

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA DE CIENCIAS EMPRESARIALES



FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
CARRERA DE FARMACIA

**“USO DEL PRESERVATIVO EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE 13 A
18 AÑOS, EN EL DEPARTAMENTO DE MASAYA, DE OCTUBRE A
DICIEMBRE DEL 2000”**

“TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN FARMACIA”

AUTORAS:

- Bra. MARTHA LEE GARAY RIOS
- Bra. LUVY MARITZA MORALES BORGEN

*TUTOR ESPECIALISTA Y METODOLOGA
DRA. SOLEDAD PATRICIA CORTÉZ*

MANAGUA, NICARAGUA 2002

BIBLIOTECA
U C E M

Agradecimiento.

Este trabajo se lo dedicamos primeramente a Dios por darnos vida, salud y fuerzas para llegar a este momento tan importante de nuestra vida.

A nuestros padres por guiarnos y alentarnos a seguir adelante y superarnos.

A Todas las personas que en algún momento colaboraron con nosotras para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

Dr. Alvaro Banch

Dra. Patricia Soledad Cortés

Dr. Oscar Gómez

Dr. Pedro Rivera

A nuestros profesores por habernos transmitido los conocimientos alcanzados.

A nuestros Amigos y resto de familiares por el tiempo y apoyo incondicional que nos brindaron.





Dedicatoria.

A Dios.

*Por cada día de mi vida hasta hoy que sin su voluntad
no hubiera alcanzado mi meta. Ser Farmacéutica.*

A mis padres

*A mi madre, por su apoyo incondicional en el día a día
y a mi padre (q.e.p.d.) el cual desde algún lugar ve su
sueño realizado.*

*A mi esposo Carlos por ese apoyo incondicional que
con amor y esfuerzo me ha brindado.*

Martha Lee Garay Ríos

Dedicatoria.

A Dios.

Por estar conmigo en toda momento brindándome la oportunidad de estudiar y prepararme, por darme entendimiento, salud y sobre toda paciencia.

A mis padres y a mi familia

Por el apoyo incondicional y por estar junta a mí en toda momento; por el esfuerzo y el sacrificio que con amor me entregaron.

Con especial cariño este esfuerzo se lo dedico a mi Madre, gracias por sus sabios consejos y porque sacrificaste parte de tu vida sola para formarme y educarme.

Luvy Maritza Morales Borgen



INDICE

Lista de Cuadros	i
Lista de gráficos	ii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
A. Selección del Tema	3
B. Planteamiento del Problema	4
C. Justificación	6
D. Objetivos	7
<i>Objetivo General</i>	7
Objetivos Específicos	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	8
A. Antecedentes	8
B. Información Sustantiva	10
C. Información General	31
CAPITULO III: METODOLOGÍA	57
A. Área de estudio	57
B. Tipo de Estudio	57
C. Universo	57
D. Muestra	57
E. Criterios de selección	58
F. Criterios de exclusión	58
G. Procedimiento e instrumento	58
H. Procesamiento de la información	59
I. Operacionalización de las variables	60
CAPITULO IV: PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE RESULTADO	62
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
A. Conclusiones	87
B. Recomendaciones	88
BIBLIOGRAFIA	89
ACRONIMOS	91
GLOSARIO	92
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Contenido	No. pag.
Tabla # 1: Frecuencia y Distribución porcentual de personas encuestadas por sexo	62
Tabla # 2: Frecuencia y Distribución porcentual de personas encuestadas por municipio	63
Tabla # 3: Numero y relación entre el sexo y la edad de las personas encuestadas	65
Tabla # 4: Frecuencia y actividad principal que realizan los jóvenes encuestados	66
Tabla # 5: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados, según grado de escolaridad	68
Tabla # 6: Frecuencia y Distribución, según estado civil	69
Tabla # 7: Frecuencia y relación porcentual de los jóvenes encuestados, según sus conocimientos sobre los preservativos	71
Tabla # 8: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados según Conocimiento del preservativo	73
Tabla # 9: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados que han recibido alguna información sobre los preservativos	74
Tabla # 10: Información recibida por los encuestados, mediante algún medio de información	76
Tabla # 11: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados, según centro de adquisición del preservativo	79
Tabla # 12: Causas y frecuencia por lo cual los jóvenes han usado o usan preservativo	81
Tabla # 13: Principales obstáculos por lo cual los jóvenes encuestados no pueden adquirir el preservativo	83
Tabla # 14: Frecuencia porcentual de jóvenes que han recibido o no información al adquirir o no un preservativo	85

LISTA DE GRAFICOS

Contenido	No. pag.
Gráfico # 1: Frecuencia y Distribución porcentual de personas encuestadas por sexo	63
Gráfico # 2: Frecuencia y Distribución porcentual de personas encuestadas por municipio	64
Gráfico # 3: Numero y relación entre el sexo y la edad de las personas encuestadas	66
Gráfico # 4: Frecuencia y actividad principal que realizan los jóvenes encuestados	67
Gráfico # 6: Frecuencia y Distribución, según estado civil	70
Gráfico # 7: Frecuencia y relación porcentual de los jóvenes encuestados, según sus conocimientos sobre los preservativos	72
Gráfico # 8: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados según Conocimiento del preservativo	74
Gráfico # 9: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados que han recibido alguna información sobre los preservativos	76
Gráfico # 10: Información recibida por los encuestados, mediante algún medio de información	78
Gráfico # 11: Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados, según centro de adquisición del preservativo	81
Gráfico # 12: Causas y frecuencia por lo cual los jóvenes han usado o usan preservativo	83
Gráfico # 13: Principales obstáculos por lo cual los jóvenes encuestados no pueden adquirir el preservativo	85
Gráfico # 14: Frecuencia porcentual de jóvenes que han recibido o no información al adquirir o no un preservativo	86

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

El uso del preservativo continúa en progreso, refiere la tecnología anticonceptiva, del Centro de Programas de Comunicación, de Julio de 1999, que actualmente, el uso de éste método de planificación y/o de prevención de enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones, se considera además un derecho humano, esencial a la dignidad humana.

Con el uso del preservativo, se han logrado éxitos notables. Resulta evidente que aún quedan enormes retos, entre ellos el incremento de la población a nivel mundial. Millones de adolescentes mujeres y hombres desean controlar su fecundación pero carecen de acceso a la anticoncepción en gran medida debido a las controversias políticas, ineficacia en los programas disponibles y falta de fondos para expandir los servicios. Las mujeres continúan falleciendo a consecuencia de embarazos no deseados, los cuales pudieron ser evitados con información oportuna y adecuada (lo cual produjo como consecuencia, más de 500 por día por aborto realizado en condiciones de riesgo).

Actualmente, la preocupación principal es la calidad de la atención, más que las metas demográficas. Se continúa trabajando en tratar de responder ante nuevos retos; alentando la habilitación de las mujeres, incrementando la participación de los hombres en la planificación familiar, educando a los jóvenes, promoviendo la salud reproductiva y sexual en su sentido más amplio, adaptando los servicios para ayudar a prevenir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual entre ellos el virus de la inmunodeficiencia humana.

Los logros obtenidos por los programas de planificación familiar (en el uso del preservativo), llevan un claro mensaje: la disponibilidad universal de que estos servicios, brinden las posibilidades de garantizar una vida mejor para todos los individuos, las familias y en particular para las y los adolescentes.



Esta dominante preocupación por los derechos humanos básicos, salud reproductiva, bienestar familiar, reproducción por opción y no por azar, es la punta de lanza de los programas de planificación familiar en todas las partes del mundo. En el presente estudio se seleccionó principalmente, el uso adecuado del preservativo.



A. SELECCIÓN DEL TEMA

Uso del preservativo en los y las adolescentes de 13 a 18 años, en el Departamento de Masaya, de Octubre a Diciembre del 2,000.



B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades de transmisión sexual en los últimos años, razón por la cual, en estos momentos se les está considerando con mayor prioridad, no solamente en los países desarrollados, sino también los que se encuentran en vías de desarrollo. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desde su aparición hace dos décadas atrás, es la nueva enfermedad de transmisión sexual que ha venido a reducir la esperanza de vida.

Actualmente cada día, un numeroso grupo de jóvenes, se enfrentan con presiones para iniciar su actividad sexual a una edad temprana, con el consiguiente riesgo de embarazos no deseados, aborto o abortos peligrosos y enfermedades transmitidas sexualmente. La promoción de condones o preservativos, masculinos o femeninos son el fundamento de los esfuerzos para tratar de hacer más efectivas las medidas de prevención, consideradas actualmente como un desafío en muchos países, requiriendo de disponibilidad en la educación e información, y que esta sea de buena calidad, además de un almacenamiento apropiado y sobre todo de una adecuada y oportuna distribución de los mismos. Así mismo los proveedores deben estar convencidos de que los condones son una buena alternativa de prevención, los esfuerzos de distribución local incluyendo al mercado social tienen que ser efectivos y las actitudes de la comunidad deberán apoyar el uso del mismo.

Cabe hacer notar que los jóvenes no están convencidos de que los métodos de planificación sean eficaces, no por que no quieran, sino por que, no han recibido las orientaciones científicamente sustentadas por documentos, ni por personas que sean capaces de hacerles sentir, en que si se cumple con lo informado van a obtener mejores resultados en el quehacer diario y por consiguiente en su vida cotidiana.



Ante la demanda planteada por los adolescentes, en la búsqueda de respuestas concretas a una problemática que requiere de urgentes intervenciones, tanto para la realización de acciones interinstitucionales y sectoriales, es que es necesario efectuar en Nicaragua y específicamente en Masaya estudios en jóvenes que den a conocer sobre el uso de preservativo en los y las adolescentes de 13 a 18 años de edad.



C. JUSTIFICACIÓN

Son muchos los y las adolescentes en los países en vía de desarrollo que desean controlar su fecundidad, utilizando este método de protección, pero carecen de acceso a los servicios de planificación familiar que necesitan, esta necesidad no satisfecha, es real.

Las restricciones para el uso correcto y consistente del condón son conocidas, estas incluyen, una mala opinión acerca de ellos, percepción de falta de confiabilidad de familiaridad, con el producto que resulta en vergüenza, además de la falta de confianza implícita en la pareja si sugiere el uso de éste método de protección, así como la inconveniencia y la inaccesibilidad.

En el año 2,000 una de cada cuatro personas que viven en Nicaragua, son adolescentes, según estimaciones, existen en el país 1,232,175 personas entre 10 y 19 años, constituyendo el 24.3% de la población total, siendo la tasa de fecundidad adolescente de 152 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, siendo la más alta de América Latina. Se han registrado 171 muertes maternas de adolescentes en un acumulado de cinco años entre 1994 y 1998, lo que equivale a un 23.85% del total de mujeres registradas en el país en el mismo periodo. De las causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes, se mencionan, embarazo, parto, puerperio, traumatismos y envenenamientos.

Es por ello, que la presente investigación se efectúa, con el objetivo de informar sobre los beneficios de los medios de protección física para los adolescentes, el prevenir los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y entre ellas y sobre todo el virus de la inmunodeficiencia humana / síndrome de la inmunodeficiencia humana adquirida, la muerte a consecuencia de un embarazo no deseado o que por la edad de la adolescente esta no pueda llevar a feliz término, siendo por lo tanto otro efecto que se puede prevenir.



D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el uso del preservativo, en los adolescentes de 13 a 18 años, del Departamento de Masaya de Octubre a Diciembre del 2,000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las variaciones de procedencia, edad, sexo, escolaridad, estado civil y actividad principal que realizan estos adolescentes.
2. Conocer la percepción de los jóvenes con respecto al uso del preservativo
3. Identificar las prácticas frecuentes en los adolescentes con relación al preservativo



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

Robert Hatcher, *et al* (1989) comenta que el preservativo masculino es un recubrimiento delgado de caucho, vinilo o productos naturales que pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos difieren en forma, color, lubricación, espesor, textura y el espermicida agregado (en general, monoxinol-9).

El preservativo femenino es una funda de poliuretano que se inserta en la vagina antes de una relación sexual. Es un método utilizado por las mujeres, brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como en la prevención de un embarazo no deseado. Datos preliminares parecen indicar que el preservativo femenino, como el masculino tienen una eficacia anticonceptiva dentro de un margen de seguridad semejante al de otros métodos de barrera. La rotura o la desintegración del preservativo femenino son poco frecuente. Sin embargo, al igual que sucede con otros métodos de barrera y también con algunas preparaciones hormonales.

El número de estudios clínicos realizados para examinar la eficacia del preservativo, en lo que respecta a la prevención de la transmisión de ETS y en particular del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es limitado.

Actualmente se han realizado, numerosos estudios para determinar la aceptabilidad del preservativo femenino, hasta el momento sus resultados son diversos, pero cabe decir que éste método es aceptable para algunas mujeres y algunos hombres, entre quienes lo aceptan, figuran aquellas personas que por primera vez utilizan métodos de planificación familiar, lo cual indica que el preservativo femenino aumenta el uso de métodos de prevención de ETS y anticonceptivos y no se limita a reemplazar el preservativo masculino.



demostrándose que el preservativo femenino contribuye a dar a la mujer una sensación de poder de decisión, especialmente cuando existe una labor de apoyo educativo e informativo, siendo su precio actual, elevado en relación con el masculino, lo cual constituye el obstáculo principal para poner este método a disposición de los usuarios en los países en desarrollo, con el precio al sector público recién convenido para los países en desarrollo de menos de US 1 00 dólar.

La OMS/ OPS (2001), indica que en la diseminación selectiva de la información, de mayo del, así como de otras organizaciones intergubernamentales, internacionales y bilaterales, han declarado su adhesión a los principios del fenómeno de la salud reproductiva, con énfasis en la salud de la mujer en general, en la conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing. Las responsabilidades enunciadas en los programas de acción resultantes de esas conferencias son inmensas y comprenden un creciente acceso a la regulación de la fecundidad, así como diversas opciones para prevenir la transmisión de las ETS, en particular el VIH. La adopción del preservativo femenino, además del masculino, podría ser útil para hacer frente a esas dos necesidades críticas de salud reproductiva de la mujer y si bien no constituye una solución para la crisis del SIDA, para la no utilización de los medios anticonceptivos o para acabar con el trato desigual de que es objeto la mujer, además puede al menos constituir un instrumento adicional en los esfuerzos encaminados a responder a esos problemas.

Ante la pandemia de SIDA, contra la cual el arma más eficaz sigue siendo la prevención, el preservativo femenino ofrece una opción adicional junto al preservativo masculino. Por tratarse de un método nuevo, el preservativo femenino es poco conocido y todavía no estaba ampliamente disponible.

El preservativo femenino es una funda de poliuretano que se inserta en la vagina antes de la relación sexual. La idea de este método fue propuesta por Lasse



Hessel, médico danés, hace aproximadamente 10 años. Se han realizado investigaciones sobre el método en más de 25 países, con millares de parejas. El primer lanzamiento del preservativo femenino tuvo lugar en Suiza, en 1992 y para el mes de diciembre de 1996 se había comercializado ya en 13 países, entre ellos España, los Estados Unidos de América, el Reino Unido, la República de Corea y Sudáfrica. En los Estados Unidos se comercializa con el nombre de Reality, en otras partes lleva el nombre de Femydorm o Femy. La denominación patentada para el modelo original del preservativo femenino del que procede el diseño actual fue Femshield. El preservativo femenino es a la vez un anticonceptivo y un preservativo destinado a prevenir las ETS.

B. INFORMACIÓN SUSTANTIVA:

Hoy más que nunca, las parejas recurren en el mundo entero a los métodos anticonceptivos para retrasar, espaciar y limitar los embarazos; más del 50% de estas parejas utilizan un método de planificación familiar. Los Programas de planificación familiar organizados en el mundo en desarrollo a partir del decenio de 1960 han hecho de los métodos anticonceptivos medios accesibles, aceptables y asequibles para cientos de millones de mujeres y hombres en edades reproductivas. A pesar de estos logros, las grandes encuestas demográficas indican que en el mundo en desarrollo muchas mujeres que afirman no desear más hijos, pero no utilizan ningún método anticonceptivo: el 80% en África, el 57% en Asia y Oriente Medio y el 43% en América Latina (OMS, 1995). No usar anticonceptivos contribuye a que existan mayores probabilidades de embarazos no deseados, lo cual a su vez da lugar a múltiples problemas, entre los más frecuentes se encuentra el del aborto en condiciones médicas inadecuadas, esterilidad producto de los abortos, de infanticidio de niñas, de suicidios y de la mortalidad y morbilidad de las futuras madres. Según estimaciones de la OMS, (1995) cada año hay más de 20 millones de casos de aborto en condiciones



médicas inadecuadas. Además, en muchos casos los embarazos no deseados o inoportunos exacerban los problemas económicos y sociales.

Al mismo tiempo, los anticonceptivos son más seguros, más eficaces y más abundantes que nunca, pero las razones de que no se utilicen son igualmente abundantes, como lo son las barreras culturales y religiosas que entorpecen el control de la fecundidad son sin duda importantes, pero cierto número de problemas relacionados con los servicios, como son la pobre calidad de la asistencia, la limitada posibilidad de elegir métodos, la parcialidad de los funcionarios de planificación familiar y el problema del costo, siguen limitando su uso.

Lo que desea la mujer según las organizaciones femeninas participantes en las reuniones del Programa sobre Reproducción Humana de la OMS celebradas bajo el lema "creando espacios comunes", así como la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, en Beijing, han subrayado la necesidad de idear métodos anticonceptivos que sean no sistemáticos y no provoquen los efectos secundarios a menudo asociados con ciertos métodos hormonales: anticonceptivos orales, inyectables e implantes. Además sobre la base de la labor que desarrollan en el ámbito local con mujeres que, en algunos lugares, han venido reclamando un método para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual, los defensores de la salud femenina han estimulado el desarrollo de métodos que la propia mujer pueda controlar, no dependan de la ayuda de un médico para su utilización y sean inmediatamente reversibles. Con todo, la eficacia sigue siendo importante: poder controlar la propia fecundidad sigue revistiendo suma prioridad y es de importancia decisiva para la salud de la mujer, su desarrollo y su poder de decisión, desafortunadamente, los anticonceptivos de mayor eficacia para prevenir un embarazo no planeado brindan poca o ninguna protección contra las ETS, en particular contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA (Síndrome de



inmunodeficiencia adquirida), razón por la cual habrá que poner a disposición que la mujer tan ampliamente como sea posible una mayor selección de métodos de barrera. La propagación del VIH en los últimos años, ha venido a formar parte del proceso de toma de decisiones en materia de anticonceptivos. Si bien las ETS fueron identificadas hace mucho tiempo, la pandemia de SIDA mostró al mundo que los embarazos no deseados y sus secuelas (aborto en condiciones médicas adecuadas, mortalidad y morbilidad maternas, estigma social, etc.) no fueron las únicas consecuencias adversas de las relaciones sexuales.

