

10
27
C. B. B. 2020
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GRUPO DE SALUD MENTAL-UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA
IHADFA, SECRETARIA DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES RELACIONADOS EN MUJERES \geq 18-49 AÑOS EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR LOS MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL, AÑO 2019-2020.

Mi nombre es: _____ soy Médico en Servicio Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Honduras, le quiero decir que el grupo de Salud Mental de la Unidad de Investigación Científica y el IHADFA, SESAL, están realizando una investigación para saber cuál es la Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol y factores relacionados en mujeres \geq 18-49 años en las zonas atendidas por los médicos en servicio social, año 2019-2020. Este estudio va a proporcionar información de la situación de las personas con depresión, ansiedad y consumo de alcohol y factores relacionados en el ámbito nacional, los hallazgos encontrados permitirán contribuir al desarrollo de políticas públicas necesarias para la implementación de programas de diagnóstico y manejo oportuno para mejorar la calidad de vida y participación de esa población. Esta información está siendo recolectada por personal de salud debidamente capacitado en el tema. Por tal razón se le solicita participar en el estudio, si usted decide colaborar deberá firmar un documento donde se dice que usted entendió lo que se le explico y accede a contestar preguntas sobre su salud, su vida personal. Se le dará la copia de este documento. Estas evaluaciones se harán únicamente para dar cumplimiento a los objetivos del estudio y no se utilizarán para investigaciones posteriores. La participación en este estudio es completamente voluntaria, puede retirarse en cualquier momento de la entrevista sin sufrir de ningún tipo de represalia. Los beneficios que obtendrá en este estudio son: Conocer como esta su condición de salud, referirlo a un nivel superior de atención si fuera necesario. No recibirá ninguna retribución económica por su participación en este estudio, pero si recibirá información y orientación sobre su estado de salud y si requiere se le remitirá al Centro de Salud o Hospital para su evaluación y tratamiento. El estudio no tiene riesgo alguno. Se le hará una entrevista de 10 minutos que nos orientara sobre su estado de salud mental de ser positivo se le pasara dos encuestar para saber si tiene depresión o ansiedad.

Toda la información que dé será confidencial y solo será conocida por las personas que trabajen en el estudio; además si se llegaran a publicar los resultados del estudio su identidad no será revelada. Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes.

Yo, _____ identificado con el Número de cedula _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas que se me hagan. Entiendo que no existe ningún riesgo con las preguntas y evaluaciones que me harán.

Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio se puede comunicar a mi teléfono: _____ o con el Dr. Denis Padgett Coordinador del Comité de Ética de la Facultad de medicina al teléfono 22 39 01 31

Firma o huella del Participante

Firma o huella del Responsable

Lugar _____ Fecha _____