**CUESTIONARIO**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de cuestionario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

La presente investigación tiene como objetivo establecer el porcentaje de mujeres que presentan alguna reacción o efecto adverso por el uso de implantes subdérmicos, por lo que se le pide que participe llenando una encuesta a través de la cual se obtendrá información que permitirá establecer la presencia o no de dichos efectos adversos.

La información obtenida será manejada con carácter de confidencial y será de uso exclusivo para esta investigación.

**I.- DATOS GENERALES**

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado de instrucción:

1. Primaria b) secundaria d) superior e) sin estudios.

 Estado civil:

 a) Soltera b) casada c) conviviente d) viuda/ separada.

Número de hijos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.- EFECTOS SECUNDARIOS**

1.- ¿Después de la aplicación del implante cuales fueron las alteraciones sexuales que tuvo?

 a) disminución b) aumento c) desaparición.

2.- ¿conoces o has escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos?

 a) No b) sí.

3.- ¿En qué lugar te colocaste el implante anticonceptivo (chip)?

 a) Centro de Atención Primaria de la Salud

1. Hospital Público
2. Clínica o Sanatorio Privado
3. Otros:

4.- ¿Quién te acompañó el día que te colocaste el implante anticonceptivo?

1. Fui sola
2. Fui con mi pareja
3. Fui con mi madre
4. Fui con mi hermana y/o prima
5. Fui con una amiga
6. Otros

5.- Usted cree que el implante es un método anticonceptivo

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

6.- Escala del 1 al 10 que tan satisfecha se encuentra con el método?

a) 5 b) 7 C) 8 d) 10

7.- ¿cuál fue el motivo por el cual se colocó el implante?

1. Evitar el embarazo
2. Ya no desea más hijos

8.- ¿cuál método anticonceptivo usted conoce?

 a) Implanon:

 b) Jadelle:

c) no conozco

9.- ¿por qué eligió el implante de etonogestrel (implanon) como método anticonceptivo?

a) Efectividad:

b) Comodidad

c) Seguridad

d) Recomendación de otras personas:

10.- ¿Que profesional de salud realizó el procedimiento de inserción del implante subdérmico?

 A) Médico

 b) Obstetriz

 c) Enfermera

 d) Internos/as medicina

 e) Otros

11.- ¿Ha utilizado con anterioridad otro tipo de método Anticonceptivo?

1. Si b) no.

12.- ¿Presenta algún efecto secundario?

a) Si b) no

13.- ¿Quién le proporcionó información sobre el implante?

a) padres b) revistas y periódicos c) personal sanitario d) vecinos

14.- Seleccione el efecto secundario más frecuente que se ha presentado tras el uso del implante subdérmico:

1. Acné: 2. Cefalea, migraña: 3. Menstruación irregular 4. Ciclos menstruales prolongados 5. Ciclos menstruales disminuidos 6. Disminución del apetito: 7. Aumento de peso: 8. Disminución de peso: 9. Irritabilidad 10. Depresión: 11. Disminución del deseo sexual: otros:

15.- ¿Se retiró el implante subdérmico antes del tiempo de término de eficacia del mismo?

a) Semana b) Mes c) A los 3 meses d) A los 6 meses e) Al año f) No

16.- ¿Cuál fue el motivo por el que decidió elegir el implante subdermico?

a) Decidió tener más hijos b) sangrado transvaginal c) cefalea d) aumento de peso.

17.- ¿Se le colocó el implante después de un parto o un aborto?

a) Si b) no.

18.- ¿grado y satisfacción del método hasta ahora?

a) bueno b) muy bueno c) regular d) malo

19.- ¿Le explicaron antes de insertarle el implante los efectos sobre el patrón de sangrado?

a) Si b) no.

20.- ¿el profesional que le colocó el implante subdérmico, le manifestó que regrese al control subsecuente del mismo?

 a) Semanal

 b) Mensual

 c) A los 3 meses

 d) A los 6 meses

 e) Al año

 f) No menciono

21.- ¿Volvería a utilizar el mismo método pasados los 3 años?

a) Si b) no

22.- ¿Recomendaría este método a otras posibles usuarias?

 a) Si b) no.

23.- ¿Cuál fue el motivo por el cual eligió el implante subdermico?

a) Comodidad de uso b) precio. C) efectividad.

24.- ¿presento algunos de estos efectos en la zona de inserción?

A) Enrojecimiento B) purito (comezón) C) secreción D) irritación E) otros

25.- ¿presento cambios en su peso corporal?

A) Si b) No

26.- ¿presento efectos adversos psicológicos?

A) Irritabilidad B) ansiedad C) nerviosismo