ONUSIDA (2000) estima que, en diciembre de 1996, 21.8 millones de adultos vivían con el VIH/SIDA y otros cinco millones de adultos habían ya muerto para esa fecha de enfermedades asociadas con este síndrome. Más de 800.000 niños viven con el VIH/SIDA, de los cuales la inmensa mayoría han contraído la enfermedad por contagio perinatal. El principal modo de transmisión en el caso de los adultos es la actividad sexual, concretamente las relaciones heterosexuales. Más del 90% de todos los adultos infectados por el VIH o que han contraído el SIDA viven en países en desarrollo, el 64% en África subsahariana, el 22% en Asia y el Pacífico, el 7% en América Latina y el Caribe y el 1% en África del Norte y Oriente Medio.

Si bien las cifras oficiales informadas por ONUSIDA, refieren proyecciones, de que en el año 2000 más de 13 millones de mujeres podrían haber contraído la infección por el VIH y cuatro millones morirán de SIDA, sin embargo el número de mujeres que viven con el VIH/SIDA o que han fallecido como resultado del síndrome es sin duda muy superior. La sub - notificación de los casos se debe a la falta de acceso de los adolescentes a los servicios de salud y a las pruebas de detección o a la negativa del personal asistencial a diagnosticar y atender a las y los portadores portadores de la enfermedad.

Las y los adolescentes en las relaciones sexuales, no consideran actualmente, que el único método eficaz ampliamente disponible para prevenir el contagio



heterosexual del VIH es el empleo del preservativo masculino. Sin embargo, debido a las desigualdades económicas y sociales y a otras atribuibles al sexo, a las mujeres principalmente les resulta más difícil conseguir que sus compañeros utilicen el preservativo masculino. Las mujeres deben ceder a menudo el control de sus relaciones sexuales por razones económicas o por miedo a la violencia. En algunas zonas, la mujer tiene varios compañeros masculinos que sufragan los gastos escolares de sus hijos y atienden otras necesidades. En esas situaciones, las estrategias tradicionales de prevención del SIDA (en particular el fomento de la monogamia mutua y el empleo sistemático del preservativo masculino). A pesar del acceso que tienen en algunos lugares a la educación, en lo que respecta a la transmisión del VIH y al uso de preservativos, los y las adolescentes no suelen tener conciencia del riesgo al que pueden estar expuestos.

Estudios realizados por OPS, OMS (2001) indican que en América Latina en el 70% de los casos, el VIH se transmite por contacto heterosexual y las mujeres se quedan a menudo sorprendidas al enterarse de que están infectadas, porque la labor de educación preventiva suele estar destinada sólo a las trabajadoras del sexo y a los hombres homosexuales. Según muestran estudios realizados en algunos países, hasta un 30% de las infecciones por el VIH son contraídas por mujeres cuyo único comportamiento de riesgo son las relaciones sexuales con un sólo, compañero masculino que a su vez ha tenido (o sigue teniendo) relaciones sexuales no protegidas con otras parejas sexuales.

A los y las adolescentes, no son solamente las enfermedades de transmisión sexual lo que les afecta, sino también que presentan un riesgo creciente de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. En el África Subsahariana, por ejemplo, crece la demanda de parejas sexuales más jóvenes, cuya probabilidad de estar infectadas es menor y se va extendiendo el fenómeno del "amigo protector" que ofrece regalos a una niña y sufraga sus gastos escolares a cambio de favores sexuales. Esto puede contribuir a explicar que la edad promedio a la que se contrae la infección y se declara el SIDA sea



cuatro años más baja en las mujeres que en los hombres en esa región. En Asia, los propietarios de centros nocturnos de las zonas urbanas ofrecen incentivos financieros a las familias rurales para que les vendan sus hijas jóvenes, las cuales tendrían menos probabilidad de haber contraído la infección por el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual. Otras jóvenes emigran voluntariamente del campo a la ciudad para buscar trabajo en la industria del sexo y poder enviar así dinero a sus familias. Los datos sobre el empleo de métodos de barrera por estos jóvenes son limitados. Sin embargo, en al menos un estudio realizado entre adolescentes afro americanos en los Estados Unidos se comprobó que, después de ocho semanas de educación e instrucción en el uso del preservativo masculino o del femenino, los jóvenes los estaban utilizando con una mayor frecuencia, que cuando se iniciaron estos cursos.

OPS, OMS (2001) refiere que las mujeres tienen mayor predisposición fisiológica que los hombres a contraer enfermedades de transmisión sexual y el VIH. A nivel mundial, la carga de morbilidad por esas causas es más de cinco veces mayor en las mujeres que en los hombres y la incidencia de cuatro ETS curables, blenorragia, clamidiasis, sífilis y tricomoniasis se estima 333 millones de personas según los resultados de un estudio llevado a cabo en Tailandia, los casos de cáncer cervicouterino en la población general podría reducirse en un 25% si clientes habituales de las profesionales del sexo usaran preservativo, con lo cual ellas y sus parejas se protegerían. Los preservativos protegen parcialmente pero no con tanta eficacia contra el herpes, el virus de la verruga genital y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en las zonas de la piel no cubiertas por el condón, lo cual conlleva a un riesgo cuatro veces mayor de infección, pero en este caso la magnitud del efecto es similar entre los y las adolescentes femeninas y masculinos.



1. Preservativo Masculino

a. Decidiendo sobre el uso de condones

a.1. Mecanismo de acción:

Los preservativos ayudan a prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Usados correctamente, impiden que los espermatozoides y cualquier organismo causante de enfermedades, ingresen a los genitales femenino y viceversa. (OMS/USAID, 1989)

b. Cuán efectivos son:

Es importante conocer que para ser altamente efectivos deben usarse correctamente cada vez. Los adolescentes que usan condones correctamente cada vez corren aún menos riesgos de enfermedades y pueden reducir su riesgo de enfermedades de transmisión sexual a un nivel muy bajo.

La IPPF 1993, expresa que:

b.1. El preservativo masculino o femenino, es el mejor método.

b.2. Los otros métodos (diafragma, casquete uterino, espermicida o coitos interrumpidos), en especial combinados, son claramente preferibles a no hacer uso de ningún método. Cuando se ofreció a las mujeres la posibilidad de utilizar gratuitamente durante seis meses algunos de estos métodos alternativos, el 87% eligió el preservativo femenino, el 63% el preservativo masculino, el 61% la espuma espermicida, el 57% la película espermicida, el 33% los supositorios espermicidas, el 11% el diafragma, y el 6% el casquete uterino (opciones no exclusivas). Al cabo de cuatro meses de seguimiento, los cuatro métodos más utilizados continúan siendo el preservativo femenino, masculino y la espuma o película espermicida, pero el preservativo masculino era el método preferido (65% frente al 43% correspondiente al femenino).



El acceso a preservativos tanto masculinos como femeninos aumentó en número a niveles de los y las profesionales del sexo que decidieron utilizar preservativos en todas sus actividades sexuales. En Indonesia se detectó entre las trabajadoras del sexo un incremento del 25% del uso de métodos de protección (preservativo masculino o femenino) tras una intervención en la que se combinaron estrategias de empoderamiento y el libre acceso a los dos tipos de preservativo. Las razones de salud pública que evalúan la adopción del preservativo femenino son claras, se trata de un método que protegen tanto el embarazo como de las ETS. Hay en todo el mundo muchas mujeres que han expresado su insatisfacción con los otros métodos anticonceptivos disponibles no empleándolos o interrumpiendo su uso. Algunas mujeres desean usar los métodos modernos de anticoncepción pero no lo hacen porque para ello tienen que acudir en muchos casos al servicio de salud, con frecuencia difícilmente accesible o de mala calidad.

En otras ocasiones los mensajes de las iniciativas de prevención del SIDA (monogamia mutua, limitación en el número de las parejas y uso sistemático del preservativo masculino) son con frecuencia difícilmente viables, sobre todo cuando la mujer no ejerce control alguno de sus relaciones sexuales. La disponibilidad y accesibilidad del preservativo femenino, si bien no representa una solución para la crisis del SIDA, el uso insuficiente de anticonceptivos y las desigualdades por razón de género, constituye al menos un instrumento más para intentar responder a esos problemas.

c. Características del preservativo masculino:

c.1. Ventajas:

- c.1.1. Previenen las ETS, incluyendo VIH/SIDA, así como el embarazo, cuando se usan correctamente en cada relación sexual.



- c.1.2. Ayudan a proteger contra condiciones ocasionadas por ETS, tales como la enfermedad pélvica inflamatoria, el dolor crónico y posiblemente el cáncer cervical en la mujer y la infertilidad tanto en los hombres como en las mujeres.
- c.1.3. Pueden usarse para prevenir infecciones de ETS durante el embarazo.
- c.1.4. Pueden usarse poco después el parto.
- c.1.5. Seguros. Ningún efecto colateral por hormonas.
- c.1.6. Ayudan a prevenir los embarazos ectópicos.
- c.1.7. Pueden interrumpirse en cualquier momento.
- c.1.8. Ofrecen contracepción ocasional sin necesidad de tener que seguir un plan diario.
- c.1.9. Fáciles de mantenerse a la mano en caso de que la relación sexual ocurra en forma inesperada.
- c.1.10. Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- c.1.11. Pueden utilizarse sin necesidad de visitar primero a un proveedor de salud.
- c.1.12. Usualmente son fáciles de conseguir y se venden en muchos lugares.
- c.1.13. Permiten que el hombre asuma responsabilidad en la prevención del embarazo y el contagio de enfermedades.
- c.1.14. Aumentan la confianza en la pareja, ya que no existe necesidad de preocuparse por el riesgo de embarazo o las ETS.
- c.1.15. Frecuentemente ayudan a prevenir la eyaculación prematura.

c.2. Desventajas:

- c.2.1. Los condones de látex pueden ocasionar escozor en gente que tiene alergia al látex. También es posible que algunas personas sean alérgicas al lubricante usando en algunas marcas de condones.
- c.2.2. Pueden disminuir la sensación haciendo la relación sexual menos agradable para la pareja.



- c.2.3. La pareja debe tomarse el tiempo de colocar el condón (masculino o femenino) correctamente en los genitales antes de la relación.
- c.2.4. Debe tenerse preservativos disponibles, aún cuando ninguno de los dos, hayan planeado una relación.
- c.2.5. Existe la mínima posibilidad de que el condón se deslice fuera de los genitales o se rompa durante la relación.
- c.2.6. Los preservativos pueden debilitarse y romperse durante el uso, si se guardan por tiempo prolongado o en condiciones de demasiado calor, exposición directa al sol, humedad o si se usan con lubricantes manufacturados a base de petróleo.
- c.2.7. Se necesita la cooperación del hombre para que la mujer pueda protegerse contra el embarazo o enfermedades.
- c.2.8. Tienen una reputación muy baja. Mucha gente relaciona los preservativos con relaciones sexuales inmorales, extramaritales o con trabajadoras del sexo.
- c.2.9. Puede que algunas personas tengan vergüenza de comprarlos, de pedirles a su pareja que los use, de ponérselos o quitárselos o de tener que desecharlos luego de usarlos.

d. Los criterios de elegibilidad médica:

Solo una condición médica previene el uso de condones: la alergia aguda al látex (manifestada por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usarlo). Lo anterior puede averiguarse si existe esta condición preguntándole al cliente, no hay necesidad de pruebas o exámenes.



2. Preservativo femenino:

El preservativo femenino se define como una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave, resistente, blando, concebido como método de anticoncepción y de prevención de las ETS. Tiene 17 cm de longitud, unas paredes de 0.042-0.053 mm de espesor, y un diámetro máximo de 7.8 cm. La funda tiene un anillo flexible en cada uno de sus extremos. El anillo más pequeño del extremo es cerrado y es el que se inserta y mantiene fijo el dispositivo en el fondo de la vagina; este anillo es susceptible de ser sacado, el anillo externo, más amplio y delgado, queda fuera de la vagina. Está prelubricado con un líquido inerte sin efecto espermicida a base de silicona, conocido como lubricante de dimeticona, de uso corriente en medicina. Aunque el lubricante suministrado es de naturaleza acuosa, los lubricantes oleosos no hacen peligrar la integridad del preservativo. (OMS/USAID, 1999)

El preservativo se inserta manualmente en la vagina antes de una relación sexual. Puede colocarse hasta con varias horas de antelación o inmediatamente antes de la relación. Actualmente en la etiqueta de cada preservativos se especifica que puede usarse solo una vez. El suministro del preservativo femenino es un dispositivo que las usuarias han de obtener de manera continuada. Al igual que otros métodos anticonceptivos, su suministro y reaprovisionamiento puede asegurarse mediante una distribución comunitaria, con el consiguiente ahorro de tiempo y desplazamientos para las mujeres, que de lo contrario se ven obligadas a obtenerlos en un servicio de salud o farmacia. El dispositivo no requiere ajustes ni reajustes, como el diafragma, ni visitas a un profesional de la salud, como sucede en algunos casos con las dosis iniciales de las píldoras y los inyectables anticonceptivos. No obstante, conviene que quienes reciben los suministros iniciales reciban asimismo asesoramiento de otras personas calificadas profesionalmente.



El preservativo femenino caduca a los 60 meses a partir de la fecha de fabricación. Debido a las propiedades del poliuretano, el preservativo femenino no es afectado por los cambios de temperatura y de humedad, por lo que no se requieren condiciones especiales de almacenamientos. El preservativo de látex masculino, en cambio, sí puede verse afectado por el calor, la luz y la humedad. Se ha demostrado que el preservativo femenino resiste sin deteriorarse condiciones extremas de almacenamiento a temperaturas de humedad elevadas.

Female Health Company (FHC), con sede en Chicago, (EE.UU.), posee los derechos mundiales del preservativo femenino. FHC adquirió Chartex International, la firma fabricante del preservativo, a comienzo del 1996. FHC, que originalmente respondía el nombre de Wisconsin Pharmacal, finalizó la mayoría de los estudios de inocuidad y clínicos relacionados con el desarrollo del preservativo femenino mientras que Chartex ponía a punto la tecnología de fabricación. A principio de los años noventa se empezó a emplear el preservativo femenino en varios países Europeos y en los Estados Unidos, tras diversos estudios de prototipos y de aceptabilidad llevados a cabo en numerosos países entre más de 1500 parejas. Los resultados de los estudios de inocuidad y eficacia han satisfecho los criterios establecidos por los órganos públicos de reglamentación, comprendido los de los Estados Unidos y la Unión Europea. La inocuidad del preservativo ha sido evaluado para determinar si su uso eventualmente induce sensibilización e irritación cutánea, irritación vaginal citotocicidad y mutagenicidad. Todos los estudios han demostrado la inocuidad del producto. Se ha informado de unos cuantos casos de irritación transitoria, cuya relación con el uso del preservativo no está claro.

La exploración macroscópica y colposcópica no reveló ningún indicio de traumatismo asociado al uso del preservativo femenino, ni se detectaron cambios en la flora vaginal. Forsythe (1992), estudió a 120 personas de piel sensible en busca de signos de irritación y alergia en respuesta al preservativo femenino. Nueve de las participantes referían presentar alergia a una marca corriente de



preservativo masculino de látex, mientras que ninguna de ellas presentó signos de irritación o alergia en respuesta al preservativo femenino o a su lubricante. El método se presta, para ser empleado prácticamente por cualquier mujer. Sobre la integridad física, las investigaciones sobre el diseño del preservativo femenino, han referido que utilizado correctamente, ha obtenido resultados prometedores constituyendo un método de barrera eficaz como prevención a nivel de los genitales a los procesos infecciosos. El poliuretano es más resistente que el látex y el riesgo de que se rompa es por tanto menor que el látex del preservativo masculino.

En estudios patrocinados por Wisconsin Pharmacal, en una prueba poscoital de detección de escape de semen realizada en 108 parejas reveló una tasa de fuga del 0,6% para el preservativo femenino y del 3,5 % para el masculino, diferencia que resulto ser estadísticamente significativa. En lo concerniente al riesgo de desencajamiento del preservativo femenino, estos estudios manifestaron que una exposición vaginal al semen en un 2,7 % de las usuarias, frente a un 8,1% entre las que usaron el preservativo masculino. El preservativo femenino se ha revelado estable en todas las posturas analizadas mediante el sentido ultrasónico del funcionamiento mecánico del dispositivo.

La OMS (1997), manifiesta que existen algunas mujeres que usan preservativo femenino al mismo tiempo que el masculino para procurarse una protección doble. Una reglamentación de la administración de alimentos y medicamentos en los estados unidos (USFDA) especifica que los preservativos masculinos y femeninos no deben ser usado simultáneamente. En cambio, Female Health Company a indicado que es posible usarlos al mismo tiempo, con buenos resultados para los dos preservativos, siempre y cuando se emplee una lubricación adecuada. Sin embargo, en general se desaconseja esa práctica.

Sobre la eficacia en la prevención del embarazo del preservativo femenino como anticonceptivo se han publicado hasta la fecha dos estudios. En el primero se



inscribieron inicialmente en un estudio de seguridad y eficacia 377 mujeres con una relación de pareja monógama por ambas partes y 328 aportaban datos para evaluar la eficacia. Las investigaciones se hicieron en seis lugares de los Estados Unidos de América y tres de América Latina, indicándose a las mujeres que durante seis meses utilizaran como anticonceptivo exclusivamente el preservativo femenino. Todas las participantes recibieron un folleto con instrucciones para el uso, pero no hubo demostraciones prácticas ni asesoramiento durante ese periodo.

Como ocurre con todos los dispositivos de barrera, su uso sistemática y correcto repercute notablemente en la eficacia. Entre las mujeres del estudio Farretal (1994) que en cada relación sexual utilizaron el preservativo correctamente (es decir, lo que los autores definen como "Uso Perfecto", las tasas de embarazos en los seis meses fueron del 2,6 % en el caso de los EE.UU. y del 9,5% en el de América Latina, lo que da una tasa de embarazos general del 4,3%. Las tasas de embarazos más altas correspondieron a las mujeres más jóvenes (menos de 25 años) y a las que tenían menos de 12 años de instrucción.

