



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y fecha:	BOGOTÁ MARZO 05/18	
Nombre del consultante:	ROSALBA VARGAS QUESADA	
Edad del consultante:	22 AÑOS	
Nombres y documentos de los representantes legales cuando el consultante es menor de edad o presenta condición de discapacidad:		

ROSALBA VARGAS QUESADA he sido informado por el psicólogo de los Servicios de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás, que la IPS presta servicios en psicoterapia clínica y de la familia, que la duración del proceso será acordada según pertinencia clínica y que la atención se me ofrece porque ha sido mi voluntad, o la de una institución remitente que ha conocido mi caso, buscar ayuda profesional para mí o para otra persona de la cual soy representante legal. Así mismo me han dicho que, conforme al artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006, los terapeutas, en desarrollo de su trabajo, tienen la obligación de mantener en confidencialidad la información que obtienen de las personas, y que, por tal razón, revelarán la información a los demás sólo con el consentimiento del consultante o de su representante legal, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros, por ejemplo, cuando las conductas revistan las características de un delito, caso en el cual, los terapeutas se reservan el derecho de notificarlo a las autoridades correspondientes y a activar las rutas jurídicas para tal fin.

Los Servicios de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás, son, así mismo, un espacio de formación de psicólogos y terapeutas, por tal razón atenderá mi caso estudiantes de pregrado o de posgrado, en todos los eventos, apoyados por sus docentes supervisores.

Adicionalmente autorizo efectuar la grabación de las sesiones con el propósito de apoyar las intervenciones de los psicólogos y terapeutas con fines académicos, el acompañamiento en cámara de Gesell de otros profesionales que actúan como co-terapeutas o supervisores, la aplicación de pruebas psicológicas según pertinencia clínica, la entrevista a otros profesionales e instituciones remisoras con el propósito de trabajar articuladamente, la notificación al sistema de vigilancia epidemiológico en caso de ser necesario y compartir un informe general del proceso con las entidades que han remitido mi caso, dentro de los límites señalados en la ley.

Hago constar que el presente documento da cuenta de lo acordado en esta relación profesional, y que ha sido leído y entendido por mí en su integridad, otorgando mi consentimiento de manera libre y voluntaria.

Comprendo que es mi derecho desistir del proceso de intervención, por eso es que una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo y de la importancia de los mismos para la consecución de los objetivos terapéuticos, otorgo SI ☒ NO ☐ en forma libre mi consentimiento al psicólogo o terapeuta MONICA LIEVANO identificado con cédula de ciudadanía No. 52.046.308 y T.P. (excepto si se trata de estudiantes de pregrado) 52.046.308, supervisado por el docente CLAUDIA JOHANNA LOPEZ para mi participación en este encuentro.

Consultante Representantes legales:

Rosalba Vargas Q.
1106744012
c.c. c.c.

Dirección para notificaciones:

Huella consultante



Psicólogo(a)-Terapeuta:

[Signature]
c.c.: 52.046.308
T.P.:

Teléfono:

Universidad Santo Tomás
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica y de la Familia

Consentimiento Informado para la Participación en la Investigación / Intervención

Fecha : Día Mes Año

Título de la Investigación:

CONFIGURACIÓN Y RECONFIGURACIÓN NARRATIVA DE LA MATERNIDAD EN UNA EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

Duración Estimada y Procedimiento:

La investigación se desarrollará de acuerdo con el protocolo de Milán, a través de 5 escenarios contemplando su secuencia en un espacio conversacional y estableciendo objetivos para cada escenario. Se tiene previsto para su desarrollo un tiempo estimado de 2 a 3 meses, teniendo en cuenta las variables externas que puedan incidir en el proceso de investigación.

Institución donde se Realizará el Estudio:

La presente investigación -intervención se desarrollará en el contexto de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, en la línea de narrativas "Psicología, Familia y Redes Humanas" y específicamente en los Servicios de Atención Psicológica de la IPS de la Universidad Santo Tomás que es una institución prestadora de servicios de atención psicológica coordinada por la Facultad de Psicología, habilitada desde el 2003 por Secretaría de Salud y certificada con el sello de calidad ISO90012008 desde Septiembre del 2009.

Investigador(es)/interventor(es): MONICA PATRICIA LIEVANO GANOBLES
MARTHA LUCIA CORAL TRIANA

Nombre del (los) Director (es): CLAUDIA JOHANNA LOPEZ RODRIGUEZ

Nombre de (los) Asesor(es): CLAUDIA JOHANNA LOPEZ RODRIGUEZ

Nombre del Participante:

No. de Identificación:

Rosalba Vargas Quezada
1106741042

Objetivo de la Investigación:

Comprender la experiencia frente al abuso sexual en recursión con la vivencia de la maternidad y la reorganización de vínculos familiares, a través de la reconfiguración narrativa de la identidad de la joven como mujer y madre, la experiencia de abuso sexual y el significado que se le otorga a la maternidad en relación con el contexto familiar.

Beneficios de la Investigación:

Los participantes de la investigación recibirán un proceso de atención clínica que permita mejorar su calidad de vida en el abordaje del fenómeno de estudio desde una perspectiva sistémica favoreciendo de esta manera la resignificación de la situación de abuso sexual y la emergencia de nuevas narrativas que nutran el vínculo de la madre con su hijo y su sistema familiar.

Dentro de los beneficios de la investigación se puede contar el aporte a nivel clínico en la construcción de una ruta de atención especializada para las personas que vivan una situación de abuso sexual y que permita integrarse a la maternidad como una nueva realidad y al cambio que esta situación genera en su sistema familiar, llevando a los actores del mismo a generar dispositivos que faciliten la emergencia de narrativas que permitan relatar la situación de abuso sexual de una forma diferente. Además de nutrir los vínculos afectivos no solo de la madre con su hijo sino también de cada uno de los actores del sistema.

