

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

Título del protocolo: **ENCUESTA DE CONDUCTAS SALUDABLES Y DE RIESGO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL AMBIENTE ESCOLAR**
(Nutrinet Salud México)
Versión: 1.0
Fecha de elaboración: Diciembre de 2025

Investigador(a) principal: Dr. Carlos A. Aguilar Salinas, Investigador en Ciencias Médicas.
Dirección: Vasco de Quiroga 15 Col. Belisario Domínguez Sección XVI CP 14080 Tlalpan, Ciudad de México.
Teléfono de contacto institucional: 55 54 87 80 00 ext.
Investigadores participantes: Dr. Jorge Armando Barriguet
Meléndez. Patrocinador del estudio: No aplica.
Dirección del patrocinador: No aplica.

Introducción

Este documento constituye una invitación para que su hijo o hija participe en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (en lo sucesivo, *Instituto*). Le invitamos a leerlo con calma y a tomarse el tiempo necesario para comprender su contenido. Si lo desea, puede llevar este documento a su domicilio y comentarlo con sus familiares o con profesionales de la salud de su confianza antes de tomar una decisión.

Siéntase en total libertad para preguntar al investigador sobre cualquier duda que tenga. El o la investigadora le explicará ampliamente los beneficios y riesgos del estudio sin ningún tipo de presión. Su participación es completamente voluntaria, y usted tiene el derecho de decidir si desea participar o no en este proyecto. Asimismo, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo considera conveniente, sin que esto implique consecuencia alguna.

Cuando termine de leer y entender toda la información sobre el estudio, usted tendrá la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas las dudas que pudiera tener. Después se le invitará a participar firmando esta carta de consentimiento informado. Esta carta cumple con las disposiciones establecidas por las Buenas Prácticas Clínicas de la Comisión Nacional de Bioética, la Ley General de Salud título quinto "Investigación para la salud", el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki 2024.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto. Ambos comités están encargados de revisar, otorgar aprobación y supervisar los estudios de investigación en humanos.

Al final de la explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

1. Las razones por las que se lleva a cabo esta investigación y lo que se quiere lograr.
2. Todas las actividades que realizará su hijo(a).
3. Los posibles riesgos o molestias que pudieran presentarse durante el estudio.
4. Los beneficios que se pueden obtener durante el estudio.
5. Las medidas para proteger la información personal de su hijo(a).
6. Su derecho de recibir respuestas a las preguntas sobre cualquier situación del estudio.
7. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y la de su hijo de dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte su situación académica, ni el trato que reciba dentro de la escuela.

Invitación a participar

Estimado(a) Sr(a) padre/madre de familia o tutor,

El Instituto, a través del grupo de investigación, le invitan a su hijo(a) a participar en este estudio que tiene como objetivo: **conocer el estado de salud física, mental y emocional de la comunidad escolar**, así como los factores que favorecen o afectan su bienestar integral.

El tiempo que durará el estudio es de: 2 semanas del 19 al 30 de enero de

2026. El tiempo que su hijo(a) estará en el estudio es de: 2 horas.

El número aproximado de participantes será: 134,000 estudiantes.

1. Razones para realizar el estudio

Realizamos este estudio porque queremos conocer el estado actual de salud física, mental y emocional de la comunidad escolar, así como los factores personales, académicos, sociales y familiares que influyen en su bienestar integral.

Esta información permitirá diseñar estrategias, programas y acciones preventivas que promuevan la salud, la salud mental y el bienestar dentro de la escuela.

Su hijo(a) fue invitado(a) por ser parte de la comunidad escolar y porque su opinión y experiencias son valiosas para comprender mejor las condiciones actuales de salud y bienestar.

2. Actividades se realizarán en el estudio

La participación de su hijo(a) consistirá en **responder una encuesta en línea** con preguntas sobre distintos aspectos de su vida y bienestar.

Las áreas que se abordan son: hábitos de alimentación y conductas alimentarias; actividad física y sueño; bienestar general y salud mental (ansiedad, estrés, depresión); vida afectiva, vínculos familiares y sociales; convivencia y apoyo comunitario; bullying, acoso y violencia en el entorno escolar; motivación, autopercepción y regulación emocional; situaciones de riesgo en el entorno académico o social; y bienestar.