Cabe señalar que el 62% de las participantes estadounidenses y el 70% de las latinoamericanas, se clasificaron en la categoría del "incumplimiento": en el uso del preservativo, por haber sido irregular, habían recurrido a otro método anticonceptivo, no habían utilizado el preservativo de acuerdo con las instrucciones o habían tenido menos de cuatro relaciones sexuales durante el mes anterior a la visita de control. En el grupo estadounidense, las razones principales del uso irregular fueron: no tenerlo en el momento de la relación, que su uso era molesto, la menstruación y otras, mientras que en el grupo latinoamericano se adujeron la negligencia personal (la expresión es del autor), la objeción de la pareja y la incomodidad, el 12% de este grupo aludió también no tenerlo en el momento de la relación.



El estudio adoleció de varios defectos. En primer lugar, a las participantes no se les asignó aleatoriamente el uso del preservativo femenino o de otro dispositivo de control aprobado. Los resultados podían no aplicarse de manera general a otros grupos porque más del 40% de las participantes había utilizado el preservativo masculino como principal método anticonceptivo en los tres meses anteriores a su admisión al estudio. Más del 90% de la muestra estadounidense y más del 50% de la latinoamericana habían usado ocasionalmente a menudo anticonceptivos de barrera. Ese nivel relativamente alto de experiencia y aceptación de los métodos de barrera, pueden haber facilitado la utilización del preservativo femenino. Además, las tasas de abandono del método entre las 221 mujeres estadounidense y las 107 latinoamericanas fueron del 34% y el 55%, respectivamente. Es posible que las mujeres que perseveran en el estudio estuvieran más motivadas a utilizar el método que las que lo abandonaron, lo que podría introducir un sesgo en las tasas de uso- eficacia del método por tratarse de una población muy motivada. Sin embargo, los autores señalan que, en la comparación con otros estudios sobre la eficacia de los métodos anticonceptivos, es probable que varios otros factores hayan introducido un sesgo por exceso en las tasas de embarazos con el preservativo femenino (es decir, hayan provocado unas tasas de fracasos más elevadas).

También calcularon las tasas de fracaso con un uso perfecto, para lo cual quedaron excluidas del análisis las categorías de mujeres siguientes: las que habían tenido menos de cuatro relaciones sexuales durante el mes anterior a la visita de control, las que no habían utilizado el preservativo femenino en todas las relaciones sexuales, la que habían notificado no haber seguido las instrucciones para el uso del dispositivo y las que habían reunido a otro método anticonceptivo. Los autores concluyeron que las probabilidades de fracaso durante seis meses de uso perfecto del preservativo son del 2,6% (con un error estándar del 1,5%) en la muestra estadounidense (N= 135) y del 4,3% (con un error estándar del 1,8%) en la muestra completa (N 201). En el caso de los ensayos comparativos entre la esponja, el diafragma; entre el casquete y el diafragma, las tasas de fracasos con



el uso perfecto debieron calcularse como margen de variación, con el límite superior representado por las tasas de fracasos registradas con un uso sistemático y el límite inferior por esas mismas tasas con exclusión de los embarazos que se produjeron con un uso sistemático y que fueron clasificados por el médico como imputables a errores por parte de las usuarias. La posibilidad de fallo con el uso perfecto fue del 8,5% al 8,8% para la esponja, del 1,7% al 2,7% para el casquete uterino y del 3,1% al 4,7% para el diafragma.

Hacer una comparación de los estudios sobre las tasas de embarazos accidentales con el preservativo femenino y con el preservativo masculino de látex resulta problemático. De los estudios publicados, más de la mitad se basan en informes retrospectivos dados por mujeres en encuestas poblacionales y no son equiparables a los resultados de ensayos clínicos prospectivos cuidadosamente controlados como los que se realizan para evaluar el preservativo femenino. Otros estudios adolecen de problemas metodológicos, entre ellos la utilización de una muestra poblacional limitada y no generalizable. Sobre la base de esas observaciones, se concluyó que la eficacia del preservativo femenino probablemente se acerque más a la del preservativo masculino sin lubricante espermicida, lo cual podría deducir al hacer una comparación superficial, con las tasas de fracaso que se han publicado para este último.

Una mayor eficacia en general y según la limitada información de que se dispone, es que el preservativo femenino, usado sistemática y correctamente, puede ser un método anticonceptivo muy eficaz. Las causas del uso no sistemático son la objeción de la pareja, la negligencia ocasional y la incomodidad. Esta última suele deberse a una colocación incorrecta del anillo interior, lo que se solucione con la práctica o sacando el anillo una vez lograda la aceptación inicial. Más investigaciones en este campo permitirían brindar indicaciones a los proveedores y orientadores sobre como ayudar a las parejas a utilizar de manera más sistemática y correcta todas los métodos que dependen de la usuaria.



La motivación puede ser mayor entre quienes usan algún método de barrera como protección contra las ETS. Los interesados en la anticoncepción suelen disponer de otros métodos de apoyo en caso de uso inadecuado de rotura y el embarazo sólo puede producirse durante un número limitado de días del mes. En cambio quienes tratan de evitar la infección por alguna ETS tiene menos alternativas (preservativo masculino, abstinencia, relación monógama por ambas partes o la posibilidad de usar espermicidas para algunas ETS) y la infección puede producirse en cualquier momento. Por consiguiente, es posible que los y las adolescentes que utilizan el preservativo, tanto para evitar el embarazo como para prevenir enfermedades sean más cuidadosas, que las o los que lo hacen sólo por prevenir un embarazo. La anticoncepción de emergencia puede desempeñar un papel importante como complemento de la eficacia del preservativo para prevenir el embarazo, pero para ello hay que saber muy bien cuál es la causa de la falla. Si la pareja no utiliza el preservativo, en una determinada relación sexual porque considera que no hay riesgo de embarazo, no sentirá la necesidad de la anticoncepción de emergencia.

Un estudio reciente llevado a cabo en Tailandia por el ONUSIDA (1998), demostró que el uso del preservativo femenino podría repercutir en una reducción de las ETS. En algunos grupos de trabajadoras de la noche, se distribuyeron sólo preservativos masculinos, mientras que a otras se les dieron preservativos masculinos y femeninos. Entre los que tenían ambos tipos de preservativos el número de actos sexuales sin protección fue menor y la incidencia de ETS fue una tercera parte más baja que entre los que sólo tenían preservativo masculino. Soper *et al* (1993) estudiaron el efecto protector del preservativo femenino contra la reincidencia en un grupo de 104 mujeres a las que se les había diagnosticado tricomoniasis vaginal. Después de haber sido tratadas, las mujeres se distribuyeron en tres grupos, en función de su buena posición a utilizar el preservativo femenino: 20 en un grupo cumplidor (utilizaron el preservativo en cada relación sexual durante 45 días), 34 en el grupo no cumplidor (no utilizaron ningún método de barrera en al menos una relación sexual) y un grupo testigo que no utilizó el preservativo femenino (ni ningún otro método de barrera). El estudio



reveló que ninguna de las mujeres que utilizaron el preservativo femenino en todas las relaciones sexuales volvió a contraer la tricomoniasis (tricomonas), mientras que las tasas de reinfección en el grupo testigo (ningún método) y en el no cumplidor fueron el 14% y del 15%, respectivamente.

Trussell et al. (1994) estiman que el uso perfecto del preservativo femenino, puede reducir en más del 90% el riesgo anual de contraer el VIH entre las mujeres que tienen relaciones sexuales dos veces por semana con un hombre infectado. Según el conjunto de hipótesis de Trussell relativas a la infectividad del VIH, aunque el preservativo femenino sólo se utilizare un 50% de las veces, el riesgo anual de transmisión del VIH se reduciría en un 46%. La Wisconsin Pharmacal, empresa que procedió a la Female Health Company, afirma que, en general, es razonable suponer que la eficacia por acto sexual para prevenir la transmisión de ETS es igual a la eficacia por ciclo para prevenir el embarazo.

El preservativo femenino no causa lesiones genitales ni traumatismos vaginales y no provoca tampoco ni reacciones alérgicas en las personas sensibles al látex. El poliuretano es más resistente que éste, por lo que el riesgo de que se rompa es menor que en el caso del látex del preservativo masculino. Actualmente el preservativo femenino está indicada para un solo uso, pero se están realizando estudios para determinar la seguridad, la aceptabilidad y la viabilidad de la reutilización. Los datos preliminares de que se dispone indican que la eficacia anticonceptiva del preservativo femenino se sitúa en el mismo nivel que la de otros métodos de barrera. Es inusual que el preservativo se rompa o desintegre. Sin embargo como ocurre con todos los métodos de barreras y algunas preparaciones hormonales, la eficacia depende en gran medida del uso correcto y sistemático.

Aunque algunos estudios señalen dificultades para introducir al mercado el uso del preservativo, prácticamente todos llegan a la conclusión de que con mayor información y sobre todo con una buena educación este podría ser aceptado más fácilmente.



En lo concerniente a la aceptabilidad y al uso del preservativo, dependen del tipo de pareja. No obstante, los resultados varían de una población a otra. En un estudio llevado a cabo entre profesionales del sexo en París, el 90% de los preservativos distribuidos se emplearon con clientes y sólo el 10% con los amigos íntimos habituales; algunas trabajadoras de la noche estaban dispuestas a emplear el preservativo femenino al principio sólo con sus parejas habituales no pagadoras, al suponer que consentirían más fácilmente en ello. En el estudio de Côte d'Ivoire, las dos terceras partes de las profesionales del sexo usaron sus 20 preservativos femeninos únicamente con clientes y una tercera parte con clientes y con sus parejas habituales. En un estudio realizado en los Estados Unidos, hombres afroamericanos y latinoamericanos señalaron que preferían utilizar el preservativo femenino con sus parejas habituales duraderas antes que con las ocasionales. En México, profesionales del sexo manifestaron que evitaban utilizar el preservativo femenino en sus relaciones estables pero lo usaban con los clientes, por cuanto el hecho de usarlo en las dos situaciones hace difusa la diferencia entre los clientes y los no clientes (Hernández *et al.*, 1996). Así pues, el preservativo femenino puede resultar aceptable tanto para el hombre como para la mujer en determinados tipos de relación sexual e inaceptable en cambio en otras, dependiendo de diversos factores. Por lo general parece que, cuando pueden negociar el uso del preservativo femenino, las profesionales del sexo prefieren utilizarlo con los clientes antes que con los no clientes.

El efecto en las relaciones, el tipo de pareja es un factor importante a la hora de decidir emplear el preservativo femenino, los estudios realizados indican que la naturaleza de las relaciones sociales entre la mujer y su pareja son igualmente importantes. Para que consideren aceptable el método, es preciso de las mujeres y sus parejas juzguen positivo o por lo menos no negativo, el efecto del producto en sus relaciones sociales corrientes. Por ejemplo, en un estudio realizado en Camerún algunas trabajadoras, consideraban aceptable el preservativo femenino porque sus parejas lo preferían al masculino. La frecuente observación de que la resistencia de la pareja, supuesta o real, constituía un obstáculo al uso del



preservativo femenino subraya la necesidad de implicar a los hombres en su adopción. Un claro ejemplo de ello es la iniciativa de mercadotecnia social a los hombres en su adopción, la iniciativa de mercadotecnia social emprendida en Zambia, donde al parecer los hombres compran preservativos femeninos más a menudo que las mujeres. Varios estudios, en especial algunos que han incluido intervenciones de capacitación de la mujer, han llegado a la conclusión de que cuando una pareja empieza a utilizar el preservativo femenino se da entre sus miembros una mayor comunicación sobre temas sexuales que en caso contrario no se conversaría.

En el estudio llevado a cabo en general su autor señaló que el preservativo femenino potenciaba el nivel de conocimientos de la mujer sobre su cuerpo y sobre las ETS, al tiempo que propiciaba la discusión de aspectos de la sexualidad y la salud reproductiva entre el hombre y la mujer, reforzando la capacidad de negociación de la mujer. El preservativo femenino tuvo gran éxito entre las mujeres senegalesas, hasta el punto de que algunas se negaron a tener relaciones sexuales sin él. En Indonesia la negociación del uso inicial del preservativo se vio facilitada por el hecho de que las mujeres explicaron a sus parejas que participaban en un trabajo de investigación destinado a probar un nuevo producto. Es más, el hecho de que las mujeres pasasen a controlar la anticoncepción y la prevención de las infecciones, cabe pensar, por consiguiente que no alterarían eventualmente la dinámica social, lo que hizo del preservativo femenino un producto muy bien acogido por algunas mujeres, tanto entre profesionales del sexo como entre la población en general. El temor a que ello pudiera resultar contraproducente en algunas situaciones no se vio confirmado por los hechos.

Muchas de las mujeres que participaron en el estudio realizado en Senegal eligieron el preservativo femenino porque estaban muy insatisfechas con los métodos anticonceptivos habitualmente disponibles (píldora y preservativo masculino), ya fuera por sus efectos secundarios o por la mala calidad de la



asistencia prestada en el Programa de planificación familiar, así mismo ellas juzgaron al preservativo femenino como muy aceptable.

El uso previo de productos similares, en las mujeres que emplean anticonceptivos y en particular las acostumbradas a utilizar métodos de barrera, tienden a consentir más fácilmente que las otras en participar en un ensayo de aceptabilidad del preservativo femenino. No obstante, entre parejas de los Países Bajos, Paren et al. (sin fecha) observaron que el uso previo del preservativo masculino no influía en la aceptabilidad, parece que el hecho de haber utilizado algún método de barrera puede influir en la aceptabilidad del preservativo femenino, tanto a lo que se refiere a la voluntad inicial de probarlo como a la continuidad de su uso. En la disponibilidad y el costo la aceptabilidad de un producto dependerá entre otros factores que se venda u ofrezca. El criterio de la aceptabilidad ha sido abordado parcialmente en tres estudios. En Zimbabwe los autores observaron que las mujeres estaban dispuestas a pagar como máximo 25 centavos de Zimbabwe (US\$0,03) por preservativo, pero su voluntad de pagar dependía del hecho de que los preservativos masculinos se vendieran (generalmente a unos 15 centavos de Zimbabwe) o se repartieran gratuitamente (Ray et al., 1995), algunas de las mujeres rurales deseaban poder obtenerlos a través de los hospitales locales.

En Coté Divoire (Francia) las prostitutas estaban dispuestas a pagar unos 150 francos CFA (US\$ 0,30), cifra bastante alta en comparación con sus ingresos. Las mujeres jóvenes estaban dispuestas a pagar unos 130 francos CFA (US\$ 0,25), y las vendedoras en las calles y los mercados entre 150 y 200 francos CFA (US\$ 0,40-0,50). Las prostitutas preferían comprarlos en los puestos de ventas en mercados, mientras que otras usuarias preferían adquirirlos en la farmacia. En Sudáfrica, más de la mitad de las mujeres del estudio se mostraron dispuestas a pagar lo mismo que por el preservativo masculino.

Lewnes (1996), refiere que un aspecto importante derivado de la investigación de la aceptabilidad guarda relación con la demanda del producto que esa



investigación genera. Si el producto es considerado aceptable o deseable como ocurrió en muchos de los estudios aquí citados tanto las mujeres como los hombres pedirán a su ministro continuado.

En un grupo de mujeres de Papua Nueva Guinea, el 95% manifestaron que empleaban el preservativo femenino cuando podían conseguirlo. En Kenya y Uganda se obtuvieron resultados parecidos. Si bien en algunos estudios se ha detectado una actitud contraria al preservativo femenino, el balance global es favorable al método entre quienes lo usan y consiguen utilizarlo con comodidad. Como se señaló anteriormente son pocos los estudios en que se ha examinado la aceptabilidad del método a largo plazo. No obstante, es importante subrayar que, puesto los aspectos positivos y negativos del preservativo femenino revelados por los estudios de aceptabilidad son:

- Aumentar la estimulación sexual; calidez.
- Las mujeres adquieren poder y control.
- Ofrece la oportunidad de hablar sobre el sexo, los embarazos y las ETS/VIH.
- La inserción y utilización resultan más fáciles con el tiempo y la experiencia.
- La lubricación atenúan el dolor durante la relación
- Sensación de extrema limpieza tras su uso.
- No constrictivo (a diferencia del preservativo masculino)
- Falta de olor y de sabor.
- Menos riesgo de deslizamiento o ruptura que en el caso del preservativo masculino; más resistente que éste.
- Acepta múltiples formas de fabricación.
- Blando, textura no susceptibles de sequedad.
- La mujer se siente segura.
- Reduce el placer sexual.
- Inserción dificultosa, con la consiguiente frustración y el rápido abandono del método.
- Manejo incomodo



Interrumpe el galanteo. falta de espontaneidad requiere previsión / planificación.

Ruidoso

Elevado costo económico

Puede ser inadecuado en algunas posiciones.

Suscita sospechas de infidelidad; plantea cuestiones relacionadas con la confianza; puede provocar reacciones violentas por parte del hombre.

C. INFORMACIÓN GENERAL

Entre los diferentes métodos además de los mencionados en el acápite anterior existen los siguientes:

Los métodos de barrera se usan a menudo esporádicamente, como métodos provisionales o en combinación con otros métodos, no cabe considerarlos con los mismos criterios que, como por ejemplo, a los métodos de acción prolongada. Probablemente la continuidad del uso es mayor cuando se percibe un mayor riesgo de contraer ETS/VIH. Por ejemplo, en una población de parejas zambiana, en que uno de los miembros era VIH-positivo, se utilizaba el preservativo femenino en un 24 % y 23% de los coitos a los tres, seis y doce meses, respectivamente, sin disminución del porcentaje a lo largo del tiempo.

Se han realizado ya muchos estudios de aceptabilidad del preservativo femenino. Aunque los resultados son variados, puede decirse que el método es aceptable para algunas mujeres y hombres. Entre ellos figuran parejas que recurren a la planificación de la familia por primera vez, lo que indica que el preservativo femenino aumenta el uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ETS. Y no se limita a sustituir el preservativo masculino.

El hecho de ser el único método de doble protección que está a disposición de las propias mujeres lo convierte en una opción importante en todo entorno asistencial.



