

11226



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO

**APLICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
PLANIFICACION FAMILIAR A EMBARAZADAS ADSCRITAS
A LA U.M.F. No. 94**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. FELIPE ANTONIO GRAJEDA CAMPOS**

0352062

ASESOR DE TESIS:
DR. JOSE RUBEN QUIROZ PEREZ
COORD. EVALUACION DPTO. MEDICINA FAMILIAR
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF No. 94

2005



IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO

**APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
PLANIFICACION FAMILIAR A EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA
U.M.F. No 94**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

Dr. Felipe Antonio Grajeda Campos

ASESORES:

Dr. José Rubén Quiroz Pérez
Coordinador de Evaluación
Dpto. de Medicina Familiar
U.N.A.M

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe educación e investigación en salud
U.M.F. 94

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Felipe A. Grajeda Campos
FECHA: 28-09-05
FIRMA: [Firma]

RESUMEN

APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACION FAMILIAR A EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA U.M.F. No 94

* Grajeda-Campos FA., ** Quiroz-Pérez JR., *** Ocampo-Barrio P

Introducción: El consentimiento informado, como lo conocemos hoy en día, tiene su antecedente histórico y evolución a partir del Código de Nuremberg en 1947. En 1964 la Asamblea Médica Mundial adopta la Declaración de Helsinki, un conjunto de reglas que orientan a los médicos en investigación en seres humanos y que al igual que el Código de Nuremberg, resaltan la importancia del consentimiento. El Programa de Salud Reproductiva del IMSS contempla a las actividades de planificación familiar como una fortaleza dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Una de estas estrategias está orientada a apearse al marco legal del propio programa, con el propósito de preservar el total y absoluto respeto a la población sobre su decisión libre, voluntaria y bien informada en la adopción de un método anticonceptivo considerando su condición de salud y expectativa reproductiva. Las decisiones acerca de su fecundidad y sexualidad, deben ser respetadas por tratarse de una parte muy compleja de su vida y en la que se afecta de manera directa los sentimientos más íntimos y su relación de pareja. Por todo esto, es necesario resaltar la importancia del Consentimiento Informado y la voluntariedad del usuario en la toma de decisiones en la elección de un método anticonceptivo sea este temporal o definitivo.

Objetivo: Determinar la frecuencia con que se aplica el consentimiento informado en salud reproductiva a las mujeres embarazadas atendidas en la UMF No 94.

Diseño: Transversal, descriptivo, prolectivo.

Material y métodos: A través del programa estadístico EPI info. 6 se calculó tamaño de muestra de 80 embarazadas en cualquier edad gestacional. Para identificar la aplicación el consentimiento informado se utilizó la guía "Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva sobre información recibida" diseñada por la Coordinación Normativa Nacional de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta guía fue validada mediante un estudio multicéntrico con prestadores de servicio y aceptantes de métodos anticonceptivos de un Hospital y una Unidad de Medicina Familiar de cada delegación de la región Sur. Tras varias modificaciones finalmente el instrumento en forma completa consta de 60 reactivos. De los cuales solo 20 corresponde a la evaluación de la aplicación del Consentimiento informado, estas son preguntas estructuras con opción de respuestas dicotómicas para si y no.

Resultados: Se aplicó la guía a 80 embarazadas con edad promedio de 26 años, 60 (75%) casadas, 11(14%) en unión libre y 9 (11%) madres solteras. En cuanto a ocupación 41 (51%) dijeron ser amas de casa; 36 (45%) empleadas y 3 (4%) estudiantes. Con respecto a la escolaridad solo 1(1%) embarazada refirió solo saber leer y escribir; 5 (6%) habían cursado la primaria; 25 (31%) tenían secundaria completa; 26 (33%) con nivel medio superior concluido; 11 (14%) con alguna carrera técnica concluida y 12 (15%) habían concluido una licenciatura. Solo 60 (76%) de las embarazadas refirieron haber recibido consentimiento informado sobre métodos anticonceptivos.

Conclusiones: El presente estudio nos muestra que a pesar de que en la U.M.F. No 94 existen la mayoría de los métodos de planificación familiar y se cuenta con los recursos físicos se esta perdiendo la oportunidad de promover la anticoncepción postnatal para espaciar un siguiente embarazo tomando en cuenta todos los beneficios por demás conocidos.

Palabras clave: Consentimiento informado, Embarazo y Salud reproductiva.

*Grajeda-Campos FA. Médico residente del 3º año del curso especialización en Medicina Familiar

** Quiroz-Pérez JR. Coord. Evaluación Dpto. Medicina Familiar

*** Ocampo-Barrio P. Jefe educación e investigación en salud UMF 94

Autorizaciones



Dra. Patricia Leonor Pérez Sánchez
Coord. Delegacional de Investigación en Salud

Dra. María Guadalupe Garfías Garnica
Coord. Delegacional de Educación en Salud

Dra. Ana María Cortes Aguilera
Directora de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe educación e investigación UMF 94
Co-asesor



DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dr. José Rubén Quiroz Pérez
Coord. Evaluación Dpto. Medicina Familiar
Asesor

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor titular del curso

Índice

Marco teórico y antecedentes científicos	5
Planteamiento del problema	16
Pregunta de investigación	17
Hipótesis de trabajo	18
Objetivo de trabajo	18
Identificación de variables	18
Universo de trabajo	18
Población de estudio	18
Criterios de selección de la muestra	18
Diseño de estudio	19
Tipo de muestreo	19
Procedimiento para integrar la muestra	19
Recursos del estudio	19
Descripción y validación del instrumento	20
Análisis estadístico	21
Consideraciones éticas	21
Cuadro de variables	22
Resultados	23
Análisis de resultados	25
Conclusión	25
Sugerencias	25
Bibliografía	26
Anexos	27

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El **consentimiento informado**, como lo conocemos hoy en día, tiene su antecedente histórico y evolución a partir del Código de Nuremberg en 1947, que surge a raíz de los juicios por el Tribunal Militar de Nuremberg, juicios a los que fueron sometidos un grupo de médicos acusados de realizar experimentos inhumanos en sujetos poniendo en evidencia parte de la barbarie que se cometía contra prisioneros de guerra en campos de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial.

