por qué esto es importante, estas son algunas opciones de lo que pueden hacer:
 - Entablar una conversación. Pregúntenles si han escuchado sobre el trabajo de la organización para brindar una atención afirmativa para personas transgénero; si no han oído hablar de eso, explíquenles un poco y escuchen lo que tienen que decir.
 - Respondan a sus comentarios de la siguiente manera: “hacemos esto en todas las reuniones porque algunos de nuestros clientes, voluntarios y personal son trans y queremos que sea un lugar de respeto para todos”.
 - Si están a la defensiva, simplemente pueden decir: “es algo que les preguntamos a todos para que todos podamos ser respetados”.
- Es normal que las personas se sientan desafiadas al aprender pronombres que son nuevos para ellos o al usar pronombres diferentes a la forma en que perciben a alguien. Al mismo tiempo, usar pronombres respetuosos es una forma esencial de mostrar respeto básico. Por eso, si notan que alguien está usando el pronombre equivocado de otra persona, asegúrense de referirse a esa persona con el pronombre correcto; a modo de ejemplo: “sí, ella hizo un excelente comentario” o “creo que esa persona se identifica como (él/ella/elle*/etc.)” y pasen a otro tema. Si alguien usa los pronombres incorrectos de otra persona, pregúntenle a la persona cuyo pronombre fue usado de manera incorrecta cómo le gustaría que se maneje el malentendido (corregir el pronombre en el grupo más grande, hablar con la otra persona por separado, ignorarlo, entre otros).
- Está bien que algunas personas no digan sus pronombres o no quieran corregir sus pronombres si alguien se equivoca. Hay muchas razones por las que pueden sentirse incómodos: pueden estar cuestionando sus propios pronombres o, como personas trans, pueden estar cansados de ser los únicos en tener un pronombre diferente al esperado. Para las personas trans, puede ser emocionalmente agotador corregir todo el tiempo a otros que se equivocan con sus pronombres. Cualquiera sea la razón, no se preocupen por obligar a nadie a hablar sobre ello. Tengan en cuenta que es importante que las personas cisgénero (personas que se identifican con el género que se espera que tengan) tomen en serio la práctica de usar pronombres.

Cómo continuar con estas prácticas

- En las reuniones de personal, practiquen el uso de las presentaciones completas para que puedan acostumbrarse; esto puede parecer innecesario si ya se conocen todos, pero contribuirá en gran medida para sentirse cómodos con la forma de utilizar los pronombres en otros grupos.



- Una vez que el personal o grupo de clientes usen los pronombres de forma habitual en las presentaciones, asegúrense de ofrecer una breve explicación y un recordatorio cada vez que alguien nuevo se una al grupo o la reunión.
- ¡Sean creativos! El grupo puede usar etiquetas o tarjetas con sus nombres, presentaciones divertidas (nombre, pronombre y talento inesperado) y otras formas de adaptar la práctica a lo que ya está haciendo.
- Recuerden que cada reunión, grupo y espacio compartido es una oportunidad para hacer que la organización sea un lugar más acogedor para las personas transgénero. Los errores o las preguntas son oportunidades para ayudar a las personas cisgénero (o que no son transgénero) a comprender la importancia de los espacios de afirmación trans.

Recurso desarrollado por tash shatz con adaptaciones de materiales de Basic Rights Oregon, Nash Jones y Neola Young.

Guía de pronombres de género n.º 1

¿Cuáles son los diferentes tipos de pronombres de género?

<i>Pronombres de género</i>	Ella/ellas/la/las/misma/mismas Él/ellos/lo/los/mismo/mismos
<i>Pronombres de género neutro</i>	Elle* y sus variantes (*Nota del traductor: cabe destacar que este tipo de lenguaje inclusivo está tomando fuerza en español, en especial en países como Argentina y Chile, pero aún no se utiliza con la misma frecuencia y naturalidad que <i>they</i> y sus variantes en inglés)

¿Por qué los pronombres son importantes?

- Los pronombres son una parte importante de muchos idiomas y una forma común de referirnos a las personas en una conversación. **Usar los pronombres de alguien del modo correcto es importante para mostrar respeto básico, al igual que lo es usar el nombre correcto de alguien.** Por ejemplo, sería irrespetuoso llamar a su amigo Tom por “Thomas” o referirse a su cliente Brittany como “Brad”.
- Es normal que les cueste ajustarse a un pronombre nuevo cuando alguien se lo cambia, al aprender pronombres que son nuevos para ustedes o al usar pronombres que son diferentes a la forma en que perciben a alguien. Si bien requiere que salgan de su zona de confort, usar pronombres respetuosos es una forma esencial en la que pueden comenzar a reexaminar los supuestos sobre el género que particularmente dañan a las comunidades trans.

