

CONSENTIMIENTO INFORMADO**Título de la investigación:**

**“DETECCIÓN DE PATOLOGÍA MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DE PREGRADO
EN EL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL”**

Tal y como se me ha explicado, este estudio será realizado en el Hospital Ángeles del Pedregal tiene como propósito determinar si existe la presencia de enfermedad mental (depresión y ansiedad) y su severidad en la población de médicos residentes e internos de pregrado.

¿De qué forma participaré?

Se me invita a participar en este estudio porque soy parte del personal médico de salud de esta institución. En esta invitación se me explicará de manera clara y amplia sobre los objetivos del estudio y se hará la lectura de la carta del consentimiento informado voluntario para mi comprensión y aceptación.

Mi participación en el estudio consistirá en brindar información respecto a las variables demográficas (edad, sexo, estado civil) que serán registradas en una hoja de datos de investigación, elaborada para dicho fin.

Se me invitará a contestar dos cuestionarios autoaplicables: 1) Escala de Depresión de Beck, que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos y que requiere 15 minutos y 2) Escala de Ansiedad de Beck, que evalúa el espectro de síntomas ansiosos con un promedio de 15 minutos para contestar. Por lo anterior el tiempo aproximado de mi participación será alrededor de 30 minutos

Entiendo que mi participación en el estudio no tendrá ningún beneficio directo para mí; sin embargo puedo solicitar en cualquier momento el resultado de los cuestionarios. La información obtenida en este estudio contribuirá al conocimiento del estrés laboral y con ello a la posibilidad de tener un diagnóstico oportuno que permita tanto al trabajador como a la institución empleadora implementar medidas que disminuyan el estrés laboral así como el tratamiento requerido para la restauración de la salud física y mental.

¿Cuáles son los riesgos?

Este estudio conlleva el riesgo de la confidencialidad por tratarse de trabajadores de la institución en donde se llevará a cabo el reclutamiento de los participantes. Por ello mi identidad no será revelada a nadie bajo ninguna circunstancia para no afectar mi posición laboral así como la seguridad del mismo. En caso de que requiera ayuda psiquiátrica o psicológica podré comunicárselo al investigador principal del estudio para ser canalizado al servicio correspondiente.

¿Cuáles son mis derechos como participante?

Mi participación en el estudio es voluntaria y no tendrá ningún costo. En el caso de que yo no desee participar en dicha investigación no afectará negativamente mis derechos laborales en esta Institución. Tengo además el derecho de decidir ser informado o no, acerca de datos clínicos relevantes relacionados con este estudio y que pudieran hacerse evidentes durante mi participación en el estudio.

Deseo ser Informado:

SI _____

NO _____

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos de ocho dígitos con letras y números, que harán imposible su identificación por nombre completo. La información que incluya mi nombre, dirección u otros datos personales sólo será registrada en un expediente de datos de investigación al que sólo tendrán acceso los investigadores involucrados en el estudio.

Si los resultados de esta investigación fueran presentados en congresos o reuniones médicas y científicas, mi identidad no será revelada.

La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a otra persona ajena a este estudio y a los compañeros de trabajo de la institución. Para tener la seguridad de mi anonimato y disminuir los riesgos de la confidencialidad el investigador responsable hace de mi conocimiento de una Carta de Confidencialidad firmada por los tres investigadores del estudio que salvaguardan mis datos de identidad.

Contacto:

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la investigadora responsable de este estudio, Dra. Karla Vanessa García Mejorado residente de quinto año de Psiquiatría de Hospital General, a quien puedo localizar en el teléfono 0445540770764

Consentimiento y firmas:

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además, entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico.

Recibo una copia de este formato de consentimiento informado.

<hr/>	
Nombre del Participante	
<hr/>	
<hr/>	<hr/>
Firma del Participante	Fecha
<hr/>	
Nombre del investigador	
<hr/>	
<hr/>	<hr/>
Firma del investigador	Fecha
<hr/>	
<hr/>	<hr/>
Testigo 1	Testigo 2
Nombre y firma	Nombre y firma