



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS MAYORES

Título del Proyecto: Implementación de un programa de ejercicios con realidad virtual vía telerehabilitación para niños, niñas y adolescentes con hemiplejía espástica y para adultos mayores.

Patrocinante: Universidad de Talca. Proyecto FIC 30.481.923-0.

Estimado/a Sr. o Sra.: _____

Presentación: Estimada Señora, Estimado Señor: usted está siendo invitado a participar en una investigación del área de la Kinesiología y la Rehabilitación Física. Por favor lea este documento y cualquier duda que presente ahora o en el transcurso de esta investigación será atendida siempre por la Dra. Valeska Gatica quien dirige este proyecto. El propósito de este documento¹ es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la **INVESTIGACIÓN** que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se presenta:

¿Cuál es el objetivo o propósito de esta investigación?

Implementar un programa de ejercicios que utiliza videojuegos el cual se puede realizar a distancia desde su Club de Adulto Mayor por ejemplo y ser transmitida la imagen en tiempo real (como una videollamada parecida a la del WhatsApp) a través de internet vía telerehabilitación.

¿Quiénes y cuantas personas participaran?

Dieciséis adultos mayores (mujeres y hombres) del Club de Adulto Mayor Los Alamos de Talca, usted puede ser parte de esta investigación **si**:

- Su edad esta entre los 65 a 75 años de edad.
- Usa lentes (ajustados por el oculista) ocasional o permanentes o bien, no utiliza lentes a diario.
- No tener alteraciones del equilibrio **debido a** problemas en el oído medio, a los nervios o músculos.
- Tener dos, una o ninguna caída hacia el suelo en el último año.
- Buena orientación en el tiempo y el espacio físico.

Si usted tiene duda, por favor pregunte a la investigadora.

¹ Recuerde que debe firmar 2 copias, una es para usted y la otra para la investigadora.

¿Qué realizará en esta investigación y dónde (lugar)?

Participará en un entrenamiento del equilibrio, basado en ejercicios físicos que se realizan jugando con videojuegos. Estos ejercicios buscan mejorar su equilibrio postural y serán guiados por un adulto debidamente entrenado o entrenada para el caso cuando se realicen en su Club de Adulto Mayor o bien por un Kinesiólogo en el caso que los realice en la Universidad de Talca (sala de terapia virtual). Además de una evaluación al inicio y al final del entrenamiento sobre una estructura metálica rectangular ubicada en el piso, en la cual usted tiene que estar de pie sobre ella.



¿Cuánto tiempo dura cada sesión, el total del entrenamiento con videojuegos y las evaluaciones al inicio/final?

Cada sesión de entrenamiento dura 25 min, las cuales se realizan 3 veces a la semana (lunes, miércoles y viernes) por un total de 6 semanas. En total son 18 sesiones de entrenamiento (7,5 horas).

La evaluación al inicio y al final dura 5 minutos en cada oportunidad.

¿Cómo se trasladará hacia los lugares de entrenamiento?

Si usted realiza el entrenamiento en su Club de Adulto Mayor, el traslado será de la forma habitual, es decir por sus propios medios dado que este se ubica cercanamente a su hogar. Si usted realiza el entrenamiento en la Universidad de Talca se dispondrá de un automóvil particular tanto para ir a buscarla/o como para ir a dejarla/o en cada una de las sesiones.

¿Tiene algún riesgo el participar en esta investigación?

No hay ningún riesgo, efecto negativo o dañino para su salud. Un leve cansancio durante la sesión de entrenamiento pudiese presentar, probablemente en las primeras sesiones.



Tanto el entrenamiento como las evaluaciones están diseñados para que usted descanse cada vez que lo necesite.

"Recuerde que usted puede retirarse cuando estime conveniente, no habrá reparos en ello".

