

# Factores que influyen en la aceptación del condón femenino en mujeres de escasos recursos<sup>1</sup>

## *Factors that influence female condom acceptability in rural midwives*

Guadalupe Mainero del Paso<sup>2</sup>, Sandra Treviño Siller<sup>3</sup>  
y Francisco Javier Lozano<sup>4</sup>

### RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer los factores asociados a la aceptación del condón femenino entre mujeres de comunidades de escasos recursos atendidas por parteras rurales de seis diferentes municipios del estado de Morelos (México). Se realizó un estudio transversal a partir de un cuestionario que se aplicó después de una intervención educativa a 99 mujeres. Además del análisis descriptivo, se llevó a cabo una regresión logística multivariada para identificar los factores relacionados con la aceptación y preferencia del condón femenino. Se describen los factores asociados significativamente a la preferencia del dispositivo, concluyéndose que la intervención educativa fue determinante en la aceptación del condón femenino entre las participantes.

**Palabras clave:** Condón femenino; Parteras rurales; Intervención educativa.

### ABSTRACT

*The objective of this study was to know the factors related to female condom acceptability among women from poor communities attended by rural midwives of the Morelos state (Mexico). A cross-sectional study from a survey to 99 women after attending an educational community meeting was carried out, and a descriptive analysis and a multivariate logistic regression was also performed to identify the factors significantly associated with female condom preference and acceptability, concluding that an educational intervention seems to play a crucial role in the female condom acceptability.*

**Key words:** Female condom; Rural midwives; Educational intervention.

---

<sup>1</sup> Los autores agradecen el apoyo de INDESOL para la realización de este proyecto, así como a las parteras que colaboraron en él, y especialmente a la Dra. Susie Hoffman, del Centro de Estudios Clínicos y Conductuales de VIH de Nueva York, que compartió sus artículos y experiencia en este campo. Artículo recibido el 28 de mayo del 2006 y aceptado el 23 de enero de 2007.

<sup>2</sup> Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL, A.C.), Calle Flores 11, Col. Acapantzingo, 62440 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)312-19-48, fax (777)314-05-86, correo electrónico: dragpemainero@hotmail.com.

<sup>3</sup> Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655, Col. Sta. María Ahuacatitlán, 62508 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)329-30-00, ext. 5207, correo electrónico: strevino@correo.insp.mx.

<sup>4</sup> Sudirección de Becas y Enlace con la Comunidad Estudiantil, Dirección General de Orientación y Servicios Educativos, Circuito Escolar entre las Facultades de Ingeniería y Arquitectura, Universidad Nacional Autónoma de México Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., tel. y fax (55)56-22-04-29.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las enfermedades más frecuentemente reportadas en el mundo en las personas en edad reproductiva. Gerbase, Rowley y Mertens (1998) señalan que las ITS son una gran carga de enfermedad y muerte en todo el orbe debido a las secuelas y complicaciones que producen, como su asociación con el cáncer cervicouterino, la enfermedad pélvica inflamatoria con embarazo ectópico y la infertilidad. En los casos de embarazo se asocian con la ruptura prematura de membranas y con parto prematuro, o bien con encefalitis, conjuntivitis o neumonía en los recién nacidos infectados (Sha, 2005). Una de las complicaciones más graves de las ITS es su sinergia con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Existe evidencia contundente para explicar los mecanismos biológicos a través de los cuales las ITS favorecen la susceptibilidad para el VIH y su contagio (Cohen, 1998). En México, las ITS son una de las diez primeras causas de morbilidad (Bernal y Hernández, 1997), y el sida afecta mayoritariamente a la población en edad productiva en ambos sexos (79.1% de los casos corresponde al grupo de 15-44 años) (Dirección General de Epidemiología, 2003).

Aunque las mujeres representan casi la mitad de la población infectada en el mundo, cuentan con opciones limitadas para prevenir la infección por VIH (ONUSIDA, 2002). Además, las mujeres pobres habitan por lo general en comunidades marginales, en donde la prevalencia de las ITS/VIH es mayor que el promedio y en donde existen barreras para el uso del condón, situación que representa un riesgo particularmente alto (Elias y Coggins, 2001).

