PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este proyecto de investigación es desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y Juventud-IDIPRON, la Universidad Nacional y la Universidad de los Andes, y tiene como objetivo: **"caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON."**

Para ello se realizarán unas entrevistas semi-estructuradas que buscan conocer el uso de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología ante el cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON. Además, se emplearán cuestionarios para la evaluación del riesgo de consumo: ASSIST, la caracterización del consumo (sustancias de uso, secuencia del uso y parafernalia usada) y la Tipología de embriaguez de consumo: Basuco y Marihuana. La investigación tendrá una duración de 11 meses, y durante 3 meses se recolectará la información.

El equipo de investigación estará conformado por los profesionales de la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, el IDIPRON y la Secretaría Distrital de Salud que han participado en la formulación de la misma. También acompañarán al equipo del IDIPRON o de las universidades (estudiantes de pregrado o posgrado) que desarrollen la investigación en mención, en su proceso de recolección y análisis de la información, y manejo de información sensible.

Al participar en esta investigación es posible que sienta que se le hacen preguntas que quisiera no responder. Para ello, es importante que sepa que su participación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán con todos los servicios que reciba en el IDIPRON y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Si usted participa en esta investigación, nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación que sirva de insumo para futuros estudios que permitan identificar alternativas de atención para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco.

Los datos registrados serán completamente confidenciales, sólo conocidos y analizados por los investigadores a cargo de la investigación y su equipo. La información proporcionada será utilizada con fines netamente científicos para describir y caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciaran. Después de estos encuentros, se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tengo alguna pregunta o duda puedo dirigirme a los profesores Pablo Zuleta de la Universidad de los Andes, y su correo es: p.zuleta@uniandes.edu.co, o al profesor William Quevedo de la Universidad Nacional y su correo es: wgquevedob@unal.edu.co.

Por último, es probable que en algún momento de la investigación cuente con un delegado del

Comité de Ética de la Secretaría Distrital de Salud, el cual es un organismo que busca velar por los aspectos éticos en la investigación, para el acompañamiento en la investigación cuando lo dispongan.

De acuerdo a lo anterior:

Declaro que he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante_____ Firma del Participante _____
Fecha _____ Día/mes/año

Nombre del investigador: _____ Fecha: _____
Nombre del testigo: _____ _____
Firma