En 1964 la Asamblea Médica Mundial adopta la Declaración de Helsinki, un conjunto de reglas que orientan a los médicos en investigación en seres humanos y que al igual que el Código de Nuremberg, resaltan la importancia del consentimiento voluntario como elemento importante dentro de los protocolos de estudio. Para 1975 la 29a Asamblea Médica Mundial revisa y amplía la Declaración de Helsinki para incluir la investigación biomédica en seres humanos, declaración que sustituye al Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, y cuyos principios pueden considerarse de validez universal.⁽¹⁾

El termino Consentimiento Informado fue creado a finales de los años 40, los países que más han trabajado esta doctrina son Estados Unidos y algunos países europeos. Es en el área de la investigación donde con mayor frecuencia se ubica este concepto y donde recibe mayor atención. ⁽²⁾

El consentimiento informado es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos, terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decida y autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable. ⁽³⁾

El Consentimiento Informado en salud reproductiva es la toma de decisión voluntaria, suficientemente informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo; el objetivo de su obtención es salvaguardar el derecho de

la población a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo.

Los componentes del Consentimiento Informado en salud reproductiva para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) son:

1.) Beneficios de usar un método anticonceptivo. A través de este componente se busca incorporar al pensamiento y a la acción de la población en edad fértil, la importancia de que, con base en su condición de salud, su expectativa reproductiva y demás consideraciones personales, adopte un método anticonceptivo, que le permita postergar espaciar o limitar con oportunidad su fecundidad.

2.) Gama de métodos anticonceptivos disponibles en la Institución. Con este componente se pretende que la solicitante pueda elegir entre los diferentes métodos disponibles en la institución. En caso de mostrar interés por algún método se debe aprovechar la sesión para ampliarla información de él mismo, procurando utilizar un lenguaje comprensible para la solicitante. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, los cuales se describen a continuación:

METODOS TEMPORALES

I. NATURALES.

1.1 Abstinencia sexual periódica: son métodos que impiden el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los días infértiles del ciclo menstrual, su efectividad es de 70-80 %, son:

1. Método del ritmo o de Ogino-Knaus.
2. Método de la temperatura basal.
3. Método del moco cervical o de Billings.

Indicaciones. Parejas que no desean usar otros métodos de mayor eficacia por cualquier causa.

Contraindicaciones. Riesgo reproductivo elevado, lactancia, ciclo menstrual irregular, incapacidad de la mujer para reconocer signos y características del ciclo menstrual.

1.2 Amenorrea de la lactancia: condición natural de la mujer en el puerperio, durante la cual el riesgo de embarazo esta disminuido. Se limita a los primeros 4 meses después del parto, siempre y cuando se practique la lactancia en forma exclusiva y frecuente, su efectividad es de 98%

Indicaciones. Mujeres que deseen y puedan amamantar a su hijo.

Contraindicaciones. Hepatitis viral activa, VIH/SIDA, uso de reserpina, ergotamina, ciclosporina, cortisona, bromocriptina, medicamentos radioactivos, litio y anticoagulantes, dificultad para tomar el pezón.

II. DE BARRERA.

Son métodos anticonceptivos cuyo mecanismo de acción radica en impedir que los espermatozoides se pongan en contacto con la vagina y penetren al conducto cervical, por acción de un obstáculo físico o químico. La efectividad del Preservativo es de 85-97% y de los Espermicidas: 75-90%

II. 1. Condón

- a. Condón masculino de látex
- b. Condón femenino de poliuretano.

II. 2 Espermicidas

- a. Cremas
- b. Óvulos
- c. Espumas

Indicaciones. Como apoyo a otros métodos, en periodos pos vasectomía, relaciones sexuales esporádicas.

Contraindicaciones. Riesgo reproductivo elevado, alergia o hipersensibilidad al látex o espermicidas, disfunción eréctil.

III. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal, su efectividad es de 95-99%

III.1 Polietileno adicionado de cobre

- a) Tcu 380 A
- b) Multioad 375

III.2 Polietileno adicionado de levonorgestrel

Indicaciones. Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes que desean un método temporal de alta efectividad en las siguientes circunstancias:

- a) Antes del primer embarazo.
- b) Período intergenésico.
- c) Posparto y transcesárea con o sin lactancia.
- c) Posaborto.

Contraindicaciones. Embarazo o sospecha de embarazo, histerometría < 6 cm, patología deformante de la cavidad uterina, cáncer de cuello o cuerpo uterino,

enfermedad pélvica inflamatoria, corioamnioitis, enfermedad trofoblástica reciente.

Efectos colaterales. Dismenorrea, hipermenorrea, secreción vaginal no infecciosa.

IV HORMONALES

IV. 1 ORALES

Son métodos anticonceptivos cuyo mecanismo de acción radica en suprimir la ovulación y/o modificar la estructura endometrial y el moco cervical, la efectividad para los combinados es de 92-99% y para los de progestina de 90-97%.

