



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación de Tapachula Chiapas
Unidad de Medicina Familiar Numero 11**



TITULO:

**Nivel de Conocimiento de los Anticonceptivos
Reversibles de Acción Prolongada en Mujeres
En Edad Fértil Adscritas a la UMF NO.11.**

Octubre 2021

**Tesis Presentada Para Obtener El Grado De:
Especialidad En Medicina Familiar**

Presenta:

Dra. Sarmiento De Leon Maria Del Rosario

Director Y Asesor De Tesis:

Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación de Tapachula Chiapas
Unidad de Medicina Familiar Numero 11**



Título:


**Nivel de Conocimiento de los Anticonceptivos
Reversibles de Acción Prolongada en Mujeres
En Edad Fértil Adscritas a la UMF NO.11.**

Octubre 2021

**Tesis Presentada Para Obtener El Grado De:
Especialidad En Medicina Familiar**

Presenta:

Dra. Sarmiento De Leon Maria Del Rosario



TITULO:
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS
REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A LA UMF NO.11.**

AUTORIZACIONES:

**DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACES INSTITUCIONALES**

**DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**

**DR. PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA U.M.F. 11**

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTO

Dios

Te doy las gracias por permitirme cumplir mi sueño de superación,
Otorgarme salud tanto física como mental en todas las pruebas que he superado
hasta el día de hoy.

A mis Abuelos y mis Padres

Gracias por su amor y cuidado durante mi caminar profesional.

A mi Hijo

Gracias por su apoyo, por darme fuerza cada día para seguir adelante y por
compartir su tiempo con mi estudio.

A mi Asesora y mis Maestros

Gracias por compartir sus conocimientos, por el tiempo y el esfuerzo otorgado para
mi formación profesional, siempre recordare sus consejos y enseñanzas que me
dieron durante estos 3 años.

INDICE

RESUMEN	7
MARCO TEORICO	10
IMPLANTE SUBDERMICO.....	14
Dispositivo Intrauterino	16
JUSTIFICACION:	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	21
OBJETIVOS	22
Objetivo General:.....	22
Objetivos Específicos:.....	22
HIPOTESIS:	23
MATERIAL Y METODOS	24
Elegibilidad De Los Pacientes	24
Criterios de Inclusión	24
De Exclusión.....	24
Población.....	25
Tamaño de muestra.....	25
Muestreo.....	26
Plan de análisis estadístico.....	26
VARIABLES DE ESTUDIO	28
VARIABLE DEPENDIENTE.....	28
VARIABLES INDEPENDIENTES	28
Operacionalización De Variables	29
ASPECTOS ETICOS	31
CONSENTIMIENTO INFORMADO	35
CRONOGRAMA	37
Resultado Y Análisis	38

DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	60
ANEXO I.....	61
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	64
Carta de consentimiento informado	65
Carta de asentimiento en menores de edad.....	66
CARTA DE NO INCONVENIENCIA	67

RESUMEN

TITULO.

Nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF NO.11.

INTRODUCCION.

Dentro de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) se encuentran el implante subdermico, el dispositivo intrauterino de cobre y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, los cuales en la actualidad son los métodos de planificación familiar con mayor porcentaje en efectividad, cuya finalidad es que la paciente pueda elegir de acuerdo a sus expectativas personales y reproductivas las condiciones de cada gestación, logrando disminuir el porcentaje de embarazos no deseados, disminuir la mortalidad materna en mujeres con riesgo reproductivo alto, periodos intergenesicos cortos, estadísticamente el porcentaje de efectividad en el DIU de cobre 0.2%, DIU de levonorgestrel 0.08% y el implante subdermico 0.05%. Desde el año 2018 se cuenta con el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel como método anticonceptivo en el cuadro básico de primer nivel de atención del IMSS.

En este estudio se tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) en las mujeres en edad fértil adscritas a la UMF no.11, IMSS localizado en Tapachula, Chiapas.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional de tipo serie de casos para la evaluación del conocimiento en los ARAP, en mujeres que se encuentran en edad fértil de los 15 a los 49 años de edad, durante el periodo de Septiembre del 2019 a Julio del 2021, aplicando una encuesta revisada por expertos en la materia, piloteada en el área de consulta externa del HGZ1 en el IMSS Tapachula, la cual tiene un índice del alfa de

Cronbach con un valor de 0.816, analizada mediante el software estadístico SPSS v.20 en base a intervalo de confianza del 95% y un error estándar del 5%.

RESULTADOS.

Se encuestaron 379 pacientes mujeres, con edad entre 15 y 49 años, con una escolaridad en su mayoría de licenciatura 39.4%, estado civil 51.97% son casadas, la mayoría se desempeña como ama de casa con el 43.8%, profesando el catolicismo en el 61.8%, el 83.4% de la población estudiada tiene conocimiento sobre la existencia de por lo menos un método ARAP, sin embargo solo el 17.6% a utilizado uno de estos, prefiriendo como método de primera elección a los hormonales inyectables con el 35.6%, se encontró además que el 70% de las mujeres encuestada tienen un nivel de conocimiento catalogado como Muy Bueno sobre los métodos ARAP, existe además una relación entre el nivel de conocimiento y el grado de escolaridad (Chi Cuadrada de Pearson=36.16, P:0.0027), sin embargo no se encontró significación estadística entre las demás variables de estudio.

CONCLUSIONES.

Este trabajo pone en evidencia que la mayoría de la población estudiada tiene información suficiente y un nivel de conocimiento adecuado sobre los ARAP, lo que favorece en un futuro el incremento de la utilización de este método.

INVESTIGADOR PRINCIPAL E INVESTIGADORES ASOCIADOS.

Dra. Maria del Rosario Sarmiento de Leon.

Residente del 3 años de la especialidad de Medicina Familiar.

Adscripción UMF 11 Tapachula, Chiapas.

Matricula: 98077526

Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez

Médico adscrita al módulo de planificación familiar en la UMF 11 Tapachula Chiapas.

Médico Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 99075895

NÚMERO DE CENTROS PARTICIPANTES DEL IMSS:

El número de unidades participantes será de uno; UMF núm. 11, de Tapachula, Chiapas.

CANTIDAD DE PARTICIPANTES DE LA UNIDAD; 379 pacientes femeninas.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.

FISICO: Cuestionarios, bolígrafos, lápices, borradores, clips, una computadora, una impresora, engrapadora.

HUMANO: 1 médico residente de la especialidad de Medicina Familiar, 1 investigador médico adjunto y pacientes con criterios de inclusión.

FINANCIERO: Propios de los investigadores.

EXPERIENCIA DEL GRUPO Y TIEMPO A DESARROLLARSE.

Es la primera vez en que se realiza el estudio sobre el nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF No.11. La Residente ha recibido capacitación metodológica la cual le apporto conocimiento para la investigación. El asesor metodológico tiene la experiencia de haber dirigido 3 tesis. La primera de ellas, culmino en febrero 2018 con publicación el 09 de marzo del 2017 en la revista de atención familiar y las siguientes 2 tesis culminadas en febrero 2019 con presentación de trabajo de investigación en julio del 2018 en Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

Palabras claves: anticonceptivos reversibles, planificación familiar.

MARCO TEORICO

La organización mundial de la salud OMS considera los métodos de planificación familiar como una medida primordial para la reducción de la mortalidad materna y la mejoría de la salud de la mujer, al disminuir los embarazos no deseados disminuyendo la práctica de abortos relacionados en condiciones de riesgo.

A partir de los objetivos de desarrollo del milenio según la OMS acordados en el 2001, la meta 5 para mejorar la salud materna refiere que para el 2015 el acceso a la salud reproductiva fuera universal, motivo por el cual se crean los servicios de planificación familiar en cada unidad médica, para lograr una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

En los objetivos de desarrollo sostenible según la OMS refiere un incremento en la prevalencia mundial para las metas 3 sobre la salud y el bienestar, la meta 5 de igualdad de género, y el acceso a todos los servicios de salud sexual-reproductiva, igualdad de derechos para la salud sexual prevista para el 2030.¹

Debemos de tener en claro algunos conceptos básicos de nuestra investigación, como que es la planificación familiar, la cual podemos definir como el derecho a decidir libremente, responsable e informada, del número de hijos, el tiempo entre los hijos, además de obtener la información y los servicios merecidos. Este derecho es independiente del sexo, la edad, preferencia, estado civil o legal.²

La función del servicio de planificación familiar en toda unidad de servicios médicos es informar, orientar, aconsejar, seleccionar, prescribir y aplicar los anticonceptivos, identificar los casos de infertilidad, manejar los casos de esterilidad, así como la prevención de ETS, atención materno infantil, siendo el propósito de lograr el estado de bienestar social, mental y físico, más la ausencia de la enfermedad durante el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.³

Estas acciones están enfocadas para todo paciente en edad fértil, principalmente en hombre y mujer que se encuentre entre los 15 a 49 años de edad, en la actualidad se ha demostrado en estudios que el 35.8% de los hombres y el 19% de las mujeres menores de 15 años ya cuenta con vida sexual activa.⁴

La OMS define adolescente a la persona entre los 10 y 19 años, ya que en este periodo se presentan la mayoría de los cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales.⁵

La NOM 047 SSA-2015, para la atención del adolescente refiere que tiene derecho a solicitar consejería de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y sus métodos anticonceptivos, para la prevención de los embarazos no deseados y de las ETS, por lo que debe realizarse acompañar de un adulto o decidir si elige recibir el servicio sin acompañante, de ser así el personal de salud que dará la consejería debe estar acompañado de otro personal de salud.⁶

La consejería de anticoncepción en el adolescente se debe tener en cuenta las situaciones especiales que se pudieran presentar como la discapacidad física, psiquiátrica, la obesidad, diabetes, trastornos de la conducta alimentaria, trasplante de órganos, etc., en las cuales en la mayoría de estas condiciones el grupo de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada es el apropiado para ellos.⁷

Estas consideraciones marcadas en la norma oficial 047 SSA-2015 para la atención del adolescente, tienen una vital importancia en nuestra población, ya que se ha registrado un aumento en el número de embarazos en la edad adolescente, esto se debe al nulo conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y el uso inadecuado, siendo el preservativo el método más utilizado en este grupo etario.⁸

Ahora bien debemos tener en cuenta el concepto de que es un método anticonceptivo es aquel que se utilizan para evitar la reproducción de una persona o pareja, ya sea permanente o temporal.⁹

Los métodos anticonceptivos temporales están formados por los hormonales y no hormonales, los primeros los encontramos en diversas presentaciones como lo son: orales, inyectables, parches, implantes, dispositivos intrauterinos y anillos vaginales. Los no hormonales encontramos los dispositivos intrauterinos de cobre y los preservativos.

Dentro de los métodos anticonceptivos definitivos encontramos la opción de obstrucción tubárica bilateral y la vasectomía.

