

## **Anexos**

### Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado

**Fundación Universidad de la Américas Puebla**  
**Departamento de Ciencias de la Salud**  
**Licenciatura de Ciencias de la Nutrición**

“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN MÉDICA”

**Título del proyecto de investigación:** “Asociación entre el estado nutricional y la valoración dietética, clínica, física, mental, afectiva y farmacológica de un colectivo de adultos mayores institucionalizados”.

**Investigadores:**

Dra. M. Araceli Ortiz Rodríguez, PhD

Dra. Erika Palacios Rosas, PhD

Dr. Alejandro Porras Bojalil, MSc

Dr. Pedro Alfredo Wesche Ebeling, PhD

**Sede donde se realizará el estudio:** Asilo particular de caridad para ancianos San Jose María de Yermo y Parres FBP (antes Santa Inés). Dirección 9 poniente #309 Col. Centro Puebla, 72000 Tel. +52 (222) 2422034, (222) 2323205

**Dirigido al paciente:**

Se le invita a participar en un estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que

le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Se realiza este estudio ya que no hay suficiente información en México acerca de la depresión y su relación con el estado de nutrición.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO:**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo:

- Determinar la asociación entre el estado nutricional y los indicadores de la valoración afectiva un colectivo de adultos mayores institucionalizados y ambulatorios de Puebla.

### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Con este estudio se conocerá de manera clara si usted tiene algunas de estas enfermedades, en caso de salir positivo a alguna de estas enfermedades se dará aviso a su médico tratante, si él considera un manejo más especializado se canalizará con un médico experto. Este estudio permitirá en un futuro, que otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido para mejorar la salud de los adultos mayores.

### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio; se le realizarán algunas preguntas relacionadas a las actividades que realiza cotidianamente en su vida como lo es su alimentación, poder utilizar el teléfono, poder transportarse de un lugar a otro en la calle, si puede tomar sus medicamentos correctamente, realizar compras, planear y preparar su propia comida, lavar su ropa, vestirse, entre otras actividades. También se le pedirá realizar algunas pruebas de ejercicio físico y ejercicio mental.

Se le realizarán preguntas relacionadas con alguna posible pérdida de peso y problemas de salud personales.

### **RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

No existen riesgos asociados al estudio como tal. En caso de tener que realizar la medición de algún pliegue cutáneo podría llegar a sentir una ligera molestia al tomar la medida.

### **ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite, bastará con informar las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, (al investigador responsable).
- Los datos personales obtenidos en este estudio serán utilizados con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y únicamente con fines de investigación.
- En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio puede solicitarlos a:

Dra. M. Araceli Ortiz Rodríguez, PhD

Coordinadora de la Licenciatura en Ciencias de la Nutrición del Departamento de Ciencias de la Salud UDLAP. Email: araceli.ortiz@udlap.mx Teléfono: +52(222) 229 00 00 Ext. 3242

**Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.**

¿Comprendió la información presentada con anterioridad? 0.- No [ ] 1.- Sí [ ]

Firmas de aceptación:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del voluntario

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

día mes año

He explicado al voluntario la naturaleza de este estudio:

\_\_\_\_\_

Nombre, firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

día mes año