¿Cómo saber qué pronombres usa alguien?

- El método que se suele utilizar puede conducir a errores. No podemos decir qué pronombre usa alguien en función de su aspecto o la manera en que interpretamos su expresión de género.
- Pregúntenle.
 - Si eventualmente van a usar los pronombres de una persona en una conversación, deben saber qué pronombres usa la persona.
 - Si van a preguntarles a algunas personas, pregúntenles a todas. No aíslen solo a las personas que identifican como no conformes al género.
 - La pregunta puede ser algo como: “Yo uso el pronombre él, ¿qué pronombre usas tú?” (Compartan el suyo incluso si nunca lo mencionan con el pronombre incorrecto).
 - Si alguien no logra entender la pregunta, tal vez no sepa qué es un pronombre. Compartir su pronombre puede servirles de ejemplo, o podrían formular la pregunta de modo más específico (por ejemplo, “¿Cómo te gustaría que los demás se dirijan a ti? Algunas personas usan ella o él o elle”...)
 - Si alguien se enoja o se pone a la defensiva, es probable que no entienda el motivo de la pregunta. Pueden tomarse un momento de antemano para explicar por qué están preguntando: “Estoy intentado no suponer qué pronombre usan las personas en función de cómo las veo” o “Es algo que hacemos en nuestra organización/agencia para asegurarnos de que respetamos a todos”.



¿Cuándo debo preguntar sobre los pronombres?

- ¡Cuando conocen a alguien nuevo! Emparejar la pregunta del pronombre con la pregunta del nombre puede ayudar a saber cuándo pueden preguntar.
- Si son un proveedor, pueden agregar una pregunta sobre los pronombres en el formulario de admisión junto con otra información de identificación. Si no figura en el formulario de admisión, pueden preguntar durante una entrevista de admisión. Consulten más arriba los ejemplos de lenguaje.
- Pueden agregar los pronombres a la lista de lo que las personas deberían decir en una reunión cuando generalmente dicen su nombre y el departamento donde trabajan.

¿Estoy exponiendo* a alguien si le pregunto sus pronombres? (*Exponer a alguien es revelar su identidad sin su consentimiento)

- En realidad, los pronombres no son privados. Son sociales. Ustedes y otros usarán los pronombres para referirse a alguien, independientemente de si tienen el espacio para compartir los que realmente usan. Si les preguntan a todos, no se dirigirán a nadie en particular ni lo aislarán.

Guía de pronombres de género n.º 2

- Es cierto que algunas personas usan pronombres diferentes en diferentes espacios y no consideran que esto podría exponerlos. Averigüen si un cliente, colega o amigo solo usa sus pronombres en algunos espacios y usa pronombres diferentes en otros (p. ej., un estudiante que usa un pronombre en la escuela y otro en casa por razones de seguridad).

¿Qué sucede si no he tenido la oportunidad de averiguar qué pronombres usa alguien? Esto también puede suceder porque tienen interacciones limitadas con clientes/estudiantes/colegas, que a menudo no justifican una conversación sobre pronombres.

- Utilicen un lenguaje neutro. He aquí algunos ejemplos:
 - “Hay una persona que pregunta dónde debe ir para entregar la documentación...”
 - “No sé qué pronombre usa esa persona” o “Me gustó lo que dijo esa persona...”
 - “Hay alguien aquí que no reconozco; ¿le conoces? Está allá, usa gafas...”

¿Qué hago si accidentalmente uso los pronombres incorrectos para alguien? ¿Cómo debo reaccionar?

- Reconozcan su error. Basta con cambiar al pronombre correcto a mitad de la oración (p. ej., “le estaba diciendo a ella... digo, a él que venga por la tarde”)
- Avancen rápido. No se alarmen con el error (p. ej., decir: “¡Ay, perdón! ¡Lo estaba diciendo muy bien últimamente! ¡Es difícil, es que lo conocí antes de que sea ‘él!’”). Retomen lo que estaban hablando tan pronto como hayan cambiado al pronombre correcto.
- Enfóquense en las necesidades de la persona cuyo pronombre se confundió, no la suya. Probablemente necesiten asegurarse de que todavía son una buena persona o un aliado o reafirmar el trabajo que han estado haciendo para respetar la identidad de esa persona (“Lo estoy intentando. ¡Y estoy mejorando!”). No dejen que la persona cuyo pronombre se confundió se haga cargo (p. ej., “Déjalo pasar esta vez” o forzarlos a decir: “está bien”); respétenla en ese momento al corregirse y seguir con otro tema. Si necesitan procesar lo que sucedió, háganlo más tarde, a su propio ritmo, con alguien que no sea esa persona.

