# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

**HOJA DE INFORMACIÓN**

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación Compasión, Empatía y Bienestar Psicológico. Intervención formativa y efecto, en estudiantes de medicina/profesionales sanitarios.

Su objetivo es evaluar el efecto de una intervención formativa en Acompañamiento Compasivo, en estudiantes de medicina y profesionales sanitarios.

Usted ha sido seleccionado(a) porque es estudiante de medicina o profesional sanitario menor de 30 años, que no ha sufrido una experiencia traumática en los últimos 12 meses, que no presenta burnout ni está en tratamiento médico por depresión mayor.

La investigadora responsable de este estudio es Camino Calvo Valera, de la Universidad Internacional Iberoamericana, UNINI México.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Su participación consistirá en participar de una intervención formativa, pregrabada, y cumplimentar las siguientes escalas: Escala de Compasión hacia los demás, Índice de Reactividad Interpersonal, Escala de Bienestar Psicológico y cuestionarios de satisfacción con la formación, y de experiencias vividas impactantes en los últimos seis meses, (escalas de Likert). El estudio tiene una duración de tres meses, y la formación online consta de 4 módulos de 6-8 videos cada uno de ellos, con una duración aproximada de 5 horas en total, a realizar en 4 semanas consecutivas. Las escalas se pasarán al inicio de la formación, al final, y a los tres meses. La cumplimentación de las escalas durará alrededor de 15 minutos, y abarcará varias preguntas sobre compasión, empatía y bienestar psicológico.

Las escalas serán realizadas en la plataforma digital donde se realizará la formación, en el momento que inicie la intervención, al final y a los tres meses.

**Riesgos**: El estudio no implica riesgos o molestias.

**Beneficios**: Usted no recibirá ninguna recompensa por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para valorar la educación de los estudiantes de medicina en competencias transversales y la prevención del burnout en los estudiantes y profesionales sanitarios.

**Voluntariedad**: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio.

**Confidencialidad**: Sus datos y opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

**Conocimiento de los resultados**: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se le harán llegar los resultados por el correo electrónico que nos facilite, una vez finalizado el estudio.

**Datos de contacto**: Si requiere más información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio:

Nombre investigador/a responsable: Camino Calvo Valera

Teléfonos: +34 696 255 568

Dirección: C/ Quatre Camins 4-8, Cabrils, Barcelona, España

Correo Electrónico: camino.calvo@doctorado.unini.edu.mx

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en el estudio “Compasión, Empatía y Bienestar Psicológico. Intervención formativa y efecto, en estudiantes de medicina y profesionales sanitarios”.

Declaro que he leído y he comprendido las condiciones de mi participación en este estudio.

En caso de cualquier notificación relacionada a la investigación, pueden contactarme a través de:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Participante Firma Investigador/a

Lugar y Fecha:

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.