

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EJERCICIO PSICOLÓGICO EMDR

Ciudad: _____ Fecha: _____

Yo, _____,

mayor de edad, identificado/a con documento de identidad N° _____,

con domicilio en _____,

manifiesto que he sido informado/a de manera clara, precisa y suficiente sobre la naturaleza y propósito del proceso psicológico que recibiré por parte de la profesional **Alejandra Quintero Rendón**, psicóloga con tarjeta profesional N° 104619 expedida en abril diez (10) de dos mil ocho (2008).

1. OBJETIVO DEL PROCESO PSICOLÓGICO

El proceso psicológico tiene como objetivo proporcionar un espacio seguro para la exploración y el abordaje de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que impactan en mi bienestar. Se utilizarán técnicas y herramientas psicológicas basadas en evidencia científica, de acuerdo con el Código Deontológico y Bioético del ejercicio de la Psicología en Colombia y la Ley 1090 de 2006.

2. BASE LEGAL Y ÉTICA

El ejercicio profesional de la psicología en Colombia está regulado por la Ley 1090 de 2006, la cual establece los lineamientos éticos y legales para la práctica psicológica. Adicionalmente, el Código Deontológico de la Psicología orienta el ejercicio profesional, garantizando el respeto por los derechos y la dignidad de los consultantes en todo momento. Asimismo, la recopilación y el manejo de datos personales se realizan conforme a la Ley 1581 de 2012, que regula la protección de la información personal.

3. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información compartida durante el proceso terapéutico es confidencial. Sin embargo, esta confidencialidad podrá ser levantada en las siguientes circunstancias:

1. Riesgo inminente para la integridad propia o de terceros

En caso de riesgo de suicidio o cualquier otra situación que amenace mi seguridad o la de otras personas, la terapeuta podrá contactar a dos personas de confianza. Las personas a quienes se podrá llamar en estos casos son:

- Nombre: _____ Número celular: _____
- Nombre: _____ Número celular: _____

2. Conocimiento de abuso, maltrato o violencia

Si se identifica una situación de abuso, maltrato o violencia, especialmente en menores de edad o poblaciones vulnerables, la terapeuta tiene la obligación de reportarlo a las autoridades competentes, conforme al artículo 2°, numeral 5° de la Ley 1090 de 2006.

3. Requerimiento judicial

En caso de que una autoridad judicial solicite información sobre el caso, se pedirá autorización expresa del usuario antes de proporcionar cualquier dato, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2°, numeral 5° de la Ley 1090 de 2006.

4. Supervisión profesional

Para mejorar la calidad de la atención, el caso podrá ser discutido con otros psicólogos en el marco de la supervisión profesional, garantizando el anonimato y la protección de la información personal.

5. Almacenamiento y acceso a la información

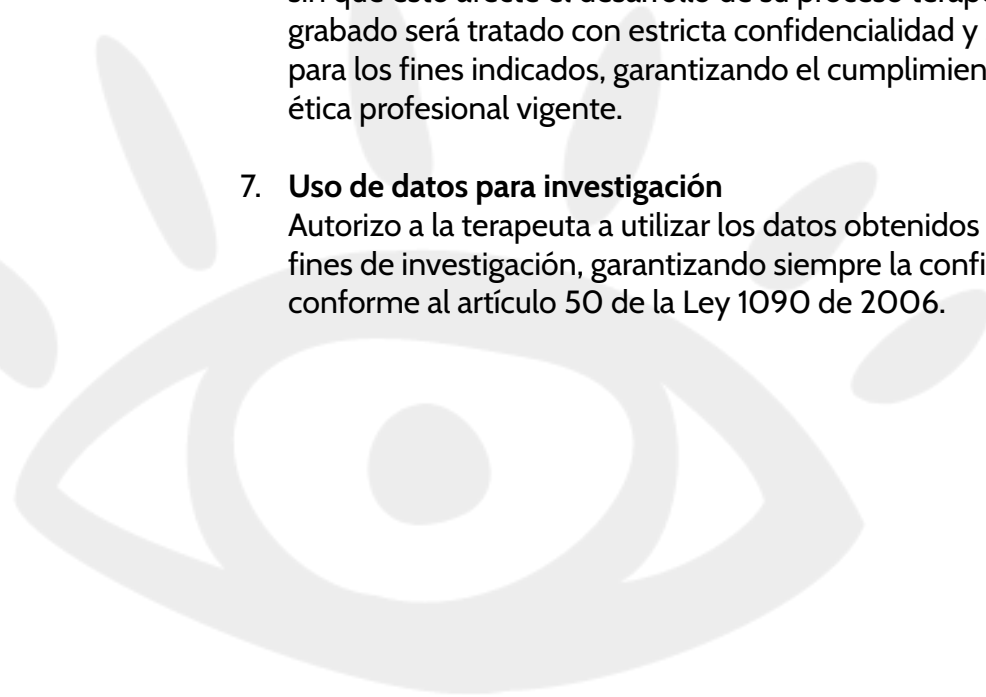
La información del proceso terapéutico, incluyendo la historia clínica y los registros de seguimiento, será almacenada digitalmente bajo estrictos estándares de seguridad. El acceso a esta información estará restringido a la terapeuta responsable del caso y, en situaciones de supervisión clínica, podrá ser compartida con otros profesionales de la salud mental o salud física autorizados, siempre garantizando el anonimato y la confidencialidad del consultante. En estos casos, la supervisión tendrá como único propósito mejorar la calidad de la atención, y cualquier acceso a la información se realizará bajo los lineamientos éticos y legales vigentes, conforme a la Ley 1090 de 2006 y la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.

