

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE UNA APLICACIÓN DE REALIDAD VIRTUAL EN PSICOTERAPIAS

Introducción

Estimado/a Sr./Sra. Esta comunicación tiene como propósito informarle acerca del uso de una aplicación de realidad virtual (VR) diseñada para apoyar psicoterapias dirigidas a niños, niñas y adolescentes (NNA). Su participación y la de su hijo/a son voluntarias, y este documento busca garantizar que comprenda los objetivos, beneficios, riesgos y su derecho a decidir sobre el uso de esta herramienta.

Descripción de la Aplicación

La aplicación es una herramienta tecnológica que utiliza escenarios interactivos de VR para mejorar la experiencia terapéutica. Permite explorar entornos inmersivos diseñados para fomentar habilidades cognitivas, sociales y emocionales. Durante las sesiones, el terapeuta supervisará en tiempo real el progreso a través de una plataforma web segura.

Beneficios Esperados

- Incrementar la motivación y compromiso del NNA en las sesiones terapéuticas.
- Fomentar el desarrollo de habilidades específicas de acuerdo con los objetivos de la terapia.
- Proporcionar una experiencia innovadora y personalizada que complemente los métodos tradicionales.

Posibles Riesgos

- Mareo o fatiga visual en algunos usuarios debido al uso del visor de VR.
- Ansiedad temporal al enfrentar escenarios de exposición (por ejemplo, en terapias de fobias).

Condiciones de Uso

- La aplicación se usará exclusivamente bajo la supervisión del psicoterapeuta.
- Los datos recolectados se almacenarán de manera segura y se utilizarán únicamente para fines terapéuticos.
- El uso de esta herramienta no reemplaza la terapia profesional, sino que la complementa.

Derechos del Participante

- Puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que esto afecte el tratamiento.
- Tiene derecho a hacer preguntas y recibir respuestas claras sobre el uso de la herramienta.
- Puede solicitar acceso o eliminación de los datos personales registrados durante el uso de la aplicación.

Consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada en este documento. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en sesiones terapéuticas que utilicen la aplicación de VR.

Nombre del Tutor Legal:

Nombre del Psicoterapeuta Responsable:

Firma del Tutor Legal:

Firma del Psicoterapeuta:

Fecha: __/__/__