- Combinados: contienen un estrógeno sintético (etinilestradiol o mestranol) y una progestina (noretisterona, norgestrel, levonorgestrel, gestodeno, norgestimato, desogestrel o ciproterona).
- De progestina: dosis bajas de progesterona sintética (linestrenol, o levonorgestrel, desogestrel).

Indicaciones.

Combinados: Mujer en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas incluyendo adolescentes que desean un método temporal de alta efectividad y seguridad, y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias; antes del primer embarazo en el intervalo intergenésico, posaborto, posparto o poscesárea sin lactancia.

Progestina sola: cuando el uso de estrógenos esta contraindicado.

Contraindicaciones.

Combinados: Embarazo o sospecha de embarazo, lactancia, antecedente de enfermedad tromboembólica, cáncer ginecológico, tumores o enfermedad hepática, toma simultanea de rifampicina o anticonvulsionantes.

Progestina sola: Igual anterior, excepto lactancia y enfermedad tromboembólica.

Efectos colaterales. Cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, hemorragias intermenstruales.

IV. 2 INYECTABLES

Son métodos temporales de larga acción su efectividad es de 99%.

- Combinados: Contienen un éster de estradiol (cipionato, valerianato o enantato) y una progestina (enanaato de noretisterona, acetato de medroxiprogesterona o acetofenido de dihidroxiprogesterona).

- De progestina: enantato de norestitrona o acetato de medroxiprogesterona.

Indicaciones.

Combinados: Antes del primer embarazo, período intergenésico, posaborto, posparto o poscesárea si la mujer no esta lactando.

De progestina: cuando el uso de estrógenos esta contraindicado. Periodo intergenésico, posaborto o poscesárea con o sin lactancia, posaborto.

Contraindicaciones.

Combinados: Lactancia, embarazo o sospecha de embarazo, cáncer ginecológico, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, tumores o enfermedad hepática, administración simultánea de rimfapicina o anticonvulsionantes.

Progestina sola: Las progestinas están contraindicadas en las mismas circunstancias excepto durante la lactancia y enfermedad tromboembólica.

Efectos colaterales. Irregularidades menstruales, cefalea, náusea, vómito, mareos, mastalgia, aumento de peso. Las progestinas pueden causar amenorrea.

IV. 3 IMPLANTES SUBDERMICOS.

Método anticonceptivo temporal de acción prolongada que se inserta subdérmico y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética, la efectividad en el primer año es de 99.1% y 96.5% al quinto año de uso.

- Seis cápsulas de dimetilpolisiloxato con 36 mg de levonorgestrel cada una. Duración 5 años.
- Una varilla de etilen vinil acetato (EVA) con 86 mg de etonogestrel. Duración 3 años.

Indicaciones. Cuando se desea un método hormonal de larga acción o también cuando esta contraindicado el uso de estrógenos como: antes del primer embarazo, período intergenésico, Posparto o poscesárea con o sin lactancia y Posaborto inmediato.

Contraindicaciones. Embarazo o sospecha de embarazo, cáncer ginecológico, tumores o enfermedad hepática, administración simultánea de rimfapicina o anticonvulsionantes.

Efectos colaterales. Hematoma local, infección local, dermatitis, irregularidades menstruales, cefalea, mastalgia, aumento de peso.

MÉTODOS DEFINITIVOS

I. 1 OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión de ambas trompas uterinas su efectividad es de 99%

- Técnica de Pomeroy.
- Fibriectomía.
- Aplicación de anillos de Yoon.
- Electrofulguración. Puede realizarse por laparotomía, minilaparotomía o laparoscopia.

Indicaciones. Paridad satisfecha, Razones médicas, retardo mental.

Contraindicaciones. Enfermedad inflamatoria pélvica, condiciones médicas actuales que contraindiquen el procedimiento, como: enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica, hemorragia vaginal, cáncer cervical o endometrial, hepatitis activa, enfermedad trofoblástica maligna, anemia por deficiencia de hierro (Hb <7 gr/dl), infecciones respiratorias, deciduoendometritis.

Efectos colaterales. No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

I. 2 VASECTOMÍA

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides, su efectividad se considera del 99%.

- Técnica tradicional con bisturí.
- Técnica de Li (sin bisturí)

Indicaciones.

1. Fertilidad satisfecha.
2. Razones médicas.
3. Retardo mental.

Contraindicaciones. Criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia sexual.

Efectos colaterales. No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. (4)

3.) Responsabilidad compartida. Bajo este componente se persigue que:

a) **El prestador del servicio comprenda:** que es su responsabilidad, el proporcionar a través de la comunicación interpersonal (consejería), de manera

clara, precisa y veraz, toda la información necesaria sobre la metodología anticonceptiva, garantizando la absoluta comprensión del demandante.

b) La solicitante comprenda: que tiene el derecho de recibir de manera clara, precisa y veraz, toda la información requerida y que asuma la responsabilidad de aceptar un método, comprendiendo y aceptando todos y cada uno de los puntos que contiene el documento que firma.

c) Opción de desistir a la aceptación del método anticonceptivo. La finalidad de este componente es ratificar que la decisión de la usuaria, es libre y se toma sin ninguna presión, y que en cualquier momento antes del procedimiento, se respetará la voluntad de cambiar su decisión. ⁽⁵⁾

Se consideran como poblaciones específicas en relación con la cuales deben llevarse a cabo actividades de educación para la salud reproductiva, las siguientes:

Mujeres en edad fértil. Aquellas que por su edad reúnen las condiciones y la capacidad para la reproducción. Estadísticamente se considera al grupo de mujeres de 15 a 49 años, aun cuando se observa que esta capacidad reproductiva cada vez se inicia más precozmente.

