



**COLEGIO
DE PROFESIONALES
EN PSICOLOGÍA**
DE COSTA RICA

PROCEDIMIENTO PARA BRINDAR VOLUNTARIADO PARA EL ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinador(a) de la Oficina de Comunicación	Junta Directiva	Junta Directiva
PR-SAC-002	Versión: 2	Abril 2019



Control de Cambios

	Sección Párrafo modificado	Cambio Realizado:	Fecha mes año
1	Creación inicial del documento	Creación del documento	Abril 2019
2	Total del documento	Revisión, cambio de machote y nomenclatura	13-07-2020

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.....	4
2. Objetivos específicos	4
3. Alcance.....	4
4. Responsables.....	4
5. Voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida	5
5.1. Formulario para inscribirse para brindar voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida	5
5.2. Listado de profesionales interesados/as en brindar atención	5
5.3. Revisión de requisitos	5
5.4. Aprobación de persona profesionales.....	6
5.5. Lineamientos definidos para las personas voluntarias para el abordaje del comportamiento suicida	
5.5. Recepción de solicitudes de atención gratuita para el abordaje del comportamiento suicida	6
5.6. Reporte del servicio de voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida	7
5.7. Reconocimiento del voluntariado realizado	7
5.8. Desafiliación del servicio de voluntariado	7
6. Flujograma	8
7. Anexos.....	9

1. OBJETIVO

Brindar las pautas para la inscripción, selección y el ejercicio del servicio de voluntariado profesional para el abordaje psicoterapéutico del comportamiento suicida.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar los perfiles de las personas inscritas.
2. Dar las pautas necesarias para iniciar con el abordaje de las personas referidas por medio de la Línea Aquí Estoy.
3. Mostrar el flujograma de forma clara para fácil comprensión de las personas voluntarias.

3. ALCANCE

El procedimiento aplica para todas las personas profesionales en psicología que deseen brindar servicios de voluntariado regulado por el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica.

4. RESPONSABLES

- 4.1. Es responsabilidad de la Jefatura de Servicio al Colegiado la elaboración del presente procedimiento, así como las futuras modificaciones y actualizaciones que se consideren necesarias.
- 4.2. Es responsabilidad de la Dirección Ejecutiva la presentación del presente documento ante la Junta Directiva, para la aprobación correspondiente, así como velar por su cumplimiento.
- 4.3. Es responsabilidad de los miembros de Junta Directiva aprobar el presente procedimiento, así como sus actualizaciones, además de verificar el cumplimiento ético del ejercicio de las personas profesionales en psicología que brinden este tipo de servicio social.
- 4.4. Es responsabilidad de la Secretaria Administrativa de Junta Directiva comunicar el acuerdo de aprobación del servicio de voluntariado a la persona profesional voluntaria.
- 4.5. El Departamento de Fiscalía es responsable de fiscalizar que los servicios de voluntariado se den acorde a las condiciones establecidas en este procedimiento.

5. VOLUNTARIADO PARA EL ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

5.1. Formulario para inscribirse para brindar voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida

La Junta Directiva, pondrá a disposición del gremio un formulario digital, por medio del sitio web, en el cual la persona profesional en psicología que desee brindar servicio de voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida podrá inscribirse completando la información solicitada.

5.2. Listado de profesionales interesados/as en brindar atención

El Departamento de Tecnologías de la Información elaborará el reporte correspondiente de personas profesionales interesadas en brindar atención psicoterapéutica, que hayan ingresado su información por medio del formulario habilitado en el sitio web de este Colegio y lo remitirá por medio de correo electrónico a solicitud de la Jefatura de Servicio al Colegiado.

5.3. Revisión de requisitos

La Jefatura de Servicio al Colegiado, una vez cerrado el período de aplicación para las personas interesadas en brindar el voluntariado, procederá a realizar un informe de cumplimiento de requisitos, aplicando los siguientes criterios de selección:

- a. Estar colegiado/a.
- b. Contar con al menos un año de experiencia en atención psicoterapéutica.
- c. Estar activo/a y al día con las obligaciones ante el Colegio.
- d. Contar con capacitación en temas de abordaje de conductas suicidas.
- e. Tener experiencia en atención a personas que hayan presentado ideación o comportamiento suicida.
- f. Especificar el tipo de servicio que desea brindar.