El fomento de uso de dos métodos por ejemplo, un anticonceptivo muy eficaz combinado con preservativos masculinos es difícil en muchas situaciones y puede suponer una carga mayor para la mujer y para el hombre que el uso de un único método que ofrezcan la doble protección. Aunque el uso de métodos de barrera es mínimo en comparación con el de la pildora, la esterilización en el mundo entero, esta situación está cambiando lentamente con la creciente aceptación del preservativo masculino.

No se prevé que el preservativo femenino modifique radicalmente las pautas de uso de métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades a corto plazo, pero si se presente al público de forma adecuada, puede ampliar las opciones reproductiva de mujeres y hombres. En la prestación de un servicio apropiado inciden directamente varios factores importantes respecto de un método nuevo y desconocido como el preservativo femenino: la promoción, la disponibilidad, la asequibilidad y el acceso. Ello significa que deben disponer de información no sólo los posible usuarios, sino también los responsables de las decisiones, los gestores de programas de servicios y los dirigentes y grupos comunitarios. Debe haber estrategias para obtener el producto y ponerlo a disposición del público a un precio razonable y por último, los posibles usuarios deben tener acceso al producto, junto con la información y el asesoramiento necesarios para utilizarlo correctamente.

Medidas y políticas coordinadas para promover la introducción del preservativo femenino en muchos entornos, los servicios de planificación familiar, salud de la madre y el niño y atención primaria se prestan por separado de los servicios relativos a las ETS/VIH. También la adquisición de medicamentos y de tecnologías y dispositivos médicos, inclusive los preservativos, suele efectuarse por separado. La adquisición permitirá la compra de grandes cantidades al precio más bajo posible.

Los esfuerzo encaminados a implantar el método en los programas de planificación de la familia son decisivos para lograr que el preservativo femenino



se perciba como un dispositivo que protege tanto contra el embarazo como contra la ETS. De ahí que deba elaborarse y respaldarse con los cambios de política necesarios, una estrategia para la adopción del método que pueda utilizarse tanto en los contextos de planificación de la familia o meramente de lucha contra el ETS/SIDA, como en otras situaciones.

La estrategia para la introducción del Programa especial PNUD/FNUAP/OMS (1997), Banco Mundial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana (HRP) ha elaborado una estrategia para incorporar métodos de regulación de la fecundidad en los programas de planificación de la familia teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, las posibilidades de prestación de servicios y la calidad general de la atención en los servicios prestados. El programa especial ha demostrado que la incorporación de cualquier método anticonceptivo debe planificarse y vigilarse con cuidado para asegurar que los servicios respondan a las necesidades de los clientes. Entre las actividades importantes del proceso de introducción figuran las siguientes:

- * Identificación de los factores que influyen en las pautas de selección y uso
- * potencial del producto
- * Comprensión de las perspectivas de los usuarios respecto al producto y a otros anticonceptivos, así como del sistema de prestación de servicios:
- * Determinación de las adaptaciones que es necesario efectuar en la prestación de servicios y en la gestión para proporcionar servicios de calidad

En relación con todos los métodos y la utilización de los resultados de esas actividades para elaborar estrategias nacionales encaminadas a asegurar la adopción y la posterior disponibilidad general del producto. Las experiencias han demostrado que estas actividades tienen más probabilidades de dar buenos resultados si son de carácter participativo, abarcan una amplia gama de sectores y



aplican un enfoque que tenga en cuenta todas las opciones de que dispone el usuario potencial. En ese contexto, el nuevo producto representa uno más de una serie de métodos anticonceptivos ofrecidos por los programas nacionales y no se promueve de forma aislada. Por consiguiente, el proceso de incorporación debe asegurar que el nuevo producto se incluya en el plan general de salud reproductiva del programa (o país) en cuestión, en el material de información, educación y comunicación y en los sistemas lógicos y de distribución.

a. Pasos que hay que seguir para una apropiada adopción de este método

a.1. Paso No.1

Evaluar las necesidades de los usuarios y la capacidad de prestación de servicios, una evaluación inicial de las necesidades de información y servicios de los clientes, de los requisitos reglamentarios y de la capacidad de prestación de servicios pueden proporcionar la información necesaria acerca de la necesidad del preservativo femenino y contribuir a orientar la elaboración de un plan de adopción.

a.2. Paso No. 2

Genera apoyo a la introducción del preservativo femenino, para ello se requiere la participación, desde el inicio de la planificación del proceso, de diversos grupos que abarcan desde los principales responsables de las decisiones y los gestores de programas de servicios hasta los dirigentes comunitarios, los grupos de mujeres y otros grupos pertinentes. A tal fin hay que disponer de información científica clara, que debe, sin embargo, adaptarse a los diferentes auditorios. El proveer de información a hombres y a mujeres es fundamental, particularmente por la importancia que habrá que atribuir a la comunicación y negociación entre los miembros de la pareja.



Un grupo de organismos, entre ellos el ONUSIDA, HRP, Family Health Internacional de Planificación de la Familia, están preparando una carta de material informativo para la promoción y la apropiada adopción del preservativo femenino.

a. 3. Paso No. 3.

Asegurar la disponibilidad del producto no sólo debe disponerse de suministros para iniciar la actividad de adaptación sino que también deben establecerse los arreglos necesarios para la entrega sostenida del producto una vez sostenida del producto una vez terminado el proceso de adaptación. Ello puede lograrse aprobando la asignación de fondos públicos para la compra, con vistas a la distribución gratuita o subvencionada, mediante un apoyo garantizado por los donantes o a través del sector comercial.

a.4. Paso No. 4.

a.4.1 Elaboración de un plan de distribución:

Además de los puntos normales de prestación de servicios del programa de planificación de la familia, como los dispensarios de SMI/PF y los sistemas de distribución de base comunitaria, así como de los dispensarios de ETS/MIH, debe estudiarse la posibilidad de distribuir el preservativo femenino y masculino, por una serie de otros canales. Entre ellos figuran los profesionales de la salud privados, las farmacias, los programas de comercialización social y los dispensarios escolares los resultados de la evaluación (paso1) de las necesidades y percepciones de los posibles usuarios, de las ideas de los proveedores, de los reglamentos locales y de los canales de distribución existentes para los preservativos masculinos ayudarán a definir los canales de distribución que puedan ser apropiados en un determinado entorno. Una vez seleccionados esos canales de distribución, deben establecerse mecanismos para asegurar la constante disponibilidad del producto (por ejemplo, mediante el sistema logístico existente



para los anticonceptivos). Además, deben actualizarse los sistemas de registro para que influyan el preservativo femenino.

a.5. Paso No. 5

a.5.1. Adiestrar a los proveedores:

Antes de ofrecer el preservativo femenino o el masculino a los clientes, es necesario adiestrar a los proveedores en las cuestiones relacionadas con el suministro del "dispositivo", incluidas las necesidades de asesoramiento especial de los y las posibles clientes. Las mujeres con experiencia en el uso del método suelen ser las más adecuadas para prestar ese asesoramiento. Un aspecto de importancia vital es que los proveedores traten a los y las adolescentes con respeto y mantengan una actitud neutra mientras prestan servicio. Este adiestramiento ofrece la oportunidad de mejorar los conocimientos y la competencia de los proveedores respecto a otros métodos anticonceptivos, así como la evaluación de riesgos, el diagnóstico y la gestión de las ETS.

La información sobre planificación de la familia, prevención de las ETS y atención primaria de salud, con inclusión de todos los cursos básicos y de actualización para los proveedores de servicios. En el marco de los programas de planificación de la familia debe facilitarse información equilibrada y objetiva sobre todos los métodos disponibles, y el preservativo femenino debe presentarse como uno más de los diversos métodos entre los que el posible usuario puede libremente elegir.

a.6 Paso No.6

a.6.1. Atender las necesidades de información:

Para que el método constituya efectivamente a reducir los embarazos no planificados y las ETS, mujeres y hombres deben saber que una de las opciones disponibles es el preservativo femenino. En lo que respecta a las mujeres un cauce importantísimo para proporcionarle información básica sobre la



disponibilidad del método son las visitas regulares a centros de planificación de la familia o de atención de salud. La información puede proporcionarse verbalmente durante la labor de asesoramiento o por escrito (mediante folletos informativos o carteles en las salas de espera). Los y las adolescentes que desean utilizar el preservativo necesitan información más específica en lo que respecta a su eficacia, seguridad, el uso correcto y los problemas que puede plantear su utilización. Lo ideal es que esta información se proporcione a todos los clientes durante la labor de asesoramiento y en forma de material escrito, redactado en términos sencillos, que el cliente pueda llevarse a casa.

Pero también se necesitan otros mecanismos para informar a hombres y mujeres sobre el preservativo femenino. Puede recurrirse a los medios de comunicación (televisión, radio, periódicos y revistas); a campañas de publicidad; al factor tradicional (como las canciones y el teatro local) o a debates en la comunidad, la escuela o los grupos de mujeres de la localidad.

La información recabada en la evaluación del paso 1 sobre de los lugares en que los clientes obtienen información puede ayudar a determinar las estrategias de comunicación apropiadas. La participación de la comunidad en la provisión de información mejorará probablemente los resultados del proceso de adopción del preservativo femenino. Mediante información apropiada debe lograrse que el preservativo femenino no se considere un método utilizable sólo en el contexto de la actividad sexual pagada o ilícita, o destinado sólo a la prevención de ETS. Además la disponibilidad del preservativo femenino y del masculino, como método de planificación de la familia puede permitir a los y las adolescentes presentar el dispositivo a sus parejas como un producto anticonceptivo y no como un medio para prevenir las ETS.



a.7. Paso No. 7

a.7.1. Oferta del producto:

Una vez terminados los pasos, el preservativo puede comenzar a ofrecerse mediante los diversos mecanismos establecidos para la distribución de anticonceptivos y por conducto de otros servicios de salud.

a.8. Paso No. 8

a.8.1. Vigilar y evaluar los servicios:

Mediante la vigilancia y supervisión continuas del suministro y la investigación más a fondo de los puntos de vista de los y las usuarios, así como de la presentación de servicios pueden determinarse las adaptaciones, educación, comunicación y en otros aspectos de la provisión del preservativo femenino o masculino, antes de la adopción más amplia del método en todo el país.

Las actividades de evaluación deberían comprender la determinación de las percepciones y experiencias de los usuarios y los proveedores con respecto al uso del preservativo, así como de los canales de prestación de servicios por los que se suministran. El costo del preservativo femenino es superior al del preservativo masculino de látex. Ello se debe a que el poliuretano es más caro que el látex, ya que el proceso mismo de fabricación se reduzcan en el futuro, probablemente el preservativo femenino siga siendo siempre más caro que el masculino. En los países desarrollados en que está disponible, el precio en el sector privado oscila entre US\$ 2 y US\$ 3 por preservativo. En los países en desarrollo en virtud de un programa negociado entre la Female Health Company y el ONUSIDA, (Dellabett, 1997) que se basa en la compra garantizada por los países participantes para 1997, el precio en el sector público es inferior a US\$1. Al aumentar la demanda, el precio debería bajar.



Las tentativas de estimar el valor económico de los diferentes métodos anticonceptivos indican que, desde un punto de vista meramente anticonceptivo, los métodos de acción prolongada, como la DIU, la vasectomía, los implantes y los anticonceptivos inyectables, son los más eficaces en relación con el costo de un país como los Estados Unidos de América.

Estimar el ahorro de costos en el caso de los métodos que ofrecen la doble protección es, desde luego, más complejo, hasta ahora no se dispone de estimaciones satisfactorias para las poblaciones en que la prevalencia de las ETS, incluido el VIH es relativamente alta. Un modelo para calcular la eficacia en la relación con el costo y los beneficios de los métodos de protección doble debería incluir no sólo el costo de evitar el embarazo y el de evitar una ETS y su tratamiento, sino también los costos de discapacidad evitados (la pérdida de productividad económica) y los costos para la sociedad de la muerte por SIDA de un adulto joven (mujer u hombre). Estos elementos deberían calcularse por separado para los diferentes países. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, no obstante la incidencia general baja de las ETS en la población, se estima que cada año se juntan aproximadamente US\$ 17000 millones en el tratamiento de esas enfermedades (apenas uno de los elementos que se han de considerar), cifra que incluye US\$ 7 millones para tratar las infecciones por el VIH. Los esfuerzos para prevenir la infección en los países con una incidencia mayor serían probablemente muy rentables (Dellallett, 1997)

En la disponibilidad actual el preservativo femenino está disponible actualmente, en los sectores privado y público, en los Estados Unidos de América, la República de Corea, Sudáfrica, Tailandia y muchos países de Europa Occidental. Los resultados han sido variados. Por ejemplo, la República de Corea ha demostrado ser un importante mercado de prueba para el preservativo femenino

En Junio/Julio de 1995 se lanzó el método en el sector privado, concentrándose la campaña en la educación de los profesionales y en las clínicas privadas. En la



primera fase se distribuyeron sólo 200.000 dispositivos. Pero desde que el método se pudo a disposición del sector público en abril de 1996, los pedidos exceden ahora a 200.000 unidades por mes. Los estudios de mercado realizados en Gran Bretaña indican que el 1% de las mujeres de 18 - 45 años de edad utiliza el preservativo femenino como principal método anticonceptivo. Esta cifra es comparable a la del uso del diafragma; entre el 18% y el 24% de las mujeres de este grupo de edad recurren al preservativo masculino y el 22% utiliza la pildora anticonceptivo oral.

La Female Health Company ha notificado que ha venido más de tres millones de preservativos femeninos en los Estados Unidos de América desde que se inició su comercialización en 1994. Los principales mercados son los centros de planificación de la familia, pero ahora está aumentando el interés en el ámbito de los programas de prevención del VIH/SIDA. OPS La mujer y la infección y el V.I.H sida (1999).

La fundamentación de la necesidad de promover la adopción del preservativo masculino o el femenino, desde el punto de vista de la salud pública es evidente, ya que se trata de un método que ofrece protección tanto contra el embarazo como contra las enfermedades de transmisión sexual. En todo el mundo, muchos adolescentes han expresado su insatisfacción con las opciones anticonceptivas actualmente disponible ya sea no utilizándolas o suspendiendo su uso. Los mensajes transmitidos por la iniciativa de prevención del SIDA, monogamia mutua, reducción del número de parejas y su uso sistemático del preservativo masculino, resultando a menudo difíciles de aplicar, especialmente cuando los y las adolescentes no tienen control sobre sus relaciones sexuales.

Los datos preliminares indican que el preservativo femenino y el masculino tienen una eficacia anticonceptiva del mismo orden que los otros métodos de barrera. Los desgarros o la desintegración del preservativo femenino son raros. Sin embargo, al igual que en el caso de todos los demás métodos de barrera y de



algunas preparaciones hormonales, la eficacia depende en sumo grado de que el uso sea sistemático y correcto. Se necesitan más investigaciones sobre la eficacia anticonceptiva y sobre cómo reducir los fallos del usuario, a fin de mejorar los conocimientos y la confianza en este campo.

Se ha demostrado que el uso del preservativo femenino y masculino contribuye a crear en la mujer y en el hombre un sentido de responsabilidad, especialmente si está respaldado por actividades de educación e información.

b. Promoción:

El primer paso para fomentar la adopción de una tecnología nueva como la del preservativo en general, es facilitar información a una amplia gama de grupos, inclusión de las autoridades decisorias, los gestores de programas, los dispensadores de servicios, los dirigentes comunitarios y los grupos de mujeres y de jóvenes. Todos ellos deberían participar en la planificación de la estrategia para fomentar la adopción de este método anticonceptivo.

Las personas deben saber que es el producto y dónde se puede obtener. Hay que poner material informativo a disposición de todas las mujeres y hombres adolescentes de la comunidad, presentándolo de manera que estimule el debate entre las parejas y ponga de relieve el papel que el preservativo femenino puede desempeñar en la prevención de la transmisión de las ETS/VIH y del embarazo.

b.1. Disponibilidad:

Al planificar el proceso de adopción del preservativo, ha de prestarse atención al aspecto de la provisión sostenible del producto. Ello puede lograrse aprobando la asignación de fondos públicos para la compra, mediante un apoyo garantizado por los donantes o a través del sector comercial. Los donantes de los programas de



planificación familiar y de ETS/VIH pueden estar dispuestos a comprar el preservativo o ayudar a subvencionar el precio al consumidor.

En los países desarrollados, el preservativo femenino se vende en las farmacias a un precio que varía de US\$ 2,00 a US\$ 3,00 por unidad. Para el sector público de los países en desarrollo se ha negociado un precio especial de menos de US\$ 1,00. A medida que aumente la demanda, este precio debería disminuir. Sin embargo, como el poliuretano es más caro que el látex, es probable que el preservativo femenino siga siendo más caro que el preservativo masculino látex. Actualmente se recomienda que cada preservativo femenino se utilice una sola vez, al igual que el masculino. Se están realizando estudios para evaluar la viabilidad y seguridad de la reutilización con objeto de reducir el costo para la o el usuario. Revista mujer y el V.I.H sida (1996).

b.2. Acceso:

El preservativo puede distribuirse por una variedad de causas, incluidos los dispensarios de planificación de la familia, los servicios de ETS/VIH, los profesionales de la salud privados, las farmacias, los programas de comercialización social y los dispensarios escolares. Hay que establecer sistema para asegurar que los causas de distribución dispongan en todo momento del producto. Por ejemplo, en el sector público pueden utilizarse para la adquisición y el suministro los sistemas logístico ya existentes para los anticonceptivos a los medicamentos esenciales.

c. Adiestramiento:

Es necesario adiestrar a las personas que ofrecerán el preservativo femenino con el fin de que lo presenten de manera positiva, técnicamente correcta y culturalmente acertada. El adiestramiento debe hacer hincapié en cómo utilizarse el preservativo femenino, en su eficacia y en como los proveedores pueden ayudar



a las mujeres a negociar el uso del preservativo con sus parejas. La aceptabilidad y el uso del preservativo femenino o masculino y para facilitar el diálogo entre los adolescentes, mujeres y hombres sobre las cuestiones sexuales.

