

**Instituto Politécnico Nacional
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia
Sección de Estudios de Posgrado e Investigación
Especialidad de Enfermería Perinatal**

Consentimiento informado

El objetivo principal de este consentimiento informado es el solicitar a usted su autorización para participar de manera voluntaria, como sujeto de estudio en la investigación titulada “Experiencia de vida de una persona asistida a reproducción asistida”.

Justificación y objetivos

Esta investigación tiene como objetivo “Analizar la experiencia de vida de una persona que ha sido asistida mediante técnicas de reproducción asistida, con el fin de comprender su vivencia emocional, social y personal durante este proceso”.

Esta investigación busca visibilizar la vivencia emocional y social de las personas que recurren a la reproducción asistida, un proceso muchas veces rodeado de estigmas y silencios. Comprender sus experiencias permitirá generar estrategias de apoyo más humanas e integrales desde la enfermería y otras disciplinas. Además, contribuirá al desarrollo de una atención centrada en la persona y con enfoque empático.

Procedimientos

Al aceptar participar voluntariamente en este estudio, la investigadora principal realizará una entrevista centrada en la experiencia de vida relacionada con el proceso de reproducción asistida. Las preguntas abordarán aspectos emocionales, sociales y personales vividos durante dicho proceso. Con su consentimiento, la entrevista será grabada con el fin de recopilar información relevante para los fines exclusivos de esta investigación. Se garantiza que todos los datos personales serán tratados con estricta confidencialidad, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, capítulo I De los Principios de Protección de Datos Personales, artículos 6, 7, 8 y 9, así como al Aviso de Privacidad Institucional correspondiente.

Riesgos:

- La entrevista podría generar malestar emocional al recordar momentos difíciles, como el diagnóstico de infertilidad, procedimientos médicos, presiones familiares o pérdidas previas.
- Existe un riesgo mínimo de vulneración de la privacidad si no se garantizara adecuadamente la confidencialidad de los datos, aunque se tomarán todas las medidas para evitarlo.

Nota: En caso de que el o la participante manifieste incomodidad emocional durante la entrevista, se le ofrecerá contención y orientación para canalización psicológica si así lo desea.

Beneficios:

- La persona participante tendrá la oportunidad de expresar y reflexionar sobre su vivencia, lo que puede resultar terapéutico o liberador.
- Su testimonio contribuirá al conocimiento científico y a mejorar la comprensión y el acompañamiento profesional de quienes atraviesan procesos de reproducción asistida.
- Los resultados de esta investigación podrán servir para fundamentar estrategias de intervención más humanas y empáticas por parte del personal de salud, especialmente de enfermería.

Solo aquellos que cumplan con los requisitos y acepten voluntariamente responder el cuestionario participarán en el estudio. Si en algún momento decide retirar su consentimiento, se respetará su decisión sin consecuencias. Además, le mantendremos informado con los últimos hallazgos del estudio.

Si tiene alguna pregunta en cualquier momento durante la investigación, los procedimientos, los riesgos o beneficios, estaré disponible para responderlas. Aquí tiene mis datos de contacto para cualquier consulta:

Nombre de la Investigadora: Laura Yolanda Pagola López

Correo: laupagola71@gmail.com

Teléfono: 5551597929

Instituto Politécnico Nacional

Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia

Texto declaratorio.

Yo: _____

declaro libremente que he sido informado (a) de manera verbal y por escrito de los aspectos que se mencionan a continuación.

- Justificación y objetivo de la investigación.
- Procedimientos.
- Riesgos y beneficios.
- La seguridad de que no se me identificará y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Aviso de Privacidad Institucional.
- La libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que por ello se creen perjuicios.
- Que, en caso de no aceptar participar, no existirá ninguna penalidad, ni se verán afectados los derechos de mi persona.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda.

Por lo anterior estoy de acuerdo en participar en la aplicación del instrumento de la investigación "Experiencia de vida de una persona asistida a reproducción asistida".

Nombre y firma del participante

Laura Yolanda Pagola López

Nombre y firma de la investigadora principal.

Ciudad de México, a: _____ de _____ c