



Tipo de Norma: Manual

Nombre: Manual de Protocolos y Formatos del Consultorio General de Psicología

Código: VAC_ML_1_2024_V1

Fecha	Versión	Cambios realizados
28/02/2024	V1	Creación del documento.

Registro de gestión		
	Nombres y apellidos	Cargo
Elaboración	Mgtr. Marco Antonio Jiménez Gaona	Director - Departamento de Psicología
Elaboración	Mgtr. Ma. Emilia Jaramillo Bustamante	Responsable Técnico del Consultorio General de Psicología de la UTPL
Proponente	Ph. D. Diana Elizabeth Rivera Rogel	Decana - Facultad de Ciencias Sociales, Educación y Humanidades
Proponente	Mgtr. Andrea Patricia Loaiza Peña	Directora de Planificación y Desarrollo del Currículo Vicerrectorado Académico
Revisión	Mtr. Cristina del Pilar Luzuriaga Montoya	Abogada - Procuraduría Universitaria
Aprobación	Ph.D. María del Rosario de Rivas Manzano	Vicerrectora Académica

Registro manifestación de conformidad	
Nombres y apellidos	Cargo
N/A	N/A

La universidad ha adoptado el lenguaje inclusivo en su Estatuto Orgánico. Sin embargo, la normativa institucional podría utilizar el género masculino para referirse a personas o cargos de manera general, siendo su alcance amplio, abarcando tanto a mujeres y hombres.

Ph.D. Carmen Eguiguren Eguiguren
Procuradora Universitaria





MANUAL DE PROTOCOLOS Y FORMATOS DEL CONSULTORIO GENERAL DE PSICOLOGÍA

Versión [0.1]

2024

Contenido

1	OBJETIVO	4
2	GLOSARIO	4
3	DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLOS.....	4
3.1	PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y REMISIÓN	4
3.2	PROTOCOLO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CRISIS	5
3.2.1	Objetivos.....	5
3.2.2	Pautas y recomendaciones para realizar la intervención telefónica	5
3.2.3	Motivo de la llamada	5
3.2.4	Uso del lenguaje y paralenguaje	5
3.2.5	Primeros auxilios psicológicos	6
3.2.6	Actuación básica	6
3.2.7	Cierre	6
3.3	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN CONSULTORIO GENERAL DE PSICOLOGÍA	6
3.3.1	Objetivos.....	6
3.3.2	Concepto para el abordaje de situaciones de crisis y/o urgencias	7
3.3.3	Identificación de signos de crisis	7
3.3.4	Procedimiento de intervención en crisis	7
3.4	PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS	8
3.4.1	Objetivos.....	8
3.4.2	Alcance.....	8
3.4.3	Procedimiento	8
3.4.4	Lavado de manos técnica y aspectos generales.....	8
3.4.5	Higienización de manos	9
3.4.6	Lavado de manos	9
3.4.7	Tipos de lavados de manos.....	9
3.4.8	Técnicas del lavado de manos	9
3.4.9	Los cinco momentos para la higiene de las manos	10
3.4.10	Técnica de higiene de manos con base alcohólica	12
3.5	PROTOCOLO DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	12
3.5.1	Objetivos.....	12
3.5.2	Alcance.....	12
3.5.3	Definiciones	13

3.5.4	Desarrollo	14
3.5.5	Causalidad y ocurrencia del evento adverso	14
3.5.6	Características de los sistemas de notificación de eventos adversos.	15
3.5.7	Procesos de atención en salud que pueden causar eventos	15
3.5.8	Sistema de notificación del evento	16
3.5.9	Procedimiento	16
3.5.10	Sistema de gestión del evento	16
3.5.11	Difusión y aprendizaje del evento	16
3.5.12	Comunicación del evento al paciente y su familia	17
4	DESCRIPCIÓN DE FORMATOS	17
4.1.	CARTA DE SUPERVISIÓN DE PRÁCTICAS	18
4.2.	CARTA COMPROMISO PARA LOS PRACTICANTES	20
4.3.	FICHA TELEFÓNICA	21
4.4.	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	22
4.5.	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN DE SESIONES	24
4.6.	TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA EL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	25
4.7.	DOCUMENTO PARA DERIVACIÓN Y ATENCIÓN FUERA DEL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA UTPL	27
4.8.	RENUNCIA VOLUNTARIA Y REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE	29
4.9.	HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA	30
4.10.	HOJA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA	33
4.11.	PLAN PSICOTERAPÉUTICO	34
4.12.	INFORME EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	35
4.13.	INFORME PSICOLÓGICO	37
4.14.	DOCUMENTO DE ALTA PSICOTERAPÉUTICA	39
4.15.	CERTIFICADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	41
4.16.	CERTIFICADO DE PRÁCTICAS	42
5.	ANEXOS	43
5.1.	ANEXO 1: LAVADO DE MANOS	43
5.2.	ANEXO 2: CINCO MOMENTOS PARA LAVADO DE MANOS	44
5.3.	ANEXO 3: DESINFECCIÓN DE MANOS CON BASE ALCOHÓLICA	45
5.4.	ANEXO 4: AVISO DE VIODEVIGILANCIA	46

1 OBJETIVO

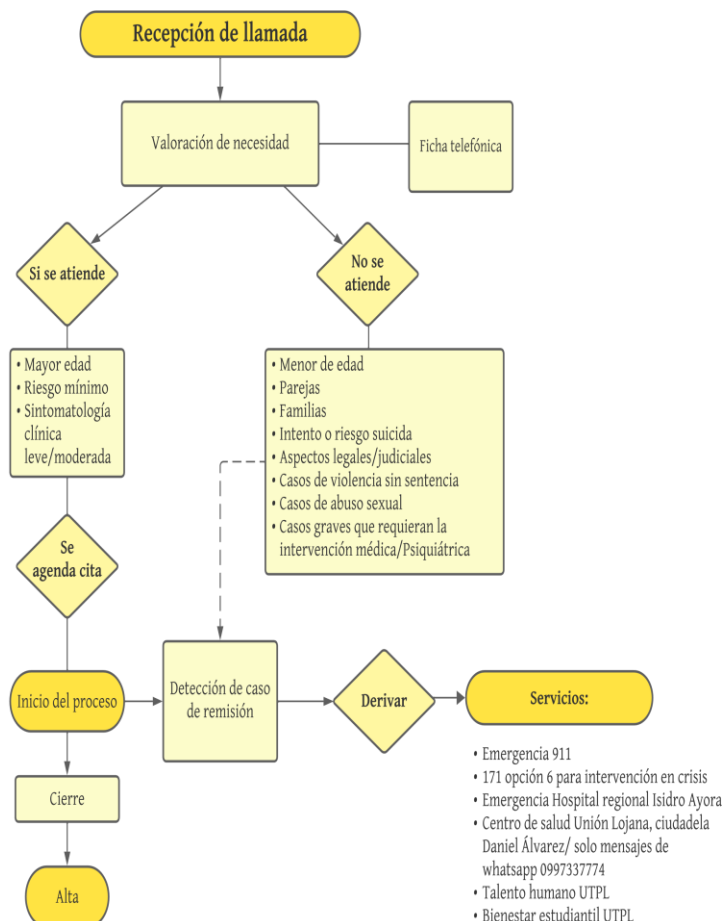
Proporcionar una guía integral y detallada que establezca los protocolos de atención psicológica segura, efectiva y ética para el abordaje de los pacientes. Además, homogenizar los formatos de los documentos que recaban información, que garanticen que los profesionales de la salud mental cumplan con los estándares de calidad.

2 GLOSARIO

- Crisis: Aparición repentina de ansiedad en su máxima expresión.
- Confusión mental: Disminución de la actividad de la conciencia.
- Historia clínica: Documento que contiene información sobre los antecedentes relevantes de salud mental del paciente.
- Nota de evolución: Registros detallados que documentan el avance y estado actual del paciente.
- Certificado psicológico: Documento formal emitido por un psicólogo cualificado en donde se detalla los resultados del proceso de intervención psicológica.

3 DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLOS

3.1 PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y REMISIÓN



3.2 PROTOCOLO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CRISIS

3.2.1 Objetivos

- a. Apoyar: Dar soporte emocional y ayuda de manera inmediata.
- b. Escuchar: Prevenir el agravamiento del estado psicológico.
- c. Orientar: Autocuidado.