Para la elección de los métodos de planificación se debe conocer primeramente que existen criterios de elegibilidad lo que hace viable o no un método para la paciente con alguna condición patológica o fisiológica de base.

Los métodos anticonceptivos temporales tienen las siguientes categorías⁹:

- La categoría 1 no hay restricción para el uso del anticonceptivo, se puede usar.
- La categoría 2 las ventajas de usar el anticonceptivo sobrepasan los riesgos.
- La categoría 3 los riesgos sobrepasan las ventajas del anticonceptivo, no se recomienda su uso.
- La categoría 4 el anticonceptivo representa un riesgo inaceptable, no usarse.

Los métodos anticonceptivos permanentes los categorizamos en:

A: aceptados

C: cuidado

R: retrasar o diferir

E: casos especiales

Para la aplicación o prescripción de un método anticonceptivo primero se debe de seguir un lineamiento general donde se describe que la consejería debe otorgarse por personal de salud capacitado para ello, de preferencia un médico y realizando las siguientes acciones;

- En primer lugar proporcionar consejería.
- Segundo realizar un expediente clínico que incluirá historia clínica.
- Indicar los beneficios y los riesgos de la decisión tomada por el paciente.
- Efectuar examen físico con toma de signos vitales los cuales incluyen examen pélvico, de mama, citología cervical, toma de la TA.³

Con la finalidad de nuestro estudio nos enfocaremos a los ARAP o también llamados LARC por sus siglas en inglés (long-acting reversible contraception) están integrados por el implante subdermico, los DIU tanto el dispositivo intrauterino de cobre y el liberador de levonorgestrel.

En Chile Zipper describió las propiedades anticonceptivas del cobre, y posteriormente en los años setenta se realizó el descubrimiento que al aumentar cobre a la estructura del dispositivo intrauterino en forma de T creado por Tatum aumentaba su efectividad anticonceptiva.¹⁰

En 1985 la OMS y la federación internacional de planificación familiar aprobó el uso del implante anticonceptivo en la población femenina, y desde 1995 la federación internacional de planificación familiar aprobó su uso por tres años.¹¹

Los anticonceptivos reversibles tienen una alta efectividad anticonceptiva, estadísticamente se encontró que existe un riesgo de embarazo de 1 por cada año en cada 100 mujeres, con una totalidad de 0.05 % pacientes del implante subdermicos, 0.2 % del dispositivo intrauterino de cobre y 0.08% del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, en comparación con el 6 % del hormonal inyectable y el 18% del condón.

Se observó que los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada tienen mayor rango de continuidad que otros métodos de planificación familiar, ya que no requieren la manipulación constante por el paciente, por lo tanto disminuye el riesgo de mal apego a tratamiento. Estadísticamente tenemos un rango entre los 78 al 80% de tasa de continuidad por año, en los ARAP, contra el 43 a 56% de otros métodos.

IMPLANTE SUBDERMICO

Dentro de los métodos otorgados en el instituto mexicano del seguro social, podemos encontrar el implante subdermico, que es una varilla de 2 mm de transverso por 40 mm de longitud, que libera 40 µg de etonogestrel por día en el primer año, en el siguiente año esta liberación baja a 30 µg por día y en el último año se libera 25 µg diarios, el efecto anticonceptivo es por 3 años.

El mecanismo de acción del implante subdermico se divide en:

1. Función ovárica: sobre el eje hipotálamo – hipófisis ejerce una retroalimentación negativa, suprimiendo la secreción de hormona luteinizante, evitando la ovulación.¹²
2. Moco cervical: disminuye el volumen, aumentando la celularidad y viscosidad del moco cervical.¹²
3. A nivel endometrial produce atrofia provocando que el grosor de la mucosa y su tamaño no sean adecuados para la nidación de un ovulo fecundado.¹²
4. En el esperma Inhibe su capacitación.¹²
5. a nivel tubarico disminuya sumovilidad.¹²

La forma de administración del implante subdermico es una cápsula que debe ser insertada en la cara interna del brazo no dominante justo debajo de la piel, siguiendo la técnicas recomendadas por los fabricantes, dentro los primeros 7 días del ciclo menstrual o en cualquier día, siempre que no haya embarazo.

El implante subdermico es la mejor opción anticonceptiva en adolescentes y en las personas obesas con riesgo de tromboembolismo y enfermedad cardiovascular¹³, sin embargo en ocasiones hay presencia de efectos secundarios, lo que disminuye la tolerancia del mismo¹⁶, siendo este el motivo por el cual hay un aumento en el número de retiro del implante subdermicos, dentro de los principales síntomas podemos encontrar;

- en el área de aplicación se puede formar un Hematoma
- Infección local
- Dermatitis
- Cefalea
- Aumento del número de veces que se presentan trastornos de la menstruación
- Acné
- Incremento de peso y de IMC de 1.67 kg/m² al final de los 3 años ¹⁵
- Deseo de embarazo ¹⁶
- Mastalgia

La primera visita posterior a la aplicación del implante se efectuará dentro de los primeros 7 días a partir de la aplicación. Posteriormente al mes, después cada año, hasta alcanzar los tres años de su uso, además de informarle a la paciente que acuda a consulta en caso de problemas o dudas sobre su método.

El proceso para retiro del implante subdermico debe hacerse de manera sistemática localizando en primer lugar la cápsula con la mano antes de iniciar, ya que puede llegar a romperse o estar rota durante el retiro, por lo que al ser un riesgo debe de informarse a la paciente antes del procedimiento de esta posibilidad.

De no ser localizable manualmente el implante se debe de acudir a radiografía o ultrasonido como método de complementación diagnóstica para lograr localizar anatómicamente el implante subdermico.²

Al requerir la paciente continuar con el implante subdermico como método anticonceptivo, se puede aplicar un nuevo implante al momento de retirar el antiguo, sin complicación alguna.

Dispositivo Intrauterino

El dispositivo intrauterino es un cuerpo flexible de polietileno, que contiene un depósito de progestina o un filamento de cobre. Dentro de un empaque estéril podemos encontrarlo de forma individual conteniendo un hilo guía para facilitar su localización y extracción, además de estar acompañado de un inceptor.²

El dispositivo intrauterino al igual que cualquier otro método de planificación se debe aplicar posterior a la consejería por personal capacitado, con las recomendaciones de cada dispositivo intrauterino ya sea hormonal o de cobre.

El mecanismo de acción del DIU de cobre es actuar como anticonceptivo local al incrementar la viscosidad del moco cervical, además de ocasionar inflamación del endometrio, fomentando que los espermatozoides sean fagocitados y la formación de un ecosistema no favorable para la implantación, mientras que el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel incrementa los gestagenos en sangre, inhibiendo la ovulación y produciendo una atrofia glandular, lo que permite una elevación de su eficacia.¹⁷

El dispositivos tipo T Cu 380A tiene una duración de hasta de 10 años y, para el liberador de levonorgestrel es de 5 años.

Los dispositivos intrauterinos pueden ser insertados en el periodo intergenesico se inserta durante la menstruación, o en cualquier otro día del ciclo si no hay embarazo.

Posterior a un evento obstétrico como parto, cesárea, pos aborto o legrado, la inserción debe realizarse antes de los 10 minutos después de la salida de la placenta, y entre la 4 y 6 semana en el puerperio tardío.

Para la inserción del dispositivo intrauterino se debe realizar previa técnica de asepsia y antisepsia en genitales, se requiere del inceptor que acompaña al dispositivo.

Es recomendable siempre informar a la paciente sobre el procedimiento de inserción y la importancia de que colabore, en primer lugar se le explicara que se realizara una exploración bimanual en la zona pélvica, previa a su colocación, para precisar posición, tamaño y forma del útero.

Posteriormente se realiza la inserción de un espejo vaginal, visualizando el cérvix y se limpia el cuello uterino, con una gasa húmeda, en caso que el dispositivo sea hormonal es necesario que con ayuda de una pinza de Pozzi, se pinza el labio anterior del cuello uterino y se tracciona para que el ángulo entre la cavidad uterina y el canal cervical se rectifique.

Con el histerómetro se mide la longitud de la cavidad uterina, valorando la distancia entre el fondo de la cavidad y el orificio cervical externo. Si es mayor a 6 cm se insertará siguiendo los lineamientos señalados por la marca proveedora del dispositivo.²

Posterior a la inserción se retira la pinza de Pozzi, verificando que no exista hemorragia, cortando los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix, y retirando el espejo vaginal.

Existen 2 técnicas para la inserción del dispositivo intrauterino: la técnica con pinza y la técnica manual, ninguna tiene una diferencia en la tasa de expulsión y ambas son satisfactorias.

En caso de presentarse efectos colaterales las usuarias deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del método, si hay molestias después de los 60 días se considerará reemplazar el dispositivo intrauterino y si persistieran se retira y selecciona otro método.

En mujeres con infección por el VIH, se retirará el dispositivo intrauterino por el riesgo de desarrollar Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

Algunas complicación se pueden presentar de forma inmediata durante la inserción del dispositivo intrauterino son;

- La perforación uterina en este caso se enviara de inmediato a su unidad hospitalaria.¹⁸
- Otro de los efectos colaterales del uso de DIU a largo plazo es la prevalencia de actinomicosis vaginal en el 3.9%.¹⁹
- Nauseas.

- Alteraciones del ánimo.
- Acné.
- Mastalgia.
- Dismenorrea.²⁰

Pero también existen beneficios del dispositivo intrauterino no solo como método anticonceptivo si no como factor protector contra el cáncer endometrial y cervical.²¹

La revisión subsecuente se programara entre la 4 y 6 semanas después de la colocación; seguida a los 6 meses y cada año contando de la fecha de aplicación del dispositivo intrauterino o cuando la paciente lo crea necesario.

Se debe tener en cuenta que en la elección de un método anticonceptivo existen diversas consideraciones tanto sociales como conductuales, fundamentando la decisión sobre las ventajas y desventajas del método, y no a las creencias religiosas, predisposición por la pareja o la percepción errónea de los métodos de planificación.

Los tratados de los derechos humanos internacionales garantizan que el acceso sea oportuno al servicio de salud reproductiva, y de buena calidad, además de respetar las decisiones autónomas, la privacidad y la confiabilidad de los usuarios de parte de las personas encargadas a prestar el servicio de salud.