Las mujeres son, desde el punto de vista biológico, más vulnerables a la transmisión por parte de un compañero infectado que los hombres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Factores económicos, sociales y culturales asociados a la falta de poder de las mujeres hacen que para muchas de ellas no sean viables las estrategias actuales para prevenir ITS/VIH basadas en la abstinencia, la monogamia, el uso del condón, la menor cantidad de compañeros sexuales y el tratamiento de las ITS, pues a menudo carecen de la

capacidad para negociar la práctica de sexo seguro (Microbicide Initiative, 2002).

El preservativo o condón femenino es el único método de sexo seguro controlado por las mujeres que se ha diseñado y que está disponible en ciertos contextos, aunque su costo es elevado para ciertos sectores de la población. Como anticonceptivo, el condón femenino se compara favorablemente con otros métodos de barrera. Utilizado de forma correcta, las tasas de embarazo durante el uso del condón femenino fueron de 2.6 en los Estados Unidos y de 9.5 en América Latina. Estos resultados están en el mismo rango que los de otros métodos de barrera (Galvao, Oliveira, Diaz y cols., 2005).

La evidencia sugiere que la eficacia del condón femenino contra las ITS en la población depende del grado de utilización del condón masculino y de la disposición de las personas a utilizar el condón femenino. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que el condón femenino prevenía eficazmente la tricomoniasis vaginal recurrente (Soper, Shoupe, Shangold y cols., 1993), y otros estudios en el mismo país, con población que acude a las clínicas de ITS, hallaron una disminución no significativa de la incidencia de gonorrea, tricomoniasis, sífilis temprana y clamidiasis en el grupo que utilizó el condón femenino, comparado con el que utilizó el condón masculino (French, Latka, Gollub y cols., 2003). En contraste, en Tailandia se observó una reducción de 24% en la tasa de nuevas ITS en grupos de trabajadoras sexuales a quienes se les dio la posibilidad de escoger tanto condón masculino como femenino, comparados con la tasa observada en los grupos a los que sólo se ofreció condón masculino (Jivasak-Apimas, Saba, Chandeying y cols., 2001).

Estudios realizados en mujeres y parejas heterosexuales en China (Xu, Leeper, Wu y cols., 1998), Kenia (Ruminjo, Steiner, Joanis, Mwathe y Thagana, 1996), Sudáfrica (Beksinska, Rees, McIntyre y Wilkinson, 2001) y Zambia (Musaba, Morrison, Sunkutu y Wong, 1998) mostraron niveles relativamente altos de aceptabilidad. A menudo las usuarias superaban los problemas iniciales después de utilizar varias veces el condón femenino. De hecho, muchas mujeres en Kenia y tanto hombres como mujeres en China percibieron que el dispositivo permitía una relación sexual

placentera. Sin embargo, también ha habido resistencia a su uso, especialmente en Sudáfrica, por diferentes razones, una de las cuales es la resistencia y falta de entrenamiento de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva (Mantell, Hoffman, Weiss y cols., 2001); otras más son la apariencia del condón, las dificultades relacionadas con su uso, la renuencia de parte de los hombres, el exceso de lubricación y suciedad, la preocupación porque se trata de un dispositivo muy grande y la disminución de la sensación.

Las mujeres que tienen experiencia con el condón masculino, o que reciben una capacitación más intensiva en el uso del condón femenino, generalmente encuentran que este dispositivo es más fácil de usar (Hoffman, Exner, Leu, Ehrhardt y Stein, 2003). Investigaciones realizadas en Zambia mostraron que se podía reducir el sexo sin protección en parejas con alto riesgo de infección por VIH agregando el condón femenino y una adecuada orientación sobre el conjunto de métodos de barreras que se ofrecen (Agha, 2001).

Existen obstáculos y oportunidades relacionados con el condón femenino. Una serie de estudios realizados en el sudoeste de Uganda encontró que, aunque los productos vaginales les gustan a las mujeres porque sienten que tienen un mayor control sobre su salud sexual y reproductiva, su uso involucra cierto grado de negociación con sus parejas masculinas (Pool, Whitworth, Green y cols., 2000). Los hombres pueden mostrarse ambivalentes con respecto al control femenino de estos productos (Hart, Pool, Green y cols., 1999), pues no hay duda que la negociación del poder en el área de la salud sexual y reproductiva trasciende este dominio y mejora el posicionamiento de las mujeres en otros espacios no planeados (Gollub, 2000).