3.2.2 Pautas y recomendaciones para realizar la intervención telefónica

- a. Pautas: Saludar, verificar la identidad de la persona, presentarse, identificar la demanda y establecer el objetivo de la llamada, respetar los silencios, identificar el entorno (lugar de ubicación, con quién se encuentra, etc.), riesgos y necesidades.

Nota: No realizar ningún tipo de intervención hasta clarificar el motivo de la llamada. La persona puede estar verdaderamente angustiada. Posiblemente al principio tengamos que comenzar con escucha activa para recoger la angustia o los aspectos más amenazantes para la persona y rebajar el nivel de ansiedad.

- b. Recomendaciones:
 - i. Escucha activa.
 - ii. No interrumpir, cuidar el intercambio de turno de palabra.
 - iii. Verificar periódicamente que hemos entendido: “Si te he entendido bien...” y, “lo que quieres decirme es...”.
 - iv. Validar emociones y sentimientos.
 - v. No justificarse ante las críticas.
 - vi. No emitir juicios de valor.
 - vii. No tomar parte en los conflictos.
 - viii. No mostrarse falsamente optimista.
 - ix. No dar consejos.
 - x. No alimentar delirios o alucinaciones.

3.2.3 Motivo de la llamada

Durante el motivo de la llamada puede presentarse:

- a. Requerimientos de atención inmediata (crisis suicida o atención sanitaria).
 - i. Derivar al 911.
 - ii. Derivar al 171 opción 6.
 - iii. Derivar a emergencias del Hospital General Isidro Ayora.
 - iv. Contención y primeros auxilios psicológicos (PAP).
- b. No requiere atención inmediata.
 - i. PAP u orientación hacia el recurso específico.
 - ii. Pautas y/o información de otros recursos: Servicios sociales, etc.
 - iii. Solo ofrecer información contrastada y fiable.

3.2.4 Uso del lenguaje y paralenguaje

- a. Lenguaje.
 - i. Mayor cortesía y educación.
 - ii. Cuidar las palabras, no se deben modular con los gestos.
- b. Paralenguaje
 - i. Volumen suave, y un poco más fuerte para remarcar algo.
 - ii. Entonación: Las mismas palabras con diferente tono cambia el significado.
 - iii. Velocidad: Fluido, pero no muy rápido. Un poco más lento que cara a cara.
 - iv. Sonreír, ayuda a mantener la calma y transmitirla.
 - v. Claridad: A 3 cm del micrófono.
 - vi. Mínimo tiempo de habla.

3.2.5 Primeros auxilios psicológicos

- a. Escuchar.
- b. Facilitar expresión verbal.
- c. Facilitar expresión de emociones (técnica de ventilación).
- d. Normalizar reacciones.

3.2.6 Actuación básica

- a. Compenetración: Interés, entendimiento, empatía.
- b. Evaluación de la situación:
 - i. Escuchar el relato.
 - ii. Conocer el motivo de consulta y comprender su visión de los hechos.
 - iii. Evaluación de los síntomas: Físicos, cognitivos y conductuales.
 - iv. Devolver el control de la situación a la persona.
- c. Desarrollo de un plan con las personas afectadas.
 - i. Soluciones a sus necesidades inmediatas.
 - ii. Potenciar sus recursos y estrategias de afrontamiento.
 - iii. Generar habilidades alternativas como: Mente plena, regulación emocional, tolerancia al malestar.
 - iv. Dar pautas si consideramos necesarias.

3.2.7 Cierre

- a. Objetivos
 - i. Apoyar.
 - ii. Escuchar.
 - iii. Orientar.
- b. ¿Cómo?
 - i. Evaluar la situación.
 - ii. Facilitar la integración.
 - iii. Ventilación emocional.
 - iv. Devolver el control, orientar la acción.
 - v. Promocionar autonomía, con planes de futuro inmediato.
- c. Estrategias
 - i. Empatía.
 - ii. Escucha activa.
 - iii. Hacer preguntas.
 - iv. Resumir.
 - v. Clarificar.
 - vi. Paráfrasis.
 - vii. Dirigir.
 - viii. Informar.
 - ix. Normalizar.
 - x. Resignificar.
 - xi. Reforzar.
 - xii. Distraer.

3.3 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN CONSULTORIO GENERAL DE PSICOLOGÍA**3.3.1 Objetivos**

- a. Abordar situaciones de emergencia de manera efectiva y segura.
- b. Aliviar la afectación emocional del paciente.
- c. Asegurar la seguridad del paciente.

- d. Lograr un nivel de funcionamiento óptimo en el paciente.

3.3.2 Concepto para el abordaje de situaciones de crisis y/o urgencias

Crisis: Estado de descompensación o desorganización emocional que tiene lugar en pacientes del sistema de salud mental previamente diagnosticados/as, o bien, en sujetos sin consulta previa en salud mental.

3.3.3 Identificación de signos de crisis

- a. Excitación psicomotriz: Actividad verbal o motora aumentada o inadecuada, respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o hetero agresión.
- b. Inhibición psicomotriz: Disminución o ausencia de la actividad motora, cognitiva y/o verbal. Dificultad o desinterés por el entorno y/o por sí mismo y actividades cotidianas. aislamiento, retraimiento y mirada perdida
- c. Estado confusional: Alteración evidente del nivel de la conciencia (tendencia al sueño, obnubilación, estupor). Desorientación témporo-espacial y/o de sí mismo.
- d. Crisis de angustia: Sensación desmedida de alerta, inquietud, aprehensión, desamparo, miedos inespecíficos y/o excesivos (a estar o salir solo, a viajar, morir, etc.).
- e. Sensaciones subjetivas de dolencias físicas: Adormecimiento, hormigueo en manos y piernas, “ahogo”, opresión precordial, sensación de muerte inminente o locura.
- f. Taquicardia, sudoración, hiperventilación, rigidez corporal, llanto, temblor generalizado, agitación.

3.3.4 Procedimiento de intervención en crisis

- a. Evaluación inicial: Cuando se presenta una situación de crisis, el terapeuta y/o personal del consultorio general de psicología debe evaluar la situación de manera calmada y profesional. Asegurarse que el entorno sea seguro para el paciente y para los profesionales.
- b. Escucha activa y validación: En primer lugar, establecer una conexión empática con el paciente, utilizando un lenguaje tranquilizador y no juzgador, no subestimar ni sobreestimar el padecimiento de la persona. Pedir permiso para hablar con el paciente, explicar que está ahí para ofrecer ayuda e invitar a “hablar sobre lo que le pasa” animando a expresar sus emociones y preocupaciones. Es necesario, escuchar activamente sin interrumpir. Además, se debe respetar tiempos y silencios del paciente.
- c. Recopilación de información (necesidades y preocupaciones actuales): Permitir que el paciente decida cómo desea hablar de lo sucedido, sin presionar para que dé más detalles del evento. Identificar las principales necesidades a fin de generar soluciones inmediatas.
- d. Implementación de estrategias inmediatas: El terapeuta puede utilizar técnicas de reducción de estrés, como la respiración profunda o la relajación muscular progresiva, para ayudar al paciente a calmarse.
- e. Evaluación integral de la persona y de la situación: El profesional evalúa la gravedad de la crisis y el nivel de riesgo. Se debe indagar sobre cualquier situación que ponga en riesgo la integridad del paciente o de los demás (pensamiento o plan suicida, reacciones de agresividad).
- f. Comprensión de la crisis: Brindar información específica sobre el suceso actual, entender lo que ha pasado; promover una narración adaptativa (corregir errores, sesgos, falsas atribuciones, ideas irracionales, etc.); informar acerca de la situación actual y responder a todo lo que pregunten.
- g. Contacto con emergencias: Si el paciente está en peligro inminente o representa una amenaza para sí mismo o para otros, el personal del consultorio general de psicología debe llamar al servicio de emergencias médicas (ECU 911) o a la línea de atención psicológica del MSP (171 opción 6).

- h. Derivación a profesionales especializados: En casos graves o de alta complejidad, se deriva al paciente a profesionales especializados en crisis o a un entorno de atención más intensiva, como el Hospital General Isidro Ayora.
- i. Informe: Es esencial documentar de manera completa y precisa cualquier incidente de crisis, en el cual se debe detallar la crisis, las intervenciones realizadas y las decisiones tomadas. Este informe será anexado en el expediente del paciente.