En general el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la población en el 2009 fue del 98%; lo que se traduce que la mayoría de la población conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo. Sin embargo, el nivel de conocimiento varía según el tipo de método, siendo el más mencionado el preservativo con un 95%, mientras que los ARAP como el DIU cuenta con un 90.8%.²²

El principal problema que presentan los ARAP es que a pesar de ser de los mejores métodos anticonceptivos de acuerdo a su efectividad y eficacia, no son tan solicitados en el servicio de planificación familiar y esto se debe a los usos y costumbres que tienen los pobladores y algunos personales de salud.²³

Existen diversos mitos y percepciones sobre los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada principalmente sobre el dispositivo intrauterino, entre estos podemos encontrar que:

- Los dispositivos intrauterinos en las nulíparas tiene menor efectividad anticonceptiva²⁴, sin embargo se ha demostrado que se cuenta con la misma efectividad anticonceptiva en las pacientes nulíparas que en las múltiparas.²⁵
- Se cree que el DIU produce abortos e incrementan el riesgo de Enfermedad pélvica inflamatoria.²⁴, esto fue descartado en un estudio realizado en 738 mujeres, donde se observó solo un caso de EPI.²⁰
- Las pacientes con dispositivo intrauterino son más propensas a presentar embarazo ectópico²⁴, se tiene una tasa del 0.1% por cada 100 mujeres de presentar este acontecimiento adverso.²⁰

En estudios realizados se observó que incluso en los estudiantes de medicina a pesar de tener vasto conocimiento en métodos anticonceptivos con un conocimiento mayor a la media²⁶, en las relaciones sexuales se siguen utilizando el preservativo como método de elección con un 70%, seguido del coito interrumpido con un 37%.²⁷

Lo cual no se distancia mucho del estudio realizado en adolescentes en un centro de salud donde se observó que aun teniendo un nivel de conocimiento medio, el 65% de ellos continúan utilizando el preservativo como primera opción en método de planificación²⁸, lo que se traduce en prácticas sexuales de alto riesgo.

Al encontrarnos con un aumento de la tasa de embarazos no deseados, se deben incrementar estrategias para reducir el número de caso, entre ellas esta otorgar un anticonceptivos reversibles de acción prolongada durante el posparto²⁹, tienden a presentar un distanciamiento de las gestas, con una aceptación del método hasta del 72% de las puérperas con una continuidad del 63.6% a 5 años.³⁰

La federación internacional de planificación familiar desde el año 2005 retiro de las etiquetas del dispositivo intrauterino la leyenda de “recomendado para mujeres que han tenido al menos un hijo” ya que se demostró que la eficacia de la anticoncepción tiene el mismo porcentaje en mujeres múltiparas como en nulíparas.³¹

JUSTIFICACION:

La planificación familiar en el sistema de salud es primordial, en este programa se aconseja y se orienta a la mujer en edad fértil para tomar la decisión más acertada de acuerdo a sus condiciones para elección del método de planificación familiar adecuado para ella.

Dentro de las opciones de los métodos anticonceptivos podemos encontrar los ARAP, los cuales tiene el porcentaje más alto en la efectividad de la anticoncepción.

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada presentan características que les dan ventajas para considerarse como un método de planificación familiar moderno de primera línea y además que se pueden utilizar a cualquier edad.

Se decide realizar el siguiente estudio con la finalidad de determinar el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos de acción prolongada en las derechohabientes en edad fértil de la Unidad Medicina Familiar número 11 de Tapachula, para sustentar futuras investigaciones y planes de acción que ayuden a incrementar la aceptación de este método, ya que a partir del 2018 se cuenta con el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel en el cuadro básico de primer nivel de atención del instituto mexicano del seguro social, como opción anticonceptiva lo que permite su disponibilidad para nuestra población de estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La mayoría de la población que acude al servicio de consulta externa de la UMF no.11 son hombres y mujeres que se encuentran en etapa reproductiva entre los 15 y 49 años de edad, a los cuales se les invita que acudan al servicio de planificación familiar para recibir orientación sobre todos los métodos de planificación con los que se cuentan en la unidad médica.

En la actualidad según información en la pirámide poblacional obtenida por epidemiología de la UMF No 11, se cuenta con una población en edad fértil de 27145 mujeres, de la cual la mayoría pertenecen al grupo etario laboral y cuenta con una vida sexual activa.

En la actualidad los anticonceptivos reversibles de acción prolongada son los métodos anticonceptivos con mayor porcentaje de anticoncepción, ayudando a disminuir la mortalidad materna y el porcentaje de embarazos con riesgo reproductivo alto, pero el nivel de aceptación en nuestra unidad de medicina familiar sigue estando en niveles bajos. Motivo por el cual surgió la investigación basada en la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los ARAP en mujeres en edad fértil que asisten al servicio de planificación familiar de la UMF 11?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada en las Mujeres de edad fértil que Asisten al servicio de consulta externa de La UMF núm. 11.

Objetivos Específicos:

1. Identificar si el nivel de escolaridad se relaciona con el conocimiento de los métodos reversibles de acción prolongada.
2. Determinar si la ocupación actual de las mujeres en edad fértil influye en el nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
3. Precisar si el estado civil de las mujeres en edad fértil constituye al nivel de conocimientos sobre los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
4. Examinar si el tipo de religión modifica el nivel de conocimiento sobre los ARAP.
5. Determinar qué porcentaje de las mujeres en edad fértil conocen los ARAP.
6. Conocer qué porcentaje de las mujeres en edad fértil han usado un anticonceptivo reversible de acción prolongada.
7. Calcular el grado de conocimiento sobre los ARAP.

HIPOTESIS:

La mayoría de las pacientes fértiles que asisten a consulta de medicina familiar en la UMF no. 11 de Tapachula Chiapas tienen un nivel bajo en conocimiento en los ARAP.

MATERIAL Y METODOS

Elegibilidad De Los Pacientes:

Se realizo un estudio observacional de tipo serie de casos para la evaluación del conocimiento en los Métodos Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada, en la que se incluyó pacientes de sexo femenino en edad de 15 hasta los 49 años, que acudan a la UMF no. 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas y que desearon participar en el estudio bajo muestreo de tipo aleatorio.

Criterios de Inclusión:

- Derechohabiente femenino de la UMF no.11 de 15 a 49 años.
- Paciente que acepte participar en el estudio con previa firma en consentimiento informado

De Exclusión:

- Paciente que no sea Derechohabiente de la UMF 11
- Paciente que no acepte plasmar su firma en el consentimiento informado.

Criterio De Eliminación:

- Paciente que no acepte participar.

Posterior a la autorización del comité de investigación y ética del HGZ núm. 1 más el consentimiento informado del tutor, padre o apoderado legal con la forma de aceptación y el asentimiento informado en las pacientes menores de 18 años, en las mujeres mayores a 18 años deberán firmar el consentimiento informado para poderse incluirse en el estudio.

Mujeres de 15 hasta los 49 años adscritos a la UMF núm. 11 que acudieron a la unidad se les invito a integrarse al estudio, dándoles a conocer el objetivo de este, aquellas que aceptaron firmaron el consentimiento correspondiente. Después el

investigador aplicó la encuesta de forma directa donde el paciente respondió a las preguntas, la cual se evaluó de forma resumida e integral.

Población :

Mujeres desde los 15 hasta los 49 años que se encuentren adscritas a la UMF no. 11

Ubicación del estudio:

UMF no. 11, de Tapachula Chiapas.

Tamaño de muestra

El total del universo fue tomado de la base de datos de la pirámide poblacional obtenida por el servicio de epidemiología de la unidad de medicina familiar numero 11 correspondiente al año 2019.

Para que el tamaño de la muestra fuere significativa del total de la población de mujeres entre 15 a 19 años adscritas hasta julio del 2019 en la UMF 11 se utiliza la formula para población infinita que resulto en 379 pacientes.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

Despeje:

- n: cantidad de muestra
- N: cantidad de población
- Z: valor de la distribución de Gauss $Z_{\alpha = 0.05} = 1.96$
- p: prevalencia del parámetro a evaluar ($p = 0.5$)
- q: $1-p$ (si $p = 50\%$, $q = 50\%$)
- i: error que se espera presentar del 10%

- $Z_{\alpha} = 0.05 = 1.96 = 3.8416$
- $N = 27145$
- $P = 0.50$
- $q = 1 - p = 1 - 0.5 = 0.50$ • $i: 10\% = 0.1$
- $n = \frac{3.8416 * 27145 * 0.50 * 0.50}{0.01 * (27145 - 1) + 3.8416 * 0.50 * 0.50} = 26070.058$

$n = 378.81$

Muestreo :

El muestreo lo realizara el investigador de forma directa de tipo no probabilístico, de forma aleatoria y por conveniencia, durante el cual no existe riesgo alguno para el individuo estudiado.

Plan de análisis estadístico:

Una vez terminada la recolección de datos, se procedió a la interpretación por un análisis descriptivo cuantitativo para su estudio estadístico, con un intervalo de confianza del 95% y un error estándar 5%.

El análisis se realizó por software estadístico SPSS v.20, formando una base de datos y códigos para la realización de las gráficas que permiten describir las variables, también se realizó correlación bivariada de acuerdo al estado civil con ocupación, conocimiento y el nivel educativo, cálculo general del niveles de conocimientos de las pacientes, para después realizar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Evaluación del instrumento.

El conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada se evaluó por medio de 15 ítems los cuales se calificaron mediante una escala de Likert, con opciones de respuesta como; completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, completamente en desacuerdo, donde las oraciones se dividieron en contenido de conocimiento afirmativo y negativo, posteriormente se les dio un valor, y si no se contestó más de cinco preguntas se anuló el cuestionario.

El cuestionario fue revisado por el investigador y el Dr. Rommel Ríos Godoy ginecólogo modificando su estructura en una ocasión, realizándose un pilotaje en HGZ 1 de Tapachula Chiapas, las preguntas que presentaron dificultad para su entendimiento fueron modificadas, realizado un segundo pilotaje sin ningún problema para ser contestadas. Se estimó la fiabilidad del instrumento mediante el Alfa de Cronbach que es de 0.816, lo cual hace que nuestro instrumento tenga validez.

Los resultados de la encuesta se describieron de forma cualitativa, dándole valor cuantitativo a cada respuesta, arrojando un diagnóstico sobre el conocimiento de cada paciente que aplicó la prueba :

Oraciones con conocimiento afirmativo (preguntas; 1, 3, 4, 5, 7, 8, 14 y 15)		Oraciones con conocimiento negativo (preguntas; 2, 6, 9, 10, 11, 12 y 13).	
Completamente de acuerdo	5 pts	Completamente de acuerdo	1 puntos
De acuerdo	4 pts	De acuerdo	2 puntos
Indiferente	3 pts	Indiferente	3 puntos
En desacuerdo	2 pts	En desacuerdo	4 puntos
Completamente en desacuerdo	1 pts	Completamente en desacuerdo	5 puntos

Calificación: De 33 a 40 : Excelente De 25 a 32 : Muy bueno De 17 a 24 : Bueno De 9 a 16 : Regular De 1 a 8 : Deficiente	Calificación: De 29 a 35 : Excelente De 22 a 28 : Muy bueno De 15 a 21 : Bueno De 8 a 14 : Regular De 1 a 7 : Deficiente
---	---

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Conocimiento de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Religión
- Conocimiento específico de la existencia de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
- Conocimiento específico sobre el uso de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

Operacionalización De Variables.