Embarazada. Se refiere a todas aquellas mujeres en etapa gestacional que acuden a consulta. Alguna de las acciones que deben realizarse durante el control prenatal en el IMSS es apoyar a las pacientes en las consultas subsecuentes para la elección y aceptación de un método de planificación familiar. ⁽⁶⁾

Puérperas. Mujeres en periodo posterior al evento obstétrico que comprende 42 días.

Varones. Población potencialmente usuaria de la vasectomía.

Adolescentes. En este grupo se incluyen a los jóvenes de 12 a 19 años de ambos sexos, que requieren información sobre su sexualidad y planificación familiar. ⁽⁷⁾

Posparto y postaborto. Posparto se refiere al periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más. Postaborto hace referencia al periodo asociado a la

condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas. (8)

Riesgo reproductivo. Es la probabilidad que tiene la mujer y el producto de sufrir una enfermedad, lesión o muerte si ocurre un embarazo en condiciones no satisfactorias. (8)

Factor de riesgo obstétrico. Condición o factor que cuando esta presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad.

ALTO RIESGO*	RIESGO INTERMEDIO*	BAJO REISGO*
-Hipertensión arterial -Diabetes mellitus -Cardiopatía -Neuropatía -Dos o más abortos** -Preeclampsia - eclampsia** -Rh (-) con Coombs indirecto (+) -Otra enfermedad crónica o sistémica grave -Malformaciones congénitas** -Hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre	-Edad < 20 y > de 34 años -Dos o más cesáreas** -Cuatro o más embarazos** -Infección de vías urinarias -Tabaquismo crónico -Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre -Productos prematuros o con bajo peso al nacer** -Muerte fetal**	-Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto -Intervalo intergenésico > de dos años** -Una cesárea o aborto** -Estatura menor de 150cm -Escolaridad primaria o menos

*La presencia de uno o más de los factores o características permite calificar la magnitud del riesgo **Antecedentes (6)

El **consentimiento informado**, como lo conocemos hoy en día, tiene su antecedente histórico y evolución a partir del Código de Nuremberg en 1947. En 1964 la Asamblea Médica Mundial adopta la Declaración de Helsinki, un conjunto de reglas que orientan a los médicos en investigación en seres humanos y que al igual que el Código de Nuremberg, resaltan la importancia del **consentimiento** voluntario como elemento importante dentro de los protocolos de estudio. Para 1975 la 29a Asamblea Médica Mundial revisa y amplía la Declaración de Helsinki para incluir la investigación biomédica en seres humanos, declaración que sustituye al Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, y cuyos principios pueden considerarse de validez universal. (1) Bajo este principio, la práctica médica se convierte en un contacto entre dos sistemas de valores, por un lado los correspondientes al enfermo y por el otro, los que corresponden al médico que otorga un servicio.

En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Acuerdo Internacional Sobre Derechos Civiles y Políticos que estipula en su artículo 7, lo siguiente: "Nadie será sometido a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, en especial, nadie será sometido sin libre consentimiento, a experimentos médicos o científicos". En 1970 nace una ciencia con el nombre de Bioética; la reflexión Bioética se basa en los hechos, principios y reglas. Los principios fundamentales son el respeto a la vida y el respeto a la autodeterminación de la persona.

La declaración de los derechos del paciente, aprobada en Lisboa en 1981, expresa que: "el paciente, después de haber sido debidamente informado sobre algún tratamiento propuesto, tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo y que tiene el derecho de morir dignamente". (2)

En México las bases legales que nos ordenan el elaborar un Consentimiento Informado en diversas situaciones son:

1. Norma Oficial Mexicana 168 SSA del Expediente Clínico en numeral 10.
2. Ley General de Salud, artículos 80 y 81 del Reglamento de la misma, en materia de prestación de servicios de atención médica.
3. Ley General de Salud, artículo 119 del Reglamento de la misma, en materia de prestación de servicios de atención médica respecto al "empleo de medios definitivos de planificación familiar". (9)

En la primera etapa de las actividades de planificación familiar, entre 1973 y 1982, en la cual la preocupación central fue el crecimiento acelerado de la población, el contenido educativo se centro por una parte en las ventajas socioeconómicas de contener el crecimiento de la población, resumidas en el lema: "la familia pequeña vive mejor".

En una segunda etapa entre 1983 y 1990, correspondiente a la transición de la protección anticonceptiva con enfoque principalmente demográfico a la aplicación del enfoque de la salud y riesgo en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar, la preocupación ya no fue solamente la regulación de la fecundidad, sino la identificación de los factores de riesgo reproductivo y la protección anticonceptiva oportuna y eficaz.