3.4 PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS

3.4.1 Objetivos

- a. General
 - i. Reducir la incidencia de infecciones asociadas a la atención de salud relacionadas con la higiene de manos, mejorando la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que reciben servicios de salud mental en el consultorio general de psicología.
- b. Específicos
 - i. Elaborar y difundir la normativa del lavado de manos.
 - ii. Señalizar y difundir en el consultorio psicológico la buena técnica del lavado de manos con los 11 pasos.
 - iii. Dar a conocer los cinco momentos del lavado de manos.
 - iv. Dar a conocer los ocho momentos para la correcta desinfección de manos.

3.4.2 Alcance

Este protocolo está dirigido a los profesionales de salud sean estos médicos, enfermeras, auxiliares, laboratoristas, odontólogos, tecnólogos en rehabilitación, personal del área administrativa con lo cual se pretende fomentar una cultura de seguridad para la atención del paciente mediante directrices de una buena higiene de manos.

3.4.3 Procedimiento

- a. Preparado de base alcohólica para la fricción de las manos: Preparado de contenido alcohólico (líquido, gel o espuma) formulado para ser aplicado en las manos con el objetivo de inactivar los microorganismos y/o suprimir temporalmente su crecimiento.
- b. Higiene de manos: Cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos -fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón-, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.
- c. Indicación de higiene de las manos: Razón por la que se debe realizar la higiene de las manos en una determinada situación.
- d. Oportunidad para la higiene de las manos: Momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos. Constituye el denominador para calcular el grado de cumplimiento de la higiene de las manos, es decir, el porcentaje de ocasiones en que los profesionales sanitarios realmente realizan una higiene de manos con respecto a todas las ocasiones observadas que lo requieren.
- e. Fricción de las manos: Aplicar un antiséptico para manos para reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjuagado o secado con toallas u otros instrumentos.

3.4.4 Lavado de manos técnica y aspectos generales

La higiene de las manos puede realizarse frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón. Usando la técnica y el producto adecuado, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva y segura para la atención al paciente.

3.4.5 Higienización de manos

Es la fricción de las manos con un preparado de base alcohólica. Las ventajas inmediatas son:

- a. La eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus).
- b. El escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos).
- c. La disponibilidad del producto en el punto de atención. La buena tolerancia de la piel.
- d. El hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular (red de suministro de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos).
- e. El jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente (categoría II).

3.4.6 Lavado de manos

Para seguir las recomendaciones sobre la higiene de manos rutinaria, lo ideal es que se lleven a cabo dónde y cuándo prestan la asistencia, es decir, en el punto de atención y en los momentos señalados, la realización de una higiene de manos eficaz ya sea por fricción o por lavado depende de una serie de factores:

- a. La calidad del preparado para la realización del procedimiento.
- b. La cantidad del producto que se usa.
- c. El tiempo que dedica a la fricción o al lavado.
- d. La superficie de la mano que se ha frotado o lavado.

3.4.7 Tipos de lavados de manos

- a. Lavado social

Es aquel que se realiza con agua y jabón no antiséptico para remover la suciedad de las manos, ésta se lleva a cabo en áreas que no tienen contacto directo con los pacientes.

- b. Lavado higiénico de mano

Está definido como una fricción breve y vigorosa de toda la superficie de las manos, con jabón antiséptico, seguido por un enjuague por agua. Permitiendo la remoción mecánica de la suciedad y la flora bacteriana.

- c. Higienización de manos

Es la aplicación de un producto antiséptico de acción rápida que generalmente es un alcohol, en toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes.

- d. Lavado de manos quirúrgico

Es la acción mecánica sobre la superficie de las manos y los antebrazos en la que se utiliza un jabón antiséptico y agua. Los deben realizar todas las personas que participan en los procedimientos quirúrgicos o que por su trabajo permanecen en áreas quirúrgicas, el primer lavado del día debe durar 5 minutos, los posteriores de 2 a 5 minutos.

3.4.8 Técnicas del lavado de manos

- a. Retirar anillos, reloj y en caso de tener mangas largas, subirlas hasta el codo.
- b. Colocarse frente al lavabo sin tocarlo con el cuerpo.
- c. Abrir la llave de agua y dejarla correr hasta el final del procedimiento.
- d. Aplicar jabón antiséptico.
- e. Juntar las manos y frotarlas haciendo movimiento de rotación.

- f. Entrelazar las manos y frotar los espacios interdigitales, con movimientos de arriba hacia abajo.
- g. Friccionar la yema de los dedos de una mano con la otra para lavar las uñas.
- h. Frotarse las muñecas.
- i. Enjuagar bien las manos bajo el chorro teniendo presente tenerlas en declive (más baja que los codos, con el fin de que el agua escurra hasta la punta de los dedos). No toque ni llaves ni lavamanos, si esto sucede debe volver a lavarse las manos.
- j. Secarse bien con toallas de papel desechable desde la punta de los dedos hacia la muñeca, sin volver atrás.
- k. Cerrarse la llave con la toalla de papel.

3.4.9 Los cinco momentos para la higiene de las manos

- a. Momento 1: Antes del contacto con el paciente

Quando: Antes de tocar al paciente, al acercarse a él. Esta indicación debe cumplirse al producirse el último contacto con el área de asistencia y previa al siguiente contacto con el paciente.

Por qué: Para prevenir la transmisión de gérmenes desde el área de asistencia al paciente y en última instancia proteger al paciente de la colonización y, en algunos casos, de las infecciones exógenas por parte de gérmenes nocivos transmitidos por las manos de los profesionales sanitarios.

Nota: Este momento se produce antes del contacto con la ropa y la piel intacta del paciente; la acción de higiene de manos puede realizarse al entrar en la zona del paciente, al acercarse al paciente o inmediatamente antes de tocarlo. El contacto con las superficies del entorno del paciente puede producirse al tocar objetos entre el momento en que se penetra en la zona del paciente y el contacto con éste; la higiene de las manos no es necesaria antes de tocar estas superficies sino antes del contacto con el paciente.

Si después de efectuar la higiene de manos, pero antes del contacto con el paciente, se producen otros contactos de este tipo o con el entorno del paciente, no es necesario repetir la higiene de manos.

- b. Momento 2: Antes de un procedimiento limpio/aséptico (en un punto crítico con riesgo infeccioso para el paciente)

Quando: Inmediatamente antes de acceder a un punto crítico con riesgo infeccioso para el paciente. Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con cualquier superficie del área de asistencia y de la zona del paciente (incluyendo al paciente y su entorno), y previa a cualquier procedimiento que entrañe contacto directo o indirecto con las membranas mucosas, la piel no intacta o un dispositivo médico invasivo. Para impedir la transmisión de gérmenes por inoculación al paciente, así como de un punto del cuerpo a otro del mismo paciente.

Nota: Si se emplean guantes para realizar el procedimiento limpio/aséptico, debe efectuarse una higiene de manos antes de ponérselos. La indicación no viene definida por una secuencia de acciones asistenciales, sino por el contacto directo o indirecto con la membrana mucosa, la piel dañada o un dispositivo médico invasivo. También debe tener en cuenta esta indicación cualquier profesional de la sanidad que trabaje en algún punto de la cadena asistencial anterior a la atención directa y se encargue de preparar algún producto o instrumento destinado a estar en contacto con las mucosas o la piel no intacta vía ingestión o inoculación (personal de esterilización, farmacia, cocina).

- c. Momento 3: Después del riesgo de exposición a fluidos corporales

Cuando: En cuanto termina la tarea que entraña un riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes). Esta indicación se debe cumplir al producirse contacto con la sangre u otros fluidos corporales (aunque éste sea mínimo y no se vea con claridad) y previa al siguiente contacto con cualquier superficie, incluyendo al paciente, su entorno o el área de asistencia sanitaria.

Por qué: Para proteger al profesional sanitario de la colonización o infección por los gérmenes del paciente y para proteger el entorno sanitario de la contaminación y de la subsiguiente propagación potencial.

Nota: Si el profesional sanitario lleva guantes en el momento de la exposición a un fluido corporal, debe quitárselos inmediatamente después y efectuar una higiene de manos.