Riesgos Asociados con la investigación:

Dentro del proceso investigativo, se contemplan riesgos en dos niveles:

A. Para el sistema consultante:

1. Abandonar el proceso interventivo.

B. Para las investigadoras

1. Que el diseño de modelo terapéutico, no logre nutrir el proceso interventivo en la atención de casos de abuso sexual.

Aclaraciones:

1. Su decisión de participar en el estudio es voluntaria.
2. En caso de decidir no participar en esta investigación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, su familia o su institución.
3. Si decide participar en la investigación usted puede retirarse en el momento que así lo disponga, únicamente se le solicitará que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas totalmente.
4. En el transcurso de la investigación podrá solicitar información actualizada de la misma al (los) investigador (es), quienes están en el deber de proporcionársela oportunamente. Esto solo con fines informativos que sólo se brindará a los participantes de la investigación, en ningún caso se entregarán informes técnicos (valoraciones, peritajes, evaluaciones, conceptos, etc.) a terceros, que impliquen una responsabilidad más allá de los acuerdos de investigación aquí estipulados.
5. Las sesiones serán video-grabadas o en su defecto audio-grabadas en su totalidad. Estas sesiones serán registradas en instrumentos para la recolección y archivo de la información (Historias Clínicas, formatos de observación y registros de campo). Las grabaciones e instrumentos de registro serán utilizados únicamente con fines académicos e investigativos; una vez finalice la investigación, serán archivados para dar soporte a los resultados.

6. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de caso, mantendrá estricta confidencialidad acerca de los participantes, sus familias o las instituciones involucradas. Esta será compartida con los Directores, Asesores y equipos de investigación en los espacios académicos y tutorías desarrollados con el fin de avanzar en la obra de conocimiento y el proceso de formación de investigadores.
7. Los resultados de este estudio serán utilizados con fines académicos y podrán ser publicados a través de medios de divulgación de interés científico, guardando la confidencialidad de sus participantes.
8. Por la participación en esta investigación usted no recibirá ninguna remuneración de tipo económico.

Una vez considere que sus dudas han sido aclaradas y que no tiene ninguna pregunta sobre su participación en la investigación, usted puede, si así lo decide, firmar la siguiente carta de Consentimiento Informado.

Carta de Consentimiento Informado de Mayor de Edad (Asentimiento informado)

Yo, ROSALBA VARGAS QUEZADA he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido enterado(a) de los procedimientos de esta investigación y entiendo que la información obtenida puede ser publicada o difundida con fines científicos, respetando mi anonimato.

Convengo en participar en esta investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento informado.

Rosalba Vargas Quizada
Firma del participante



1106741092

No. de Identificación

[Espacio para diligenciamiento por parte del (los) investigador (es)]

Hemos explicado al (la) señor(a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le hemos explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Aceptamos que hemos leído y conocemos la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y nos apegamos a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del
Investigador
Nombre
Investigador
Documento
Identificación
Profesión

[Firma]
HÓNICA PATRICIA LIEMMO
52046308
Psicóloga

Firma del
Investigador
Nombre
Investigador
Documento
Identificación
Profesión

[Firma]
HÓNICA PATRICIA LIEMMO
52329667
Psicóloga

Firma del
Investigador
Nombre
Investigador
Documento
Identificación
Profesión

Firma del
Investigador
Nombre
Investigador
Documento
Identificación
Profesión

Dado a los 05 días del mes de Agosto del año 2016

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.106.741.042**
VARGAS QUESADA
APELLIDOS
ROSALBA
NOMBRES

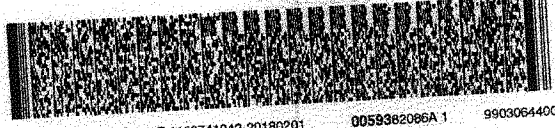
Rosalba Vargas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1995**
MARIQUITA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-JUL-2013 ARMERO (GUAYABAL)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00974846-F-1106741042-20180201 0059362086A 1 9903064400



HOGAR BETANIA

NIT 860.010.525-8

Bogotá D.C, Febrero 15 de 2018

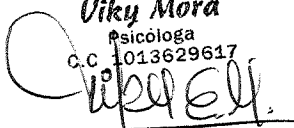
Señores
IPS Universidad Santo Tomas.
Ciudad

Asunto: Solicitud de Valoración e intervención psicológica.

Por medio del presente documento remito a nuestra beneficiaria Rosalba Vargas Quesada identificada con cedula de ciudadanía numero 1.106.741.042 de Armero (Tolima), para que se haga la debida valoración e intervención ya que se evidencia pertinente realizar un proceso enfocado a la violación que vivenció.

Por lo anterior solicito el informe del resultado de la valoración e intervención.

Atentamente,

Viky Mora
Psicóloga
C.C. 1013629617


Viky Estefanía Mora Martínez
Psicóloga
TP. 161539

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
Nit. 860,012,357

R E C I B O D E C A J A No.: RC15 10300

FECHA 03/12/2018
NIT 1,673
CLIENTE CONSULTAS IPS . .
CONCEPTO CONS. ROSALBA VARGAS / TERA. MONICA LIEVANO Efectivo: 10000

CUENTA	NOMBRE	CENTRO	VALOR	D/C
423595004	CONSULTA PSICOLOGICA	CONSULTORIOS PSICOLOGIA	10,000.00	C
	IPS			
110505108	CAJA CONSULTORIO	CONSULTORIOS PSICOLOGIA	10,000.00	D

Observaciones: CONS. ROSALBA VARGAS / TERA. MONICA LIEVANO

caja02

ELABORO

REVISOR

AUTORIZO

