



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN
LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD CEVALLOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Yánez Ruiz, María Gabriela

Tutor: Dr. Vinuesa Aguay, Henry Wilfrido

Ambato – Ecuador

Julio, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS” de María Gabriela Yánez Ruiz , estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2014

EL TUTOR

Dr. Henry Wilfrido Vinueza Aguay

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del trabajo.

Ambato, Mayo del 2014

LA AUTORA

María Gabriela Yáñez Ruiz

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de la misma un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo del 2014

LA AUTORA

María Gabriela Yáñez Ruiz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS”** de María Gabriela Yáñez Ruiz, Estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio del 2014

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1 er vocal

.....
2 do vocal

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia principalmente a mis padres y hermano que a pesar de la distancia física me han demostrado siempre su cariño, y apoyo incondicional, siempre dispuestos en cualquier momento.

A mi tía, a quien quiero como a una madre, y a su familia por compartir momentos significativos conmigo durante lo largo de la Carrera brindándome su valiosa ayuda.

A mi abuela por sus sabios consejos que me han formado en el camino del bien.

A mis queridos amigos Jimmy, Tránsito, Daniel, Rosita. Nohemí, Marquito, ya que sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta.

Ustedes son parte de mi vida y de mis alegrías.

María Gabriela Yáñez Ruiz

AGRADECIMIENTO

Gracias infinitas a Dios que por medio del espíritu santo me han concedido esta hermosa vocación de médico, además de la inteligencia y fortaleza necesarias para llegar a serlo.

A mis padres y familia por la confianza, sacrificios, e incondicionalidad.

Siempre agradecida con mis profesores quienes al impartir sus excelentes conocimientos contribuyeron a mi formación.

Agradezco también al Hospital Regional Docente Ambato, ya que durante mi año de internado pude desarrollar muchas destrezas y adquirir conocimientos con la meritoria ayuda de todos los profesionales que allí laboran.

A la Universidad Técnica de Ambato, sus Autoridades, mi Tutor, y Revisores, quienes han contribuido significativamente para la realización de este trabajo, y gracias a ellos hago realidad esta meta.

María Gabriela Yáñez Ruiz

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. TEMA	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN:.....	2
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO	12
1.2.3. PROGNOSIS.....	13
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	14
1.2.6. DELIMITACIÓN.....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	15
1.4. OBJETIVOS	15

1.4.1.	OBJETIVO GENERAL	15
1.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
	CAPÍTULO II	17
	MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:	17
2.2.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	20
2.2.1.	Constitución de la República del Ecuador.....	20
2.2.2.	Ley Orgánica De La Salud	20
2.2.3	Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	22
2.2.4	Reglamento Universidad Técnica De Ambato.....	23
2.3	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	24
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	25
2.4.1	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	25
2.5	HIPÓTESIS.....	40
2.6	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	40
	CAPÍTULO III.....	41
	METODOLOGÍA	41
3.1.	ENFOQUE	41
3.2.	MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.3.	NIVELES O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:	41
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
3.4.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
3.4.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
3.4.3.	CRITERIOS ÉTICOS	42
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	43
3.6.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	46

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	47
CAPÍTULO IV	48
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	48
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.....	48
4.1.1 Ingreso familiar mensual en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).....	50
4.1.2 Religión en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).....	51
4.1.3 Ocupación en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).....	53
4.2 ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS (N=296).....	55
4.2.2 Gestas no planificadas en mujeres en edad fértil centro de salud Cevallos.....	57
4.3 CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.....	59
4.3.2 ¿Quién le ha brindado información sobre el uso de anticonceptivos? (n=296).....	60
4.3.4 Conocimiento de la existencia del Condón Femenino por las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	63
4.3.5 Dónde escucharon hablar acerca del Condón Femenino las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	65
4.3.6 Conocen cómo se usa el Condón Femenino las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos (n=296).....	66