En México se han desarrollado pocos estudios sobre la aceptación del condón femenino, posiblemente por ser un método de reciente introducción en el país y que tiene un costo mayor en comparación con el masculino; sin embargo, desde el año 1992, en un estudio con trabajadoras sexuales en México, estas lo aceptaron y reportaron que lo volverían a usar, especialmente por la protección brindada contra las ITS (Family Health International [FHI], 1995). También en estudios mul-

ticéntricos apoyados por Family Health International, AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) y Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) se halló que las mujeres aprovecharon la capacitación en esta área y lograron negociar el uso del condón femenino aun con parejas renuentes (cfr. Corman, 1997).

Si bien el condón femenino es un método que interesa promocionar en la población femenina en general, es particularmente importante lograr la aceptación en el caso de mujeres de nivel socioeconómico bajo, usuarias de los servicios de las parteras rurales comunitarias, quienes son más vulnerables a las ITS/VIH por su falta de acceso a los métodos de barrera, como el condón femenino, y por la dificultad de negociar su uso con la pareja. Se requiere de intervenciones educativas para impulsar su aceptación e investigar sobre los factores que lo favorecen.

## MÉTODO

### Participantes

Se encuestó a un total de 99 mujeres que participaron en talleres de capacitación para el empleo del condón. La media de edad fue de 32.5 años. El 91% de la muestra consistió de mujeres que vivían en pareja, bien fuese casadas (53.5%) o en unión libre (37.4%); sólo 8% de la muestra fueron mujeres solteras, y 1% de divorciadas, viudas o separadas.

En cuanto a su escolaridad, la media fue de nueve años, esto es, secundaria terminada, lo que significa que un poco más de 90% de la muestra era alfabeta.

### Procedimiento

Se desarrolló un estudio transversal en que se analizó la aceptación del condón femenino por medio de un cuestionario que fue aplicado a 99 mujeres entre una y tres semanas después de llevarse a cabo un taller de capacitación de dos horas de duración. El taller incluyó una introducción enfocada al conocimiento y sensibilización sobre las ITS y sus consecuencias en la salud de la mujer, un apartado dedicado al conocimiento y sensibilización hacia el condón femenino, y un apartado

de cierre enfocado en ejercicios de negociación con la pareja para lograr la aceptación del citado dispositivo, con el correspondiente empoderamiento de la mujer. La mayoría de las preguntas del cuestionario fueron cerradas, y el resto se codificó por los investigadores y autores del presente artículo. El cuestionario fue aplicado por las parteras colaboradoras y por la responsable del proyecto después del uso del condón por las participantes.

El cuestionario con 57 reactivos incluyó la variable dependiente en tres diferentes preguntas: si volvería a usar el condón femenino, si lo recomendaría a las amistades y el tipo de condón que prefería, si el femenino o el masculino. El resto del cuestionario consistió en tres apartados principales: datos socioeconómicos, historia de experiencia sexual y experiencia con el condón femenino.

Esos tres apartados incluyeron las variables de la hipótesis del protocolo inicial relacionadas con el comportamiento sexual, estilos de vida, factores sociodemográficos y cuestiones relacionadas con el uso del método. En el tema de la pareja se incluyeron preguntas variadas: si aceptaron la idea de probar el condón, cómo se sintieron al usarlo, qué expresiones tuvieron y qué actitud de apoyo dieron a la inserción o retiro del condón.

El efecto del taller se midió con preguntas sobre la sensibilización ante el riesgo de las ITS, el seguimiento de las indicaciones que recibieron en el taller, la prueba de inserción del condón (ellas solas antes de probar una siguiente vez con su pareja), o si hablaron y negociaron para probar el condón femenino con su pareja antes de la relación sexual.