Esta acción puede posponerse hasta que el profesional sanitario haya abandonado el entorno del paciente si debe retirar y procesar equipo (por ejemplo, un tubo de drenaje abdominal) en una zona adecuada, siempre y cuando sólo toque dicho equipo antes de realizar la higiene de las manos.

d. Momento 4: Después del contacto con el paciente

Cuando: Al alejarse del paciente, después de haberlo tocado. Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con la piel intacta, la ropa del paciente o una superficie de su entorno (después del contacto con el paciente) y previa al siguiente contacto con una superficie en el área de asistencia sanitaria

Por qué: Para proteger al profesional sanitario de la colonización y la infección potencial por los gérmenes del paciente y para proteger el entorno del área de asistencia de la contaminación y la potencial propagación.

Nota: La acción se puede posponer hasta que el profesional sanitario haya abandonado la zona del paciente si tiene que retirar y procesar equipo en una zona adecuada, siempre y cuando sólo toque dicho equipo antes de realizar la higiene de manos.

e. Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente

Cuando: Después de tocar cualquier objeto o mueble al salir del entorno del paciente, sin haber tocado a éste. Esta indicación viene al producirse el último contacto con las superficies y los objetos inertes en el entorno del paciente (sin haber tocado a éste) y previa al siguiente contacto con una superficie en el área de asistencia.

Por qué: Para proteger al profesional sanitario de la colonización por los gérmenes del paciente que pueden estar presentes en las superficies/objetos de entorno inmediato y para proteger el entorno sanitario de la contaminación y la potencial propagación.

Nota: La indicación del momento 4, «después del contacto con el paciente» y la indicación del momento 5, «después del contacto con el entorno del paciente» no pueden combinarse jamás, puesto que la indicación 5 excluye el contacto con el paciente y la indicación 4 sólo se aplica después del contacto con éste.

Las indicaciones para efectuar la higiene de las manos son independientes de las que justifican el uso de guantes (ya sean esterilizados o no). El uso de guantes no modifica ni sustituye la realización de la higiene de manos:

- i. Cuando una indicación de higiene de manos precede a una tarea que entraña contacto y requiere el uso de guantes se debe realizar la higiene de las manos antes de ponérselos.

- ii. Cuando una indicación sigue a una tarea que entraña contacto y requiere el uso de guantes debe realizarse la higiene de manos después de quitárselos.
- iii. Cuando se produce una indicación mientras el profesional sanitario lleva guantes, debe quitárselos para efectuar la higiene de manos y cambiárselos si fuera necesario. El uso de guantes no condiciona las indicaciones para realizar la higiene de manos; más bien la higiene de las manos influye en el uso apropiado de los guantes.

3.4.10 Técnica de higiene de manos con base alcohólica

La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica.

Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud, cuando haya disponible un PBA (Preparado de Base Alcohólica) éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos. La fricción de manos con un PBA presenta las siguientes ventajas inmediatas:

- a. La eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus).
- b. El escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos).
- c. La disponibilidad del producto en el punto de atención*.
- d. La buena tolerancia de la piel.
- e. El hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular (red de suministro de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos).

El jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente. Para seguir las recomendaciones sobre la higiene de manos rutinaria, lo ideal es que los profesionales sanitarios la lleven a cabo dónde y cuándo prestan la asistencia, es decir, en el punto de atención y en los momentos señalados.

3.5 PROTOCOLO DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

3.5.1 Objetivos

- a. General
 - i. El objetivo es prevenir la ocurrencia y recurrencia de eventos no deseados asociados a la atención sanitaria mediante la implementación de un sistema de vigilancia y reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasi eventos potencialmente prevenibles.
- b. Específicos
 - i. Implementar mecanismos de notificación de información sobre la ocurrencia de cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas.
 - ii. Fomentar mecanismos de gestión de los eventos notificados (análisis y acciones de mejora preventivas/correctivas) mediante la aplicación de herramientas metodológicas previamente establecidas.

3.5.2 Alcance

La presente está dirigida a todo el equipo de profesionales de la salud mental: técnico responsable y psicólogos, el cumplimiento de este protocolo está a cargo de la responsable de la unidad, pues es la encargada de promover, monitorear, vigilar y evaluar la adecuada aplicación de esta norma.

3.5.3 Definiciones

- a. Evento adverso: Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- b. Evento adverso grave: Ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.
- c. Evento adverso moderado: Ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.
- d. Evento adverso leve: Lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria.
- e. Evento adverso prevenible: Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- f. Evento adverso no prevenible: Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- g. Evento centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o una pérdida importante y perdurable de la función, se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico severo, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- h. Cuasi evento: Es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un paciente pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.
- i. Mala praxis: Incorrecta práctica clínica que genera un menoscabo en el paciente. Tiene el alcance de concebirse comparativamente cuando al evaluar los resultados, éstos son visiblemente inferiores a los que de modo previsible hubiesen tenido otros profesionales de la salud, de análoga cualificación, en semejantes eventos.
- j. Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.
- k. Error: El fracaso de una acción planeada para ser completado según lo previsto (es decir, error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (es decir, error de planificación).
- l. Error médico: Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso.
- m. Daño: Efecto adverso o grado de destrucción causado por un fenómeno sobre las personas, los bienes, sistemas de prestación de servicios y sistemas naturales o sociales.
- n. Negligencia: Falta difícilmente disculpable, con origen en la indolencia, incuria, desidia, estudio escaso, falta de presteza, descuido de las obligadas cautelas o falla en el cuidado en la aplicación del juicio que se supone, debe tener el personal de la salud.
- o. Riesgo aceptable: Posibles consecuencias sociales, económicas y ambientales que, implícita o explícitamente, una sociedad o un segmento de esta asume o tolera por considerar innecesario, inoportuno o imposible una intervención para su reducción. Es el nivel de probabilidad de una consecuencia dentro de un período de tiempo, que se considera admisible para determinar las mínimas exigencias o requisitos de seguridad, con fines de protección y planificación ante posibles fenómenos peligrosos.
- p. Secuela: Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se define como definitiva si no existe recuperación en el término de 12 meses.
- q. Seguridad: Protección contra lesiones accidentales.
- r. Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que, propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- s. Incidentes: Cualquier desviación de la atención médica habitual que causa una lesión en el paciente o representa un riesgo de daño. Incluye errores evitables adversos, eventos y peligros.
- t. Peligro: Cualquier amenaza a la seguridad, por ejemplo, prácticas inseguras, la conducta, el equipo, las etiquetas, nombres.

- u. Sistema: Un conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común.
- v. Análisis de riesgo: En su forma más simple es el postulado de que el riesgo es el resultado de relacionar la amenaza y la vulnerabilidad de los elementos expuestos, con el fin de determinar los posibles efectos y consecuencias sociales, económicas y ambientales asociadas a uno o varios fenómenos peligrosos. Cambios en uno o más de estos parámetros modifican el riesgo en sí mismo, es decir, el total de pérdidas esperadas y consecuencias en un área determinada.
- w. Atención de salud: La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- x. Modelo centrado en el sistema: Modelo que explica el error humano teniendo como premisa básica que los humanos son falibles y los errores esperables. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes básicamente en factores sistémicos. Como respuesta se trata de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas.
La idea central es la de las defensas (escudos del sistema); cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron (modelo del queso suizo de Reason).
- y. Modelo centrado en la persona: Modelo que explica el error humano contemplando aspectos del trabajo de las personas como incumplimiento, problemas de comunicación (déficit de información o problemas de interpretación), decisión de correr un determinado riesgo ("no va a pasar nada").
Tiende a simplificar las complejidades psicológicas de las personas, planteando causas ligadas a falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, negligencia o imprudencia. Las respuestas son punitivas (miedo, medidas disciplinarias, amenazas de denuncia, buscar culpables, o avergonzar a los implicados).

3.5.4 Desarrollo

La notificación de eventos hace referencia a los procesos y la tecnología implicada en la estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado por el registro de eventos. Es la acción que se adopta tras el registro, la respuesta constructiva, y no el registro en sí lo que provoca los cambios y aporta valor.

La notificación de eventos (cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela) constituye una parte de la "cultura de seguridad", entendidos como una oportunidad para aprender y mejorar, en lugar de considerarse fallos que deben ser escondidos.

La notificación depende no solo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición.

3.5.5 Causalidad y ocurrencia del evento adverso

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

En este contexto, el Manual de Seguridad del Paciente Usuario en el Sistema Nacional de Salud, permite dar lineamientos generales desde el contexto del aprendizaje y mejora; haciendo relevante la identificación, registro, notificación, análisis, detección y reducción de riesgos, acciones de mejora preventivas/correctivas, la recuperación de eventos y la resiliencia del sistema, como ciclos que aparecen en todo momento.