En los servicios de atención de la madre y el niño, en la planificación de la familia, los proveedores deben estar adiestrados para evaluar el riesgo de las personas de contraer ETS / VIH y dispuesto a hablar de esos asuntos con sus clientes. En los dispensarios de ETS, los proveedores deben estar preparados para dialogar con los clientes sobre sus intenciones en materia de producción y para ofertarles el preservativo masculino o femenino junto con otros anticonceptivos de barrera. Además, deben ser capaces de remitir a los clientes a los centros apropiados para acceder a otros métodos de anticoncepción. La adopción del preservativo femenino puede considerarse como un paso hacia un enfoque más integrado de la salud reproductiva.

d. Beneficios para las mujeres:

Esta declinación en la fecundidad ha significado enormes beneficios para la salud de las mujeres. La prevención de los embarazos no deseados reduce la mortalidad y morbilidad materna al disminuir la innecesaria exposición a los riesgos del embarazo y del parto. Cuanto más alta la tasa de mortalidad materna prevalente y la prevalencia del embarazo indeseados, tanto más altos serán los beneficios de la anticoncepción para la salud. Y cuando no existen facilidades para la terminación sin riesgo del embarazo, el impacto de la anticoncepción sobre la salud de las mujeres será aún mayor.

La OMS (1997) ha estimado que la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo promedio 450 por 100.000 nacimientos o sea aproximadamente una muerte materna por cada 220 nacimientos. Los estimados sugieren que en los países en vías de desarrollo hoy en día, se está salvando la vida de una mujer en cada 100 gracias a la planificación familiar. Desde luego, éste es un estimado



muy crudo, ya que es posible que las mujeres que están usando anticoncepción pudieran encontrarse en menor riesgo de muerte materna, gracias a menores condiciones socio económicas o mejor acceso a servicios de atención de la salud. Beneficio para los niños. La planificación familiar también conlleva beneficios para los niños. Debería ser derecho de todo niño nacer deseado y nacer cuando las condiciones son óptimas para su supervivencia, su crecimiento y su desarrollo sano. Menos nacimientos, más espacios uno de otro, permiten a las madres más tiempo para amamantar a sus niños y para su destete. La calidad de la atención de los niños, que comprende juego y estímulo así como la salud y educación, mejora inevitablemente cuando los padres invierten más tiempo, energía y dinero en la crianza de los hijos en una familia menos numerosa.

d.1. Consideraciones demográficas:

El ejercicio de la elección libre e informada del tamaño y el espaciamiento de la familia es un derecho humano, pero también es necesidad para el desarrollo. Las últimas proyecciones medias (más probables) de las Naciones Unidas indican una población mundial de 8,5 millones de habitantes para el año 2025, y 10 millones para el año 2050. En la próxima década, la población del mundo aumentará en razón de un promedio de 93 millones de habitantes cada año, el incremento más alto en la historia. Casi todo este crecimiento se producirá en África, Asia y América Latina (OPS/OMS, 2001).

Es posible que estos estimados sean demasiado optimistas. Las proyecciones altas de las Naciones Unidas sugieren cifras que podrían llegar a los 12,5 millones de habitantes para el año 2050, y a 28 millones un siglo más tarde. La diferencia entre la proyección media y la alta en el año 2050 es de 2,5 millones de habitantes igual a la población total del mundo en momentos de fundarse la IPPF. Es importante observar que, después del año 2000, las proyecciones divergen cada vez más agudamente. Esto significa que debemos actuar ahora mismo. Si



las tasas de crecimiento han de bajar en las décadas siguientes, es preciso que la fecundidad baje en esta década.

La comunidad internacional es bien consciente de esta realidad. En 1989, la reunión del Foro Internacional sobre la Población en el Siglo XXI celebrada en Amsterdam adoptó la proyección media como meta para el año 2000. A fin de poder alcanzar esta meta, será necesario que la prevalencia anticonceptiva en los países en vías de desarrollo se eleve de 387 millones a 567 millones de usuarios un aumento del 500% en el espacio de 10 años. Significa llevar servicios de planificación familiar a más de un millón de parejas durante la década. Y aún entonces, la prevalencia anticonceptiva sólo habrá aumentado del 51% al 59% pero estaremos encaminados por un buen camino (I.P.P.F, 1993).

d.2. Prevención de las muertes maternas:

Estas consideraciones demográficas muestran que es preciso hacer más para salvaguardar el futuro; pero la provisión deficiente de planificación familiar está causando grandes penurias para los individuos aquí y ahora. La planificación familiar, a través de los preservativos pueden prevenir muertes en la actualidad.

Las encuestas demográficas y de salud sugieren que por lo menos 100 millones de parejas o personas en los países en vías de desarrollo desean usar anticoncepción pero no pueden obtenerla. Como resultado, cada una de estas parejas podrá tener un promedio de dos nacimientos indeseados o sea un total de 200 millones de nacimientos para los 100 millones de parejas. Pero por cada 100.000 niños que nacen en países en vías de desarrollo, 450 mujeres mueren. Esto significa que el número total de muertes maternas entre mujeres que carecen de los medios para prevenir los embarazos indeseados probablemente exceda los 90.000 (PROFAMILIA, 1999).



Muchas mujeres que carecen de anticoncepción recurrirán al aborto para controlar el tamaño de su familia, a menudo con resultados trágicos. Más de 200.000 mujeres mueren cada año a causa de las consecuencias de un aborto realizado en condiciones de riesgo. El movimiento de mujeres para mujeres, con las metas de salud reproductiva para todos y embarazo por opción y no por azar. Estas aún no son realidades para todas las mujeres.

d.3 Métodos anticonceptivos seguros y aceptables:

La piedra angular del éxito en planificación familiar:

En 1952, las parejas que deseaban practicar anticoncepción dependían de métodos inconvenientes, con altas tasas de falla de condones, diafragmas, espermicidas o retiro. En ciertos países podía obtenerse un dispositivo intrauterino durante algún tiempo, el anillo de Grafenberg, pero no se usaba extensamente. La declinación en la fecundidad en los países en vías de desarrollo ocurrida en las últimas décadas no hubiera podido lograrse sin el uso de nuevos métodos anticonceptivos. El desarrollo de anticonceptivos seguros, eficaces y convenientes fue un paso esencial en permitir a las parejas y los individuos pudiesen alcanzar el tamaño familiar deseado (OPS/OMS, 2001)

La calidad de los servicios anticonceptivos que provee a través de las asociaciones de planificación familiar. Desde 1980, la calidad de estos servicios ha sido supervisada por el Grupo Internacional para Asesoramiento Médico, integrado por ocho a 10 reconocidos expertos mundiales en materia de planificación familiar (PROFAMILIA, 1999).

Es notable que, en los países en desarrollo, los métodos relativamente nuevos la esterilización, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos orales sean ahora los métodos más populares. Todos ellos son métodos sumamente eficaces: en los países en desarrollo, donde la falla anticonceptiva potencialmente puede resultar en importantes riesgos para la salud, la eficacia del método es una alta



prioridad para las mujeres. En las naciones desarrolladas, en cambio, de ser necesario, las mujeres pueden usar métodos eficaces porque disponen de servicios de aborto seguro y los riesgos vinculados con el embarazo y el parto son mínimos.

d.4. La eliminación de las restricciones legales y comerciales.

Algunos países tienen restricciones que impiden la fácil importación o uso de condones. Algunas leyes pueden prohibir totalmente el uso de condones o restringir su uso únicamente a parejas casadas.

Pueden existir restricciones en cuanto a hacer publicidad, anunciar, suministrar o proveer condones. La publicidad a través de los medios de difusión puede resaltar más si se utilizan anuncios genéricos de productos y no de marca.

En 1990, la Asociación de Planificación Familiar Irlandesa fue multada por vender condones en una tienda de discos. Las leyes Irlandesas sólo permiten la obtención de condones a través de farmacias, médicos y clínicas de Enfermedad de Transmisión Sexual y Planificación familiar. El lograr la modificación de esa ley está llevando años.

En algunos países, el portar condones puede ser considerado como prueba legal de prostitución y motivo de arresto y enjuiciamiento. El caso de una turista que fue arrestada en la sala de aduanas de un aeropuerto español por llevar condones, recibió amplia cobertura no hace mucho. Las trabajadoras del sexo se enfrentan a este tipo de arrestos y acosos día a día.

Restricciones comerciales como los altos impuestos a la importación aumentan mucho los precios. En México, los impuestos a la importación de condones, eran del 45 por ciento en 1988. Hacia 1991, habían sido reducidos en tres etapas hasta llegar al 10 por ciento. Los retrasos burocráticos para autorizar la entrada



de productos pueden ocasionar que los condones permanezcan almacenados durante meses, en los depósitos de las aduanas y terminen deteriorándose.

d.5. Innovaciones en lo referente a las marcas de los condones, sus empaques y método de promoción.

Las figuras públicas pueden desempeñar un papel crucial en cuanto a promover el uso de condones y anticonceptivos. En 1991, El Presidente Museveni de Uganda ofreció una declaración pública promoviendo el uso de condón, que recibió amplia cobertura de todos los medios de difusión y se esperaba ejerciese una gran influencia. Con mayor anterioridad, el Presidente Kaunda de Zambia habló abiertamente sobre el tema, cuando su familia se vio personalmente afectada por el SIDA (Hotcher, 1989).

Los condones se han comenzado a adquirir en Paraguay desde que la Iglesia Católica comenzó a hablar en su contra. Como lo expresa un experto en relaciones públicas, cualquier tipo de publicidad es mejor que carecer de la misma. Los autores e intérpretes de canciones han participado en campañas en muchos países. En el caso de los comediantes, el campo de la sexualidad es una fuente inagotable de humor a la cual se le puede sacar buen provecho (Hotcher, 1989).

Naná la dueña de un centro nocturno Uruguayo, hizo la sugerencia ante el gobierno de su país de que las celebridades del mundo deportivo, cantantes, artistas y muchos otros personajes públicos apareciesen en la televisión y en anuncios para promover el uso del preservativo, utilizando el eslogan creado por ella: "Camisinha, por favor". Nana opina que los áridos términos normalmente utilizados para denominar al "condón" no alientan a mucha gente, particularmente a las mujeres que se consideran respetables, ella propone que se le de al condón una nueva imagen por medio de un nombre más simpático y atractivo. En Brasil, se ha promovido el uso de la palabra "camisinha" (que



significa manguita. Mantita o forrito) y el término ha pasado a ser bien conocido en América Latina (OPS, 1999).

El nombre de la marca "Durex" es utilizado con frecuencia para denominar al condón. Investigaciones sociales realizadas en relación al condón han llevado a la creación de otros nombres y empaques atractivos, acompañados de sofisticadas campañas de promoción. Por ejemplo, el nombre de la marca prudence ha pasado hacer el término genérico para denominar al condón en el África de habla francesa (Hotcher, 1989).

A la hora de decidir que marca van a comprar, los hombres en Barbados y Santa Lucía se guían en la mayoría de los casos por las recomendaciones de los amigos. Pero también influyen la publicidad, el empaque y el precio. La mayoría de los hombres han utilizado cuatro o cinco marcas distintas, algunos han utilizado hasta doce marcas. Los anuncios de condones han sido diseñados para atraer a sectores específicos de la población utilizando a veces distintos mensajes para cada uno de ellos. Muchas campañas utilizan carteles, calendarios de bolsillo, portavasos, etiquetas adhesivas, insignias y camisetas con logos y lemas, al igual que el empaque de los propios condones, así como la distribución de folletos." (Hotcher, 1989).

En el Caribe, amplias investigaciones realizadas por una agencia de planificación familiar en relación a los temas e imágenes que podrían resultar culturalmente apropiadas condujeron a una campaña que tomó como punto de enfoque el estilo de vida, en lugar del SIDA, la planificación familiar o el comportamiento relacionado con la salud. El tema sobre el cual estaba basada la campaña era: "Condomes...porque a ti te importa". Se puso énfasis en los aspectos positivos, interrelacionales y sociales, por medio de imágenes en los empaques de exhibición del producto, los símbolos de los condones y los carteles de promoción.



El número de mujeres que adquieren condones ha aumentado, por lo tanto, la publicidad y las campañas han comenzado a dirigirse también a la mujer. "Marcas como "Mates" ("Colegas") del Reino Unido, atraen a ambos sexos, dependiendo del empaque. Sin embargo, son pocas las marcas de condones que cuentan tanto con nombres como empaques que atraigan principal o igualmente la mujer. De hecho, muchas marcas proyectan imagen muy masculina. El eslogan " Amor con prudencia" es un llamado al cariño, el cuidado y la responsabilidad, con el cual tanto mujeres" como pueden identificarse" sin embargo, todo logro, tiene una pantera al acecho (OMS, 1997).

Uganda, la marca "Protector" recibió ese nombre específicamente por un sonido masculino "las marcas japonesas se encuentran aquí los " Gigantes" y "Todopoderoso", el él resultan populares nombres como, "Rough Rider" (El Duro) y "Sultán". Los de estas marcas van dirigidos al sexo – masculino de dominación no contribuyendo en lo absoluto a investir de poder. La publicidad y el empaque no solamente deben resultar atractivos de forma culturalmente apropiada, sino que deben ir dirigidos a ambos sexos y a todas las preferencias sexuales(OPS/OMS, 1994).

No se ha considerado, hasta la fecha (2000) las posibilidades que ofrecería la promoción conjunta de anticonceptivos y condones, por ejemplo, en cada paquete de píldoras anticonceptivas se podría incluir un suministro de condones suficiente para un mes. Otros métodos anticonceptivos podrían ir acompañados de un folleto de promoción y de una muestra de condones.

d.6. El aumento en la venta de condones

Aunque las farmacias son el lugar más comúnmente utilizado para la venta de condones, ello no quiere decir que el cliente se vaya a sentir cómodo en ellas a la hora de adquirirlos. Una encuesta realizada en las farmacias de Concepción Chile, permitió observar que el 56 por ciento eran mujeres, mientras que el 86 por



ciento de los compradores eran hombres. El 44 por ciento de los dependientes de las farmacias dijeron sentirse incómodos cuando les preguntaban si vendían condones. Un doce por ciento dijeron sentir vergüenza (I.P.P.F., 1993)

El cuatro por ciento de ellos declararon que les hacían comentarios irónicos a los compradores. Cuando algunos voluntarios fueron a las farmacias haciéndose pasar por compradores, frecuentemente recibían miradas enjuiciadoras por parte del personal.

Si a los hombres los hacen sentirse incómodos,

¿Qué se puede esperar en el caso de las mujeres? El siguiente chiste se escucha en estos días en Paraguay:

Yo prefiero comprar guantes de cirujano en lugar de condones. No me da vergüenza pedirlos en la farmacia, los puedo usar diez veces y tengo toda esa cantidad de tallas distintas.

Desde hace cierto tiempo, la venta de condones en Japón se ha venido llevando a cabo a través de vendedoras de puerta en puerta, con el fin de llegar hasta las amas de casa durante el día y mientras los niños están en el colegio y el marido en el trabajo, las vendedoras también les enseñan a las mujeres como utilizar los condones.

En Zaire, se observó que los trabajadores del sexo y sus clientes navegaban en las barcas que cruzan el río Zaire. Los vendedores de Prudence[®] se trasladaron hasta los muelles y barcos, algunos de ellos incluso navegaron hasta el interior del país. Para instruir sobre la utilización del condón y mover su uso a lo largo del camino cada día se cuenta con una mayor variedad de puntos. Suministros accesibles para la venta y distribución gratuita de condones las farmacias, clínicas para pacientes externos y centros de salud, tiendas, hoteles y moteles, restaurante, peluquerías, supermercados, talleres mecánicos, transbordadores, escuelas, baños de mujeres y de hombres e instalaciones militares etc.



d.7. El aumento en la población en la distribución y disponibilidad de condones

En muchos países sólo se puede tener acceso a condones en las ciudades y a través de establecimientos comerciales, con frecuencia ocurre que los suministros no son consistentes.

La mayoría de los países en desarrollo importan los anticonceptivos y condones no los producen en cantidades suficientes como para cubrir la demanda nacional. La industria en todas partes para poder aumentar la producción, pero, para estar en capacidad de ofrecer suministros a la mayoría de las parejas heterosexuales y a los homosexuales que están utilizando condones a nivel mundial. Tendrían por otra parte, algunos países en desarrollo, que estar en capacidad de producir suficientes condones pero no de promover a Indonesia, por ejemplo, que es un exportador nacional de condones de alta calidad y cuenta con la mayor fábrica de condones del Sureste Asiático con una producción anual de 130 millones de condones, sin embargo el programa nacional de planificación familiar calcula que el índice de uso en el plan alcanza tan solo el 3 por ciento y los condones de alta calidad son caros (I.P.P.F, 1993).

Una de las consecuencias de escasez de condones es que quienes lo consiguen se dedican a venderlos para obtener ganancias excesivas, sin pensar en que es preferible garantizar su mayor uso. Esto sucedió en Indonesia entre los travestís trabajadores del sexo y de la industria del entretenimiento." Y en Brasil, Pro-Pater, una clínica para hombres, no ofrece condones gratuito por temor a que suceda lo mismo.



d.8. El mejoramiento del control de calidad de los condones

La mayoría de los países desarrollados exigen que los fabricantes lleven a cabo un proceso de control de calidad. Existen muchos estándares internacionales y nacionales pero es necesario que la gente identifique las marcas que cumplen con dichos estándares. Hace falta la creación de un símbolo internacional estándar fácilmente identificable.

Las marcas no probadas o defectuosas tienen que ser retiradas del mercado. Esto puede que no suceda en la práctica. Tras la realización en Australia de un estudio al azar, se descubrió que ciertos lotes de algunas marcas, con sello de aprobación, eran defectuosos. Es necesario efectuar inspecciones regulares.

En los países en desarrollo los sistemas de control operan de manera aún menos eficaz. Algunas de las marcas dentro del rango de precios más bajos pueden llegar a ser de muy mala calidad. En Indonesia, los condones más baratos al parecer se rompen con facilidad y despiden olor a gasolina. La retirada del mercado de los condones de inferior calidad sin que existan otras alternativas que los usuarios puedan costear crearia tantos problemas como los que se estaría tratando de solucionar.

d.9. La reducción del costo de los anticonceptivos y condones

Mucha gente no puede pagar el precio conjunto de anticonceptivos y condones de buena calidad. En los países en desarrollo, tener acceso a métodos anticonceptivos a precio asequible parece ser la excepción más que la regla. En general, menos del 50 por ciento de la población cuenta con acceso inmediato a una variedad adecuada de métodos a través del sector público o privado.