Las preguntas del cuestionario que se manejaron como variables independientes fueron las siguientes: las relacionadas con el comportamiento sexual (0 cuando el inicio de relaciones sexuales fue antes de los 20 años, y 1 si fue a los 20 o más); las relacionadas con los estilos de vida (0 cuando no se había utilizado el condón masculino en la prevención de ITS y de embarazo, y 1 cuando sí se había utilizado); las relacionadas con tipo de familia y redes sociales (0 cuando sólo la entrevistada habla de sexualidad o de ITS, y 1 cuando otros miembros de la familia abordaban el tema); la relacionada al uso del método (0 cuando hubo dificultad en la inserción del condón femenino, y 1 cuando no la hubo); el tema de la percepción de

la pareja (0 cuando se consideró que la pareja se sintió incómodo, y 1 cuando se consideró que la pareja se sintió cómodo); inserción previa del condón (0 cuando no se hizo la inserción y 1 cuando sí se hizo), y el haberlo hablado antes con la pareja (0 cuando no se habló previamente con la pareja, y 1 cuando sí se habló).

## **Talleres**

Previamente a la convocatoria en las comunidades marginales atendidas por parteras rurales, se realizó la capacitación sobre ITS/VIH y condón femenino a 48 parteras de varios municipios concentradas en dos localidades de Morelos: Cuernavaca y Cuautla. También se capacitó en el mismo tema a 48 profesionales de la salud que trabajaban en el Hospital Regional de Cuautla. Adicionalmente, a las 16 parteras que colaboraron en el proyecto se les capacitó en la estandarización para dar el taller de ITS/condón femenino en las comunidades, así como en el llenado del cuestionario.

En los doce talleres comunitarios participaron las 99 mujeres, quienes se convocaron en once diferentes localidades de seis diferentes municipios. En una de las localidades se desarrollaron dos talleres debido a la demanda de la población. Los requisitos de inclusión en el proyecto fueron los siguientes: mujeres con pareja actual desde seis meses atrás, el no tener una ITS diagnosticada y el querer participar en el taller y en la prueba de los condones para poder responder un cuestionario más tarde. Inicialmente, se consideró un margen de edad de 15 a 45 años, pero el rango se amplió debido al gran interés que tuvieron mujeres de hasta 57 años de edad que cumplían los criterios previos.

Las parteras capacitadas, junto con la responsable del proyecto, impartieron los doce talleres comunitarios a las mujeres de las comunidades, las que firmaron una carta de consentimiento informado donde aceptaron su participación en el cuestionario que se les aplicó de una a tres semanas posteriores a la donación de condones femeninos para una semana.

El taller comunitario incluyó una exposición con participación de las asistentes sobre las infecciones de transmisión sexual; posteriormente, se hizo una presentación práctica del condón femenino y la manera de utilizarlo, y se concluyó con

un taller que incluía un ejercicio de empoderamiento para las mujeres y de negociación para lograr que la pareja masculina aceptara utilizar el condón femenino.

### Análisis de datos

Los datos fueron capturados con el Programa Epi Info y procesados a través del paquete estadístico SPSS. Se realizaron análisis de frecuencias simples, cruces de variables y una regresión logística en que la variable de efecto fue la preferencia del condón femenino, siendo las variables independientes las descritas en el apartado anterior.

## RESULTADOS

### Perfil socioeconómico

La gran mayoría de las mujeres tenía familia nuclear: padre, madre e hijos. En 59% de los casos las propias encuestadas eran las únicas mujeres en el hogar, y muchas de ellas habían utilizado un método anticonceptivo previamente.

Con relación al empleo, se observó que más de la mitad de las mujeres encuestadas percibía alguna remuneración por algún empleo, en la mayoría de los casos de tipo informal, lo que les permitía desempeñar sus labores como amas de casa. Al menos la mitad de ellas colaboraban también al ingreso del núcleo familiar (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Perfil socioeconómico (n = 99).

Edad rango 19-57 años de edad	M = 32.5 años
Viven en pareja casadas o en unión libre	91%
Media de años de escolaridad	9
Sin escolaridad	4.0%
Primaria	28.0%
Secundaria	31.0%
Preparatoria o más	37.0%
Media de número de hijos	2.6
Con 1 a 3 hijos	67.0%
Media de número de habitantes en la casa	3.6
Empleo, la mayoría informal, además del hogar	51.5%

### Sexualidad

El Cuadro 2 muestra los datos hallados referidos a algunos aspectos sexuales de las mujeres. Con respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales,

la media fue de 18.7 años; 43% comenzó entre los 19 y los 23 años. En el 98% de los casos las relaciones sexuales se iniciaron por propio gusto, y en 2% mediante la violencia.