¿Cómo se usan los pronombres de género neutro en una oración?

“Algunes vienen con amigas porque no les gusta estar a solas.”
“¿De quién es esto?” “Es de ellos.”

“Viene con su amiga porque no le gusta estar a solas.”
“¿De quién es esto?” “Es de ella.”

¿Quién usa los pronombres de género neutro?

- ~~Solo gente joven.~~ Personas de todas las edades usan los pronombres de género neutro. La edad y los pronombres no se correlacionan de ninguna manera.
- ~~Solo las personas de determinados géneros.~~ Los pronombres de género neutro los utilizan personas de diversas identidades de género.



Otras prácticas adecuadas para recordar:

- **Digan “pronombre de género” en lugar de “pronombre preferido”.** Los pronombres a menudo no son simplemente una preferencia (como “Prefiero el helado de chocolate que el de vainilla, pero tomaré cualquiera”) sino una parte clave del respeto mutuo.
- **Hablen sobre pronombres específicos como ella, él, elle, entre otros, en lugar de decir “pronombres femeninos” o “pronombres masculinos”.** Aunque los pronombres de género están asociados culturalmente con las identidades de género (p. ej., los hombres usan “él” y las mujeres usan “ella”), esto no se aplica a todos. Por ejemplo, algunas personas que usan “ella” no se identifican como mujeres, pero pueden usar el pronombre “ella” por razones de seguridad o en diferentes situaciones.

Si nunca les han preguntado sus pronombres, tengan en cuenta cómo los expresan. Por ejemplo, si dicen “No me importa” o “puede usar cualquier pronombre para mí”, asegúrense de comprender el efecto que tendrá si lo llaman con pronombres diferentes a los que están acostumbrados a oír cuando se refieren a ustedes.

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health

Introducción a los determinantes sociales de la salud



OBJETIVOS

Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:

- Definir los determinantes sociales de la salud de nuestros clientes.
- Identificar cómo estos determinantes sociales contribuyen a los factores de riesgo del VIH.



INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, prepare una hoja de rotafolio con la pregunta: "¿Qué determina nuestra salud?" y tres viñetas:
 - Determinantes biológicos
 - Determinantes genéticos
 - Determinantes sociales
2. Explique lo siguiente: para poder analizar el papel de las CHW como parte del equipo de atención, comenzaremos con un análisis sobre qué factores dan forma y determinan qué tan sanos estamos (diapositiva 3).
3. Comparta los folletos sobre los determinantes sociales de la salud (Social Determinants of Health, SDOH) y muestre la diapositiva 3.
4. Cierre la actividad. Las CHW pueden ayudar a abordar estos determinantes sociales al cerrar la brecha entre la comunidad y la clínica y ayudar a una persona con VIH a abordar las necesidades sociales para tener una vida más larga. En esta capacitación, aprenderemos sobre el rol de las CHW como parte del equipo de atención para apoyar a las personas con VIH y sobre cómo podemos ayudarlas a tener vidas más largas y saludables.



Roles C3 relacionados

Base de conocimiento

Habilidades C3 relacionadas

Todas



Métodos de enseñanza

Análisis grupal



Tiempo previsto

15 minutos



Conceptos clave

Determinantes sociales de la salud, SDOH



Materiales

- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint
- Rotafolio
- Marcadores

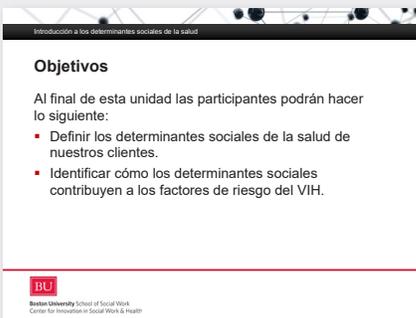
Folletos

- Ejemplos de determinantes sociales de la salud
- Determinantes sociales de la salud

Introducción a los determinantes sociales de la salud

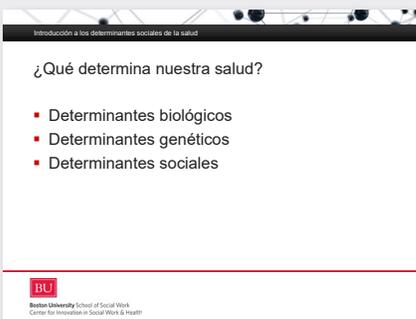


■ DIAPOSITIVA 1



■ DIAPOSITIVA 2

Revise los objetivos.