Variables	Tipo de variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP)	Cuantitativa	Nivel de comprensión o razonamiento del concepto de los métodos anticonceptivos ARAP.	Relativo o alusivo al nivel de conocimiento.	Ordinal	Bueno Regular Malo
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Tiempo vivido del individuo hasta el momento del estudio expresado en años.	Discreta	Años cumplidos
Escolaridad	Cualitativa	Nivel académico adquirido en años de estudio.	Grado académico de cada individuo con el paso de los años de estudio.	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Ninguna 5. Otros
Ocupación	Cualitativa	Oficio de profesión que desempeña	Actividad que desempeña	Nominal	1) Estudiante 2) Ama de casa 3) Comerciante 4) Profesional 5) Otros
Estado civil	Cualitativa	Condición en función si tiene pareja o no y su situación legal según el registro civil.	Condición de una persona en el orden social	Nominal	1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Viuda 5) Divorciada
Religión	Cualitativa	Conjunto de creencias acerca de la existencia de un ser supremo.	sistemas de prácticas y creencias de un grupo.	Nominal	1. Ateo 2. Católica 3. Evangélica 4. Testigo de jehová 5. Mormón 6. Ninguna
Conocimiento específico sobre la existencia de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada	Cualitativa	Reconocimiento sobre las opciones que se incluyen en los métodos ARAP	nivel de conocimiento sobre el DIU y el implante subdermico	Nominal	1) DIU DE COBRE 2) DIU HORMONAL 3) IMPLANTE SUBDERMICO 4) PRESERVATIVO HORMONAL ORAL 5) HORMONAL INYECTABLE 6) HORMONAL INYECTABLE

Uso de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada	Cualitativa	Acción o efecto de usar el método de planificación familiar de conveniencia.	Utilización del método de elección	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) DIU DE COBRE 2) DIU HORMONAL 3) IMPLANTE SUBDERMICO 4) PRESERVATIVO 5) HORMONAL ORAL 6) HORMONAL INYECTABLE
---	-------------	--	------------------------------------	---------	---

ASPECTOS ETICOS

La investigación fue evaluada para su aprobación por el comité de ética 703 e investigación 7038 de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas, de acuerdo a los procedimientos del Reglamento de la Ley General de Salud.

Durante los estudios de investigación en salud se debe garantizar el bienestar y dignidad tanto del investigador como de los participantes.

Es importante llevar acabo los principios de ética, científicos y normas de seguridad en todo proceso de investigación, principalmente en las que se realicen en seres humanos o se utilicen procedimientos o materiales que contengan un riesgo, así como llevar un control en las investigaciones con finalidad diagnostica, terapéutica o de rehabilitación para mejorar la eficacia y evitar riesgos en la salud, por lo que se extendió lo siguiente:

Segundo artículo: por reglamento cuando se haga mención a la Ley se refiere a la ley general de salud, Secretaria a la secretaria de salud e Investigación a la investigación para la salud.

Tercer artículo; La investigación para la salud debe desarrollar acciones que contribuyan a:

1. Conocimiento de los seres humanos en su rama psicológica y biológica
2. Conocimiento entre la estructura social, la práctica médica y las causas de enfermedad.
3. Prevención en los problemas en la salud y su control.
4. Conocimiento de los efectos del medio ambiente en la salud y su evaluación.
5. El estudio de métodos y técnicas empleados en los servicios de salud.
6. Producir insumos de salud.

Investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I.
Treceavo Artículo:

La investigación en humanos debe desarrollarse;

- a) Ajustarse a los principios éticos y científicos.
- b) Fundamentarse en investigaciones anteriores de laboratorios con animales o hechos científicos.
- c) Debe realizarse solo cuando el conocimiento no se puede obtener de otra forma.
- d) Deben ser mayor los beneficios que los riesgos esperados.
- e) Tener el consentimiento informado del sujeto a investigar.
- f) La investigación debe estar bajo la responsabilidad de una institución de salud, con personal capacitado, con material que garantice el bienestar del participante.
- g) La investigación se llegara a cabo previa autorización de la institución de salud según el artículo 31, 62, 69, 71, 73 y 88 del reglamento.

Quinceavo Artículo: utilizar método aleatorio para la selección de participantes cuando la investigación incluya más de un grupo.

Artículo dieciséis : proteger la identidad del investigador y del participante.

Artículo diecisiete : identificar si el sujeto tiene riesgo de sufrir algún daño durante la investigación o posterior a ella.

Categorías de las investigaciones;

1. Sin riesgo: investigaciones retrospectivas o donde no se harán intervenciones en las variables.
2. Con riesgo mínimo: Investigación prospectivos donde se realizan pruebas psicológicas y físicas al participante.

3. Con riesgo mayor que el mínimo: investigación con alta probabilidad de daño al sujeto de estudio.

Artículo veinte : el consentimiento informado es la autorización por escrito del sujeto de estudio

La investigación se llevó a cabo bajo los trece principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas , Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48 Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59 Asamblea General en Seúl, Corea, en octubre del 2008 y la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil en octubre 2013.

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial declara “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente “, y el Código Internacional de Ética Médica dice : "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.
2. El médico debe promover la salud y el derecho del participante en la investigación.
3. El último recurso en la investigación es el estudio en humanos.
4. La investigación médica en humanos tiene la finalidad de prevenir, diagnosticar y curar enfermedades.
5. Toda investigación está sujeta a la ética.
6. El conocimiento es el objetivo de la investigación, sin sobrepasar los derechos del participante.

7. El medico es el responsable de proteger a todo los participantes en la investigación.
8. El médico debe conocer el reglamento ético y legal antes de la investigación.
9. La investigación debe realizar con el mínimo riesgo para el paciente.
10. El médico debe contar con el conocimiento para la investigación.
11. Todos los grupos deben tener acceso a participar en la investigación.
12. El médico que desee integrar a sus pacientes a la investigación debe justificar la importancia de su participación.
13. Todo paciente con daño en la investigación debe ser compensado y tratado.
14. Toda investigación genera costos y riesgos.
15. Se debe comparar costos, riesgos y beneficios en cada grupo estudiado.
16. los médicos solo deben realizar investigación cuando es seguro que los riesgos están estudiados adecuadamente.

El Consejo Internacional de Armonización, en sus buenas practicas aseguran el bienestar y los derechos de los integrantes de la investigación según los principios de Helsinki, garantizando la fiabilidad de los resultados del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La ética en la investigación refiere que todos pueden participar en la investigación sin importar hasta qué grado están capacitados. El consentimiento incluyo 3 partes:

Información: es el apartado donde informa sobre el propósito de la investigación, los beneficios y riesgos de esta, además de información sobre la institución que investiga.

Comprensión: el investigador es responsable de que los pacientes comprendan sobre la investigación para poder dar su consentimiento a participar.

Consentimiento voluntario: es la aceptación de forma voluntaria del aspirante.

Esta investigación se basa éticamente en apego a la constitución política de los estados unidos mexicanos, articulo 4 publicado en el diario de la federación el 6 de abril de 1990.

La ley general de salud, publicada en el diario de la federación el 7 de febrero de 1984; en sus artículos 2° fracción VII, fracción VI; 96, fracción I a VII; 97;98;99;100, fracciones I a VII: 101;102, fracción I a V; 103;115; fracción V; 119, fracción I;141;160;164;168; fracción VI;174, fracción I:186;189, fracción I;238;321 y 334.

El acuerdo, por lo que se crea la comisión interinstitucional, de investigación en salud, publicada en el diario oficial de la federación el 19 de octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el diario oficial de la federación el 24 de octubre de 1984.

La declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en el año 2000. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

En Anexo II, se agrega el consentimiento informado aplicado para esta investigación.

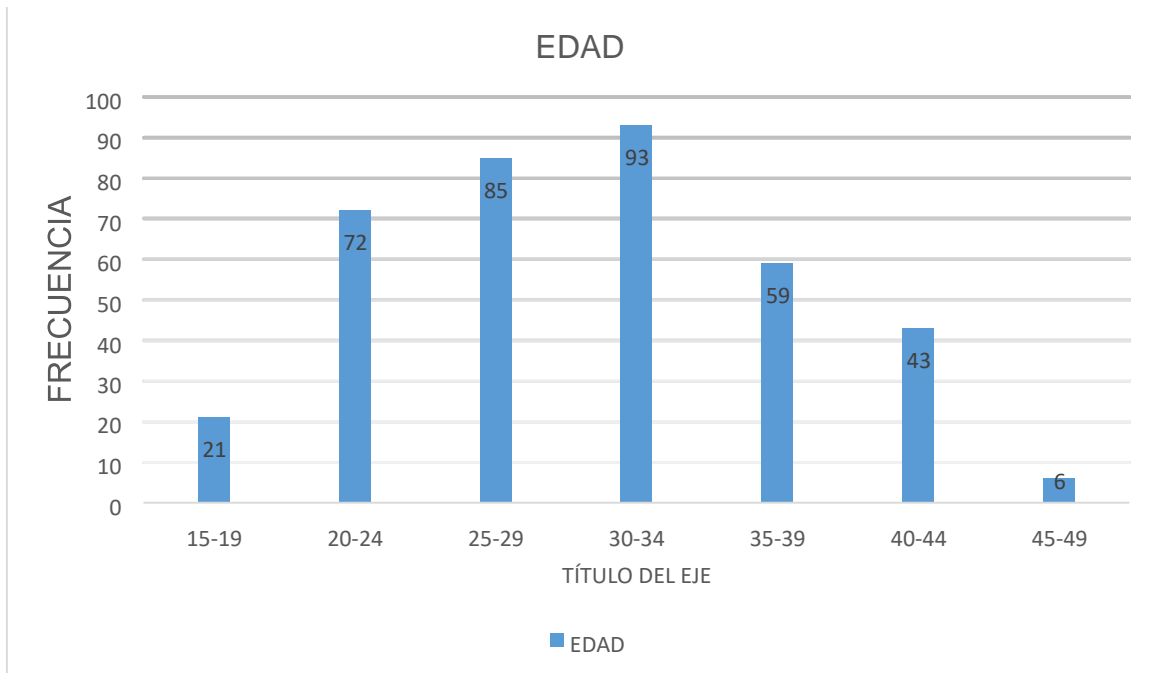
CRONOGRAMA

	MAYO 2019	JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019	OCTUBRE 2019 – JULIO 2021	AGOSTO 2021	SEPTIEMBRE 2021	OCTUBRE 2021
MARCO TEORICO	★	★	★						
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			★	★					
OBJETIVOS			★	★	★				
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION				★	★	★			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN					★	★			
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES					★	★	★		
APLICACIÓN DEL METODO							★	★	
ANALISIS ESTADISTICO								★	★
REPORTE DE RESULTADOS									★