En Holanda, Francia, Noruega y Singapur, los métodos anticonceptivos y los condones están a la disposición del 100 por ciento de la población a través del



sector público y a bajo costo. En el Reino Unido, la seguridad social está obligada a suministrar métodos anticonceptivos gratuitamente, sin embargo, para la mayoría de los usuarios de métodos anticonceptivos del país el acceso a los condones bajo esta política es muy limitado e inexistente (OPS/OMS, 2001).

En otros países desarrollados, como los Estados Unidos una parte de la población cuenta con métodos anticonceptivos gratuitos a un precio subsidiado y el resto de los consumidores los adquieren a precios elevados. En algunos países en desarrollo, ciertos programas gubernamentales para permitir la adquisición de métodos anticonceptivos a bajo costo son subsidiados a través de los presupuestos nacionales y/o gracias a donaciones procedentes del Extranjero. En África. Hasta 1991, únicamente Botsuana, Burundi, Egipto y Marruecos ofrecían métodos anticonceptivos a bajo costo a más de 60 por ciento de la población. El porcentaje es considerablemente menor en la mayoría de los otros países (OPS/OMS, 2001).

Son muchos los países que quedan todavía por comprometerse a subsidiar los costos de los anticonceptivos o del condón. Al mismo tiempo, en aquellos lugares donde se cuenta con un considerable subsidio gubernamental, se está buscando la forma de reducir el mismo. Si se esfuerza a estos servicios a volverse económicamente autosuficientes, la mayoría de los métodos se podrían volver inasequibles para los pobres. Las investigaciones sugieren que el máximo que cualquier persona debería pagar por métodos anticonceptivos debería ser el uno por ciento de su salario (OMS, 1997).

En los países en desarrollo, el costo anual de las píldoras, DIU y condones opera de acuerdo a esta regla general, mientras que la esterilización femenina tiene un costo algo inferior al cinco por ciento del ingreso per cápita promedio. En algunos países en desarrollo, los precios son mantenidos a un nivel similar. Gracias a subsidios, en Bangladesh, por ejemplo, la mayoría de las parejas pueden adquirir anticonceptivos y condones (OMS, 1997).



Un gran avance sería la fabricación de condones masculinos y femeninos que sean lavables y se puedan volver a emplear, como es el caso con los diafragmas y el capuchón cervical. Antiguamente, algunos condones no eran desechables. Los mismos no resultarían aceptables para los estándares de hoy; eso no quiere decir que el concepto sea imposible de llevar a la práctica. Los condones no desechables serían preferibles desde el punto de vista ecológico y mucho más accesibles para aquellas personas de recursos económicos limitados.

Muchas mujeres han mostrado interés en el condón femenino, ya que parece ser un producto con gran potencial, además, que puede ser considerado como un valioso agregado a la lista de métodos de barrera disponibles actualmente y en un aspecto positivo hacia el sexo más seguro, no se trata del fin, es tan sólo el principio de este método de seguridad en los y las adolescentes.

En el documento de la mujer y la infección por el VIH / SIDA, (OPS, OMS, 1999), refiere que las prácticas sexuales de menor riesgo son las siguientes:

- Abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Mantener una relación monógama.
- Evitar el contacto íntimo cuando la pareja tiene heridas abiertas o una ETS.

Por lo antes descrito, es necesario que los trabajadores de salud, deben aconsejar a los y las adolescentes en general sobre las mejores maneras de disminuir el riesgo de contraer una infección sexual o de evitar un embarazo no deseado.

Aunque el condón puede asegurar una buena protección contra el embarazo, los datos indican una alta tasa de ineficacia es por causa de su uso inadecuado e irregular. Siendo la utilización correcta y regular del preservativo la condición básica más importante para asegurar su eficacia, otro factor determinante a tener



en cuenta es asegurar la integridad del preservativo, aunque solo se disponen de datos limitados, se estima que la rotura de este durante un contacto íntimo ocurre con poca frecuencia (1%), pero la probabilidad de ruptura se incrementa de manera significativa cuando el condón ha estado almacenado durante periodos prolongados de tiempo, en condiciones inadecuadas y por el uso de lubricantes inapropiados.

Los mismos factores que reducen la eficacia anticonceptiva del condón reducen también su efectividad en la prevención de la transmisión del VIH. Si el condón no se utiliza de la manera correcta durante cada contacto íntimo no puede prevenir la transmisión del VIH / SIDA.



CAPITULO III. METODOLOGIA

A. Área de Estudio.

Descripción del departamento de Masaya, lugar donde fue realizado el presente estudio.

B. Tipo de Estudio.

Descriptivo, analítico, retrospectivo.

Descriptivo: por describir los diferentes hechos acaecidos desde el inicio del método y de los diferentes momentos o situaciones que se han ido presentando desde su inicio, hasta llegar a obtener los resultados esperados.

Analítico: por el análisis sustantivo hecho de la forma más adecuada del proceso de tecnificación, para incrementar o mejorar la protección del individuo en la prevención de una enfermedad de contacto íntimo.

Retrospectivo: por el periodo de tiempo en que se estudio o se efectuó la investigación.

C. Universo

Lo representan (300) jóvenes de 13 a 18 años del departamento de Masaya.

Distribuidos de la siguiente manera:

Masaya - 108; Nindiri - 39; La Concepción - 36; Masatepe - 34; Tisma - 20; Niquinohomo - 18; Nandasmo - 15; San Juan de Oriente - 15 y Catarina - 15

D. Muestra.

La muestra fue conformada por los 300 adolescentes presentes en el universo de 13 a 18 años seleccionados de los nueve municipios del Departamento de Masaya, en el periodo de Octubre a Diciembre del 2,000.



Obteniéndose un 5% de la población total de 13 a 18 años de cada uno de los municipios.

E. Criterios de selección

- De 13 a 18 años.
- Procedentes de los Municipios del Departamento de Masaya.
- Independientemente sexo (masculino, femenino).

F. Criterios de exclusión

- Originario de otros SILAIS.
- Menor de 13 años y mayor de 18.

G. Procedimiento e instrumento

Seleccionados los y las adolescentes (se efectuó la invitación en general a más número de los necesarios en la encuesta del sexo masculino y femenino para que al momento de realizar el estudio estos asistieran en el número requerido), en dependencia de la población por cada Municipio, se efectuaron grupos focales, con lo cual se pretendía romper el hielo, es decir empezar por hablar del tema poco a poco, tratando de ir explicando las dudas concernientes al tema hasta lograr una participación espontánea, lo que sería de utilidad al momento del llenado de la encuesta, los grupos eran mixtos, entre las edades 13 a 18 años, la encuesta estaba conformada por todas las preguntas del estudio, para lo cual se diseñó un instrumento con todas las variables para cada uno de los acápites, dichas variables serán presentadas con el título de Operacionalización de Variables así como el instrumento usado se presentará en el capítulo de anexos.



H. Procesamiento de la información

Los datos para cada variable fueron introducidos en una base de datos previamente diseñada en EPI-INFO 6, utilizando los programas EPED, CHECK, ENTER y procesados usando los programas ANALYSIS Y STALCALC. Los resultados que este estudio de tesis arroje, serán presentados en forma de texto y con presentación tabular $n \times n$. Las tablas mostrarán la distribución usando frecuencias absolutas y relativas (en porcentaje). También se usaron gráficos de barra y pastel. Los métodos gráficos serán aplicados para lograr una clara comprensión de los resultados.

El levantamiento de texto es en Word 97. La retroalimentación con el Ministerio de Salud se efectuó en reuniones presentándose los resultados obtenidos.



I. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Cuantificación
Sexo	Diferencia física y cualitativo entre hombre y la mujer.	Masculino Femenino	Masculino % Femenino %
Procedencia	Sitio en el que habita con relación al área de estudio.	Municipios	Rural Urbana
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el fallecimiento Desde los 13-18 años	Años	13-15 años % 16-18 años %
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitario Técnico.	Completo Incompleto
Percepción	Acción de percibir, una idea, un crecimiento	Bueno Malo	Positiva % Negativa %
Ocupación	Condición que posee el individuo al disponer de un medio de subsistencia formal y/o informal	Estudia Trabaja	Si/no % Si/no %
Estado civil	Condición que le otorga al individuo la libertad de contar o no con una unión establecida	Casado Soltero Acompañado	Casados % Solteros % Acompañados %



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES (CONTINUACIÓN)

Variable	Definición	Indicador	Cuantificación
Farmacia	Lugar de expendio de medicamento	Numero de farmacia	Existe No existe
Información	Enterar, instruir	Si No	Adecuado No adecuado
Conducta	Modo de comportar de un individuo	Comportamiento	Bueno Malo



CAPÍTULO IV. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla No. 1 Frecuencia y distribución porcentual de personas encuestadas por

sexo

Total	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
300	165	55	135	45

Como puede observarse en la tabla y gráfico No 1 el mayor número de los jóvenes encuestados (55%) pertenecen al sexo masculino, lo cual vendría a corroborar la distribución por sexo que refiere el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, (1998)

Sin embargo el grupo que más prevaleció en la realización de estas entrevistas fue el masculino.

Otra característica propia, es que el grupo del sexo masculino puede proporcionar mayor información, por ser más expresivo y además de ser los que prácticamente han sido autorizados desde siempre para abordar cualquier inquietud relacionados con este tema, así como el poder de ser él quien pueda asistir a una farmacia, a un supermercado o inclusive a una unidad de salud a solicitar preservativos sin ningún sentimiento de culpa, actividad que las adolescentes expresaron no poder efectuar, por vergüenza, temor o por que simplemente consideran de que no es lo normal o debido, en pocas palabras es normal que el varón hable de sexualidad (preservativos) continua expresando el sexo femenino que no habla mucho o nada, por no considerársele apropiado, lo cual no es aceptado por la mayoría de ellos, ya que refieren que todos y todas tienen igual derecho a dar y recibir información adecuada y oportuna.



GRAFICO NO. 1

Frecuencia y Distribución porcentual de personas encuestadas por sexo

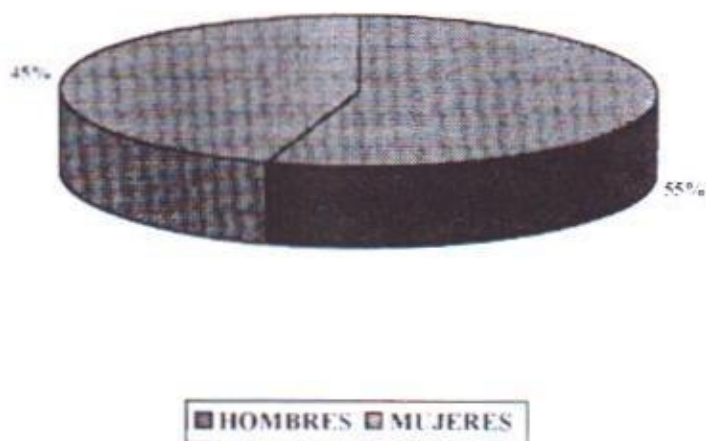


Tabla N.º 2 Frecuencia y Distribución porcentual de personas encuestadas por municipio

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Masaya	108	36%
Nindiri	39	13%
La Concepción	36	12%
Masatepe	34	11.3%
Tisma	20	6.6%
Niquinohomo	18	6%
Catarina	15	5%
San Juan de Oriente	15	5%
Nandasmo	15	5%
Total	300	100%



La mayoría de los jóvenes encuestados, como puede apreciarse en la tabla y gráfico No. 2, proceden del municipio de Masaya 36% (108). No obstante este no es un factor determinante para referir que estos adolescentes posean un nivel de conocimientos menor o mayor con respecto al uso o no de los preservativos, en relación con los jóvenes de los otros municipios que integran el departamento de Masaya.

En orden de participación le continúan Nindiri con 39 (13%) y la Concepción con 36 (12%).

Los municipios que presentaron el menor número de encuestados, fue por el índice poblacional de cada uno ellos.

Ya que se tomó de 5% de la población general correspondida en ese grupo etáreo, por cada municipio.

GRAFICO NO. 2

Frecuencia y distribución porcentual de personas encuestadas por municipio

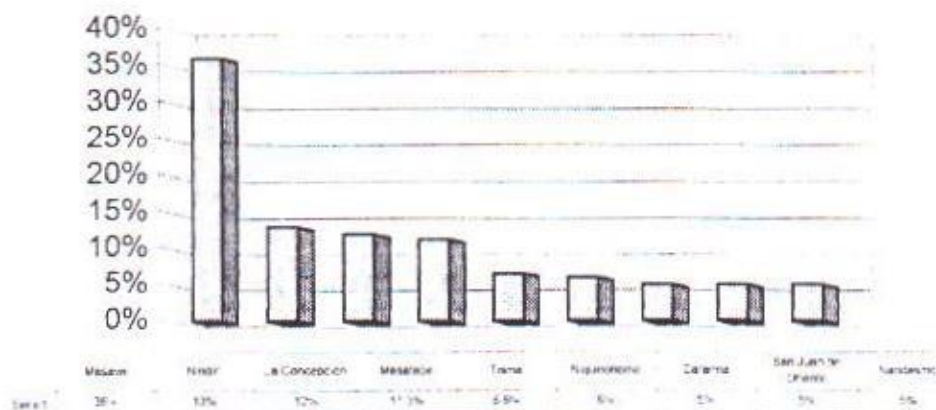


Tabla No. 3 Número y relación entre el sexo y la edad de las personas encuestadas

Edad	Total	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
13-15	127	53	17.66	74	24.66
16-18	173	87	29	86	28.66

La distribución por edades, muestra que el grupo está constituido principalmente por adolescentes de 16 – 18 años, 173 jóvenes encuestados (57.6%) le continúan los de 13 – 15 años con 127 (42.3%), tal como se indica en la tabla No 3.

A pesar de que el grupo de 16 – 18 años, representa el mayor porcentaje de entrevistas, este resultado no indica necesariamente, que sean ellos los que utilicen con mayor frecuencia los preservativos. Así mismo es posible deducir, que en los municipios donde se practicó esta encuesta, los encuestados son relativamente jóvenes.

La clasificación de los grupos, ubicados es la tabla No. 3 obedece a la que se encuentra en el código de la niñez y la adolescencia que reconoce como "adolescentes a los que se encuentren entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos". (situación de los derechos y responsabilidades de la niñez, adolescencia y juventud, pág. 9, Nicaragua, Diciembre 2,000)

BIBLIOTECA
U C E M



GRAFICO NO. 3

Número y relación entre el sexo y la edad de las personas encuestadas

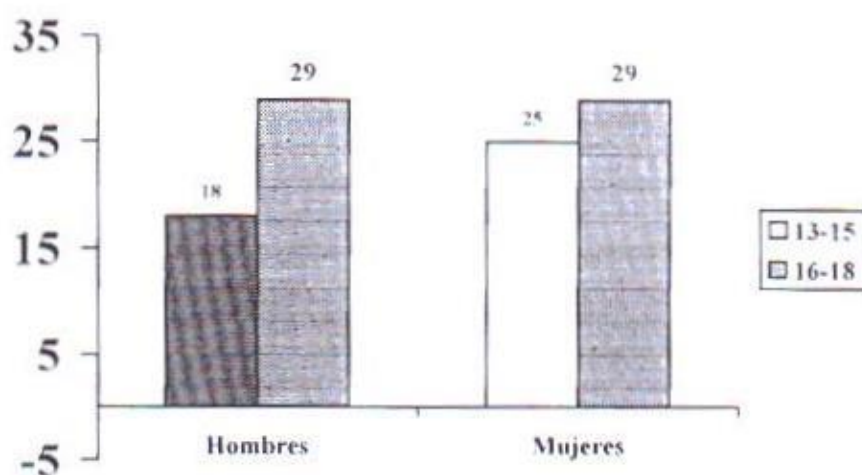


Tabla No. 4 Frecuencia y Actividad Principal que realizan los jóvenes encuestados

Ocupación	Total	Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estudio	161	145	48.33	16	5.33
Trabajo	23	18	6	5	1.66
Estudio y trabajo	18	13	4.33	5	1.66
Nada	98	50	16.66	48	16
Total	300	226	75.32	74	24.65

En la tabla No. 4 se ilustra la distribución de acuerdo a la actividad realizada por los adolescentes que un 53.6% (161 encuestados) estudian, se dedican únicamente a trabajar en un 7.6% (23 encuestados) y solamente un 6% (18 encuestados) realizan ambas actividades a la vez.

Es considerablemente notorio el porcentaje del 32.66% de la población adolescente encuestada que respondieron no efectuar alguna actividad.



Lo fundamental no es analizar si los jóvenes están incorporados a alguna actividad económica, lo importante es cuestionar por qué no lo están. Plantear así, de manera tan simplista, la problemática de desempleo que enfrentan los jóvenes permite profundizar en la esencia de este fenómeno, donde además la división del trabajo por diferencia de sexos que asigna tareas consideradas "propias" de la mujer, así como la falta de oportunidades para capacitarse y elevar su nivel académico y tecnológico son factores que obstaculizan la inserción de las jóvenes en las actividades económicas remuneradas. (Braddock, 1995)

El efectuar alguna actividad para los jóvenes es importante, pero el poder estudiar lo es más aún, esto se logró conocer a través del grupo focal, donde ellos, independientemente de la edad o del sexo, expresaron que el poder asistir a recibir educación los hace sentir mejor con su familia, con la comunidad y sobre todo con ellos mismos

GRAFICO NO. 4

Frecuencia y actividad principal que realizan los jóvenes encuestados



Tabla No. 5 Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados según grado de escolaridad.

Escolaridad Grados terminados	Total	Hombres		Mujeres	
		Completa	Incompleta	Completa	Incompleta
Primaria	203	136	-	67	-
Secundaria	79	55	-	-	24
Universidad	5	-	3	-	2
Técnico	9	-	9	-	-
Analfabeto	4	-	-	-	-
Total	300	191	12	67	26

En lo concerniente al grado de escolaridad, como se indica en la tabla #5, el mayor porcentaje 67.6% (203) le corresponde a la primaria concluida, 26.3% (79) a secundaria, 1.6% (5) a universitaria (iniciando), 3.0% (9) a los que están estudiando una carrera técnica y 1.3% (4) a los analfabetas.