4.4 INTERÉS Y PREDISPOSICIÓN A LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO.....	68
4.4.1 ¿Estaría interesada en saber más acerca del Condón femenino?	68
4.5 ACTITUDES FRENTE AL ASPECTO DEL CONDÓN FEMENINO EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.....	69
4.5.1 ¿Le agrada el aspecto del Condón femenino? (n=296).....	69
4.5.2 Acotaciones negativas que emitieron las participantes posterior a mostrarles el Condón femenino en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos (n=296).....	70
4.5.3 Acotaciones positivas que emitieron las participantes posterior a mostrarles el Condón femenino (n=296).....	73
4.5.4 ¿Le gustaría que en su centro de salud se dispense gratuitamente el Condón Femenino? (n=296).....	75
4.5.5 ¿Cuáles son las ventajas que conoce acerca uso del condón femenino? (n=296).....	77
4.6 RAZONES Y MITOS POR LAS QUE NO UTILIZA EL CONDÓN FEMENINO LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.	78
4.6.1 Razones por las que no utiliza el Condón Femenino.	78
4.6.2 Mitos que influyen en la utilización del Condón Femenino.	82
4.7 ANÁLISIS DE DATOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE UTILIZAN EL CONDÓN FEMENINO Y ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.....	85
4.7.1 Le causa dificultad colocarse el Condón Femenino.....	85
4.7.2 Razones por las que continúa el uso del Condón Femenino.....	86
4.7.3 Con qué frecuencia utiliza el Condón Femenino.	87
4.8 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	88
4.8.1 Tabla 25. Barreras culturales que influyen en el uso del Condón femenino.....	89

CAPÍTULO V	92
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	92
5.1 CONCLUSIONES	92
5.2 RECOMENDACIONES	94
CAPÍTULO VI.....	95
PROPUESTA.....	95
6.1. DATOS INFORMATIVOS	95
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	95
6.3. JUSTIFICACIÓN	96
6.4. OBJETIVOS	97
6.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	97
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	97
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	97
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA	98
6.7. MODELO OPERATIVO	104
6.8. ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA	105
6.9. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
CITAS BIBLIOGRÁFICAS	106
LINKOGRAFÍA	106
BASE DE DATOS UTA.....	111
ANEXOS.....	112
ANEXO 1.....	112
ANEXO 2.....	116
ANEXO 3.....	117
ANEXO 4.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Potenciales barreras.....	55
Tabla 2. Características Sociodemográficas en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).....	76
Tabla 3. Ingreso familiar mensual en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	79
Tabla 4. Religión de la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	81
Tabla 5. Ocupación de las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	83
Tabla 6. Edad de inicio de relaciones sexuales en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	86
Tabla 7. Gestas no planificadas en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	88
Tabla 8. Información sobre anticonceptivos en las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	90
Tabla 9. Quién le ha brindado información a la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	92
Tabla 10. Métodos de anticoncepción de mayor utilización por la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	94
Tabla 11. Conocimiento de la existencia del Condón Femenino en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	96
Tabla 12. Dónde escucho hablar acerca del Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	98
Tabla 13. Conocen cómo se usa el Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	100
Tabla 14. Interés por el Condón Femenino en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	102
Tabla 15. Agrada el Condón Femenino a la población a las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	104

Tabla 16. Acotaciones negativas emitidas por la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	105
Tabla 17. Acotaciones positivas.....	109
Tabla 18. Dispensador gratuito para la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos	111
Tabla 19. Ventajas que conoce acerca uso del condón femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	113
Tabla 20. Razones por las que no utiliza el Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.....	115
Tabla 21. Mitos que influyen en la utilización del Condón Femenino	119
Tabla 22. Causa dificultad colocarse el Condón Femenino a la población de mujeres en edad fértil que lo utiliza Centro de Salud Cevallos.....	122
Tabla 23. Razones por las que continúa el uso del Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil que utiliza en el Centro de Salud Cevallos	123
Tabla 24. Frecuencia de utilización por la población de mujeres en edad fértil que utiliza el CF Centro de Salud Cevallos.....	125
Tabla 25. Barreras culturales que influyen en el uso del Condón femenino.....	126
Tabla 26 : En resumen:	128
TABLA 26: MODELO OPERATIVO.....	142