■ DIAPOSITIVA 3

Explique lo siguiente: para poder analizar el papel de las CHW como parte del equipo de atención, comenzaremos con un análisis sobre qué factores dan forma y determinan qué tan sanos estamos.

Pregunte a las participantes: “¿Qué determina nuestra salud?” Pídale que compartan ejemplos basados en las 3 viñetas. Registre las respuestas en la hoja de rotafolio.

Respuestas posibles:

- Determinantes biológicos = parásitos, bacterias y virus.
- Determinantes genéticos = características que heredamos de nuestros padres, como tener colesterol alto.
- Determinantes sociales: condiciones sociales y estructurales que afectan la salud de los grupos.

Divida a las participantes en parejas. Pídale que nombren de tres a cinco determinantes sociales de la salud (SDOH) con su pareja.

Pida voluntarias para compartir los determinantes sociales y escríbalos en una hoja de rotafolio.

Ejemplos potenciales:

- Pobreza
- Vivienda
- Transporte
- Acceso a la atención médica
- Acceso a la comida
- Condiciones del barrio



DIAPPOSITIVA 4

Comparta los folletos sobre los SDOH y muestre la diapositiva.

Pregunte: “¿Cómo podrían estos determinantes sociales afectar el riesgo de VIH?”

Ejemplos potenciales:

- Las personas que no tienen acceso a servicios de salud ni recursos para comprar condones pueden tener relaciones sexuales sin protección y transmitir el VIH.
- Es posible que las personas que no tienen acceso a la atención médica no reciban el tratamiento que necesitan si tienen VIH.
- Es posible que las personas que no tienen acceso a la educación sanitaria del VIH no sepan cómo protegerse contra el VIH.
- Es posible que las personas no sepan que el VIH es una condición crónica y que existen medicamentos que pueden ayudarlos a tener una vida larga con el VIH.
- Es probable que las personas con VIH que no tienen vivienda no tengan un lugar para almacenar los medicamentos para tratar el VIH.
- Es posible que las personas con VIH que no tienen suficiente comida no puedan tomar sus medicamentos adecuadamente para tratar el VIH de manera efectiva.

Ejemplos de determinantes sociales de la salud



- **Estabilidad económica**
 - Pobreza
 - Empleo
 - Inseguridad alimentaria
 - Inestabilidad de vivienda
- **Educación**
 - Graduación de escuela secundaria
 - Inscripción en educación superior
 - Lengua y alfabetización
 - Educación y desarrollo de la primera infancia
- **Contexto social y de la comunidad**
 - Cohesión social
 - Participación cívica
 - Discriminación
 - Encarcelamiento
- **Salud y atención médica**
 - Acceso a la atención médica
 - Acceso a la atención primaria
 - Alfabetización en salud
- **Barrio y entorno construido**
 - Acceso a alimentos que apoyan patrones de alimentación saludable
 - Calidad de la vivienda
 - Delincuencia y violencia
 - Condiciones ambientales

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud?

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local, que están influenciados por las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son los principales responsables de las desigualdades en la salud: las diferencias injustas y evitables en el estado de salud que se observan dentro de un país y entre países.

En respuesta a la creciente preocupación por estas desigualdades persistentes y cada vez más amplias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en 2005 para brindar asesoramiento sobre cómo reducirlas. El informe final de la Comisión se lanzó en agosto de 2008 y contenía tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida diaria.
2. Abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir y comprender el problema y evaluar el efecto de las medidas.

Entre algunos ejemplos de determinantes sociales de la salud se incluyen los siguientes:

- Ingresos
- Clase social
- Raza/etnia
- Educación
- Empleo
- Vivienda
- Condiciones ambientales
- Respeto y dignidad

Fuente: http://www.who.int/social_determinants/en/

Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University School of Social Work
Center for Innovation in Social Work & Health