En un estudio transcultural del acceso de adolescentes a la educación y a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, efectuado por Braddock y colaboradores para el Banco Mundial en marzo de 1995, refiere que a pesar de significativas diferencias culturales entre Nicaragua y Kenya, el estudio indicó que los obstáculos relacionados con el acceso a la información y los servicios para adolescentes son parecidos en los dos países, lo cual sugiere que ambos se basan tanto en problemas generales de la adolescencia, como en factores culturales específicos de cada país. Los jóvenes saben cuál es la información y los servicios que quieren y qué obstáculos impiden que los consigan. Conocen que les atrae y que pueden utilizar sin temor y sin castigos. Además de mucha energía para la vida.

A pesar de que en esta zona existe gran influencia de tradiciones culturales, como son las artesanías, se observa que la educación ocupa un lugar importante dentro de las familias, tratando los padres o responsables de los adolescentes que estos



a través de una continua y adecuada educación obtengan los mejores beneficios económicos, sociales, así como el poder aspirar a niveles académicos superiores, según lo referido por los adolescentes entrevistados.

Tabla No. 6 Frecuencia y Distribución, según estado civil

Estado civil	Total	Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	216	108	36	108	36
Acompañados	49	23	7.66	26	8.66
Casados	32	7	2.33	25	8.33
Otros	3	1	0.33	2	0.66
Total	300	139	46.32	161	53.65

Como se puede observar en la tabla y gráfico No. 6, está claro que para todos los adolescentes encuestados el estado civil es muy importante, por no tener responsabilidades de mantener una familia y los que la tienen no analizan la responsabilidad que tendrían que asumir con este gran paso en su mayoría 216 (72%) refieren ser solteros, 49 (16.3%) acompañados, 32 (10.66%) casados y sólo 3 (0.99%) no tienen relaciones definidas.

Los y las adolescentes refirieron al momento de estar conversando durante la actividad de la investigación, que muchos prefieren ser solteros, por que eso les brinda mayores oportunidades de libertad en todos los aspectos, los y las casadas o acompañadas manifestaron que no se imaginaban que pronto tendrían tales responsabilidades, que al inicio de la relación todo parecía muy bonito, otros y otras expresaron que lo hicieron para poder considerarse importantes entre el núcleo familiar o de la comunidad, ya que esto les daba un mejor estatus social.

El vivir en familia es de suma importancia para los y las adolescentes, según sus propias expresiones, ya que esto los hace sentir queridos, especiales y con deseos de mejorar sus expectativas de vida; la integración de las familias deben ser considerada como una prioridad, no por que lo manifiesten los entrevistados.



sino por que de esa manera, por ejemplo, se pueden evitar los embarazos no deseados, así como también las enfermedades de transmisión sexual ya que con una buena educación y consejería se postergaría el inicio de una relación íntima de pareja. Pero además el habitar el hogar con personas mayores, no les permite a los adolescentes hacerse responsables de todas las obligaciones a que ello conlleva.

GRAFICO NO. 6
Frecuencia y distribución según estado civil

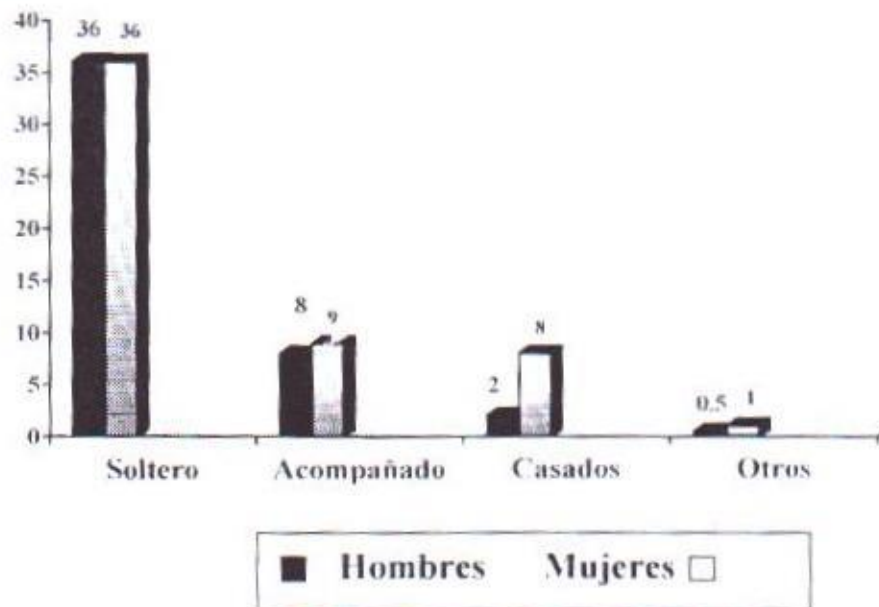


Tabla No. 7 Frecuencia y Relación Porcentual de los jóvenes encuestados, según sus conocimientos sobre los preservativos

Conoce sobre preservativo	Frecuencia	%
Si	97	32.3
No	203	67.6
TOTAL	300	100

Como se puede observar en la tabla y gráfico No. 7, los adolescentes encuestados expresaron que el 32.3% (97) han escuchado hablar de ellos (preservativos), pero esto no significa que tengan información científica, ya sea por haberla extraído de un documento o por que se la brindo algún profesional conocedor del tema, sino como bien refiere escucharon por algún medio de comunicación o amistades que existen los condones, pero sin mayores referencias y 203 (67.6%) no expresan conocer nada acerca de ellos ya sea de manera empirica o científica.

Según ONUSIDA, (1996). Los condones han adquirido legitimidad en Paraguay, desde que la iglesia católica comenzó a hablar en su contra, "como lo expresa un experto en relaciones públicas, cualquier tipo de publicidad es mejor que carecer de la misma", las figuras públicas pueden desempeñar un papel crucial en cuanto a promover el uso de condones y anticonceptivos. En 1991, el Presidente Museveni de Uganda ofreció una declaración pública promoviendo el uso del condón, que recibió amplia cobertura de todos los medios de difusión y se esperaba que ejerciese gran influencia.

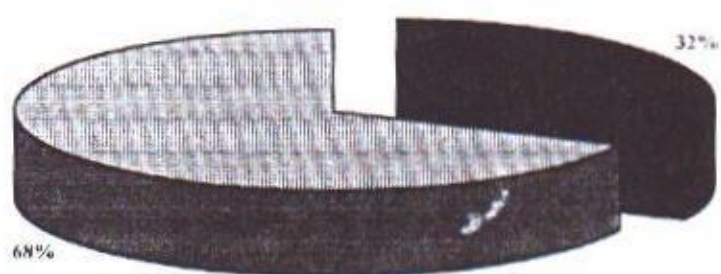
Algo que nos llamó la atención es que una gran mayoría de adolescentes han escuchado hablar del condón y además lo conocen, con lo cual se reafirma que toda persona tiene derecho a recibir información, pero que lo más importante es



que esta provenga de buenas fuentes, para que lo que ahí se exprese sea lo más adecuado, correcto y sobre todo fidedigno.

GRAFICO NO. 7

Frecuencia y relación porcentual de lo jóvenes encuestados, según sus conocimientos sobre los preservativos



■ SI □ NO



Tabla No. 8 Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados, según conocimiento del preservativo.

Lo conocen o han visto	Frecuencia	%
Si	97	32.3
No	198	66
No contesta	5	1.6
TOTAL	300	100

Hoy en día, el preservativo es el mejor método de protección contra las enfermedades de transmisión sexual y del VIH (OPS/OMS 1994)

Los adolescentes encuestados con relación al conocimiento de los preservativos expresaron que si lo conocen y lo han visto 97 (32.3%), no lo han visto, ni lo conocen 198 (66%) y no respondieron 5 (1.6%)

Es importante suministrar información y educación adecuada a los adolescentes, ya que estos constituyen un grupo prioritario. Además de recibir la información necesaria, es importante también, cuando sea posible suministrar los preservativos sin ningún costo económico. La promoción del condón dirigida a los hombres y las mujeres, debe realizarse fuera de los ambientes no adecuados, como por ejemplo, junto a los familiares, ya que esto impide que ellos puedan consultar sobre todas las dudas que se les presentan al respecto, cabe recordar, que en muchos países se logró incrementar el uso de condón mediante la distribución amplia y adecuada del preservativo como método anticonceptivo, mucho antes del comienzo de la epidemia del SIDA. Los preservativos se pueden distribuir en los lugares de trabajo, en los clubes en que se puedan desarrollar actividades educativas y recreativas después de las horas laborables.

GRAFICO NO. 8

Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados, según su conocimiento del preservativo



Tabla No. 9 Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados que han recibido alguna información sobre los preservativos.

Has recibido información	Frecuencia	%
Sí	72	24
No	228	76
TOTAL	300	100

Se encontró que de los 300 adolescentes encuestados, solamente 72 (24%) han recibido información sobre los preservativos y el 228 (76%) respondieron que no.

Refiere ONUSIDA (1996), que aunque el lugar más común utilizado para la información de la comercialización de los condones o preservativos, son los medios de comunicación, no quiere decir que el cliente quede bien informado o



aclarado todas sus dudas o interrogantes que sobre esta tema se presenten. Cabe recordar que los anuncios de condones han sido diseñados en su mayoría para atraer sectores específicos de la población utilizando a veces distintos mensajes para cada uno de ellos. La publicidad a través de los medios de difusión puede resultar más aceptable si se utilizan anuncios genéricos de productos y no de marcas.

Según la OPS, OMS (1994), en el texto Prevención del SIDA, de octubre de 1994 refiere que para brindar información adecuada, se requiere además un material pertinente al tipo de información, comunicación y educación, además de ser necesaria la elaboración de material educativo para la población analfabeta.

El grupo que ha recibido información corresponde al menos del 25%, de los adolescentes que son objeto del presente estudio, esto significa que aunque es importante la capacitación, la educación y la prevención, que en general pueden ayudar a los jóvenes a comprender mejor del porque de la utilización del presente método anticonceptivo y de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, esto no sucede siempre.

Hasta el momento se considera que la información no ha llegado a toda la población en general, independientemente del sexo, edad, religión, escolaridad, ya que no es el cien por ciento de los encuestados los que refieren haberla obtenido, ha pesar de ser estos una muestra de cada uno de los municipios que conforman el SILAIS Masaya y que a la vez puede ser una muestra aunque no muy representativa de lo que puede ocurrir a nivel nacional, en estos momentos en que el VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual son una amenaza constante, ante lo cual no se puede considerar como aceptable que sean pocos los que identifiquen los mejores métodos para prevenir estas afecciones.



GRAFICO NO. 9

Distribución y frecuencia de los jóvenes encuestados que han recibido alguna información sobre los preservativos

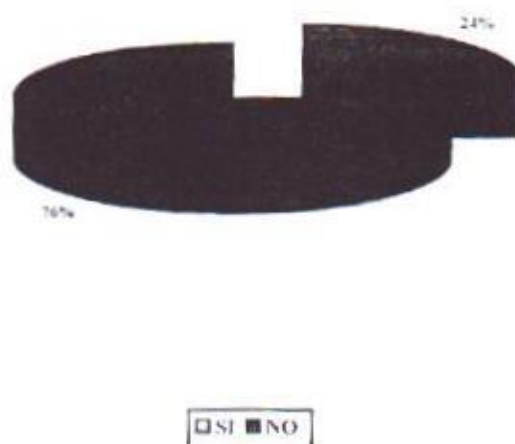


Tabla No. 10 Información recibida por los encuestados mediante algún medio de información

Medios de información	Total	Adecuada	Inadecuada
Colegio	12	7	5
Periódicos	2	-	2
Familia	1		1
Radio	9	6	3
Televisión	19	10	9
Amigo	4	1	3
Folletos y afiches	7	5	2
Farmacia	3	2	1
Unidad de salud	15	13	2
Total	72	44	28



Los medios de comunicación juegan un papel muy importante para los adolescentes encuestados que reciben información como se observa en la tabla y gráfico No. 10. El primer lugar le corresponde a la televisión con 19 (26.4%) , a las unidades de salud 15 (20.8%) a los colegios 12 (16%), y en un porcentaje muy bajo le siguen las farmacias 3 (4.2%), lo cual no coincide con el rol del farmacéutico.

La variedad de fuentes de información, no sólo son los amigos, no sólo son los medios de comunicación y servicios de salud, sino también instituciones usualmente más conservadoras, como los colegios y los miembros de la familia, incluyendo los propios padres, participaban, de una manera inesperada en la promoción del condón y en la instrucción sobre cómo usarlo. Continuo refiriendo que existe evidencia de una amplia voluntad de todas las instituciones, que potencialmente pueden ser de ayuda, de participar en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, del VIH/SIDA y de los embarazos no deseados, promocionando el condón o preservativo. Pero obviamente, un programa eventual dispondría de numerosas opciones para diseminar su mensaje (GTZ, 1999).

Se encontró que los planificadores de las actividades de información, comunicación y educación, no han asegurado adecuadamente que los mensajes o la información sobre el uso de estos métodos de planificación sean proporcionados en tiempo y forma a la población adolescente principalmente, así como a la población en general; por todos aquellos medios hablados, escritos o televisivos que los puedan brindar de una manera equitativa, para que sea aprovechada por los adolescentes, sus familiares y la población en general, permitiéndoles de esta manera la toma de sus propias decisiones en tiempo y forma, oportuna y adecuada.



GRAFICO NO. 10

Información recibida por los encuestados mediante algún medio de información.

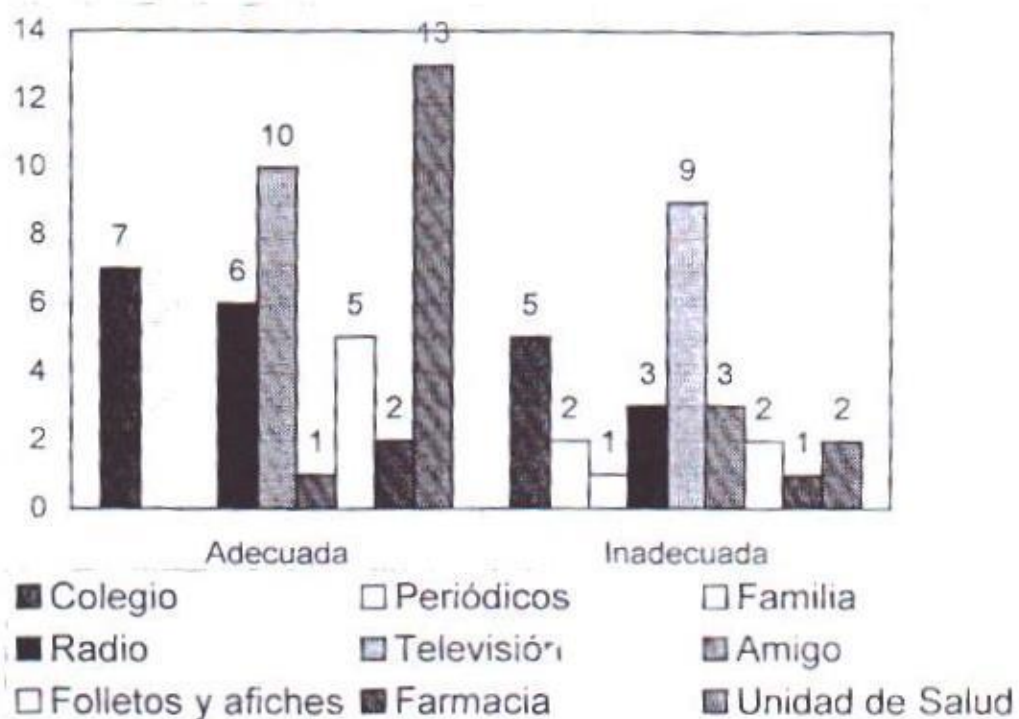


Tabla No. 11 Distribución y frecuencia de los adolescentes encuestados, según centro de adquisición del preservativo.

Expendio	Frecuencia	%
Tienda / Supermercado	3	11.1
Farmacia	9	33.2
Centro de Salud	13	48.1
Amigo	2	7.4
TOTAL	27	100

El lugar en donde la mayoría de los encuestados adquirieron el preservativo es el centro de salud 13, 9 (48%), en la farmacia 9 (33.2%) tienda o supermercados 3 (11.1%) y por medio de un amigo 2 (7.4%), lo cual se refleja en la tabla No. 11.

Expresaron los adolescentes que al llegar al centro asistencial o de salud, solicitaron los preservativos, como un método para evitar contagiarse con SIDA, ya que ellos habían escuchado a algunos amigos que si expresaban eso se los darían, pero, refieren que cuando se los entregaron no hubo una persona encargada de orientarlos sobre su uso u otras funciones, como era por ejemplo la prevención de un embarazo, ni de existir discreción, ya que les dieron la orden por medio de una receta que luego fueron a retirar a la farmacia de la unidad de salud y tampoco ahí les orientaron nada.

En lo concerniente a la farmacia, el farmacéutico no está cumpliendo con su rol, de orientar e informar, sobre cada producto que dispensa, ya sea un antibiótico o un método de prevención de enfermedades de contacto íntimo, además de no existir privacidad al momento de que el fármaco o producto es solicitado, al igual que no existe dicha privacidad, al momento de ser dispensado en muchas ocasiones deben esperar algún tiempo por sentimientos de vergüenza o críticas por otras personas y no desean ser escuchados.



En el supermercado sucede igual, no hay quien oriente, pero si se pueden tomar de forma directa sin tener que estarlos solicitando o explicando el por que de su adquisición.

Un amigo, es siempre una manera fácil, pero que también en muchas ocasiones puede únicamente usarlos de manera instintiva sin ningún conocimiento científico y por consiguiente continúa el círculo sin que nadie haga algo por mejorar nuestra situación de jóvenes sedientos de información y conocimientos.

En la promoción de condones, es el fundamento de los esfuerzos efectivos en la prevención primaria, (en los centros de salud), así como es un desafío en muchos países, la promoción efectiva de condones requiere de información adecuada, disponibilidad rápida, accesible, de buena calidad y un almacenamiento apropiado. Así mismo los proveedores tienen que estar convencidos de que los condones son una buena idea, los esfuerzos de distribución local, incluyendo al mercado social tienen que ser efectivos y las actitudes de la comunidad deberán de apoyar en el uso del condón.