3.5.6 Características de los sistemas de notificación de eventos adversos.

- a. No punitivo: Las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación.
- b. Voluntario: Las personas que notifican lo hacen por espontánea voluntad y no por obligación o deber, incentivando así a crear una cultura de reporte.
- c. Confidencial: La identificación del paciente, del notificador y de la institución no debe ser revelada a personas ajenas al proceso de gestión de la seguridad del paciente, a excepción de los autorizados por la ley.
- d. Independiente: La notificación de eventos y/o eventos adversos es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización y/o al notificante.
- e. Análisis por expertos: Los informes de la notificación son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.
- f. Análisis a tiempo: Los informes son analizados de manera urgente y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas y pertinentes, especialmente cuando haya riesgos graves.
- g. Orientación sistémica: Las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema y a las personas que intervinieron en el proceso que causó el evento adverso.
- h. Capacidad de respuesta: La notificación se realizará para todos los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas, independientemente de su tipología y gravedad. La gravedad del evento en su mayoría determinará la dificultad de notificación, siendo en los casos graves en los que la orientación no punitiva, la voluntariedad y el anonimato juegan un papel destacado para que el establecimiento o el profesional a comunicar lo haga con mayor confianza.

3.5.7 Procesos de atención en salud que pueden causar eventos

- a. Los eventos para reportar responden a las siguientes categorías generales de acuerdo con su causa raíz.
 - i. Eventos relacionados con procesos asistenciales clínicos.
 - ii. Eventos relacionados con procesos asistenciales quirúrgicos.
 - iii. Eventos relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud.
 - iv. Eventos relacionados con caídas del paciente.
 - v. Eventos relacionados con accidentes del paciente.
 - vi. Eventos relacionados con los medicamentos.
 - vii. Eventos relacionados con la dieta/alimentación.
 - viii. Eventos relacionados con el laboratorio clínico, microbiológico o patológico.
 - ix. Eventos relacionados con información de la historia clínica.
 - x. Eventos relacionados con los dispositivos médicos.
 - xi. Eventos relacionados con infraestructura/instalaciones.
 - xii. Eventos relacionados con la transfusión de hemoderivados.
 - xiii. Eventos relacionados a gestión de los recursos o con la gestión organizacional (talento humano, documentación, políticas, carga de trabajo, disponibilidad de guías).
- b. Los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas serán detectados en:
 - i. Ejecución de procesos de salud de atención.
 - ii. Ejecución de procesos de salud de apoyo, diagnóstico y terapéutico.
 - iii. Historia clínica.
 - iv. Perfil o historia farmacoterapéutico/a.
 - v. Registro de devolución de medicamentos.
 - vi. Registro de devolución de dispositivos médicos.
 - vii. Actividades donde no se utilice la historia clínica.
 - viii. Atenciones administrativas.
 - ix. Ejecución de procesos de apoyo (por ejemplo: tecnología, talento humano, financiero, entre otros).

- x. Quejas y sugerencias dadas por los usuarios.
- xi. Auditorías de la calidad de la historia clínica.
- xii. Auditorías programadas de la calidad de la atención en salud.
- xiii. Captación por inspección directa durante la auditoría concurrente y de calidad, como herramienta de evaluación continua.

3.5.8 Sistema de notificación del evento

- a. Los eventos para notificar son de tres tipos:
 - i. Cuasi eventos.
 - ii. Eventos adversos.
 - iii. Eventos centinela.
- b. La notificación de estos eventos, cumplirán dos funciones:
 - i. Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la atención de salud.
 - ii. Complementar la mejora continua de la seguridad del paciente.
- c. Personas que documentan: La identificación de cuasi evento, evento adverso y evento centinela, será realizada por todos los posibles grupos de interés: pacientes/familiares, estudiantes en formación de carreras del campo de salud, profesionales, trabajadores, servidores de la salud entre otros.

3.5.9 Procedimiento

El evento será comunicado al personal del servicio de turno en forma verbal o escrita (formato papel o electrónico), quien registrará los datos en el formulario notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente y notificará a la/el líder del servicio de turno.

La/el líder, coordinador del servicio o su delegado asignado es el responsable de revisar los formularios, los mismos que deben ser legibles, precisos y completos. Valida la información; realiza la gestión del evento (conforma equipo de mejoramiento de la calidad; aplica metodología elabora y ejecuta plan de acción); y, notifica al responsable designado por el establecimiento. Finalmente, el responsable del establecimiento es responsable de consolidar toda la información del establecimiento y entregar los resultados a las entidades correspondientes.

3.5.10 Sistema de gestión del evento

Los eventos suscitados se deben gestionar oportunamente con la/el líder, coordinador de servicio o su delegado.

En un principio, de ser esto posible y necesario, se puede contactar con quien ha realizado la notificación para obtener más información sobre el evento. El análisis lo realizará el personal designado por el establecimiento. El tiempo de respuesta es rápido, lo que permitirá realizar numerosas alertas de riesgos para evitar la ocurrencia de un nuevo evento en el servicio o establecimiento por la misma causa, especialmente en eventos centinela.

El personal del servicio que notificó el evento y el personal que formó parte del proceso donde ocurrió el evento, será capacitado y supervisado hasta que dicho proceso se realice adecuadamente. La responsabilidad de esta actividad será del personal designado para el efecto, quien notificará las actividades realizadas al responsable designado del establecimiento, quien a su vez emitirá esta información a la autoridad que corresponda en el establecimiento de salud. Todo evento gestionado, tendrá como resultado un plan de acción elaborado, ejecutado, verificado y evaluado.

3.5.11 Difusión y aprendizaje del evento

El tipo de información que se transmite es variado, pero puede resumirse en los siguientes puntos:

- a. Elaboración y difusión de informes trimestrales, semestrales o anuales por el establecimiento notificador. Estos informes pueden desagregarse por tipo de eventos y categorías, en función de los objetivos del sistema de notificación.
- b. Elaboración de alertas que permiten la difusión al máximo número de trabajadores de aquellas recomendaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial y mayor relevancia.
- c. Los esfuerzos que se hacen en educación del personal tienen que verse reflejados en una disminución real de los eventos adversos o en la no repetición de los ya producidos y analizados. Para esto se hace necesario que la institución defina claramente las normas y los procesos, y haga su despliegue a cada unidad, servicio o área de trabajo, de tal manera que quede claro para todas las personas que los procesos y estándares fueron definidos.

3.5.12 Comunicación del evento al paciente y su familia

Una vez efectuada la revisión del caso con los profesionales y equipo de salud, se define la necesidad de comunicar el evento adverso al paciente y su familia, para lo cual debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

- a. Establecer con el paciente y/o su familia una comunicación asertiva y efectiva, esta práctica le ofrece al paciente seguridad y confianza, cumpliendo con el respeto a los derechos de los pacientes.
- b. Utilizar lenguaje común: Recordar que estamos hablando con pacientes, ellos usualmente no entienden términos médicos.
- c. Expresar compasión por el sufrimiento ajeno. Decir: "siento mucho lo que ustedes están sintiendo" no es lo mismo que decir "fue mi culpa".
- d. Siempre dar una explicación sobre lo que pasó y por qué pasó. Su silencio puede ser interpretado por el paciente y/o su familia como una falta de compasión con su dolor.
- e. Recordar que decir lo siento no significa que usted esté aceptando culpabilidad.
- f. Diferentes estudios han mostrado que para los pacientes es muy importante asegurarse de que el error sucedido con ellos no volverá a pasar, por lo tanto, confirmar que la institución tomará acciones en este sentido.
- g. Brindar información sobre las opciones terapéuticas para el tratamiento oportuno y efectivo de las consecuencias del evento adverso sucedido.
- h. Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.

Importante: No se debe prometer lo que no puede cumplir, ni se debe comprometer con información sobre indemnización o conciliación financiera. Permitir que esto sea realizado por las autoridades competentes en el marco de sus atribuciones y responsabilidades.

