

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ante usted se presenta Yohans Javier Fuentes Araya, RUT 18.256.219-k y Viviana Ivón García Rojas, RUT 16.034.032-0, alumno(s) de 5° año de la carrera de psicología de la Universidad de las Américas. Quienes actualmente se encuentran desarrollando su tesis para la obtención de título de Psicólogo, cuyo título es; “Riesgos psicosociales y deportes: Escuelas de fútbol vecinales en contextos vulnerables”.

En esta instancia se invita a participar a su hijo/a como fuente de información, con el fin de recolectar datos para la elaboración del documento final.

Antes de dar la autorización pertinente para que su hijo/a pueda participar en la investigación, por favor lea cuidadosamente este documento y realice todas las preguntas que encuentre necesarias, con el fin de que pueda asegurarse de comprender los elementos involucrados.

Propósito de la investigación.

Objetivo General:

Conocer la percepción por parte de los adolescentes en contextos psicosociales vulnerables respecto a las escuelas de fútbol vecinales.

Objetivos específicos:

- Describir las relaciones interpersonales generadas al interior de las escuelas de fútbol vecinales.
- Identificar los significados que circunscriben pertenecer a las escuelas de fútbol vecinales por parte de los adolescentes.
- Profundizar en las experiencias de los participantes en escuelas de fútbol respecto a la conformación de la identidad.

Estrategia.

Se realizarán técnicas de investigación para la recolección de información; Focus Group y entrevistas semiestructuradas. En fechas y horarios acordados con las escuelas de Fútbol

La duración de la investigación en el proceso de recolección de datos, se extenderá durante el mes de mayo a junio del año 2019

Autorización.

Declaro que he autorizado la participación de mi hijo/s, si él/ella también está de acuerdo en contribuir a la investigación denominada; Conocer la percepción por parte de los adolescentes en contextos psicosociales vulnerables”

Y he sido informado sobre el propósito y las estrategias de las actividades que se realizarán.

He sido informado sobre el uso confidencial de la información suministrada. Siendo los datos anónimos y de uso exclusivo para fines académicos, como resultado de la investigación.

Declaro que entiendo mi derecho y el de mi hijo/a de abandonar el proceso en cualquier momento, sin que la decisión afecte en algún sentido.

Profesor Guía: Dr. Ps. Boris Cajas Luna; bcajas@gmail.com;

Director escuela psicología: Iván Alejandro Echeverría Herrera:
ivan.echeverria@udla.cl

Escuela _____ Edad _____

Ciudad _____ Fecha ____ de _____ de 2019

Firma _____