En el grupo de los encuestados, se observa que obtienen o adquieren los preservativos en mayor número en aquellos lugares donde no existe el pago o la cancelación económica por adquirirlos o que se les interroga o censure; ya que tienen la oportunidad de hacerlo de una manera anónima, como es el caso de las unidades de salud o de las farmacias, pero a la vez este método no es el más adecuado por no existir consejería al momento de la entrega, ya sea por que no existe una persona encargada para ello, por que los adolescentes lo rechazan indirectamente para no verse obligados de hablar de un tema que les provoca cierta vergüenza y a la vez temor de que los adultos se enteren de que ellos ya tienen una vida sexual activa o temor inclusive al rechazo, todo lo cual debe ser superado, para garantizar que se incremente el número de adolescentes que hagan uso de ellos y a la vez que esta sea de la manera más idónea



GRAFICO NO. 11

Distribución y frecuencia de los adolescentes encuestados, según centro de adquisición del preservativo.



Tabla No. 12.- Causas y frecuencia por lo cual los jóvenes han usado o usan preservativos.

Causas	Frecuencia	%
Para evitar un embarazo	6	22.3
Para evitar las enfermedades	8	29.6
Para evitar el SIDA	9	33.3
Por higiene	2	7.4
Porque te lo pide tu pareja	2	7.4
TOTAL	27	100

Como lo explica la tabla y gráfico No. 12 el mayor número de los adolescentes encuestados ha usado preservativo por evitar el SIDA 9 (33.3%), enfermedades 8 (29.6%) un embarazo 6 (22.3%). La información sobre el VIH / SIDA, las



enfermedades de transmisión sexual y el evitar un embarazo no deseado, son algunos de los principales motivos por que los adolescentes en las encuestas expresaron que hacían uso de un método de prevención, como lo es el preservativo.

La mayoría de los jóvenes que solicitan el preservativo lo hacen pensando que los va a proteger del SIDA o de enfermedades de contacto íntimo, sin conocer que es o son estas enfermedades, si no que es debido a que lo han escuchado en alguna parte, por algún medio o por alguien y lo repiten pero de manera instintiva, igual sucede con la prevención del embarazo, que son utilizados los métodos de planificación pero no por conocimientos de protección, sino para evitar que las familias se enteren por medio de un embarazo, de sus relaciones íntimas, la diferencia en que radica el programa de planificación familiar como tal, es que cuando acuden a la unidad de salud son anotados en una hoja y son entregados los preservativos de manera mensual y aún en ese programa no brindan ninguna orientación al respecto.

Aunque sostiene una parte de los jóvenes se queja de la interferencia del condón con el placer sexual y una supuesta, mala calidad de los condones, la aceptación teórica y práctica en la muestra de adolescentes estudiados es considerablemente mayor que en estudios anteriores y en grupos de adultos, lo que nos llena de esperanzas para el impacto de futuras campañas de promoción de éste método de prevención.

El usar preservativos para evitar las enfermedades y el embarazo es una prioridad entre los jóvenes, lo cual es afortunado, por existir la posibilidad de utilizar un método de protección de bajo costo económico, seguro y sobre todo fácil de utilizar.



GRAFICO NO. 12

Causas y frecuencias por lo cual los jóvenes han usado o usan preservativos



■ Para evitar un embarazo	□ Para evitar las enfermedades	▣ Para evitar el SIDA
■ Por higiene	□ Porque te lo pide tu pareja	

Tabla No. 13 Principales obstáculos por lo cual los jóvenes encuestados no pueden adquirir el preservativo

Principales obstáculos	Frecuencia	%
Por no saber donde comprarlo	1	3.7
Por no tener dinero para comprarlo	19	70.3
No tener valentía para comprarlo	7	25.9
TOTAL	27	100



Como se observa en la tabla y gráfico No. 13 el haber tenido algún problema para no usar un preservativo, por no tener dinero para comprarlo 19 (70.3%), no tener valentía para comprarlo 7 (25.9%) no saber dónde comprarlo 1 (3.7%)

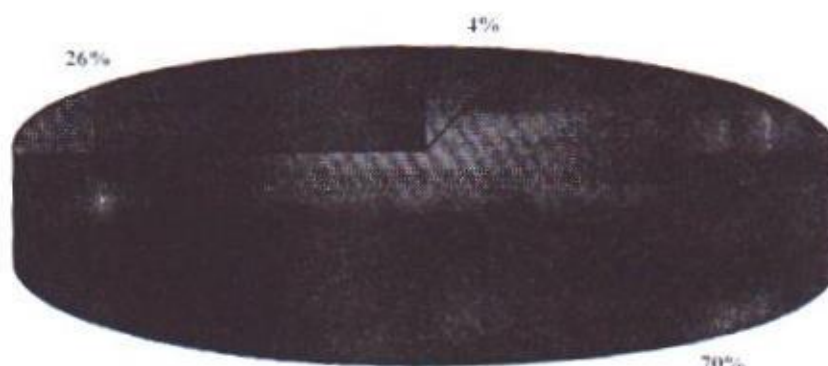
Según lo referido por la OMS. El preservativo, examen de la situación 1997, es muy común que el adolescente se sienta incómodo a la hora de acudir a un centro para adquirir el preservativo, sobre todo si los que los van a atender son del sexo contrario. En un estudio efectuado a las farmacias de Concepción, Chile, permitió observar que al momento de solicitar la venta, los dependientes hacían comentarios irónicos a los compradores, o miradas enjuiciantes. El no tener efectivo es otro problema, ya que debemos recordar que no todos devengan ingresos.

En el poder adquisitivo o el no tener presupuesto económico, es lo que más afecta a los adolescentes, ya que al no devengar ingresos se ven disminuidas las posibilidades de adquisición, siendo para ellos un gran inconveniente para su uso, es por ello que es necesario hacer entregas gratuitas en lugares más accesibles (ejemplo las unidades de salud), con personal adiestrado en capacitación y consejería a todos estos jóvenes cuando lo solicitan.



GRAFICO NO. 13

Principales obstáculos por lo cual los jóvenes encuestados no pueden adquirir el preservativo



Por no saber donde comprarlo Por no tener dinero para comprarlo Por no tener valentía para comprarlo

Tabla No. 14 Frecuencia porcentual de jóvenes que han recibido o no información al adquirir un preservativo.

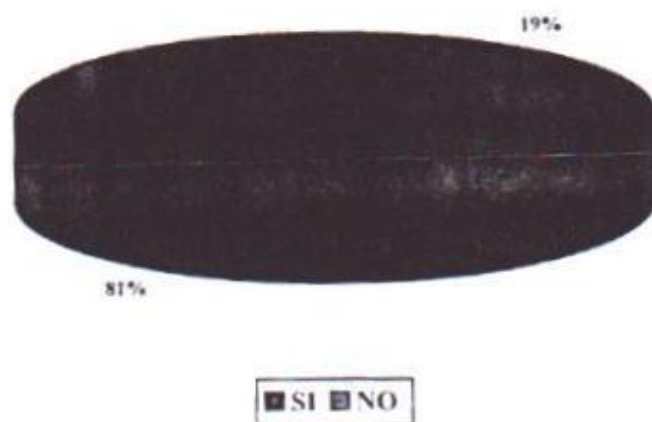
Explicación	Frecuencia	%
Si	5	18.5
No	22	81.5
TOTAL	27	100

Como se ilustra en la tabla y gráfico No. 14 que al adquirir el preservativo a los adolescentes encuestados le explicaron como usarlo a 5 (18.5%) y a 22 (81.5%) no le explicaron nada.

Los resultados expresados anteriormente vienen a ratificar lo encontrado en el estudio efectuado en la Concepción, Chile, donde el comprador prefiere adquirirlo sin conversar mucho con el proveedor y por consiguiente tampoco el personal que los atiende desea hablarle del tema por desconocimiento de este o por que considera que es un tema muy íntimo y no debe tratarlo con un desconocido.

Una buena orientación y la fácil adquisición de los preservativos estimula al usuario a continuar usándolos y también al que lo usa por primera vez. Es necesario además ofertar servicios de información, educación y comunicación. (OMS 1994). Así mismo se demuestra que el farmacéutico no juega el papel que por la ley le corresponde con respecto a la atención del usuario (AN 1998), por otro lado no recibir educación al adquirir los preservativos es una limitante para la educación, pero los adolescentes lo consideran bueno porque de esa manera no abordarían el tema de la sexualidad que es considerada un tabú por muchos de ellos, pero esto no es correcto, ya que de esta manera lo que está sucediendo es que se continúa con el círculo vicioso de no dar información y por ende no se van a prevenir las infecciones transmitidas por contacto íntimo de persona a persona, entre uno de sus principales prioridades por las que fueron confeccionados, lo cual debe ser superado en el menor tiempo posible.

GRAFICO NO. 14



CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.

1. La mayoría de los jóvenes encuestados cuyas edades oscilan entre los 16 y 18 años, pertenecen al sexo masculino.
2. En su mayoría los jóvenes han concluido la educación primaria y se dedican a la actividad del comercio.
3. El medio más eficaz para difundir información sobre preservativos está representado por la televisión y las unidades de salud.
4. Para los jóvenes entrevistados la mayor utilidad que ofrece el preservativo es evitar embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual o del VIH / SIDA y otras enfermedades de contacto íntimo.
5. El factor económico es una limitante para adquirir el preservativo, pues los jóvenes no cuentan con el dinero para comprar el preservativo.

B. Recomendaciones

Por lo expresado anteriormente se recomienda :

1. El Ministerio de Educación Cultura y Deporte y el Ministerio de Salud en coordinación, deben realizar campañas de información en salud sexual reproductiva, ya sea mediante clubes juveniles o en el curriculum académico de primaria y secundaria.
2. El Ministerio de Educación Cultura y Deportes, debe considerar como prioridad la conformación de los comités de padres de familia de cada centro escolar, con el objeto de planificar y ejecutar actividades docentes, utilizando metodologías acorde al nivel de los jóvenes, además de reforzar cada uno de los componentes los aspectos religiosos y morales.
3. Las universidades en general y en particular las de áreas sociales, deben considerar entre las prácticas profesionales de los estudiantes la rotación de estos, en centros educativos sexuales con la debida supervisión de sus actividades, lo cual vendria a mejorar la información - educación de la población de adolescentes.
4. La Universidad Centroamericana de Ciencias Empresariales, debe hacer énfasis en el rol educativo e informativo, a través de charlas, programas y programación en general que deben desarrollar los estudiantes de farmacia en sus prácticas profesionales, a nivel de las farmacias privadas, como de las estatales, lo que consolidará la conducta científica del futuro graduado.
5. El Ministerio de Salud debe incluir el supervisar el desempeño profesional de los egresados de la carrera de farmacia de las universidades, en el área de educación, capacitación a los adolescentes

BIBLIOGRAFÍA

- Hatcher Robert. Et.al. Tecnología anticonceptiva. Edición internacional. 1989
- Dallabetta, Gina. El control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Estados Unidos, 1997.
- IPPF. Enfrentando los Desafíos: Promoviendo las Opciones. 1993
- Ministerio de Salud, Nicaragua. Normas para la prevención y el control de la ETS.
- Organización Mundial de la Salud. El preservativo femenino – Examen de la situación. 1997.
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Prevención del SIDA. Octubre 1994.
- Revista. Mujer y el VIH/ SIDA. 1996.
- PROFAMILIA. Lo esencial de la tecnología anticonceptivo 1999.
- Ministerio de Salud, Nicaragua. Situación de los Derechos y Responsabilidades. Diciembre 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. La mujer y la infección por el VIH/SIDA. 1999.

- Ministerio de Salud, Nicaragua. Diagnóstico de situación de la adolescencia en Nicaragua. Diagnóstico de situación de la adolescencia en Nicaragua, Octubre 2.000.
- OPS, OMS. Diseminación selectiva de la información. Mayo 2001.



ACRONIMO

- ETS** Enfermedades de transmisión sexual
- VIH** Virus de la inmunodeficiencia humana
- SIDA** Síndrome de la inmunodeficiencia humana
- OMS** Organización mundial de la salud
- OPS** Organización panamericana de la salud
- ONUSIDA.** Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA
- FHC** Female Health company
- USFDA** Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos
- HRP** Desarrollo y formación de Investigadores en reproducción humana
- PNUD** estrategias para la introducción del programa especial
- EEUU** Estados Unidos de América
- DIU** Dispositivo Intra Uterino
- MECD** Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
- MINSA** Ministerio de Salud
- INEC** Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos



GLOSARIO

- Anticoncepción:** Adj. Y m. fisiol del método seguido para impedir la fecundación del óvulo por el espermatozoide y de los elementos empleados en dicho método.
- Bisexual:** De los individuos que mantienen relaciones sexuales con individuo de cualquier sexo.
- Blenorragia:** Inflamación infecciosa de la uretra por un gonococo. Secreción o flujo mucoso. Inflamación catarral de la mucosa uretral.
- Clamidiasis:** (Clamidia) → Chlamydia.
- Coito:** Unión sexual especialmente la del hombre y la mujer. Relación Sexual.
- Dispositivos:** Adj. Dic. De lo que dispone. Mecanismo dispuesto para obtener un resultado automático. Orden en que se encuentran las tropas para cumplir una misión.
- Espemicida:** Producto que extermina los espermatozoides.
- Esterilización:** Hacer estéril. Destruir los microbios que hay o pueda haber en un medio. Acción y efecto de esterilizar.
- Heterosexual:** Aquel o aquella que se siembre atraído por personas del sexo opuesto.
- Homosexual:** Persona que tiene afinidad sexual con los de su mismo sexo.



- Homosexualidad:** Inclinação erótica hacia individuos del mismo sexo.
- Inocuidad:** Que no hace daño.
- Inoculo:** Adj. Que no hace daño o inocuidad.
- Planificación:** Acción y efecto de planificación.
- Preservativo:** Que preserva. Funda de goma en la que se introduce el pene durante el coito. Se refiere al condón como método barrera de anticoncepción.
- Septicemia:** Enfermedad causada por la proliferación en la sangre de bacterias patógenas ectópico.
- Sifilis:** Enfermedad infecciosa de tipo venéreo ocasionada por el protozoo *Treponema pallidum*.
- Tricomoniiasis:** Infección con formas vegetativas de trichomas vaginalis transmitida sobre todo por contacto venéreo. Afecta a la uretra y la vejiga y cursa con flujo prurito, polaquiuria y disuria; en el hombre, además afecta a la próstata y en la mujer a la vagina y la vulva con flujo típicamente purulento, espumoso, fétido generalmente de color amarillo verdoso, prurito muy molesto e inflamación hemorrágica.



ANEXOS

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

ANEXO NO. 1

1. FISIOGRAFIA

a. Condiciones demográfica del municipio de Masaya

El Departamento de Masaya tiene un territorio en forma trapezoidal es el de menor extensión territorial de los Departamentos de la República y el más densamente poblado. está ubicado sobre un plano inclinado que se levanta sobre el Río Tipitapa y Tisma, hasta la altura del llano de Pacaya y la Concepción. En su geografía comprende de depresión volcánica llamada Ventarrón en el que se localiza el volcán Masaya y dos lagunas de origen volcánico: la Laguna de Apoyo y Masaya (ver anexo No.3).

b. Aspectos socioeconómicos

El departamento de Masaya, esta bien comunicado por carreteras y caminos de todo tiempo, es centro artesanal de primer orden, siendo su principal actividad, la agrícola, sus tierras están bien distribuidas y cultivadas. En los planos de los altos (Nindirí) se cultivan algodón, ajonjolí, granos y yuca. En Tisma; tomatera. En la meseta de los pueblos (Masatepe y Nandasmo) el café y los frutales. Las posibilidades turísticas son inmejorables con el Volcán, la Laguna de Masaya, la Laguna de Apoyo, (Catarina) y las industrias artesanales de Monimbó, el comercio con plantas ornamentales y cerámica de los pueblos (San Juan de Oriente y Catarina).



2. Características generales del SILAIS de Masaya

a. Generalidades

Extensión	:	568 Km ²
Población	:	279,810 habitantes
Densidad Poblacional	:	541 hab. x Km ²
Clima	:	Oscila entre 23° a 29° c.
Altura	:	Promedio 235 mts, sobre el nivel del mar.

b. Límites

Norte	:	Río Tipitapa.
Sur	:	Departamento de Carazo.
Este	:	Departamento de Granada.
Oeste	:	Departamento de Managua.



ENCUESTA

TEMA: DETERMINAR ACTITUDES Y PRACTICAS DEL USO DE PRESERVATIVO EN LOS ADOLESCENTE DE 13 A 18 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE MASAYA.

1. **Edad**
13 – 15 años _____
16 – 18 años _____

2. **Sexo**
Femenino _____
Masculino _____

3. **Escolaridad**
Primaria _____
Secundaria _____
Universitaria _____
Técnico _____
Analfabeto _____

4. **Procedencia de los 9 municipios**
Masaya _____
Nindiri _____
La Concepción _____
Masatepe _____
Tisma _____
Niquinohomo _____
Nandasmo _____
San Juan de Oriente _____
Catarina _____

BIBLIOTECA
U C E M



5. Actividad Principal del encuestado

Estudia _____
Trabaja _____
Estudia y trabaja _____
Nada _____

6. Estado Civil

Soltero _____
Casado _____
Acompañado _____
Otros _____

7. Núcleo o dependencia familiar

Esposo(a) _____
Abuela _____
Padre _____
Madre _____
Hermano _____
Padre y Madre _____

8. Número de hijos

1 _____
2 _____
3 _____
Ninguno _____

9. Has tenido relaciones sexuales una vez o más

Si _____
No _____
No responde _____



10. **Conoces físicamente o has visto el preservativo.**

Si _____

No _____

No responde _____

11. **Has recibido información sobre el preservativo**

Si _____

No _____

12. **Donde recibistes esta información**

Colegio _____

Periodico _____

Con la familia _____

Radio _____

TV _____

Amigos _____

Folleto / Afiche _____

Farmacia _____

Unidad de salud _____

13. **Alguna vez has usado condón**

Si _____

No _____

14. **Donde compras o adquieres los preservativos**

Tiendas o Supermercant _____

Farmacia _____

Centro de Salud _____

Amigos _____



15. Por qué has usado o usas preservativo

Para evitar embarazo _____

Para evitar enfermedades _____

Para evitar el SIDA _____

Por higiene _____

Porque te lo pide tu pareja _____

16. Obstáculo para adquirir un condón

Por no saber donde comprarlo _____

Por no tener dinero para comprarlo _____

No tener valor para comprarlo _____

17. Recibes información cuando adquieres el preservativo

Si _____

No _____



DEPARTAMENTO DE MASAYA