4 DESCRIPCIÓN DE FORMATOS

4.1. CARTA DE SUPERVISIÓN DE PRÁCTICAS

En mi calidad de personal académico vinculado a la Universidad Técnica Particular de Loja, me comprometo a llevar a cabo el proceso de supervisión de prácticas en el Consultorio General de Psicología de la UTPL, en estricto cumplimiento de la normativa nacional e interna y sujeto a la psicoética, actividad que realizaré con los estudiantes (en adelante practicantes) que la dirección de carrera o programa me asigne en cada periodo académico, teniendo en consideración entre otras, las siguientes actividades:

- a. Prestar los servicios psicológicos a los pacientes de forma competente. Cuando realice la supervisión en áreas en las que estoy menos familiarizado, debo notificar de este particular al responsable técnico del Consultorio General de Psicología de la UTPL, para la adopción de medidas razonables a fin de garantizar la competencia de mi trabajo y proteger al paciente.
- b. Coordinar con el director/a de carrera/programa y responsable técnico del consultorio con el fin de garantizar la comunicación y el cumplimiento de los parámetros para las prácticas.
- c. Alcanzar y mantener la competencia a través de la educación y la formación.
- d. Mantener la autoconciencia en materia de diversidad de las poblaciones y entornos; comprometiéndome a capacitarme en temas relacionados.
- e. Motivar la autoconciencia y capacitación a los practicantes bajo mi supervisión (tal como se define en la Asociación Americana de Psicología, 2003).
- f. Hacer uso de tecnologías de la información y comunicación (incluida en la supervisión a distancia) conforme a los lineamientos que determine el consultorio.
- g. Respetar y guiar la toma de decisiones conforme a las directrices éticas de la APA, o de cualquier otra organización profesional aplicable y la normativa nacional pertinente, para evitar conflictos personales y profesionales en aras de la protección de los pacientes.
- h. Mantener una relación de colaboración que fomente la competencia de los practicantes.
- i. Determinar las actividades de ambas partes (practicante y supervisor) en la relación de supervisión, con el fin de identificar las competencias esperadas de la carrera o programa y las normas de rendimiento, lo cual ayudará a los practicantes a formular objetivos de aprendizaje individuales y grupales.
- j. Revisar periódicamente el progreso de los practicantes, la eficacia de la relación de supervisión y abordar los problemas que surjan, así como establecer planes de remediación.
- k. Fomentar la profesionalidad en mi propio comportamiento y en las interacciones con los demás y enseñar conocimientos, habilidades y actitudes asociados a la profesionalidad.
- l. Realizar evaluaciones continuas del progreso de los practicantes y del cumplimiento de las expectativas; y, competencias de profesionalidad apropiadas para cada nivel de educación y formación, con la debida retroalimentación de forma transparente y clara. Como resultado emitiré un informe al director de carrera o programa.
- m. Reconocer la capacidad de los practicantes para autoevaluarse e incorporarla en el proceso de evaluación.
- n. Evaluar la capacidad de los practicantes para aprobar las prácticas desarrolladas durante el proceso de supervisión.
- o. Mantener un registro preciso y oportuno del rendimiento de los practicantes en relación con las expectativas de competencia y desarrollo profesional.
- p. Proporcionar a los practicantes información clara sobre las expectativas y los parámetros de la supervisión.

Firma supervisor	Firma del responsable técnico del consultorio general de psicología

4.2. CARTA COMPROMISO PARA LOS PRACTICANTES

Yo, _____ con cédula _____ en calidad de estudiante de la carrera/programa _____. Me comprometo a acatar las normas establecidas en la Ley Orgánica de Salud, Código Orgánico Integral Penal, Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Código de Ética de la APA, Reglamento de Ética y Régimen Disciplinario de la Universidad Técnica Particular de Loja, y el Instructivo de Prácticas del Consultorio General de Psicología las cuales fueron entregadas en forma física y explicadas en la jornada de inducción de prácticas.

Fecha: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE

4.3. FICHA TELEFÓNICA

Fecha y hora de la llamada:	
Nombres y apellidos de la persona que llama:	
¿Para quién será la cita? (parentesco):	

DATOS DEL PACIENTE				
Nombres y apellidos:				
Número de cédula:				
Edad:				
Sexo:				
Funcionario/estudiante de la UTPL	Si		No	
Motivo de la llamada:				
Remisión:	Si		No	
Estado civil:				
Nivel de instrucción:				
Profesión:				
Ocupación:				
Discapacidad:	Si		No	
	Tipo		Grado	
Lugar de residencia:				
Nro. de hijos:				
¿Con quién vive?:				
¿Ha asistido previamente a consulta?:	Si		No	
	¿Cuándo fue su última atención?		¿Cuántas sesiones asistió?	
Toma medicación psiquiátrica:	Si		No	
	¿Cuál?			
Fecha para la cita:				
Contacto telefónico y de correo electrónico:				
¿Quién atendió la llamada?:				

4.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Nombre del servicio:	
Tipo de atención:	Ambulatorio
Nombres completos:	
Edad:	
No. de HC:	

Estimado/a paciente:

A través del presente documento, usted declara:

1. Estar de acuerdo con el procedimiento de práctica supervisada que se le ha propuesto, mismo que será realizado por estudiantes (en adelante practicantes) de la carrera/programa _____ de la Universidad Técnica Particular de Loja.
2. Estar de acuerdo con dicho procedimiento ya que se le ha explicado de forma clara en qué consisten los beneficios y posibles riesgos del mismo.
3. Ha escuchado, leído y comprendido la información recibida y se le ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento.

Para su participación, debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. Durante el proceso de su intervención será atendido/a por un profesional en psicología con un mínimo de formación en cuarto nivel con capacitación y experiencia, quien estará acompañado de un practicante.
- b. En la sesión clínica el terapeuta desarrollará procesos técnicos para evaluar, diagnosticar, intervenir y hacer seguimiento de su caso, respetando siempre los principios éticos de la práctica psicológica. El practicante cumplirá un rol de observador-participante durante estos procesos.
- c. El terapeuta, delegará actividades al practicante, siempre y cuando verifique que este tiene las competencias para desarrollar dichas acciones en forma autónoma, y de esta manera se velará porque usted reciba el mejor tratamiento posible, sin afectar su proceso de intervención.
- d. La duración de cada sesión será aproximadamente de 45 minutos.
- e. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, perderá el derecho de su horario y tendrá que retirarse del proceso.
- f. El proceso de intervención cuenta con beneficios y riesgos como por ejemplo la posibilidad de sentir emociones desagradables o incómodas (ansiedad, tristeza, frustración) durante las sesiones; descubrir aspectos de sí mismo que puedan resultar desafiantes; no alcanzar los objetivos terapéuticos en el tiempo esperado. Sin embargo, los beneficios de la terapia permiten el alivio de los síntomas emocionales y psicológicos, un mayor autoconocimiento, desarrollo de habilidades para enfrentar los diferentes desafíos del diario vivir y apoyo en la toma de decisiones importantes.

- g. La información obtenida en la sesión clínica respetará los procesos de archivo y custodia de información definidos por el Consultorio General de Psicología, por la UTPL y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.
- h. Su participación es voluntaria pudiendo retirarse de la misma en cualquier momento.
- i. En caso de aceptación, se mantendrá en el servicio gratuito durante los procesos de evaluación, diagnóstico, planificación, intervención y seguimiento, pudiendo retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno.
- j. También, al firmar este consentimiento, usted autoriza al practicante y a la UTPL para utilizar la información recogida de su proceso terapéutico, únicamente con fines académicos e investigativos y debidamente anonimizados.

Al firmar este consentimiento, declaro que he leído y acepto participar del proceso de intervención psicológica bajo las condiciones que se expresan en este documento. Además, declaro haber recibido una copia física del mismo.

Nombres y apellidos	Nro. de cédula	Firma
Supervisor:		
Practicante:		
Paciente:		
Fecha: Loja, Hora:		

4.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN DE SESIONES

Este documento intenta explicar todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizará de sus datos de participación en la grabación de las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

a. Información y finalidad de la grabación de las sesiones

En el consultorio general de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja se lleva a cabo la grabación (audio y vídeo) de las sesiones con fines terapéuticos, académicos y de investigación. Las grabaciones se utilizarán como apoyo para las supervisiones que se realizan en el equipo profesional para asegurar la máxima eficiencia, eficacia y excelencia en la atención psicológica que ofrecemos.

b. Uso y confidencialidad de los datos

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados con fines terapéuticos, académicos y de investigación por parte del o la terapeuta en conjunto con su practicante, o miembros activos del consultorio general de psicología que hayan firmado los compromisos de esta instancia y, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los mismos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

c. Revocación del consentimiento

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en la grabación de las sesiones, le rogamos que lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de realizar y utilizar las grabaciones.

d. Firma del consentimiento

Yo, _____ con número de cédula _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines terapéuticos, académicos y de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firmado:

(El/la paciente)

Nota: El Consultorio General de Psicología se acoge a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, así como a la norma interna aplicable a protección de datos.