En la tercera etapa de consolidación de la aplicación del enfoque de salud reproductiva, iniciada con la reestructuración de la Subdirección General Médica y

con la integración conceptual, estructural y operativa de los servicios de planificación familiar y los de atención materno infantil. (7)

El Programa de Salud Reproductiva del IMSS contempla a las actividades de planificación familiar como una fortaleza dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Una de estas estrategias está orientada a apegarse al marco legal del propio programa, con el propósito de preservar el total y absoluto respeto a la población sobre su decisión libre, voluntaria y bien informada en la adopción de un método anticonceptivo considerando su condición de salud y expectativa reproductiva. Las decisiones acerca de su fecundidad y sexualidad, deben ser respetadas por tratarse de una parte muy compleja de su vida y en la que se afecta de manera directa los sentimientos más íntimos y su relación de pareja. Por todo esto, es necesario resaltar la importancia del Consentimiento Informado y la voluntariedad del usuario en la toma de decisiones en la elección de un método anticonceptivo sea este temporal o definitivo. (3)

El Consentimiento Informado en planificación familiar ha seguido un proceso de implantación que inició en 1996, fue sustentado por los resultados de un estudio de investigación multicéntrico orientado a determinar el grado de utilidad de la aplicación del procedimiento, que culminó con la actividad de llenar un formato denominado *Consentimiento Informado*, éste fue validado por el área jurídica, que garantizó que tuviera los requisitos fundamentales de soporte legal. (5) Fue un estudio transversal comparativo con prestadores de servicio y aceptantes de métodos anticonceptivos de un Hospital y una Unidad de Medicina Familiar de cada delegación de la región Sur, del cual se obtuvieron, entre otros resultados, el hecho de que casi la totalidad de aceptantes entrevistados se mostraron de acuerdo con la firma del documento, encontrando como principales ventajas la seguridad de obtener el método elegido y de contar con mejor y mayor información específica sobre el método; otro resultado fue relacionado con las ventajas que manifestaron los prestadores de servicio, como la de contar con un aval de elección del o la paciente, y con el hecho de que el documento lo perciban como un medio de incrementar la información a la población; otra ventaja mencionada en este grupo, fue la protección medico legal. (2) El IMSS es responsable de la salud reproductiva de más del 50% de las familias mexicanas y en el marco de la modernización se ha establecido una nueva legislación para

desarrollar una cultura de respeto y protección a los derechos reproductivos. Por lo anterior, establece una estrategia para fortalecer el proceso de comunicación al Consentimiento Informado, que asegura la comprensión de la información en la toma de decisión voluntaria, contribuyendo a la satisfacción del usuario en el servicio que recibe al percibir este respecto a su autodeterminación. Esta situación hace que el Consentimiento Informado se convierta en la piedra angular de la calidad en la atención de la salud reproductiva. (5)

Dentro del campo de la salud reproductiva, destacan los indicadores que señalan el impacto de las acciones de planificación familiar sobre la fecundidad de las mujeres derechohabientes. El comportamiento de éstos evidencia que conforme se incrementa el porcentaje de usuarias, desciende el número de partos institucionales por cada mil mujeres en edad fértil.(10) Casi todas las personas en algún momento de sus vidas necesitarán consejería sobre planificación familiar, por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tiene un papel muy importante en proporcionar la consejería.(11)

En un estudio realizado entre febrero y diciembre de 1996 destaca que la información a los usuarios es uno de los componentes esenciales de la satisfacción de los servicios de planificación familiar. (12) Un estudio realizado, en Hospitales de tercer nivel de ginecología y obstetricia año 1996, donde se investigó las causas asociadas a la reversión de la oclusión tubaria bilateral destaco que uno de los factores que contribuyeron ha dicha decisión se debió la información insuficiente respecto al método. (15) Tomando en cuenta que ha la población masculina es potencialmente usuaria, en estudio realizado en el centro de salud "Dr. José Castro Villagran" del ISSDF entre 1995 Y 1997 destaca la importancia de la consejería otorgada como un elemento clave para la aceptación de la vasectomía.(16) Son diversas las razones que van a condicionar el rechazo o la aceptación de los distintos métodos anticonceptivos culturales, religiosas, éticas,(13) entre otras como el temor de presentar efectos secundarios y las molestias ocasionadas por los anticonceptivos, situación que en muchas de las ocasiones se ve favorecida por la falta de información. (14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se ha promovido intensamente la Planificación Familiar; las acciones de las agencias del Sector Público y Privado se reflejaron en un incremento del 30% en el uso de los métodos anticonceptivos en la década de los setenta, aumento que llegó al 58% en 1990. Como consecuencia, en 20 años (1970-1990), la tasa total de fertilidad del país bajó de 6.6 a 3.4 y el índice de crecimiento poblacional disminuyó de 3 a 2.3%. Alentada por estas cifras, la política demográfica mexicana estableció el Programa Nacional de Población 1995-2000, y a través de éste el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, definiendo como metas el incremento del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil hasta el 70.2%, reducir el crecimiento poblacional hasta 1.75% y disminuir la tasa global de fecundidad a 2.4.

La promoción de la planificación familiar, entre otras cosas, significa el control responsable de la reproducción, y sobre ésta la atención que se otorga en el primer nivel de atención es clave para que se lleve a cabo su desarrollo.

En la UMF No 94 se cuenta con la mayoría de los métodos anticonceptivos existentes y con el personal capacitado para llevar a cabo desde su promoción, hasta el otorgamiento y aplicación de los mismos. A continuación se presenta la tasa de natalidad que ha presentado en los últimos cinco años.

1999		2000		2001		2002		2003	
No	TASA								
1861	18.51	2084	19.64	2156	19.08	1842	15.75	1786	15.28

Desafortunadamente no se cuenta con un registro del total de las usuarias activas de métodos anticonceptivos. De los reportes que emite ARIMAC mensualmente se obtiene que en el año 2003 hubieron 439 usuarias de **preservativo**, 215 de **hormonal inyectable**, 1942 de **DIU**, 471 **vasectomías**; no se conoce de estos usuarios el porcentaje de riesgo y sin riesgo reproductivo. El promedio mensual de personas atendidas en Planificación familiar es de 250 usuarias. Asimismo el reporte de embarazadas que acuden a atención médica y que visitan al médico familiar el promedio por mes es de 591, de primera vez y subsecuentes. A pesar de estos resultados los indicadores de cobertura de mujeres en edad fértil con método anticonceptivo posparto es bajo, y una de las posibles causas de que no se tenga un número suficiente de aceptantes sea probablemente porque no se aplica el consentimiento informado, tomando en cuenta que la protección

anticonceptiva es una de las políticas institucionales, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Con que frecuencia se aplica el Consentimiento Informado en Salud Reproductiva embarazadas adscritas a la UMF No 94?