Una vez realizado el reporte, se remitirá mediante correo electrónico, en formato de Excel, la lista de personas profesionales que cumplen los requisitos, para la valoración por parte de la Junta Directiva.

5.4. Aprobación de persona profesionales

La Junta Directiva conocerá la totalidad de las personas que aplicaron como voluntarias y procederá a revisar la lista de las personas colegiadas que cuentan con los requisitos necesarios para brindar voluntariado.

Conocido este asunto, tomará acuerdo y solicitará a la Secretaria Administrativa de Junta Directiva, emitir la comunicación oficial a las personas profesionales que se hayan sido seleccionadas con el fin de brindar servicio voluntario. Asimismo, se remitirá el listado de profesionales aprobados y aprobadas a la Jefatura de Servicio al Colegiado.

5.5. Lineamientos definidos para las personas voluntarias para el abordaje del comportamiento suicida

La persona profesional que haya sido notificada del acuerdo de la Junta Directiva para poder brindar servicio de voluntariado, deberá de tener en cuenta lo siguiente:

- 5.1. Deberá completar durante la primer consulta el instrumento de “Entrevista inicial para optar por el servicio de voluntariado”, en el cual se determinará si la persona consultante es candidata a un servicio voluntario o si cuenta con posibilidades de cancelar un monto igual o menor de la tarifa de la consulta. En ambos casos la persona voluntaria lo dejará registrado en el formulario y solicitará la firma de la persona interesada en la atención.
- 5.2. La persona profesional enviará en forma electrónica el instrumento “Entrevista inicial para optar por el servicio de voluntariado” al buzón dispuesto para tal fin redvoluntariado@psicologiacr.com, con la aceptación del caso.
- 5.3. Asimismo, la persona profesional realizará la lectura y firma, junto con la persona consultante, del respectivo consentimiento informado para participar del proceso terapéutico en el cual se indicarán de manera explícita las condiciones del tratamiento a realizar y la cantidad de sesiones que se podrán brindar.
- 5.4. La persona profesional brindará la atención de acuerdo con su enfoque terapéutico de preferencia y será responsable del seguimiento al caso abordado, siempre en apego a los lineamientos establecidos en el Código de Ética y Deontológico de este Colegio Profesional.

5.5. Recepción de solicitudes de atención gratuita para el abordaje del comportamiento suicida

La Jefatura de Servicio al Colegiado recibirá las llamadas de personas particulares que se dirijan a este Colegio Profesional solicitando la atención para el abordaje del comportamiento suicida y realiza un primer filtro en donde valora telefónicamente:

- Nivel de riesgo.
- Si cuenta con capacidad de pago.
- Horarios en los que puede asistir a psicoterapia.
- Zona de residencia o laboral según aplique para el traslado.

Una vez que se determina que la persona requiere de la atención psicoterapéutica según los criterios indicados en este Procedimiento, se ingresará en el listado de personas que serán referidas para recibir la atención voluntaria. Seguidamente, se le brindará la información de contacto de la persona profesional que, según disponibilidad de tiempo y ubicación geográfica cerca de su zona, puede recibirle en consulta.

La Jefatura de Servicio al Colegiado enviará semanalmente un reporte general a todas las personas profesionales voluntarias, con alguna persona usuaria asignada, los datos del nombre y número de teléfono de la persona o personas solicitantes del servicio.

La persona profesional voluntaria confirmará el inicio del proceso de atención a través de la respuesta al correo electrónico de referencia, y adjuntando la el instrumento de "Entrevista inicial para optar por el servicio de voluntariado" debidamente lleno.

5.6. Reporte del servicio de voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida

De manera trimestral, la Jefatura de Servicio al Colegiado(a) remitirá un informe de los casos atendidos a la Junta Directiva para su conocimiento.