4.6. TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA EL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Los abajo firmantes manifiestan estar de acuerdo con los siguientes términos y condiciones para llevar a efecto el proceso de intervención psicoterapéutica, propuesto por el Consultorio General de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, bajo la supervisión de psicoterapeutas acreditados/as, sujetos a la psicoética y a la normativa legal vigente:

1. En acuerdo con el paciente y según su demanda, necesidades y expectativas, el número de sesiones será de _____, con una duración de _____, entendiéndose que se podrá ampliar o reducir el número de estas según valoración del profesional.
2. El presente documento de términos y condiciones estará vigente hasta que el psicoterapeuta dé el alta o de manera personal el paciente decida terminar el proceso de intervención.
3. El proceso de intervención estará fundamentado con base a las necesidades del paciente y competencias del psicoterapeuta; al final del mismo se indicará al paciente la obtención o no del alta terapéutica, en caso de ser positivo y total por la notable mejoría y satisfacción del o la paciente con los objetivos terapéuticos y la adquisición de habilidades pertinentes para hacer frente a la(s) situación(es) que provocaban malestar.
4. El paciente y el psicoterapeuta se comprometen en asistir a las sesiones y notificar, con 12 horas de anticipación, si por causas de fuerza mayor, alguna se debe aplazar.
5. En caso que el psicoterapeuta considere que es necesario realizar la remisión hacia otro tipo de servicio no será necesario completar la totalidad de las sesiones.
6. Si el proceso de intervención psicoterapéutico tiene el propósito de iniciar un proceso legal, es responsabilidad del paciente informar al psicoterapeuta para que este pueda tomar las acciones adecuadas. Si se identifica esta situación durante el proceso de intervención, el psicoterapeuta determinará si la relación terapéutica debe finalizar. En tal caso, se proporcionará al paciente orientación sobre los servicios a los que puede acceder para resolver su necesidad.
7. Tanto el paciente como el psicoterapeuta podrán finalizar el proceso de intervención en el momento que lo consideren pertinente, por motivos ajenos a la voluntad de las partes, tales como cambio de domicilio, movilidad u otros similares, acogiéndose a los protocolos de renuncia voluntaria.
8. El paciente se compromete a responder un cuestionario de seguimiento con la finalidad de valorar su estado y el proceso de intervención psicoterapéutica, el mismo que será enviado un mes después de haber finalizado dicho proceso.
9. Dado que el paciente asiste voluntariamente a psicoterapia para su beneficio, como su terapeuta me comprometo a llevar a cabo las tareas establecidas en el proceso de intervención.
10. En caso de obtener la alta terapéutica definitiva se entregará al paciente un certificado de haber culminado el proceso. Y en caso de no obtener el alta solamente se podrá certificar las sesiones asistidas.
11. El psicoterapeuta y practicante se comprometen en actuar con ética, resguardar la información, hacer el mayor esfuerzo para que se logre en conjunto los objetivos terapéuticos, respetar a su libertad y autonomía durante todo el proceso, al igual que su dignidad. En relación al practicante se supervisará que cualquier intervención que haga a su caso cumpla estándares éticos y técnicos que garanticen su bienestar, de modo que no realizará ningún procedimiento para el cual no esté entrenado ni autorizado por el psicoterapeuta.
12. El paciente, psicoterapeuta y practicante se comprometen a no divulgar la información que se ha tratado durante el proceso terapéutico.

**MANIFIESTAMOS HABER ENTENDIDO Y ACEPTAMOS LAS CONDICIONES QUE
ANTECEDEN.**

Nombres y apellidos	No. de Cédula	Firma
Psicoterapeuta:		
Practicante:		
Paciente:		
Fecha: Loja, Hora:		

4.7. DOCUMENTO PARA DERIVACIÓN Y ATENCIÓN FUERA DEL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA UTPL

- Fecha de información para derivación: [____ / ____ / ____]

1. DATOS DEL PACIENTE

-Nombre completo:
-Fecha de nacimiento:
-Edad:
-Cédula:

2. DATOS DEL PROFESIONAL REMITENTE

-Nombre del psicólogo/a:
-Título de tercer nivel:
-Título de cuarto nivel:
-Cédula:

3. MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

4. RESUMEN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PREVIO



5. OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN

6. DATOS DEL PROFESIONAL O SERVICIO RECEPTOR

-Nombre del profesional/Servicio/Área específica:
-Dirección:
-Teléfono:

El/la paciente ha sido informado sobre los diferentes servicios públicos y privados donde podría iniciar/continuar su proceso psicoterapéutico.

	Firma
Terapeuta	
Paciente	
Fecha: Loja,	
Hora:	

4.8. RENUNCIA VOLUNTARIA Y REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por medio del presente yo _____ con
CI. _____ comunico a ustedes mi voluntad expresa e irrevocable de
renunciar al proceso de intervención que estoy llevando a cabo como paciente, ello debido a

Declaro, además, haber sido informado por el terapeuta sobre las diferentes alternativas de intervención y los riesgos que puede representar mi renuncia. De igual forma, eximo de toda responsabilidad al consultorio general de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, de las consecuencias que generen la renuncia de mi proceso de intervención psicológica.

Con esta renuncia quedarán revocados los consentimientos de cesión de datos previamente firmados, por lo que el consultorio general de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja no podrá hacer uso de mis datos personales a partir de la firma del presente documento, salvo que exista disposición legal o judicial.

Loja, _____

Firma paciente: _____

Cédula de identidad: _____

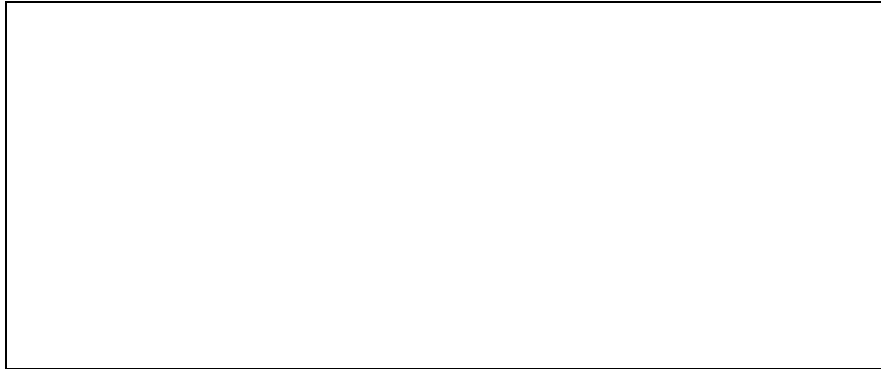
4.9. HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre:	
Sexo:	Edad:
Fecha y lugar de nacimiento:	Estado civil:
Lugar de residencia:	Escolaridad:
Ocupación:	Religión
Fecha primera sesión:	

2. CONDICIONES DE INGRESO**3. MOTIVO DE CONSULTA****4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD****5. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA**

- ☐ Prenatal:
- ☐ Natal:
- ☐ Posnatal:
- ☐ Infancia:
- ☐ Pubertad, adolescencia y juventud:
- ☐ Adultez y vejez:

6. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

☐ **GENOGRAMA****7. HISTORIA SOCIAL****8. HISTORIA ESCOLAR Y/O LABORAL****9. HISTORIA PSICOSEXUAL****10. EXAMEN DE LAS FUNCIONES MENTALES**

- ☐ **Conciencia:**
- ☐ **Orientación:**
- ☐ **Atención:**
- ☐ **Memoria:**
- ☐ **Pensamiento:**
- ☐ **Sensopercepción:**
- ☐ **Lenguaje:**
- ☐ **Afectividad:**
- ☐ **Voluntad:**
- ☐ **Psicomotricidad:**
- ☐ **Introspección:**
- ☐ **Hábitos:**
- ☐ **Instintos:**
- ☐ **Inteligencia:**
- ☐ **Juicio y razonamiento:**