En caso de algún evento inesperado durante esta investigación (caída, alza de presión arterial o baja de azúcar, por ejemplo):

Durante el entrenamiento y las evaluaciones tanto en su Club del Adulto mayor como en la Universidad de Talca habrá un Kinesiólogo además de un profesional técnico para apoyar y asistir frente a cualquier evento inesperado. Y si lo requiere o requiera será trasladado al servicio de salud más cercano o al que usted prefiera.

¿Hay algún costo al participar en esta investigación?

NINGUNO. Su participación en esta investigación no tiene costo económico alguno que usted deba pagar.

¿Hay algún beneficio al ser parte de esta investigación?

Ningún beneficio económico. Sin embargo, el entrenamiento indicado ha mostrado mejorar el equilibrio en adultos de su edad. Finalmente, los resultados de esta investigación podrán ser trasladables hacia un modelo de mayor escala, por ejemplo hacia otros Clubes de adultos mayores.

Los equipos tecnológicos que se utilicen para el entrenamiento serán donados hacia su Club de adulto mayor, así como toda la tecnología necesaria de este modelo de intervención será aportada sin costo para su Club, además de la capacitación respectiva de su uso.

¿Cómo se resguardaran sus datos y resultados?

Toda información acerca de usted obtenida en esta investigación será confidencial y privada. Su nombre no será usado, sino que un código numérico en todos los procedimientos (evaluación y entrenamiento). De esta manera su nombre (usted) nunca será asociado a un resultado en particular.

Esta información será almacenada durante 2 años posterior al término del proyecto en un computador personal de la Dra. Valeska Gatica, con clave secreta de acceso, finalizado este tiempo, la información será destruida. Los consentimientos informados, es decir este documento será almacenado bajo llave en un mueble por el mismo período de tiempo señalado anteriormente, luego de ello, será destruido. El mueble se encontrará en dependencias del Lab. de Control Motor Humano, Universidad de Talca con acceso restringido a personal autorizado.

¿Usted tiene alguna obligatoriedad u obligación de participar en esta investigación?

NINGUNA. Nadie tiene la obligación de participar en esta investigación. Usted puede rechazar ser parte de ella sin problemas, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted y no tiene que dar ninguna explicación respecto a ello.

¿A quién puede usted preguntar si tiene alguna consulta sobre esta investigación?

Frente a cualquier duda o pregunta usted puede contactar a la Dra. Valeska Gatica Rojas al celular: +56 9 88393227 o al email: vgatica@utalca.cl o en Avenida Lircay sin número Laboratorio de Control Motor Humano, Universidad de Talca, Talca, Chile.

También puede contactarse con el Comité Ético Científico de la Universidad de Talca (Macarena Lobos, correo electrónico: cec@utalca.cl. Teléfono 71-2-200484. Lunes a Jueves: de 10:00-12:00 y de 15:00 a 17:00 horas).



ACEPTACIÓN:

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, ACEPTO participar en la investigación denominada: ".....", y AUTORIZO al señor(a), investigador(a) responsable del proyecto y/o a quienes este(a) designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que consiente:

.....

Investigador(a) responsable :

Nombre

Firma

Co-investigador(a) 1 :

Nombre

Firma

Co-investigador(a) 2 :

Nombre

Firma



RECHAZO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, rechazo otorgar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de este ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, RECHAZO participar en la investigación denominada: ".....", y NO AUTORIZO al señor(a), investigador(a) responsable del proyecto y/o a quienes este(a) designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que rechaza:.....

Investigador(a) responsable:

Nombre

Firma

Co-investigador(a) 1 :

Nombre

Firma

Co-investigador(a) 2 :

Nombre

Firma



REVOCACIÓN

Mediante la presente revoco lo anteriormente firmado, para lo cual firmo este nuevo documento libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, REVOCO lo anteriormente firmado.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que revoca:.....

Investigador(a) responsable:

Nombre

Firma

Co-investigador(a) 1 :

Nombre

Firma

Co-investigador(a) 2 :

Nombre

Firma