HIPOTESIS DE TRABAJO

No necesaria de acuerdo al diseño del trabajo.

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Determinar la frecuencia con que se aplica el consentimiento informado en salud reproductiva a las mujeres embarazadas atendidas en la UMF No 94.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable del estudio: Aplicación del consentimiento informado.

Variables universales: Edad, Estado civil, Ocupación y Escolaridad

Variable circunstancial: Edad gestacional.

Ver cuadro de variables

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres en edad fértil de la UMF · 94

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal durante el periodo del 15 de octubre al 15 de noviembre del 2004, en ambos turnos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas
- Que alfabetas
- Que acepten participar en el estudio
- Que con respuesta completa del instrumento.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- No aplica

DISEÑO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo, prolectivo

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia. Se incluyeron a todas las mujeres que cursaban con embarazo en el momento del período de estudio.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez que se aprobó el protocolo por el Comité Local de Investigación se procedió a la recolección de la información, para ello el investigador recorrió las diferentes salas de espera de la UMF N o 94, en horario de 8 a 10 y de 16 a 18 horas, mediante la observación invito a participar de manera voluntaria a todas las mujeres embarazadas que asistieron a la Unidad durante el período y tiempo de estudio. A través de consentimiento informado se les invito a participar previa explicación de los objetivos del estudio, a todas aquellas que aceptaron participar el investigador entrego y dio explicación pertinente sobre el llenado del instrumento, finalmente el investigador cuidó que el total de las preguntas fueran contestadas.

RECURSOS DEL ESTUDIO

HUMANOS -Medico residente investigador

FISICOS- Instalaciones físicas de la UMF 94

MATERIALES – Artículos de oficina y papelería

TECNOLÓGICOS- Computadora-, copiadora, impresora, diskets

DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para identificar la aplicación el consentimiento informado se utilizó la guía "Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva sobre información recibida" diseñada por la Coordinación Normativa Nacional de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Ver anexo 1)

Esta guía fue validada mediante un estudio multicéntrico con prestadores de servicio y aceptantes de métodos anticonceptivos de un Hospital y una Unidad de Medicina Familiar de cada delegación de la región Sur. Tras varias modificaciones finalmente el instrumento en forma completa consta de 60 reactivos. De los cuales solo 20 corresponde a la evaluación de la aplicación del Consentimiento informado, estas son preguntas estructuras con opción de respuestas dicotómicas para si y no. Los indicadores de este instrumento se muestran en el siguiente cuadro:

Indicador	No. pregunta.
1. Tipo de método anticonceptivo elegido	1
2. Expectativa reproductiva	2,3,4,5
3. Beneficios de la protección anticonceptiva	6
4. Anticoncepción y sexualidad	15
5. Efectos secundarios	10,16
6. Temporalidad	9
7. Mecanismo de acción	11,12
8. Efectividad	7,8,13
9. Seguimiento	14
10. Aclaración de dudas	17,18
11. Quien le dio la información	20
12. Quien le dio a firma el consentimiento informado	19

Para fines de aplicación del Consentimiento Informado se consideran 18 preguntas (la pregunta 1 y 20 solo forman parte de información adicional). Para cada respuesta de SI se dio un punto para cada respuesta NO se dieron dos puntos, una puntuación de 18 a 27 reflejo una aplicación del Consentimiento Informado, en tanto que una puntuación de 28 a 36 reflejo la ausencia de aplicación del Consentimiento Informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con base al diseño del estudio solo se utilizó estadística descriptiva –media y rango. Para identificar la influencia de las variables universales y de intervención se utilizo la prueba de U. Mann-Mann Whitney.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la elaboración del proyecto se tomo en consideración los lineamientos internacionales de Helsinki de 1964 con sus modificaciones de Tokio en 1975, Ginebra en 1983 y Hong Kong en 1998. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4°. El reglamento de la Ley General de Salud y los lineamientos institucionales en material de investigación. La pregunta 1 y 20 solo forma parte de información adicional, por lo que no se toman en cuenta en el puntaje total de cada cuestionario aplicado.

Anexo 2 Consentimiento informado.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE LA VARIABLE	TIPO DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACION
Consentimiento Informado en Salud Reproductiva	Proceso educativo orientado a las necesidades y expectativas de la población.	Grado de conocimientos sobre ventajas y desventajas de los métodos de PF, obtenido con la guía para la supervisión de la calidad de los servicios de salud reproductiva.	-Método aceptado -Expectativa reproductiva -Beneficios de protección anticonceptiva -Anticoncepción y sexualidad -Efectos secundarios -Temporalidad -Mecanismo de acción -Efectividad -Seguimiento -Aclaración de dudas -Firma de la hoja de consentimiento -Contenido del formato	Cualitativa	Nominal	Aplicación del Consentimiento Informado 18 a 27 puntos No Aplicación del Consentimiento Informado 28 a 36
Edad	Fecha transcurrida desde el nacimiento hasta el momento actual	Se tomará la edad referida en la encuesta	Cuantitativa	Cuantitativa	Continua	NN
Estado civil	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere	Situación civil referida en la encuesta.	Cualitativa	Cualitativa	Nominal	Casada Soltera
Ocupación	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.	Tipo de actividad referida en la encuesta	Cualitativa	Cualitativa	Categórica	Hogar Técnico Obrero Profesional Otra
Escolaridad	Periodo de tiempo en la cual se asiste a educación escolarizada	Grado de estudios referidos en la encuesta	NN	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico bachillerato Profesional postgraduado
Edad estacional	Periodo transcurrido desde la FUM hasta la fecha de revisión.	Periodo transcurrido desde la FUM y hasta la fecha, y expresado en meses de gestación referidos por la entrevistada.	NN	Cuantitativa	Intevalos	1º semestre 2º trimestre 3º trimestre