**Cuadro 2.** Resultados hallados sobre la sexualidad de la muestra (n = 99).

Edad media de inicio de relaciones sexuales	18.7
Con una sola pareja en la vida	68%
Una sola pareja en los últimos seis meses	95%
Había utilizado antes condón masculino	62%
Método anticonceptivo más utilizado: DIU	31%
Reconoce haber padecido ITS	21%
Se considera en riesgo alto para contagiarse de ITS, mayoritariamente por infidelidad de la pareja	34%

Un dato que llama la atención es que 72% de la muestra manifestó que durante su niñez y adolescencia no se podía hablar en su familia acerca de la sexualidad; sólo 16% señaló que en su hogar

se podía hablar abiertamente de varios temas, 8% solamente del matrimonio, 2% de anticonceptivos y 1% de satisfacción sexual inclusive.

En contraste, 34% de las participantes manifestó que actualmente en su familia se hablaba del tema de las ITS; además de la familia nuclear, en 13% de los casos otros miembros lo hacían (suegra, comadre, etc.). El 13% trataba el tema con la pareja, 9% con los hijos, y de manera notable, en 6% de los casos ella era la única que lo abordaba, pero en 23% de los casos nadie hablaba sobre él.

### Uso y aceptación del condón femenino

Con respecto al uso del condón femenino, 87% hizo la prueba de insertarse el condón antes de utilizarlo con la pareja, tal como se sugería en el taller. De 13% que no lo hicieron, las razones principales fueron la falta de tiempo (38%), el deseo de no utilizarlo (31%), y en menor grado (7%) se arguyeron la vergüenza, el no saber cómo hacerlo, el temor y el que ya se hubiese probado antes, respectivamente.

En cuanto a las principales dificultades para insertarlo, la mayoría de las encuestadas no manifestó dificultad alguna (57%). Entre las dificultades principales destacan la posición para ponerlo (18%), la duda para su correcta inserción (8%), la vergüenza con la pareja (7%) y el hecho de que se deslice (3%). Muy relacionado con lo anterior, entre los factores que ayudaron a la inserción destacan el haberlo practicado previamente (60%) y el que pareja la ayudara (29%).

Ahora bien, sobre la experiencia del uso del condón son de resaltarse algunas cuestiones; por ejemplo, que en 69% de los casos no se tuvo dificultad alguna para que el pene entrara dentro del condón, y 87% sintió confianza para dirigir el pene de la pareja dentro del mismo; tan sólo en 18% el pene entró fuera del condón, pero en todos los casos se corrigió la posición.

Tal como se recomendó en el taller, 94% de las mujeres entrevistadas hablaron con su pareja sobre el utilizar el condón femenino; las que no lo hicieron fue por no tener tiempo (dos casos), el querer que fuera sorpresa (dos casos) y la vergüenza (un caso).

Con relación a la actitud de la pareja, destacan los siguientes datos: 91% consideró que reci-

bió mucho apoyo por parte de la misma para el uso del condón; de hecho, 74% declaró haber recibido expresiones favorables de la pareja y 63% consideró que aquella se sintió a gusto utilizando el condón. Sin embargo, 21% sintió que sus parejas estuvieron incómodas, 6% que se sintieron "raros", 3% que los sintió avergonzados y 2% nerviosos. Un 83% declaró que no tuvieron dificultad para que ellos aceptaran probarlo.

Por otra parte, sobre si la mujer entrevistada volvería a utilizar el condón femenino, 95% respondió afirmativamente, y tan sólo 5% rechazó hacerlo, destacando como las principales razones el haberse lastimado con el aro (60%) o que a su pareja le pareció demasiado amplio (20%). Nuevamente, en cuanto a si lo recomendaría con sus amistades, la gran mayoría de las mujeres lo haría (98%); en el caso de las dos que no lo harían, destaca la experiencia de dolor y el no hablar con sus amistades sobre temas de sexualidad.

Sobre la prevención de las ITS por medio del condón, 92% de las mujeres tiene mucha confianza, 5% confianza regular y sólo 2% poca confianza.

