

Carta de consentimiento informado

PROGRAMA “SIN MEDIDA: amor sin medidas, salud sin límites”

Te invitamos a participar en un programa que tiene como objetivo cuantificar los cambios en variables físicas y psicológicas de personas con exceso de grasa corporal después de seguir un programa de atención plena. Es un proyecto liderado por la Dra. María Serrano (nutrióloga) en colaboración con la Dra. Patricia Balcázar (psicóloga) y con apoyo de estudiantes de cultura física y deporte, trabajo social y psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado México que invita a las personas a realizar ejercicio, consumir comidas caseras y practicar la atención plena (mindfulness).

Justificación. El exceso de grasa corporal es un problema de salud pública multifactorial que tiene repercusiones a nivel individual y colectivo. Contribuye a la pérdida de años de vida saludable y es factor de riesgo para el desarrollo de obesidad preclínica, clínica y otras enfermedades crónico-degenerativas. La inactividad física, sedentarismo y consumo de comida procesada son factores que coinciden con tal epidemia, por lo que realizar ejercicio y comer comidas caseras prestando atención plena podrían prevenir y controlar el problema.

Procedimiento del estudio. Para la dinámica virtual deberás acceder a la plataforma, crear una cuenta, responder cuestionarios y adjuntar esta carta de consentimiento informado firmada. Una vez que se revise que se cumples con los criterios, se te dará acceso al programa. Durante 8 semanas realizarás ejercicio físico a intensidad moderada (caminata, baile o uso de caminadora, bicicleta, escaladora o elíptica) integrando técnicas de atención plena. Cada día deberás responder dos preguntas; además, deberás responder unos cuestionarios al finalizar. Después de cumplir con todas las actividades, pasarás a la segunda fase de 8 semanas, donde se te brindará un plan de alimentación basado en comidas caseras integrando también técnicas de atención plena. Cada día deberás responder dos preguntas; además, deberás responder unos cuestionarios al finalizar. Al concluir el programa, se te brindarán avances, logros y áreas de mejora para fortalecer tu bienestar integral.

Beneficios potenciales. Aprenderás aspectos básicos sobre ejercicio, alimentación correcta y atención plena y experimentarás sus beneficios que a su vez que podrás compartir con tus seres queridos. Para beneficio social los resultados podrían compartirse en medios académicos y científicos.

Riesgos y molestias potenciales. Las recomendaciones se realizan con base en las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud y Secretaría de Salud bajo un protocolo estricto de atención primaria. Debes saber que a mayor presencia de factores de riesgo el ejercicio físico puede representar un riesgo así que NO sobrepases tus límites, de responder SI a alguna de las siguientes preguntas NO ERES CANDIDATA(O) para este programa y te invito a realizar ejercicio bajo supervisión estricta de tu médico(a):

- ¿Alguna vez tu médico te ha dicho que tienes un problema cardiovascular, y que solamente puedes llevar a cabo ejercicios o actividad física si lo refiere un médico?
 - ¿Sufres de dolores frecuentes en el pecho cuando realizas algún tipo de actividad física?
 - En el último mes ¿te ha dolido el pecho cuando no estabas realizando actividad física?
 - ¿Con qué frecuencia pierdes el equilibrio debido a mareos, o alguna vez has perdido el conocimiento?
 - ¿Tienes problemas en los huesos o articulaciones (por ejemplo, en la espalda, rodillas o cadera) que pudiera agravarse al aumentar la actividad física?
 - Actualmente ¿tu médico te receta medicamentos para la presión arterial o algún problema del corazón?
 - ¿Existe alguna otra razón por la cual no deberías participar en un programa de actividad física? Especifica cuál
-

Criterios de inclusión:

- Tener exceso de grasa corporal (sobrepeso u obesidad)
- Ser mayor de 18 años
- No embarazo
- No padecer enfermedades crónicas,
- No tener contraindicación médica para realizar ejercicio

Confidencialidad/participación voluntaria. Toda información que nos proporciones será de carácter estrictamente confidencial, la cual se utilizará únicamente por el equipo de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Si decides participar, tendrás el derecho de retirarte en cualquier momento o renunciar a continuar por cualquier motivo que le lleve a tomar esta decisión, sin temor a obtener alguna represalia o penalización de ningún tipo. Tu participación es voluntaria.

Si queda clara la información y ACEPTAS participar y también estás de acuerdo con permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, te pedimos que indiques tu consentimiento, registrando nombre y firma. Si tienes más preguntas puedes contactar a la Dra. María Serrano Plata al teléfono 7297603458.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior, declaro que la información proporcionada es verídica y acepto participar en el estudio de manera libre y voluntaria, me han explicado el objetivo del estudio, los beneficios y los riesgos.

Firma del participante _____

Fecha _____

Ciencia y
Tecnología