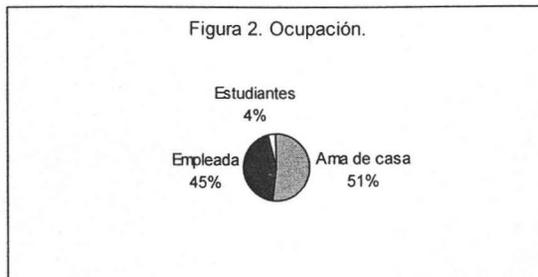
RESULTADOS

La encuesta se aplicó en 80 embarazadas derechohabientes de la UMF 94, con edad promedio de 26 años, rango de 17 a 39 años. En la figura 1 se muestra el estado civil de las mujeres estudiadas, como puede apreciarse 60 (75%) son casadas; 11(14%) se encuentran en unión libre y 9 (11%) son madres solteras.



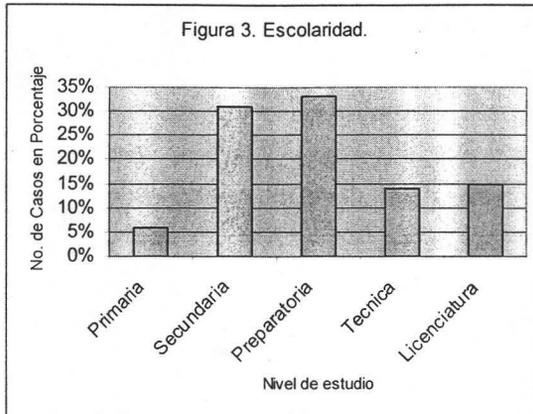
Fuente: Encuesta aplicada en la UMF No 94
U. Mann-Whitney 0.315

En cuanto a ocupación 41 (51%) dijeron ser amas de casa; 36 (45%) empleadas y 3 (4%) estudiantes. Figura 2.



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF No 94
U. Mann-Whitney 0.513

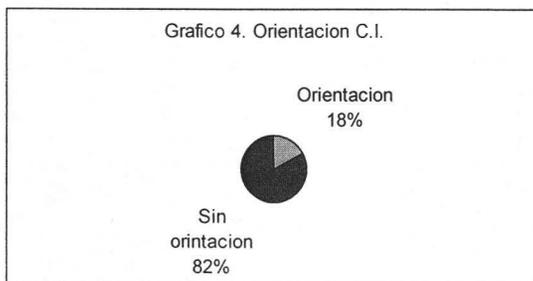
Con respecto a la escolaridad solo 1(1%) embarazada refirió solo saber leer y escribir; 5 (6%) habían cursado la primaria; 25 (31%) tenían secundaria completa; 26 (33%) con nivel medio superior concluido; 11 (14%) con alguna carrera técnica concluida y 12 (15%) habían concluido una licenciatura. Figura 3.



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF No 94
 U. Mann-Whitney 0.564

En cuanto a las variables sociodemográficas se encontró que éstas no influyeron para que se aplicara o no el consentimiento informado, ya que la prueba estadística aplicada de U. de Mann-Whitney arrojó datos no significativos encontrando una p de 0.315 para el estado civil, p de 0.513 para la ocupación y una p de 0.564 para la escolaridad.

Con respecto a la edad gestación el rango fue de 7 y 41 semanas de gestación y tenían como mínimo 2 visitas al médico y como máximo 9. De estas solo a 20 (16%) habían recibido información sobre Consentimiento informado a través de su Médico Familiar, mientras que ha 60 (76%) no se les había dado esta información. Figura 4.



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF No 94

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con los resultados expuestos anteriormente podemos apreciar que un alto porcentaje de las embarazadas que acuden a control prenatal se encuentran en una edad promedio óptima para la reproducción, desafortunadamente también encontramos que un menor porcentaje de las embarazadas presentan una edad menor a los 20 años y mayor de 35. Situación que probablemente se origina de la escasa acción de educación para la salud, ya que solo el 20% de las embarazadas encuestadas habían recibido Consentimiento Informado en métodos de planificación familiar.

Con respecto a las condiciones socio demográficas la mayor parte de las mujeres se encuentran casadas debido tal vez a los requisitos del régimen institucional, tal como reflejo de las circunstancias sociales un bajo porcentaje de las embarazadas se refirieron como madres solteras. La escolaridad de las encuestadas se encuentra en el nivel secundaria y un poco menos de la mitad desempeña un trabajo asalariado.

CONCLUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que a pesar de que en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 se cuenta la mayoría de los métodos de planificación familiar, se esta perdiendo la oportunidad de promover entre las mujeres embarazadas la anticoncepción postnatal.