Finalmente, ante la pregunta directa sobre que tipo de condón prefiere, a pesar de que 95% declaró que volvería a utilizar el femenino, sólo 68% de las participantes manifestó su preferencia por éste, 19% por el masculino y 11% por ambos. Entre las razones de preferencia del femenino destacan el sentirse más seguras o protegidas (51%), el que cubre bien (16%), sentir que ella decide (12%) y el sentirse cómoda y segura (7%). En el caso de las razones para la preferencia del condón masculino, sobresalen que es más fácil, práctico y cómodo (26%), que previene más ITS (13%), que lastima menos (13%), que ellos se lo ponen (13%), que es más barato (8%) y que es más cómodo (8%). El Cuadro 3 muestra algunos datos adicionales al respecto.

### Regresión logística

En el Cuadro 4 se muestran los resultados de la regresión logística para las mujeres que prefirieron el condón femenino.

**Cuadro 3.** Experiencia con el condón femenino (n = 99).

Sin dificultad para insertarse el condón	57%
El condón permaneció en su lugar hasta el fin de la relación sexual	91%
<i>El tema de la pareja</i>	
Recibió mucho apoyo de su pareja	91%
No tuvo dificultad que la pareja aceptara probar el condón femenino	83%
Las parejas se sintieron cómodas con el condón femenino	63%
<i>El efecto del taller</i>	
Hizo la prueba de insertarse sola el condón	87%
Habló con su pareja sobre su interés en probar en condón femenino antes de usarlo	94%

**Cuadro 4.** Resultados de la regresión logística de la preferencia del condón femenino (n = 99).

	OR	IC, 95%	p
Inicio de la vida sexual a $\geq 20$ años	0.66	0.23, 1.88	0.44
Alguna vez ha utilizado condón masculino	0.40	0.13, 1.25	0.11
En la familia platican sobre ITS vs. ella sola	0.33	0.10, 1.12	0.08 **
No hubo dificultad para insertar el condón	1.26	0.44, 3.56	0.67
Considera que la pareja se sintió cómoda	2.53	0.90, 7.11	0.08 **
<b>Efectos del taller</b>			
Hizo la prueba de insertarse el condón sola	10.19	1.84, 56.54	0.01 ***
Habló con la pareja de usar el condón de manera previa a la relación sexual	0.52	0.06, 4.85	0.56

\*\*\* p < 0.05, \*\* p < 0.10

## DISCUSIÓN

El principal aporte de este estudio es el comprobar que la aceptación del condón femenino fue alta, muy posiblemente debido a los efectos del taller, con sus componentes de información y sensibilización hacia las ITS y hacia el propio condón femenino y las técnicas de negociación con la pareja y el empoderamiento de la mujer. Sin embargo, debe decirse que se trata de una muestra donde la mayoría de las participantes vive en pareja, con varios hijos y con un promedio de edad de 32 años; estas características responden al requerimiento del proyecto, pero resalta que se trata de mujeres con ciclos familiares consolidados y relaciones de pareja maduras. Además, se trata de una población que mayoritariamente sabe leer y escribir y que ya había utilizado anteriormente algún tipo de método anticonceptivo, por lo cual pudieran estar más informadas y sensibilizadas hacia la prevención.

La mayoría de ellas había utilizado métodos anticonceptivos, inclusive el condón masculino, pero a diferencia de estudios de otros países en que las mujeres que tienen experiencia previa con el condón masculino, mayor habilidad

para usar el femenino y mayor aceptación del método, en esta muestra la tendencia mostrada es la contraria; es decir, las mujeres que habían utilizado el condón masculino tienden a preferirlo en vez del femenino, aun cuando ese factor no fue significativo aquí. Es posible inferir que las mujeres que utilizaban el condón masculino en este estudio “dejaban” al hombre la responsabilidad de la protección y preferían no cambiar esta situación.

Otro tema que se identificó como relevante es la comunicación sobre temas de sexualidad e ITS, que sugiere un cambio generacional importante en el ámbito familiar y en cuanto a la condición de género, por lo que algunas mujeres tienen actualmente mayor información y libertad de hablar sobre estos aspectos. La regresión logística indica que si es la familia la que habla del tema y no ella como actor principal, la posibilidad de uso es menor. El tener mayor poder de expresión sobre temas de salud sexual y reproductiva puede estar marcando un momento en México en que los métodos controlados por las mujeres puedan tener una mejor aceptación y mayor uso. Sin embargo, se debe recordar el alto nivel de escolaridad, comparado con el de otras poblaciones marginales,

y también el hecho de que al menos la mitad de esta muestra tenga trabajo asalariado, lo que implica recursos propios que cambian el nivel de autonomía y poder dentro de la pareja.