3. Riesgos e inconvenientes.

La participación de su hijo(a) **no representa ningún riesgo físico ni psicológico**. Las respuestas serán **anónimas y confidenciales**. Ninguna persona ajena al equipo de investigación podrá identificar a los participantes ni acceder a su información personal.

4. Beneficios.

La participación de su hijo(a) en el estudio, permitirá conocer el estado de salud, salud mental y bienestar de la comunidad escolar, y contribuirá al diseño

de estrategias y programas de promoción de la salud, salud mental y bienestar en la escuela y otras instituciones públicas.

5. Terminación anticipada de su participación

Usted o su hijo(a) tienen el derecho de interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su situación académica, ni el trato que reciba dentro de la escuela.

6. Confidencialidad y manejo de su información.

El nombre de su hijo(a) no será utilizado en ningún informe o publicación derivada de este estudio. Todos los datos serán codificados y tratados de manera confidencial. Los resultados se presentarán únicamente en informes estadísticos o agregados, sin identificar a los participantes, y podrán ser difundidos ante autoridades educativas, instancias de salud o científicas, con fines de mejora en las políticas públicas.

Los datos personales quedarán bajo resguardo del equipo de investigación y solo podrán ser revisados por monitores o auditores autorizados para verificar el cumplimiento ético y metodológico del estudio. No se compartirá información individual sin su consentimiento expreso, salvo en casos en que sea necesario proteger los derechos del menor, atender una urgencia médica o cumplir con requerimientos legales de las autoridades competentes.

7. Contactos

Cualquier duda o malestar relacionado al estudio, por favor póngase en contacto con el Dr. Carlos A. Aguilar Salinas, quien es investigador(a) principal de este estudio, al teléfono +52 55 5435 4045.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos de su hijo(a) como participante en el estudio, puede ponerse en contacto con Dra. Martha Guevara Cruz, quien es presidenta del Comité de Ética en Investigación del instituto al teléfono 54 87 09 00 ext. 6110.

8. Consideraciones económicas

A usted ni a su hijo(a) no se les cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. Los resultados o materiales obtenidos en el estudio serán propiedad del Instituto y usted o su hijo(a) no tendrá beneficio financiero.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Para autorizar la participación de mi hijo(a) en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

- Se me ha explicado y he entendido las razones para realizar el estudio, los motivos por los cuales se le invitó a mi hijo(a) a participar, los detalles de las actividades del estudio y que no incurre en daños y beneficios, por lo que estoy de acuerdo en su participación en el protocolo.
- Estoy de acuerdo en que se utilice la información de mi hijo(a) para ser utilizadas en este estudio.

Por favor responda las siguientes preguntas:

NO
(marque por favor)

SÍ

(marque por favor)

- a. ¿Ha leído y entendido el formato de consentimiento informado, en su lengua

☐☐

materna?

- b. ¿Entiende usted que su autorización y la participación de su hijo(a) es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su situación académica, ni el trato que reciba dentro de la escuela, o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?

☐☐

Declaración del padre, madre o tutor: Yo, _____ declaro que es mi decisión autorizar la participación de mi hijo(a) en esta investigación. Mi autorización a la participación de mi hijo(a) es voluntaria. Se me ha informado que puedo negarme a que mi hijo(a) participe o terminar su participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo la participación de mi hijo(a), no sufrirá ningún perjuicio. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de su participación en este estudio.

Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con el Mtro Filiberto Hinojosa, tel. 7221672202 Ext. 15405.

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre la participación de mi hijo(a) en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que puedo almacenar una copia firmada de este consentimiento informado.

Tengo claro que en caso de tener preguntas sobre los derechos de mi hijo(a) como sujeto de investigación en este estudio, problemas, preocupaciones o dudas, y deseo obtener información adicional, o bien, hacer comentarios sobre el desarrollo del estudio, tengo la libertad de hablar con el presidente del Comité de Ética en Investigación del instituto (Dra. Martha Guevara Cruz, tel: 54870900. ext. 6101).

Nombre del padre, madre o tutor del participante

Firma

Fecha



Coloque la huella digital del padre, madre o tutor del participante sobre esta línea si no sabe escribir

Dr. J. Armando Barriquete Meléndez
Investigador

1 ← 77.
Firma

Enero de 2026
Fecha

Lugar y fecha: Atizapán de Zaragoza a 19 de Enero del 2026.