SUGERENCIAS

1. Proporcionar consejería en planificación familiar a todas las embarazadas que acuden a control prenatal por primera vez o de manera subsecuente a través del consentimiento informado.
2. Capacitación permanente a Médicos Familiares, Trabajadoras Sociales y Enfermeras sobre Consejería en Planificación Familiar.
3. Implementar en las sesiones educativas dirigidas a las embarazadas actividades sobre consejería en planificación familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Dobler LI. Aspectos legales y éticos del consentimiento informado en la atención médica en México. Rev Mex Patol Clin 2001; Vol. 48(1): 3-6
2. La confianza se logra con una elección informada. Consentimiento informado. IMSS: 1998
3. Ahued, AR. Ginecología y obstetricia aplicada. 2ª edición. México: Manual moderno, 2003: 97-98
4. Normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. INPer.
5. IMSS. Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar. México. 1996: 9-11
6. IMSS. Proceso de mejora de medicina familiar. Atención prenatal. 2003
7. IMSS. Bases generales de las actividades de educación para la salud reproductiva. México. 1996: 7-8
8. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar
9. Ahued, AR. Ginecología y obstetricia aplicada. 2ª edición. México: Manual moderno, 2003: 97-98)
10. División técnica de información estadística en salud. El IMSS en cifras: la salud medida a través de indicadores. Rev Med IMSS 2003; 41 (6): 521-530
11. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):367-78)
12. Cardona PA. Técnicas quirúrgicas simplificadas para esterilización reproductiva. Satisfacción de usuarios y médicos. Rev Med IMSS 1999; 37 (6)
13. Carazo ET. Principios de la anticoncepción (I). SEMERGEN: 2001; 27: 27-37)
14. Medina AR. Factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres en edad reproductiva. Archivos en Medicina Familiar 2004; 6 (1):8-10
15. Cardona PA. Solicitud de reversión de oclusión tubaria bilateral. Factores asociados. Rev Med IMSS 2000; 38 (3)
16. Fernández OMA. Experiencia del programa "vasectomía sin bisturí" en una unidad de primer nivel de atención. Rev Fac Med UNAM 1999; Volumen 42(5): 18

ANEXO 1

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

¿Ha firmado Usted hoja de consentimiento informado?
Si (continúe aplicando la encuesta) No (agradezca y termine)

Edad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Grado máximo de estudios: _____ Semanas gestación: _____

1.) ¿Que tipo de método anticonceptivo eligió?

Definitivo	Temporal
Vasectomía	DIU
OTB	HORMONAL

	Si 1	No 2
2.) Antes de que Usted se decidiera a utilizare el método anticonceptivo el personal: ¿le pregunto si quería tener más hijos?		
3.) ¿Le preguntaron cuanto tiempo pensaba dejar pasar para volver a tener otro hijo?		
4.) ¿Le preguntaron que dudas tenía sobre los métodos anticonceptivos?		
5.) ¿Le aclararon sus dudas?		
6.) ¿Le informaron sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos?		
7.) ¿Le explicaron cuales son los métodos anticonceptivos más apropiados para ser usados por Usted?		
8.) ¿Del método que acepto le explicaron como se usa?		
9.) ¿Le explicaron por cuanto tiempo lo puede usar?		
10.) ¿Qué molestias le puede ocasionar?		
11.) ¿Cómo evita el embarazo?		
12.) ¿Cuál es su modo de uso o aplicación?		
13.) ¿Cuáles son las circunstancias por las que puede fallar?		
14.) ¿En que tiempo acudir para su revisión?		
15.) ¿Le explicaron si el método elegido puede alterar su sexualidad?		
16.) ¿Le explicaron que hacer en caso de presentar molestias o efectos secundarios con el uso del método anticonceptivo elegido?		
17.) Cuando acepto el método ¿firmo el documento del consentimiento informado?		
18.) ¿Sabe Usted para que firmo el documento del consentimiento informado?		
19.) ¿Le explicaron el contenido del documento?		
20.) ¿Quién le dio la información sobre métodos anticonceptivos?		
21.) ¿Quién le dio a firmar el documento del consentimiento informado?		

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA
Y MATERNO INFANTIL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....reconozco que me han proporcionado información amplia y precisa sobre los beneficios de usar un método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se informó que existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mi y mi pareja.
2. Los métodos temporales disponibles en el IMSS son las pastillas (hormonales orales), el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones (hormonales inyectables).
3. Los métodos definitivos son: la ligadura de trompas (oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia) para las mujeres o vasectomía para los hombres.
4. Que si decido usar un método definitivo ya no podré tener más hijos.
5. Que tanto los métodos temporales como los definitivos llegan a fallar y por lo tanto existe la posibilidad de quedar embarazada (o embarazar a mi pareja).
6. Que se me ha informado con amplitud y claridad sobre todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
7. Que me comprometo acudir a revisión medica en caso de llegar a tener alguna duda o molestia o cuando se me indique.

Por lo anterior, es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso del siguiente método.

.....

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí y sin haber estado sujeta (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Aceptante

Testigo

.....
Nombre y firma (o huella)

.....
Nombre y firma

.....
No de afiliación

.....
Unidad Médica de Adscripción

Datos de identificación de la Unidad Médica y del médico que intervino

.....
Nombre, número y ubicación de la Unidad Médica

.....
Nombre y firma del médico

Anexo 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ deseo participar en el estudio APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACION FAMILIAR por mi propia voluntad, sin que me hayan obligado, ya que antes de aceptar se me explicó en que consiste dicho estudio y cual será mi participación en este.

Así mismo se me informó que los datos que yo proporcione serán confidenciales y solo se utilizarán para lo elemental del estudio y que no me traerá ninguna consecuencia el haber participado.

Por lo anterior firmo de conformidad y de aceptación para participar.

Aceptante

Investigador

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**