- ☐ Descripción de la apariencia:

11. RESULTADOS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**12. CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS****13. PRONÓSTICO****14. FUENTE DE INFORMACIÓN****15. RECOMENDACIONES****16. DATOS DEL PROFESIONAL QUE ELABORA LA HISTORIA CLÍNICA**

	Nombre	Función	Firma
Elaborado por:	XXXXXXXXXXXXX Estudiante de la carrera/programa de.....	Practicante	
Revisado por:	Psi. Cl. XXXXXXXXXXXXXXXX Docente supervisor/a Cédula:	Terapeuta	

4.10. HOJA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

DATOS INFORMATIVOS	
Nombre:	
Edad:	Sexo:
	Terapeuta: Practicante:

Nro. de sesión:	Fecha:	Hora:
Descripción del problema:		
Objetivo de intervención: -		
Actividades realizadas: 1.		
Logro alcanzado: -		
Observaciones:		
Terapeuta Docente supervisor Cédula:		Practicante de la carrera/programa de

**4.11. PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

Nombre del paciente:
Edad:
Conclusiones diagnósticas:
Modelo terapéutico:
Tiempo de duración:
Fecha de elaboración:

SESIÓN	DURACIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1			-	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Seguimiento 1				
Seguimiento 2				

DATOS DEL PROFESIONAL QUE ELABORA EL PLAN TERAPÉUTICO

	Nombre	Función	Firma
Elaborado por:	XXXXXXXXXXXXXX Practicante de la carrera/programa *****	Practicante	
Revisado por:	Psi. XXXXXXXXXXXXXXXXX Docente supervisor/a Cédula:	Terapeuta	

4.12. INFORME EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**I. DATOS PERSONALES DEL EVALUADO**

- **Nombre del Paciente:**
- **Cédula:**
- **Edad:**
- **Sexo:**
- **Residencia:**
- **Fecha de Nacimiento:**
- **Estado civil:**
- **Profesión:**
- **Ocupación:**
- **No. de Hijos:**
- **Nacionalidad:**
- **Fecha de la evaluación:**
- **Turno:**
- **Nombre del evaluador:**

II. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN**III. CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN****IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS Y PROCEDIMIENTO****V. RESULTADOS CUANTITATIVOS**

VI. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**VII. CONCLUSIONES****VII. RECOMENDACIONES****VIII. DATOS PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO****-Nombre y apellido:****-Número de Cédula:****-Fecha de redacción de informe:****-Firma:**

4.13. INFORME PSICOLÓGICO**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre:	
Sexo:	Edad:
Fecha y lugar de nacimiento:	Estado civil:
Lugar de residencia:	Escolaridad:
Ocupación:	Religión
Fecha primera sesión:	

2. MOTIVO DEL INFORME**3. MOTIVO DE CONSULTA****4. ANTECEDENTES PERSONALES****5. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS****6. DIAGNÓSTICO****7. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

8. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EMPLEADAS**9. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO****10. CONCLUSIONES****11. DATOS PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO****Nombre y apellido:****Título de tercer nivel:****Número de cédula:****Título de cuarto nivel:****Entidad:****Dirección:****Fecha de redacción de informe:****Firma:**

4.14. DOCUMENTO DE ALTA PSICOTERAPÉUTICA**1. DATOS DEL PACIENTE**

-Nombre completo:
-Fecha de nacimiento:
-Edad:
-Cédula:

2. DATOS DEL PSICOTERAPEUTA

-Nombre del psicólogo/a:
- Título de tercer nivel:
- Título de cuarto nivel:
-Cédula:

3. PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- Fecha de inicio:
- Fecha de alta:
- Número de sesiones:
- Frecuencia de sesiones:
-Logros alcanzados:

	Firma
Psicoterapeuta	
Paciente	
Fecha: Loja, Hora:	

Se entrega al paciente una copia del documento de alta terapéutica.

Recibí: [_____]

4.15. CERTIFICADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**CONSULTORIO GENERAL DE PSICOLOGÍA****CERTIFICADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Yo, _____, psicólogo del consultorio general de psicología de la
Universidad Técnica Particular de Loja,

CERTIFICA:

Que, _____ con cédula de identidad
_____ ha recibido atención psicológica desde [Fecha de inicio] hasta el [Fecha
de finalización], con un total de [número] de sesiones.

Certificado que se expide en la ciudad de _____ a los _____ días del mes
de _____ del año _____.

Nombre completo del profesional

Firma y sello del/la psicólogo/a

4.16. CERTIFICADO DE PRÁCTICAS**CONSULTORIO GENERAL DE PSICOLOGÍA****Otorga este certificado a:**

Por la realización de sus prácticas preprofesionales/profesionales en el consultorio general de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, entidad que brinda atención, evaluación, diagnóstico e intervención psicológica, conforme el siguiente detalle:

Periodo académico: _____**Duración:** Desde _____ hasta _____ del año _____.**Horas totales:** _____ horas de prácticas.**Asignatura:** Prácticum _____

XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX
Responsable técnico del consultorio general de psicología	Director/a de la carrera o programa de.....

5. ANEXOS

5.1. ANEXO 1: LAVADO DE MANOS

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávase las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

0  Mójese las manos con agua;	1  Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;	2  Frótese las palmas de las manos entre sí;
3  Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;	4  Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;	5  Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
6  Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;	7  Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;	8  Enjuáguese las manos con agua;
9  Séquese con una toalla desechable;	10  Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;	11  Sus manos son seguras.



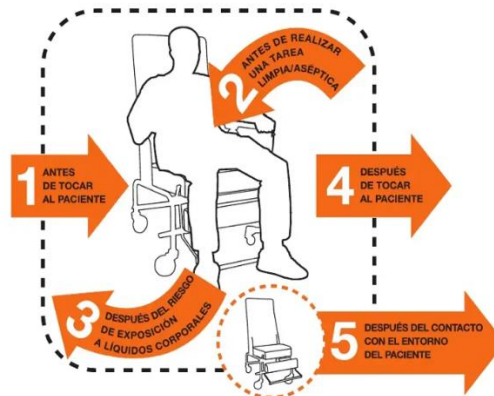
Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

5.2. ANEXO 2: CINCO MOMENTOS PARA LAVADO DE MANOS

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO? Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando se aleja del contacto del paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (o incluso aunque no haya tocado al paciente). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización
Mundial de la Salud

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas para la salud. Su misión es promover la salud, prevenir enfermedades, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las personas. La OMS trabaja en colaboración con los gobiernos y la comunidad internacional para abordar los problemas de salud pública. La OMS también es responsable de la coordinación de la respuesta internacional a las emergencias de salud pública. La OMS es el líder mundial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La OMS es el líder mundial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La OMS es el líder mundial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

5.3. ANEXO 3: DESINFECCIÓN DE MANOS CON BASE ALCOHÓLICA

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

1a 	1b 	2 
Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;		
3 	4 	5 
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;		
6 	7 	8 
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;		
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;		
Una vez secas, sus manos son seguras.		



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

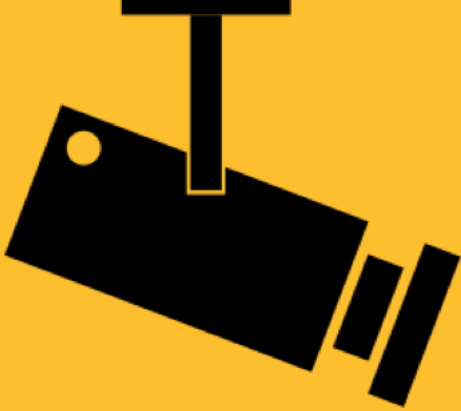
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

5.4. ANEXO 4: AVISO DE VIODEVIGILANCIA

ZONA



**LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS
PERSONALES**

La Universidad Técnica Particular de Loja en calidad de responsable de tratamiento, cumple con informarle por medio del presente aviso que, usted está siendo vigilado a través de cámaras de videovigilancia dispuestas en nuestra institución.

El tratamiento de estos datos personales se efectúa con fines exclusivos de seguridad de la comunidad universitaria.

Como titular de sus datos personales, puede ejercer sus derechos a través del correo avisosprocuraduria@utpl.edu.ec.

Para más información, acceda a nuestras políticas de privacidad en nuestra página web www.utpl.edu.ec.