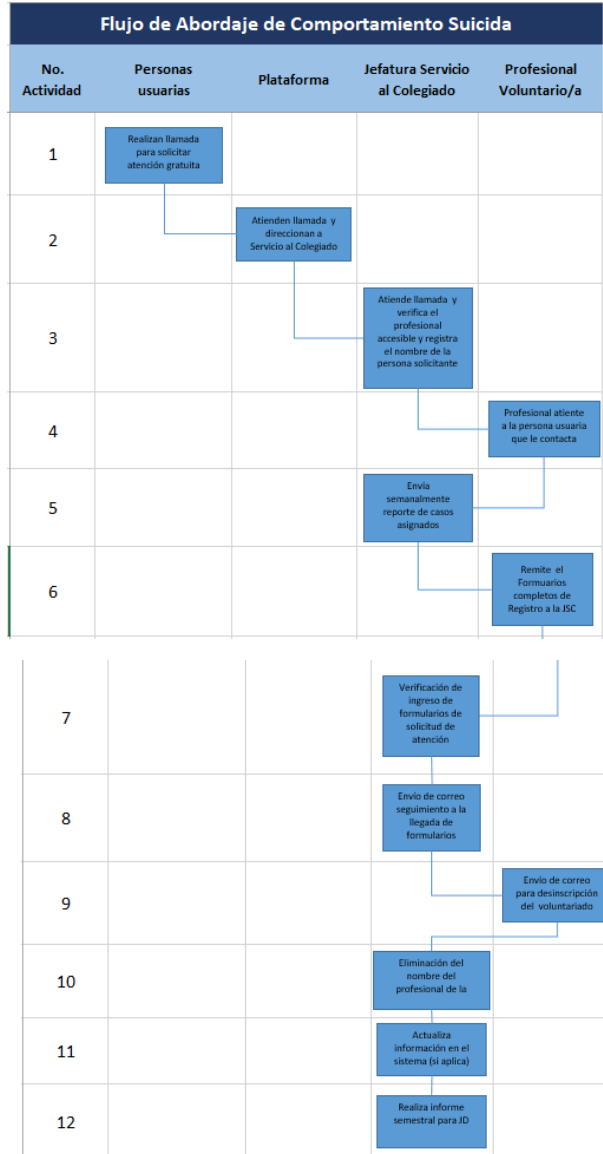
5.7. Reconocimiento del voluntariado realizado

En vista que el servicio brindado por las personas profesionales no devenga un salario por parte del Colegio y quien brinde voluntariado podrá atender de manera gratuita o recibiendo un pago inferior de acuerdo con las necesidades de la persona solicitante, el Colegio se compromete a brindar constancia por el tiempo que haya brindado como voluntario.

5.8. Desafiliación del servicio de voluntariado

Cuando así lo desee, la persona profesional que brinda voluntariado podrá remitir un correo electrónico redvoluntariado@psicologiacr.com , para indicar que no desea recibir más solicitudes de atención en esta modalidad.

6. FLUJOGRAMA



7. ANEXOS

7.1 Anexo 1: Formulario para brindar voluntariado para el abordaje del comportamiento suicida

Voluntariado para el Abordaje del Comportamiento Suicida

Términos de uso

Antes de formar parte de esta lista, usted debe saber:

1. El Colegio de Profesionales en Psicología, agradece su buena disposición de colaboración y solidaridad.
2. Actualmente este Colegio se encuentra formando un equipo de personas voluntarias, para la atención de personas que presenten comportamiento suicida o para el desarrollo de actividades educativo-preventivas del riesgo suicida. Cabe recordar, que dichos procesos deben ser abordados de manera ética y responsable, y por ende con el conocimiento requerido.
3. En el caso que usted desee brindar apoyo, primero deberá registrar la información solicitada en el siguiente formulario y una vez articulado el programa de voluntariado le estaremos contactando.
4. Es requisito contar con al menos la Licenciatura en Psicología, estar activo (a) y al día con sus obligaciones en el Colegio.
5. Al ser un trabajo de voluntariado, no se brindará remuneración económica por la asistencia brindada.