Por otra parte, el tema de la aceptación por parte de la pareja ha sido estudiado en varios países, y marca también en este país, de manera significativa, la relevancia que tiene para el uso y aceptación de estos métodos el incluir y sensibilizar a la pareja masculina, lo cual tiene que ver con su satisfacción y aceptación del método propuesto y negociado por su pareja femenina.

Sobre la experiencias que hubo sobre el uso del condón femenino, resalta que, conforme se ha destacado en estudios previos, la razón central de aceptación de este método radica en dos puntos centrales: sentir que ellas mismas se podían proteger de infecciones, o bien el sentir que ambos podían cooperar en la protección. El empoderamiento de la mujer para desempeñar un rol más activo en su protección, así como el involucrar a la pareja en una responsabilidad compartida de la salud sexual y reproductiva, parecen ser una meta para la cual la población de México está preparada, o al menos ciertos grupos (escolaridad media, familias consolidadas, mujeres que trabajan, familias en donde se habla de sexualidad, etc.).

Como se observa en los resultados de la regresión logística, el no haber tenido dificultad para insertarse el condón incrementa las posibilidades de la preferencia para su uso, pero, como ocurre con otras de las variables, tal resultado no fue significativo, probablemente debido al tamaño de muestra.

Haber probado el condón y haber platicado previamente con la pareja parecen hacer una diferencia importante, y ambos hechos fueron enfáticamente trabajados durante el taller y orientan las intervenciones educativas que acompañan a la promoción de este método.

Finalmente, llama la atención que en el análisis bivariado de las variables ninguna de las preguntas sobre factores sociodemográficos fue significativa en su asociación con la preferencia del condón femenino. En esa categoría se incluyeron variables como la edad, el tener salario, la mejor

escolaridad o la elegida para incluir en la regresión, que fue el haber iniciado la vida sexual después de los 20 años de edad. El que haya sido una muestra por conveniencia y que el cuestionario se haya realizado después de los talleres puede ser la explicación de estos resultados.

## CONCLUSIONES

El tema de las ITS y del condón femenino tuvo mucha mayor aceptación de lo imaginado, muy posiblemente debido al diseño del estudio, que implicó la participación comunitaria

El condón femenino fue utilizado y aceptado más de lo inicialmente esperado; se considera que el diseño del estudio, y específicamente el desarrollo del taller de sensibilización desarrollado por las parteras con las mujeres, fueron los factores determinantes.

Se identificaron cambios generacionales importantes entre las mujeres participantes: mayor apertura hacia los temas de sexualidad y anticoncepción, mayor posibilidad de negociar con sus parejas y de intervenir en decisiones de anticoncepción (aunque se debe recordar el nivel de escolaridad y el hecho de que al menos la mitad de ellas trabajan).

Se identificó una buena participación y aceptación de las parejas hacia el condón femenino, destacándose el hecho de que no sólo ellos deben asumir la responsabilidad de la anticoncepción. Aunque hubo un efecto claramente estimulante de la intervención educativa para la aceptación del condón femenino, se requiere confirmar su efecto para la aceptación de este método en muestras mayores de población, así como en otro tipo de población, como jóvenes con parejas de menor duración y con diferente balance de poderes entre la pareja. También queda pendiente el estudiar los factores que influyen en el uso del método por periodos prolongados y de manera consistente, pues la aceptación por novedad en un primer intento no tiene el efecto de protección contra ITS/VIH que se busca ofrecer con estos métodos de barrera.