6. Grabación de sesiones

La grabación de sesiones terapéuticas solo se realizará si es estrictamente necesario para fines de aprendizaje o supervisión clínica. En estos casos, el consultante será informado con antelación y deberá otorgar su consentimiento expreso por escrito. Asimismo, tendrá la opción de aceptar o rechazar la grabación sin que esto afecte el desarrollo de su proceso terapéutico. Cualquier material grabado será tratado con estricta confidencialidad y se utilizará exclusivamente para los fines indicados, garantizando el cumplimiento de la normativa legal y ética profesional vigente.

7. Uso de datos para investigación

Autorizo a la terapeuta a utilizar los datos obtenidos en el proceso terapéutico para fines de investigación, garantizando siempre la confidencialidad y el anonimato, conforme al artículo 50 de la Ley 1090 de 2006.



4. MODELO DE TRATAMIENTO: PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGÍA

La terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) es un enfoque psicoterapéutico basado en la idea de que la información traumática no procesada puede generar síntomas de malestar psicológico. Fue desarrollada en la década de 1980 por la Dra. Francine Shapiro y ha sido validada científicamente como un tratamiento eficaz para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otras condiciones relacionadas con el trauma. La terapia EMDR facilita el procesamiento adaptativo de recuerdos perturbadores mediante la estimulación bilateral (como movimientos oculares, sonidos o toques alternos), lo que permite integrar la memoria de una manera menos perturbadora y promover el bienestar del paciente.

El proceso terapéutico de EMDR se estructura en ocho fases, que incluyen la evaluación del historial del paciente, la preparación y estabilización, la identificación de recuerdos traumáticos clave, la desensibilización de estos recuerdos, la instalación de creencias positivas, el escaneo corporal, el cierre de cada sesión y la reevaluación de los efectos del tratamiento. A través de este protocolo, se busca reducir la intensidad emocional de los recuerdos traumáticos y fomentar una respuesta más saludable ante situaciones similares en el presente.

El alcance de la terapia EMDR se ha extendido más allá del TEPT, demostrando su eficacia en el tratamiento de trastornos de ansiedad, fobias, duelos complicados, adicciones y otras dificultades psicológicas. Además, su aplicación se ha adaptado a diferentes poblaciones y contextos culturales, lo que la convierte en un enfoque terapéutico versátil. Su respaldo por parte de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su inclusión en guías clínicas refuerzan su posición como una intervención basada en evidencia científica para el tratamiento del trauma y sus secuelas.

Para más información sobre la terapia EMDR ofrecida por la terapaueta, ingrese aquí: <https://eldivanrojo.com/acerca-de-el-divan-rojo/terapia-emdr/>

Así mismo, la terapeuta Alejandra Quintero Rendón, además de su abordaje terapéutico principal: EMDR, incluye los siguientes enfoques teóricos para la comprensión y tratamiento de los problemas en salud mental:

- Enfoque clínico informado en trauma
- Enfoque funcional e integrativo
- Enfoque de género, social y crítico
- Enfoque ecológico
- Enfoque de derechos

- Enfoque centrado en la persona
- Enfoque en Hábitos y Estilo de Vida
- Enfoque Intestino-Cerebro-Corazón-Cuerpo en la Salud Mental
- Enfoque clínico informado por la Teoría Polivagal

Para más información: <https://eldivanrojo.com/acerca-de-el-divan-rojo/>

5. DERECHOS DEL O LA CONSULTANTE

1. Derecho a la Información

- Recibir información clara y comprensible sobre el proceso psicológico, las técnicas empleadas y sus posibles beneficios y riesgos.
- Solicitar aclaraciones sobre los enfoques y metodologías utilizadas.
- Ser informado/a si sus datos serán utilizados de manera anonimizada para fines de investigación.
- Acceder a los resultados de su evaluación psicológica y recibir explicaciones sobre ellos.
- Conocer, si corresponde, una impresión diagnóstica basada en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), especificando que se trata de un diagnóstico tentativo.