Formulario de Voluntariado

Código del profesional	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Documento de identidad	Email	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Información de lugar físico donde puede brindar la atención psicoterapéutica:		
Provincia	Cantón	Distrito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección		
<input type="text"/>		



¿En qué tipo de actividades estaría dispuesto(a) a brindar servicio de voluntariado? (Puede marcar más de una)

- Atención psicoterapéutica a personas con ideación o comportamiento suicida
- Atención de personas sobrevivientes del suicidio
- Realización de actividades preventivas y psicoeducativas

¿Con qué tipo de población podría desarrollar estas actividades? (Puede marcar más de una)

- Niñas y niños (menores de 12 años)
- Personas adolescentes (12 a 19 años)
- Personas adultas

CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS EN MATERIA DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Sírvase marcar con una "x" los criterios con los cuales cumple o en su defecto, complete la información solicitada

Formación académica en atención psicoterapéutica

- SI NO Manejo de Crisis
- SI NO Preparación en Primeros Auxilios Psicológicos

Años de experiencia en atención psicoterapéutica:

Indique ¿qué tipo de capacitación relacionada con temas de atención a personas con riesgo suicida ha cursado?

Indique la cantidad aproximada de horas de capacitación recibida sobre este tema:

- SI NO ¿Ha atendido casos con ideación o comportamiento suicida?

REQUISITOS LOGÍSTICOS

- SI NO Disponibilidad (Favor indicar días y horarios en los que tiene disponibilidad)
- SI NO Cuenta con recursos propios para brindar la atención. (Favor indicar en la casilla adjunta)

Declaro que la información suministrada es cierta y autorizo al CPPCR a brindar de manera pública mi información de contacto

Enviar

7.2 Matriz de profesionales inscritos

Colegio de Profesionales en Psicología

Profesionales inscritos(as) en Servicio de Voluntariado para el Abordaje de Conductas Suicidas

Código	Nombre	Doc. Identidad	Correo	Teléfono	Provincia	Cantón	Distrito	Dirección	Actividades	Población	ManejoCrisis	PrimerosAuxilios	Experiencia	Capacitaciones	Horas	Casos	Disponibilidad	Recursos	Observaciones
--------	--------	----------------	--------	----------	-----------	--------	----------	-----------	-------------	-----------	--------------	------------------	-------------	----------------	-------	-------	----------------	----------	---------------

7.3. Matriz de profesionales autorizados

Colegio de Profesionales en Psicología																
Profesionales autorizados(as) para Servicio de Voluntariado para el Abordaje de Conductas Suicidas																
Código	Nombre en sistema	Doc.identidad	Correo	Teléfono	Provincia	Cantón	Distrito	Dirección	Manejo Crisis	Primeros Auxilios	Experiencia	Capacitación	Horas	Disponibilidad	Recursos	Observaciones

7.4. Matriz de personas solicitantes del servicio de voluntariado

Colegio de Profesionales en Psicología													
Personas atendidas por medio de Abordaje de Conductas Suicidas													
Fecha de solicitud	Nombre	Doc.identidad	Edad	Correo	Teléfono	Provincia	Cantón	Distrito	Dirección	Evaluación PAI	Profesional designado	Cantidad de consultas brindadas	Entrega de formulario Abordaje Voluntariado

7.5. Instrumento de entrevista inicial

Datos personales de la persona solicitante:

Nombre y Apellidos:	
Documento de identidad:	Teléfono:
Edad:	Correo electrónico:

Domicilio:

Provincia:	Cantón:
Distrito:	Lugar en el que labora:
Dirección exacta:	

Datos de consulta:

Motivo:
Registro de búsqueda de ayuda previa:
Otros lugares en los que ha recibido atención:
Verificación de necesidad de atención gratuita:

Datos de profesional responsable:

Nombre:
Código:
Lugar de atención:
Doy fe que he realizado la entrevista a profundidad, examen clínico y generado consentimiento informado <input type="checkbox"/>

Firma persona solicitante

Firma de profesional responsable