**REFERENCIAS**

- Agha, S. (2001). Intention to use the female condom following a mass-marketing campaign in Lusaka, Zambia. *American Journal of Public Health, 91*(2), 307-310.
- Beksinska, M.E., Rees, V.H., McIntyre, J.A. y Wilkinson, D. (2001). Acceptability of the female condom in different groups of women in South Africa - a multicentred study to inform the national female condom introductory strategy. *South African Medical Journal, 91*(8), 672-678.
- Bernal A.,B. y Hernández T., G. (1997). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. *Revista SIDA-ETS*, agosto-octubre, 63-67.
- Cohen S., M. (1998). Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a Hypothesis. *Lancet, 351*(3), 5-7.
- Corman, H. (1997). Promoting the female condom. *AIDSlink, 45*, 13.
- Dirección General de Epidemiología (DGE). (2003) *Registro Nacional de Casos de SIDA*. México: Secretaría de Salud.
- Elias, C. y Coggins, C. (2001). Acceptability research on female-controlled barrier methods to prevent heterosexual transmission of HIV: Where have we been? Where are we going? *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine, 10*(2), 163-173.
- Family Health International (1995). The female condom: controlled by women. *Network, 16*(1), 23-26.
- French, P.P., Latka, M., Gollub, E.L., Rogers, C., Hoover, D.R. y Stein, Z.A. (2003). Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sexual Transmission Diseases, 30*(5), 433-439.
- Galvao, L.W., Oliveira, L.C., Diaz, J., Kim, D.J., Marchi, N., van Dam, J., Castilho, R.F., Chen, M. y Macaluso, M. (2005). Effectiveness of female and male condoms in preventing exposure to semen during vaginal intercourse: a randomized trial. *Contraception, 71*(2), 130-136.
- Gerbase, A., Rowley, J.T. y Mertens, T.E. (1998). Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet, 351*(suppl. 3), 2-4.
- Gollub, E.L. (2000). The female condom: tool for women's empowerment. *American Journal of Public Health, 90*, 1377-1381.
- Hart, G., Pool, R., Green, G., Harrison, S., Nyanzi, S. y Whitworth, J.A. (1999). Women's attitudes to condoms and female-controlled means of protection against HIV and STDs in south-western Uganda. *AIDS Care, 11*(6), 687-698.
- Hoffman, S., Exner, T.M., Leu, C.H.S., Ehrhardt, A. y Stein, Z. (2003). Female condom use in a gender specific family planning clinic trial. *American Journal of Public Health, 93*(11), 1987-1903.
- Jivasak-Apimas, S., Saba, J., Chandeying, V., Sakondhavat, C., Kiriwat, O., Ruggpao, S., Rojanapithayakorn, W. y Fontanet, A.L. (2001). Acceptability of the female condom among sex workers in Thailand: results from a prospective study. *Sexual Transmission Diseases, 28*(11), 648-654.
- Mantell, J.E., Hoffman, S., Weiss, E., Adeokun, L., Delano, G., Jagha, T., Exner, T.M., Stein, Z.A., Quarraisha, A.K., Sheepers, E., Atkins, K. y Weiss, E. (2001). The acceptability of the female condom: Perspectives of family planning providers in New York, South Africa and Nigeria. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 78*(4), 658-668.
- Microbicide Initiative (2002). *Mobilization for microbicides: the decisive decade*. Silver Spring, MA: Alliance for Microbicide Development.
- Musaba, E., Morrison, C.S., Sunkutu, M.R. y Wong, E.L. (1998). Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia. *Sexual Transmission Diseases, 25*(5), 260-264.
- ONUSIDA (2002). *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections*. Washington: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Women and HIV/AIDS. Hoja de datos 242*. Ginebra: OMS.
- Pool, R. Whitworth, J.A., Green, G., Mbonye, A.K., Harrison, S., Wilkinson, J. y Hart, G.J. (2000). An acceptability study of female-controlled methods of protection against HIV and STDs in south-western Uganda. *International Journal of STD and AIDS, 11*(3), 162-167.
- Ruminjo, J.K., Steiner, M., Joanis, C., Mwathe, E.G. y Thagana, N. (1996). Preliminary comparison of the polyurethane female condom with the latex male condom in Kenya. *East African Medical Journal, 73*(2), 101-106.
- Sha, B.E. (2005). Vaginitis increases genital HIV shedding. *Journal of Infectious Diseases, 191*, 25-32.
- Soper, D.E., Shoupe, D., Shangold, G., Shangold, M.M. y Gutmann, J. (1993). Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexual Transmission Diseases, 20*(3), 137-139.
- Xu, J.X., Leeper, M.A., Wu, Y., Zhou, X.B., Xu, S.Y., Chen, T., Yang, X.L. y Zhuang, L.Q. (1998). User acceptability of a female condom in Shanghai. *Advances in Contraception, 14*(4), 193-199.