2. **Derecho a la Privacidad y Confidencialidad:** Garantía de que toda la información proporcionada en consulta será confidencial, conforme a las normativas legales y éticas vigentes.

3. **Derecho a la Autonomía:** Libertad para tomar decisiones sobre su proceso terapéutico, pudiendo interrumpir la consulta en cualquier momento sin represalias.

4. **Derecho a la Calidad del Servicio:** Recibir atención basada en principios científicos y éticos, con respeto, dignidad y profesionalismo en todo momento.

5. **Derecho a la Participación Voluntaria:** Decidir libremente su permanencia en el proceso terapéutico y retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. La terapeuta, junto con su supervisora, evaluará la continuidad del tratamiento y, en caso de considerar necesaria su interrupción, se informará al consultante sobre las razones de dicha decisión.

6. OBLIGACIONES DEL O LA CONSULTANTE

- **Asistencia y puntualidad:** Acudir puntualmente a las sesiones programadas e informar con al menos 24 horas de anticipación en caso de cancelación.
- **Compromiso con el proceso terapéutico:** Participar de manera activa y proporcionar información veraz y completa.

7. OBLIGACIONES DE LA PSICÓLOGA

La psicóloga tiene las siguientes obligaciones en el marco del consentimiento informado:

1. **Atención Profesional y Ética:** Brindar un servicio basado en los principios éticos y profesionales estipulados en el Código Deontológico, asegurando una práctica responsable, respetuosa y alineada con el bienestar del consultante.
2. **Confidencialidad y Protección de Datos:** Garantizar la confidencialidad de la información proporcionada por el consultante, exceptuando los casos en los que la ley exija su divulgación, tales como riesgo inminente para la integridad del consultante o de terceros, o cuando medie una orden judicial.
3. **Información Clara y Transparente:** Explicar detalladamente al consultante los procedimientos, técnicas y enfoques terapéuticos empleados, permitiéndole tomar decisiones informadas sobre su proceso.
4. **Respeto a la Autonomía y Creación de un Entorno Seguro:** Respetar la autonomía del consultante, fomentando un espacio libre de juicios, en el que se garantice su bienestar y se promueva su autodeterminación dentro del proceso terapéutico.

8. RIESGOS Y BENEFICIOS

Durante el proceso terapéutico pueden surgir momentos de malestar emocional debido a la exploración de experiencias personales. Sin embargo, el acompañamiento psicológico busca generar bienestar, autoconocimiento y herramientas para afrontar dificultades de manera saludable. Así mismo, en caso de sentir perturbación intensa en el transcurso del proceso terapéutico, informaré de esto a la terapeuta, buscaré ayuda en las líneas de atención en salud mental de mi país, acudiré a mi red de apoyo familiar y social y en caso de ser necesario, acudiré a un servicio de urgencias en las clínicas y hospitales más cercanos.

En algunos casos, podría ser necesario modificar o ajustar las estrategias terapéuticas según la evolución del proceso. También entiendo que, si mi situación no es adecuada para ser atendida dentro del presente servicio, podré ser remitido/a a otra institución o profesional.

9. COSTOS Y DURACIÓN DEL PROCESO

He sido informado/a sobre la duración aproximada del tratamiento, la frecuencia de las sesiones y el costo de cada una de ellas. Entiendo que el pago debe realizarse antes de cada consulta. En caso de no asistir sin previo aviso, se aplicará una política de penalización por cancelación tardía.

Política de Cancelación de Citas

- Si una cita previamente agendada y confirmada es cancelada el mismo día o con menos de 24 horas de anticipación, o si no se asiste a la consulta, deberá pagarse el valor total de la sesión.
- En caso de llegar tarde a una sesión, sólo se dispondrá del tiempo restante de la consulta programada y se cobrará la tarifa completa.
- Si se cancelan o aplazan tres citas consecutivas, el proceso terapéutico se dará por finalizado.

Excepciones: Se exonera de esta política en casos de enfermedad, urgencia médica o emergencias o casos de fuerza mayor debidamente justificadas.

10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

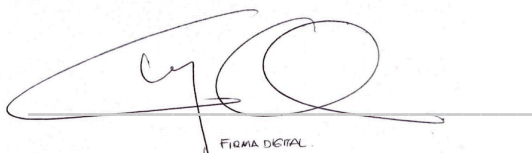
Tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión.

Declaro haber comprendido la información anterior y acepto voluntariamente participar en el proceso psicológico bajo estas condiciones.

Firma del/la Consultante

Nombre: _____

Cédula o ID: _____


Firma de la Psicóloga

Firma de la Psicóloga

Cédula o ID: 43252955

Tarjeta Profesional N°: N° 104619

Fecha de la firma: _____