Resultado Y Análisis

Se realizó 379 encuestas a mujeres derechohabientes de la UMF 11 del IMSS de Tapachula Chiapas, encontrando que la edad máxima fue de 45 años, la mínima de 15 años, con media de 30.26, una moda de 30 años, una mediana de 30 años, y una desviación estándar de 7.16 (Grafica 1)

Grafica 1 De edad



Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

De las cuales tienen en su mayoría una escolaridad de licenciatura en un 39.4 %, en segundo lugar la preparatoria con 30.5%. Grafica 2

Grafica 2. Escolaridad



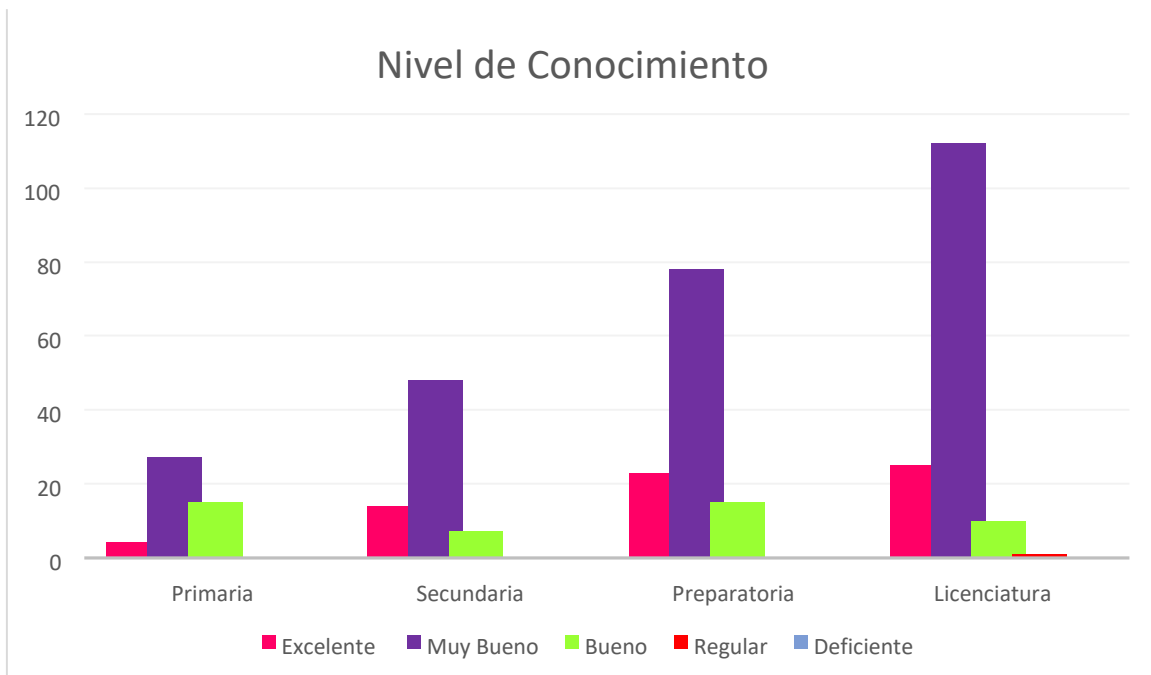
Tabla 1 de Escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	45	11.9%
SECUNDARIA	69	18.2%
PREPARATORIA	115	30.5%
LICENCIATURA	149	39.4%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	379	100%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

En los datos recabados se encontró que existe una relación entre el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada y el grado de escolaridad, la cual se modifica según el grado de educación, ya que en el nivel licenciatura se encontró que 25 pacientes cuentan con un nivel de conocimiento excelente, a comparación del nivel primaria que solo fueron 4 pacientes las que alcanzaron este nivel de conocimiento, además se observó que el mayor nivel de conocimiento valorado como muy bueno se encuentra en el nivel educativo de licenciatura con 112 pacientes. (Grafica 3 y Tabla 2)

Grafica 3 Nivel de conocimiento según el grado de educación



Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Tabla 2. Nivel de conocimiento según grado de escolaridad.

	<i>Nivel de conocimiento / Excelencia</i>	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente
<i>De Escolaridad</i>					
<i>Primaria</i>	4	27	15	0	0
<i>Secundaria</i>	14	48	7	0	0
<i>Preparatoria</i>	23	78	15	0	0
<i>Licenciatura</i>	25	112	10	1	0
<i>Total</i>	66	265	47	1	0
Chi-Cuadrado de Pearson=36.16, P:0.0027					

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

En relación al estado civil se encontró que el 51.9% de los participantes se encuentra casada, seguida de las mujeres en unión libre con un 26.6%, encontrando en un menor porcentaje a las mujeres solteras, divorciadas y viudas. (Grafica 4 y Tabla 3)

Grafica 4. Estado civil

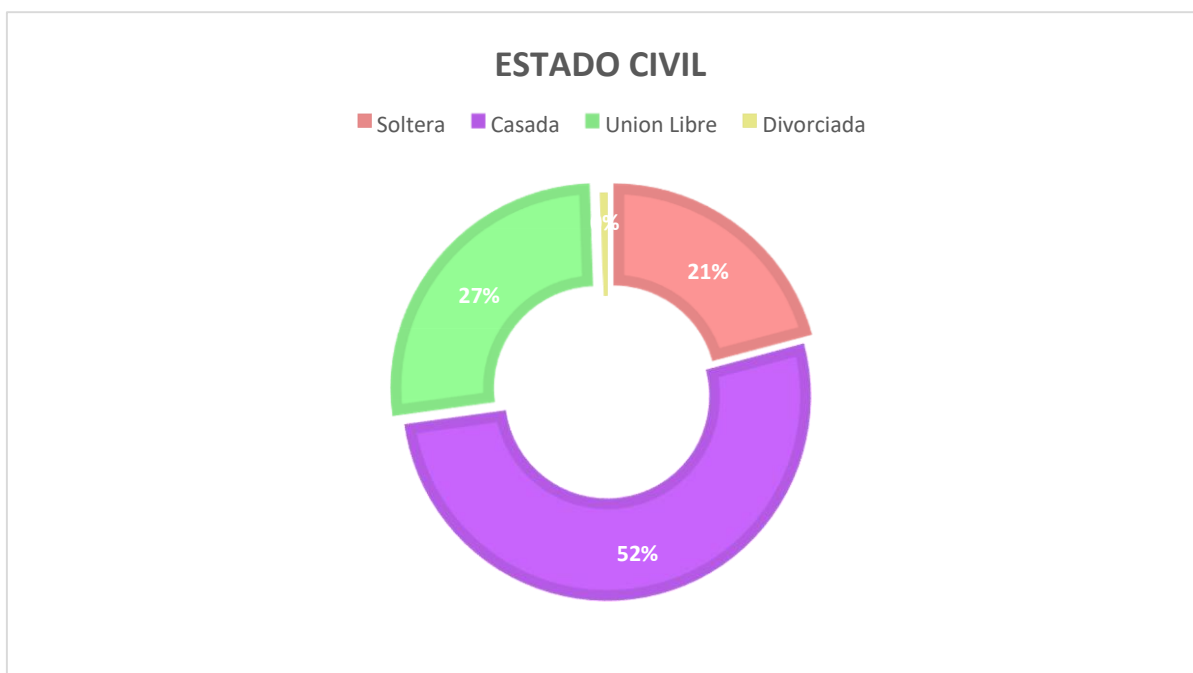


Tabla 3. Estado Civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Soltera	79	20.84%	20.84%
Casada	197	51.97%	72.81%
Unión libre	101	26.67%	99.48%
Viuda	0	0%	99.48%
Divorciada	2	0.52%	100%
Total	379	100%	

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Durante el estudio se observó que las pacientes casadas obtuvieron mayor nivel de conocimiento en la excelencia con un 7.38%, al igual que el mayor porcentaje de conocimiento calificado como muy bueno con un 36.14%, mientras que las solteras fue el grupo que presentó el nivel más inferior de conocimiento con un promedio de 0.26% en el nivel Regular. Al realizar la relación de variables se encontró que no existe una relación entre el estado civil con el nivel de conocimiento de los ARAP (Tabla 4)

Tabla 4. Nivel de Conocimiento según el Estado Civil.

<i>Nivel de conocimiento Estado Civil</i>	<i>Excelencia</i>	<i>Muy Bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Deficiente</i>
<i>Soltera</i>	4.5%	13.72%	2.37%	0.26%	0%
<i>Casada</i>	7.38%	36.14%	8.44%	0%	0%
<i>Unión Libre</i>	5.55%	19.52%	1.60%	0%	0%
<i>Divorciada</i>	0%	0.52%	0%	0%	0%
<i>Viuda</i>	0%	0%	0%	0%	0%
	17.41%	69.90%	12.41%	0.26%	
		<i>Total</i>	<i>100%</i>		

Chi Cuadrado de Pearson=13.40, P=0.14

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

En cuanto a la ocupación de las derechohabientes encuestadas, se observó que él 43.8 % se dedica a Ama de casa, y en segundo lugar al comercio con el 33% (Grafica 5 y Tabla 5)

Grafica 5. Ocupación Laboral

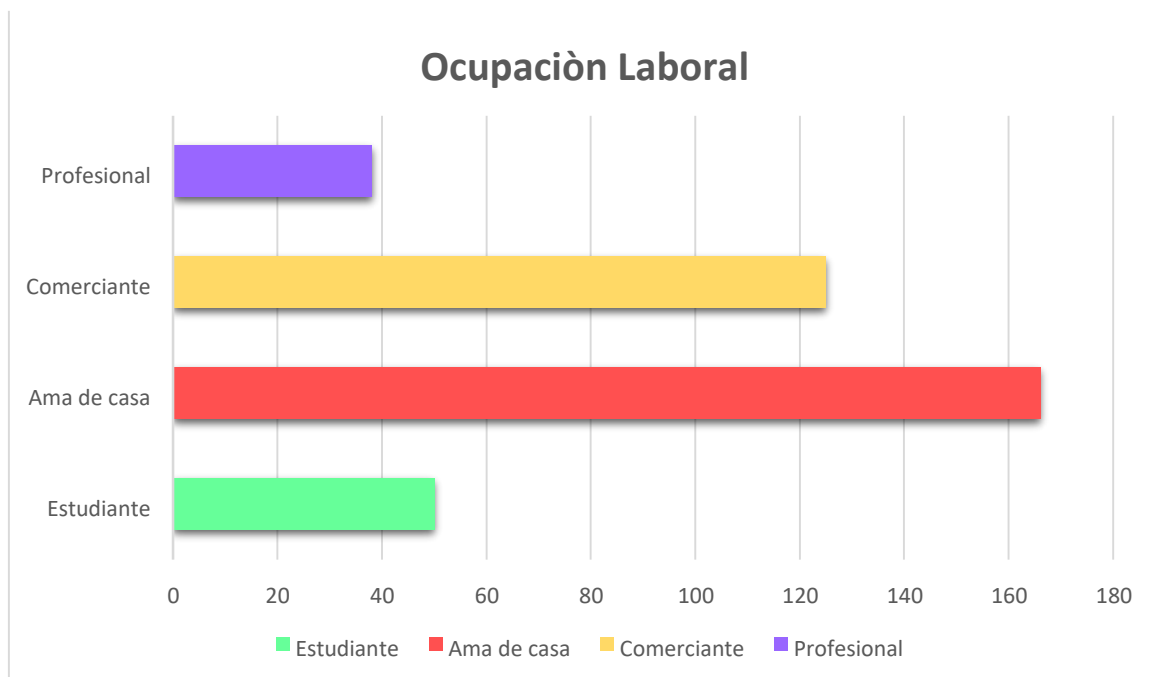


Tabla 5 de Ocupación Laboral

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>Estudiante</i>	50	13.20%	13.20%
<i>Ama de casa</i>	166	43.8%	57%
<i>Comerciante</i>	125	33%	90%
<i>Profesional</i>	38	10%	100%
<i>Otros</i>	0	0%	100%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Se observó además que las pacientes que se dedican a ser amas de casa cuenta con un nivel de conocimiento sobre los ARAP del 6.6% en excelencia y 30.34% en conocimiento muy bueno, sin embargo al realizar el análisis se encontraron que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la ocupación de las pacientes (Tabla 6)

Tabla 6. Nivel de conocimiento según la Ocupación.

Nivel de Educación	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Ocupación					
Estudiante	3.16%	8.44%	1.6%	0%	0%
Ama de casa	6.6%	30.34%	6.6%	0.26%	0%
Comerciante	5.27%	24.27%	3.46%	0%	0%
Profesional	2.3%	6.9%	0.8%	0%	0%
	17.33%	69.95%	12.46%	0.26%	0%

Total 100%

Chi Cuadrada de Pearson= 6.55, P: 0.68.

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Se determinó que existe una relación ente el estado civil y la ocupación, obteniendo que el 31.6% de las pacientes casadas se dedican a labores del Hogar (tabla 7)

Tabla 7. Ocupación según su estado civil

<i>Ocupación</i>	<i>Estudiante</i>	<i>Ama de casa</i>	<i>Comerciante</i>	<i>Profesional</i>
<i>Estado Civil</i>				
<i>Soltera</i>	12.4%	1.3%	4.48%	2.7%
<i>Casada</i>	0%	31.6%	15.56%	4.7%
<i>Unión Libre</i>	0.8%	11%	12.4%	27%
<i>Divorciada</i>	0%	0%	0.5%	0%
<i>Total 100%</i>				
<i>Chi Cuadrada de Pearson= 236.75 , P=6.21</i>				

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Durante la encuesta se recabo que él 61.8% de las mujeres derechohabientes profesan la religión católica, encontrando en menor porcentaje a los evangélicos con el 28% y testigos de Jehová con el 10.2% (Grafica 6 y Tabla 8)

Grafica 6 Religión

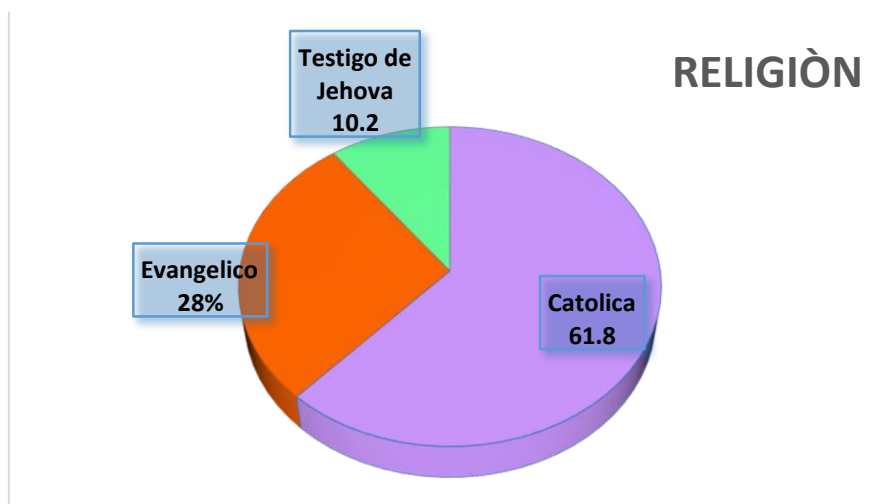


Tabla 8 Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	234	61.8%
Evangélica	106	28%
Testigo de Jehová	39	10.2%
Mormón, Ateo, Otras	0%	0%
Total	379	100%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Se observó que no existe una relación entre el nivel de conocimiento del participante y la región que profesa, obteniendo que los católicos obtuvieron un nivel de excelencia en conocimiento con el 12% y 43.2% en nivel muy bueno (Tabla 9)

Tabla 9 Nivel de Conocimiento con Religión profesada

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Excelente</i>	<i>Muy Bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Deficiente</i>
<i>Religión</i>					
<i>Católica</i>	12%	43.2%	6.5%	0%	0%
<i>Evangélica</i>		4%	20%	4%	0.2%
<i>Testigo de Jehová</i>	1.5%	6.8%	1.8%	0%	0%
<i>Otros</i>	0%	0%	0%	0%	0%
	<i>Total : 100%</i>				
	<i>Chi Cuadrada de Pearson= 5.61, P=0.46</i>				

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la existencia de los métodos anticonceptivos ARAP se observó que el 83.4% de la población encuestada tiene conocimiento sobre la existencia de por lo menos uno de ellos, mientras que el 16.6% desconoce de su existencia (Grafica 7 y Tabla 10)

Grafica 7. Conocimiento de existencia de los ARAP

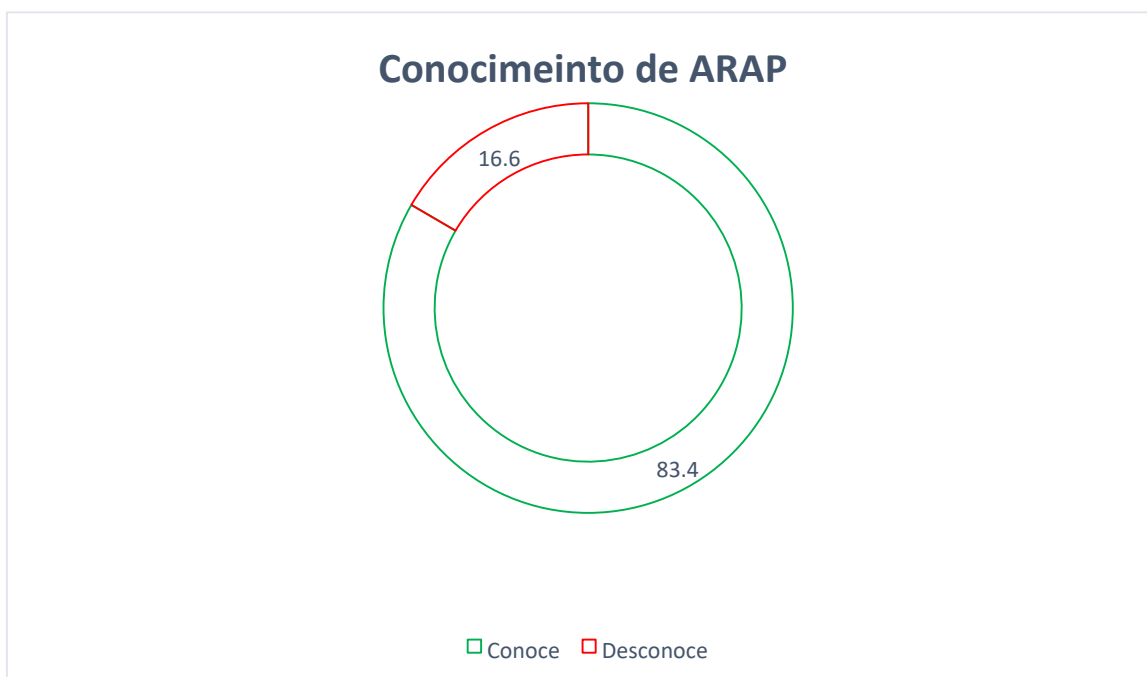


Tabla 10. Conocimiento de existencia de los ARAP.

Conocimiento de Existencia	Frecuencia	Porcentaje
Tiene Conocimiento	316	83.4%
Desconoce	63	16.6%
Total	379	100%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Encontrando a su vez que él 17.6% de la población a utilizado por lo menos un ARAP como método anticonceptivo de elección, mientras que el 82.4% nunca ha utilizado un ARAP (Tabla 11), de los cuales el 14.1% de las mujeres encuestadas ha utilizado el DIU de cobre como método de planificación familiar, el DIU liberador de Levonorgestrel asido usado en el 0.5% de la población estudiada y el 2.9% a usado el Implante Subdermico (Grafica 8 y Tabla 12)

Tabla 11. Utilización de Método ARAP

MÉTODO ARAP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UTILIZADO	67	17.6%
NO UTILIZADO	312	82.4%
TOTAL	379	100%

Grafica 8. Distribución de los Métodos ARAP

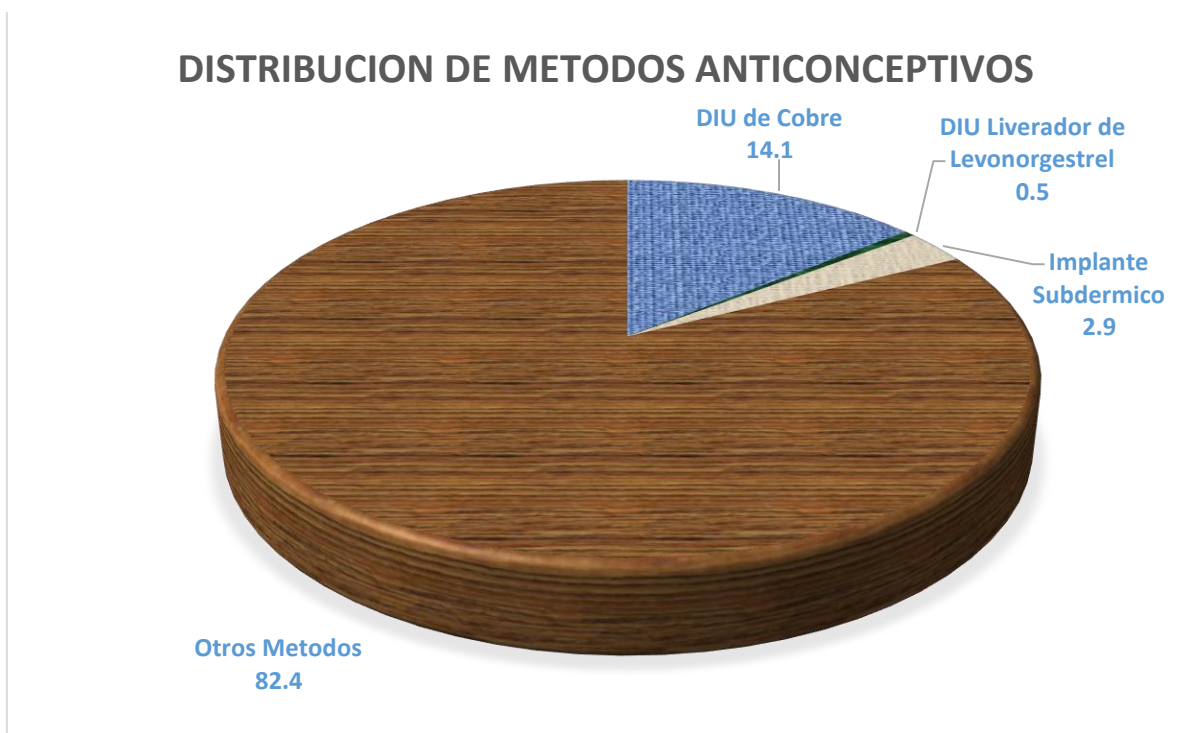


Tabla 12. Distribución de los Métodos ARAP Utilizados

ARAP	Frecuencia	Porcentaje
DIU de Cobre	54	14.1%
DIU Liberador de Levonorgestrel	2	0.5%
Implante Subdermico	11	2.9%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Dentro de los métodos utilizados en la población encuestada se encuentra en primer lugar el Hormonal Inyectable con el 35.6% de utilización, también se observó que el 2.9% de la población encuestada no utiliza ningún método de planificación familiar por el momento (Tabla 13)

Tabla 13. Utilización de Métodos de Planificación Familiar

<i>Método de Planificación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>H. Inyectable</i>	135	35.6%
<i>H. oral</i>	66	17.4%
<i>OTB</i>	25	6.6%
<i>Preservativo</i>	75	20%
<i>DIU de Cobre</i>	54	14.1%
<i>DIU Liberador de Levonorgestrel</i>	2	0.5%
<i>Implante Subdermico</i>	11	2.9%
<i>Ningún MPF</i>	11	2.9%
<i>Total</i>	379	100%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

Sobre el nivel de conocimiento se observó que el 17.4% fue calificado como nivel Excelente, el 70% como Muy Bueno y no se encontró nivel deficiente en la población estudiada (Grafica 9 y Tabla 14)

Grafica 9. Nivel de Conocimiento sobre ARAP



Tabla 14 Nivel de conocimiento sobre los ARAP

<i>Nivel de Conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
<i>Excelente</i>	66	17.4%	17.4%
<i>Muy Bueno</i>	265	70%	87.4%
<i>Bueno</i>	47	12.4%	99.8%
<i>Regular</i>	1	0.2%	100%
<i>Deficiente</i>	0	0%	100%
<i>Total</i>	379	100%	100%

Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento sobre los ARAP en derechohabientes de la UMF 11 Tapachula

DISCUSIÓN

La OMS tiene como objetivo desde el 2001 mejorar la salud materna, haciendo que la salud reproductiva sea universal, por lo que se considera a los métodos de planificación familiar como una medida prioritaria.

Este estudio está enfocado en pacientes en edad reproductiva de 15 a 49 años, aunque algunos participantes sean menores de edad la NOM 047 SSA-2015 refiere que el adolescente tiene derecho a solicitar consejería e información sobre los métodos anticonceptivos, por lo que se realizó el estudio bajo el consentimiento del menor y del padre o tutor.

Este estudio tiene como finalidad valorar el nivel de conocimiento de las pacientes sobre los ARAP, los cuales incluyen el DIU de cobre, el DIU liberador de Levonorgestrel y el Implante Subdermico. Encontrando que el 83.4% de la población estudiada tiene conocimiento sobre la existencia de estos métodos.

En la investigación de Vinuesa M y Colaboradores, realizada en la Universidad Central de Ecuador, donde se evaluó el conocimiento, actitud y prácticas sobre los métodos anticonceptivos de 246 alumnos, se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue alto, obteniendo que el 94% de la población estudiada conocía sobre el DIU de Cobre, resultando similar a nuestra investigación donde el porcentaje del conocimiento sobre la existencia de los ARAP fue del 83%.

Sánchez M y colaboradores realizaron una investigación en un centro de salud de la ciudad de México, donde se evaluó el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en 120 adolescentes, obteniendo que el método de planificación más utilizado fue el preservativo con un 65%, mientras que en nuestro estudio se obtuvo que el método anticonceptivo de mayor elección fue el Hormonal Inyectable con el 35.6%, mientras que el preservativo solo obtuvo el 20%.

En la investigación de Moreno y colaboradores la cual se realizó en la ciudad de Manizales donde se evaluó el nivel de conocimiento y prácticas de los estudiantes de medicina, donde participaron 140 médicos y 134 enfermeras, donde se evaluaron temas de sobre los ARAP, obteniendo mayor porcentaje en el nivel de conocimiento Bueno, mientras que en nuestro estudio se obtuvieron a 265 personas con un nivel de conocimiento muy bueno lo que representa al 70% de la población.

En lo que respecta a esta investigación se encontró que el 83.4% de las pacientes en nuestro estudio tienen el conocimiento de la existencia de por lo menos un ARAP, sin embargo solo el 17.6% han usado uno de estos, entre los cuales el de mayor elección es el DIU de cobre con 14.1%, seguido del Implante subdermico con el 2.9% y por último el DIU liberador de Levonorgestrel con el 0.5%.

CONCLUSIONES

Posterior a la aplicación de la encuesta sobre el nivel de conocimiento de los métodos ARAP y su respectivo análisis, podemos concluir que:

- ✚ Se pone en evidencia que el 70% de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento muy bueno sobre los ARAP.
- ✚ Se observó que el 83.4% de la población estudiada conoce de la existencia de los ARAP, sin embargo solo el 17.6% de la población ha utilizado uno de estos métodos, entre los cuales el DIU de cobre es el de mayor elección con un 14.1%.
- ✚ Se encontró que existe significación estadística entre las variables de nivel de conocimiento con el grado de escolaridad de los participantes, obteniendo que entre mayor es el nivel de escolaridad mejor es el nivel de conocimiento.

RECOMENDACIONES

- ✚ Realizar otro estudio aplicándolo únicamente en población adolescente con sobre el nivel de conocimiento que tienen sobre los beneficios del uso de los ARAP.
- ✚ Realizar un estudio para investigar la causa por la cual los pacientes prefieren utilizar otro tipo de anticonceptivos, aun sabiendo que los ARAP tienen el mayor porcentaje de efectividad.
- ✚ Aplicar programas de salud para otorgar los anticonceptivos ARAP a toda la población derechohabiente que lo solicite.
- ✚ Fomentar a través del personal de salud la utilización de los métodos ARAP en las mujeres en edad fértil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Recomendaciones Sobre Prácticas Seleccionadas Para El Uso De Anticonceptivos. Organización Mundial De La Salud, 2018.
2. Resolución Por La Que Se Modifica La Norma Oficial Mexicana Nom-005Ssa2-1993, De Los Servicios De Planificación Familiar. Secretaria Del Salud, México 2004.
3. Norma Oficial Mexicana, Nom-005-Ssa2-1993, De Los Servicios De Planificación Familiar, Secretaria De Salud, México, 1993.
4. Villalobos, Castro, Rojas, Allen. Anticonceptivos En Adolescentes Mexicanos De Escuelas Del Nivel Medio Superior: Uso Y Necesidades Insatisfechas. Rev. Salud Pública De México 2017; 59(5): 566-576.
5. Sam S, Osorio C, Rodríguez G, Pérez R. Comportamiento Sexual Y Anticoncepción En La Adolescencia. Acta Pediatr Mex 2014; 35:490-498.
6. Norma Oficial Mexicana Nom-047-Ssa2-2015, Para La Atención A La Salud Del Grupo Etario De 10 A 19 Años De Edad. Secretaria De Salud, 2015.
7. Muñoz C. Anticonceptivos En La Adolescencia Y Situaciones Especiales. Rev. Esp. Endocrinol Pediatr 2015; 6 (Suppl): 53-60.
8. Gómez I, Duran A. El Acceso A Métodos Anticonceptivos En Adolescentes De La Ciudad De México. Rev. Salud Pública De México 2017; 59(3): 236-247.
9. Capella S, Schilling R, Villaroel Q. Criterios Médicos De Elegibilidad Para El Uso De Anticonceptivos De La OMS. Rev. Chil Obstet Ginecol 2017; 82(2): 212-218.
10. Acosta M, Rodríguez G, Rodríguez J. Dispositivos intrauterinos raíces de su creación. Rev. Cient.. Est. Cuba 2008; 2(1):10-12.
11. Montenegro P, Lara R, Velásquez R. Implantes Anticonceptivos. Rev. Perinatol Reprod Hum 2005; 19(1):31-43.
12. González F, Fernández R. Manejo de los implantes subdermicos de etonogestrel en atención primaria. Rev. Clin. Med. Fam. 2011; 4(2): 146-149.

13. Cardona, Hoehn, Eggemann, Ha, Mathis, Ortiz. La Anticoncepción En La Mujer Obesa. *Clin Invest Gin Obst.* 2019; 565: 1-8.
14. Leal F, Molina, Montero, González, Macintyre. Patrón De Sangrado Uterino En Adolescentes Usuarias De Implante Anticonceptivo Subdermico De Etonogestrel. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2016; 81(6): 489-495.
15. Leal, Molina, Montero, González. Efectos Secundarios En Adolescentes Chilenas Usuarias De Implante Anticonceptivo Subdermico De Etonogestrel. *Matronas Prof.* 2016; 17(4): 137-142.
16. Gómez H, Rivera H. Funes A, Cárcamo P. Motivo De Retiro Del Implante Subdermico En El Hospital Escuela De Honduras. *Rev. Cimel* 2017; 22(2):60-64.
17. Soto B, Delgado M, et al. Terapéutica el empleo racional del DIU en atención primaria. *Med. Integral* 2003; 41(3): 162-169.
18. Leon G. Beauregard P, Castañeda F, Cárdenas Del O. Migración De Dispositivo Intrauterino A Pared Abdominal. Reporte De Un Caso. *Salud En Tabasco* 2017; 23(1): 48-51.
19. Arenas O, Osorio A, Cardona A. Prevalencia De Actinomicosis Vaginal Y Su Asociación Con El Uso Del Dispositivo Intrauterino En Tres Instituciones De Salud De Antioquia 2013. *Rev. Ces Medicina* 2015; 29(1): 47-57.
20. Martínez, Cristóbal, Andeyro, Parra, Velasco, Quilez. Jaydess Una Nueva Opción Anticonceptiva A Largo Plazo Y Reversible Adecuada Para Mujeres Jóvenes. *Medicina Reproductiva Y Embriología Clínica* 2016; 3: 37-44.
21. Sánchez V. Relación Entre El Dispositivo Intrauterino Y La Neoplasia Cervical. *Rev. Medica Sinergia* 2017; 2(11): 7-12.
22. Domínguez U, Ávila P, Espinaco G, Román O. Estudio sobre la accesibilidad y tolerancia del uso de implantes hormonales subdermicos en una población de exclusión social en Sevilla. *Aten Primaria* 2011; 43(12): 656-661.
23. Gutiérrez R. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. *Rev Perú. Ginecol.* 2017. Vol. 63(1): 83-88.

24. Neyro, Cristóbal, Celis G, Gómez, Elorriaga, Plascencia. Mitos Y Realidades De Los Anticonceptivos Reversibles De Larga Duración. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83: 707-721.
25. Parra, Quilez, Andeyro, Lobo, Cristóbal, Martínez. La Evidencia Y El Debate Clínico Del Nuevo Sli. Lng 19.5 Mg Y Su Uso En La Mujer Nulípara A Revisión. *Medicina Reproductiva Y Embriología Clínica* 2018; 5: 61-70.
26. Moreno C, Sepúlveda G. Conocimientos Y Practicas En Anticoncepción De Los Estudiantes De Medicina Y Enfermería De Manizales, Colombia.2015. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2017; 82(3): 259-264.
27. Vinueza M, Ruiz S, Izquierdo C, Onofre M, Hidalgo, Yanchapaxi, Vallejo P, Torres B, Calupiña, Díaz. Conocimientos, Actitudes Y Practicas Sobre Métodos Anticonceptivos En Estudiantes De Medicina De La Universidad Central Del Ecuador. *Cimel* 2018; 23(2): 1-6.
28. Sánchez M, Dávila M, Ponce R. Conocimientos Y Uso De Métodos Anticonceptivos En Adolescentes De Un Centro De Salud. *Atem Fam* 2015; 22(2): 35-38.
29. Zamberlin, Keller, Rosner, Gogna. Adopción Y Adherencia Al Uso De Métodos Anticonceptivos Pos evento Obstétrico En Adolescentes De 14-20 Años. *Rev. Argent Salud Publica* 2017; 8(32) : 26-33.
30. Morales M, Tejuca S, Lamelas S. Anticoncepción Posparto En Grupos Vulnerables Cada Mujer Cuenta. *Prog Obstet Ginecol* 2015; 645: 1-5.
31. Lira P, Bahamondes L, et al. Anticoncepción intrauterina en mujeres nulíparas como estrategia para disminuir los embarazos no planeados en América Latina. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 111-122.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA EN MUJERES EN EDAD FERTIL ADSCRITAS A LA UMF 11 CHIAPAS UTILIZANDO UNA ENCUESTA EVALUADA POR ESCALA DE LIKERT.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRACIAS por permitirnos entrevistarte, la siguiente encuesta se trata sobre conocimientos de los métodos anticonceptivos de acción prolongada. Los datos que otorgaras son confidenciales y se recaban con fines estadísticos con la finalidad de mejorar en la atención medica.

Folio: _____ I.-

Datos generales:

Nombre: _____

Núm. De seguridad social: _____ Edad: _____ años

Marca con una X la opción que consideres correcta.

Nivel de Escolaridad:

Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria ___ Licenciatura ___ Ninguna ___

Ocupación:

Estudiante ___ Ama de casa ___ Comerciante ___ Profesional ___ otro ___ especifique: _____

Estado Civil:

Soltera ___ Casada ___ Unión libre ___ Viuda ___ Divorciada ___

Religión:

Atea ___ Católica ___ Evangélica ___ Testigo de Jehová ___ Mormón ___ ninguna ___ otro ___
especifique: _____

Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos conoce:

Dispositivo intrauterino de cobre: ___ Dispositivo intrauterino Hormonal: ___ Implante subdermico: ___
Preservativo: ___ Hormonal oral: ___ Hormonal inyectable: ___

Que métodos anticonceptivos ha utilizado:

Dispositivo intrauterino de cobre: ___ Dispositivo intrauterino Hormonal: ___ Implante subdermico: ___
Preservativo: ___ Hormonal oral: ___ Hormonal inyectable: ___

II.- VALORACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

MARCA CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

Oraciones	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1.- Los métodos anticonceptivos de acción prolongada son la mejor opción por su efectividad					
2.- Los métodos anticonceptivos de acción prolongada no son permitidos por la religión					
3.- El implante subdermico disminuye el riesgo de embarazos no deseados					
4.- El implante subdermico se puede usar por 3 años consecutivos					
5.- El implante subdermico se coloca en el brazo no dominante (el brazo que menos se usa)					
6.- El implante subdermico provoca aumento de peso					
7.- Existen dos tipos de dispositivo intrauterino que son T de cobre y el Hormonal.					
8.- El dispositivo intrauterino se puede utilizar por 5 años consecutivos					
9.- El dispositivo intrauterino provoca sangrados vaginales					
10.- El dispositivo intrauterino se puede mover dentro del útero (traslocar)					
11.- El dispositivo intrauterino y el implante subdermico son métodos de planificación familiar que evitan las enfermedades de transmisión sexual					
12.- El dispositivo intrauterino y el implante subdermico se pueden extraviar dentro del cuerpo					

13.- el dispositivo intrauterino y el implante subdermico son dolorosos durante su colocación					
14.- el dispositivo intrauterino y el implante subdermico se pueden retirar cuando lo deseas					
15.- el dispositivo intrauterino y el implante subdermico se pueden utilizar posterior al parto o cesárea					

ANEXO II



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF NO.11.
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11, Tapachula De Córdova Y Ordoñez, Chiapas, De Septiembre del 2019 a Julio del 2021
Número de registro:	R-2020-703-014
Justificación y objetivo del estudio:	La planificación familiar es una pilar en el sistema de salud, dentro de las opciones de los métodos anticonceptivos podemos encontrar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, los cuales tienen el porcentaje más alto en la efectividad de la anticoncepción, por lo que se decide realizar el siguiente estudio para sustentar futuras investigaciones y planes de acción que ayuden a incrementar la aceptación de este método, ya que contamos con disponibilidad de dicho método en el cuadro básico del IMSS para nuestra población de estudio. El objetivo principal es Determinar el nivel de conocimiento sobre los anticonceptivos de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF 11 Chiapas, e identificar si las variables socioeconómicas afectan dicho nivel.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos:	Sin riesgo para el individuo estudiado
Posibles beneficios del estudio:	Posterior a la encuesta se podrá recibir atención en el módulo de planificación familiar para resolución de dudas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregaran resultados y se invitara a las pacientes que cuenten con nivel bajo de conocimiento sobre los anticonceptivos de acción prolongada que acudan al servicio de planificación familiar de la UMF 11, Chiapas.
Participación o retiro:	Acepto participa de forma voluntaria en la investigación, la cual me ha sido explicado ampliamente, además tengo el derecho no querer continuar con el estudio cuando así lo desee, sin represarías en la atención otorgada hacia mi persona por el personal que labora en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad.
Beneficios al término del estudio: Difusión de los resultados y en caso de un nivel bajo de conocimiento se invitara al participante que acuda al servicio de planificación familiar de la UMF 11, Chiapas para una orientación por especialistas en la materia.	
En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. María del Rosario Sarmiento de Leon Matricula 98077526, Teléfono 9621863352
Colaboradores:	Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez Matricula:99075895 Teléfono: 9622076380
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
	Dra. Sarmiento de Leon Maria del Rosario
Nombre y firma del entrevistado	Nombre y firma del Investigador
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO II



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF NO.11.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11, Tapachula De Córdoba Y Ordoñez, Chiapas, De Septiembre del 2019 a Julio del 2021
Número de registro institucional:	R-2020-703-014
Justificación y objetivo del estudio:	La planificación familiar es una pilar en el sistema de salud, dentro de las opciones de los métodos anticonceptivos podemos encontrar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, los cuales tienen el porcentaje más alto en la efectividad de la anticoncepción, por lo que se decide realizar el siguiente estudio para sustentar futuras investigaciones y planes de acción que ayuden a incrementar la aceptación de este método, ya que contamos con disponibilidad de dicho método en el cuadro básico del IMSS para nuestra población de estudio. El objetivo principal es Determinar el nivel de conocimiento sobre los anticonceptivos de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF 11 Chiapas, e identificar si las variables socioeconómicas afectan dicho nivel.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo alguno para el individuo estudiado
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Posterior a la encuesta se podrá recibir atención en el módulo de planificación familiar para resolución de dudas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregaran resultados y se invitara a las pacientes que cuenten con nivel bajo de conocimiento sobre los anticonceptivos de acción prolongada que acudan al servicio de planificación familiar de la UMF 11, Chiapas.
Participación o retiro: Acepto participa de forma voluntaria en la	investigación, la cual me ha sido explicado ampliamente, además tengo el derecho no querer continuar con el estudio cuando así lo desee, sin represarías en la atención otorgada hacia mi persona por el personal que labora en el IMSS.

La información será confidencial.

Privacidad y confidencialidad:

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. María del Rosario Sarmiento de Leon Matrícula 98077526, Teléfono 9621863352
 Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez Matrícula:99075895 Teléfono: 9622076380

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticairv@imss.gob.mx

Dra. Sarmiento de Leon Maria del Rosario

Nombre y firma de ambos padres o
o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento tutores

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF NO.11.

Núm. de registro institucional __R-2020-703-014__

- El objetivo principal del estudio es Determinar el nivel de conocimiento sobre los anticonceptivos de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF 11 Chiapas, e identificar si las variables socioeconómicas afectan dicho nivel. Procedimiento la aplicación de cuestionarios.

Hola, mi nombre es Maria del Rosario Sarmiento de Leon y trabajo en el IMSS. Estamos realizando un estudio para conocer el nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF 11 Chiapas utilizando una encuesta y para ello queremos pedirte que nos ayudes en el llenado de una encuesta.

Tu participación es voluntaria es tu decisión si participas o no en el estudio, siempre y cuando tu tutor hayan dicho que puedes participar, También si ya no quieres continuar el estudio no habrá ningún problema.

Toda tu información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

CARTA DE NO INCONVENIENCIA



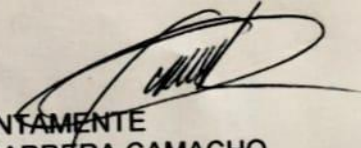
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas. A 29 de octubre del 2019

Dra. Sarmiento de Leon Maria del Rosario
Residente de Primer año de la especialidad de
Medicina Familiar

Por medio de la presente, me permito notificarle de la NO INCOVENENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título "Nivel de conocimiento de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en mujeres en edad fértil adscritas a la UMF NO.11.", por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.


ATENTAMENTE
DR. EDGAR CARRERA CAMACHO
DIRECTOR DE LA UMF NO. 11

c.c.p Archivo