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico. 1. Ingreso familiar mensual de la población	81
Gráfico. 2. Religión.....	83
Gráfico. 3. Ocupación	86
Gráfico. 4. Edad de inicio de relaciones sexuales.....	88
Gráfico. 5. Gestas no planificadas.....	90
Gráfico. 6. Información sobre anticonceptivos	92
Gráfico. 7. Quién le ha brindado información	94
Gráfico. 8. Métodos de anticoncepción utilizados	97
Gráfico. 9. Conocimiento de la existencia del Condón Femenino.....	98
Gráfico. 10. Conocimiento de la existencia del Condón Femenino.....	100

Gráfico. 11. Conocen cómo se usa el Condome Femenino	102
Gráfico. 12. Agrada el aspecto del Condón Femenino	106
Gráfico. 13. Acotaciones negativas.....	108
Gráfico. 14. Acotaciones positivas.....	111
Gráfico. 15. Dispensador gratuito	113
Gráfico. 16. Ventajas que conoce acerca uso del condón femenino.....	116
Gráfico. 17. Razones por las que no utiliza el condón femenino.....	118
Gráfico. 18. Mitos que influyen en la utilización del condón femenino.....	122
Gráfico. 19. Causa dificultad colocarse el CF.....	124
Gráfico.20. Razones por las que abandona o continúa el uso del Condón	125
Gráfico.21. Frecuencia utiliza el condón femenino	127

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS”

Autora: Yánez Ruiz María Gabriela

Tutor: Dr. Vinuesa Aguay Henry Wilfrido

Fecha: Mayo del 2014

RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar las Barreras que están influenciando en la Utilización del Condón Femenino en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos en el año 2014, además de describir los mitos creados en la población, el nivel de conocimiento y las condiciones socioeconómicas que determinen el uso del Condón Femenino.

Se llevó a cabo la aplicación de la encuesta general y una adicional para aquellas que se encuentren utilizando el condón femenino, obteniendo la información directamente de cada una de estas mujeres.

Se estudió una muestra de 296 pacientes donde se reflejó que la incidencia de la población de estudio está dentro de los siguientes componentes socio-demográficos: grupo de edad de 20 a 30 años, población urbana, solteros y, con nivel de escolaridad secundaria, los datos fueron procesados en números

absolutos y porcentajes presentándose los resultados en gráficos y tablas según fuera conveniente.

El desconocimiento de uso del condón femenino es la barrera más alta que incide en su utilización, con el valor de Chi cuadrado más alto ($58.43 > 3.84$), seguido por miedo, vergüenza, inseguridad del método, actitud negativa de la pareja, machismo.

Los mitos que influyen para no usar el condón femenino es sobre todo el miedo a que se rompa 77%, poca protección 8,1%.

El 56.76% sabe de la existencia del condón femenino, pero el 87.84% de las mujeres no saben cómo utilizarlo.

La prevención de embarazos, y enfermedades de transmisión sexual son las dos ventajas más conocidas por las mujeres pero ninguna mujer manifestó estar al tanto de otra ventaja adicional.

Son 10 mujeres la que utilizan este método de barrera.

PALABRAS CLAVES: CONDÓN_FEMENINO, ANTICONCEPTIVOS, GESTAS, BARRERAS_CULTURALES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"BARRIERS TO CONDOM USE FEMALE POPULATION OF
REPRODUCTIVE AGE WOMEN ATTENDING HEALTH CENTER
CEVALLOS"**

Author: Yáñez Ruiz María Gabriela

Tutor: Dr. Vinueza Aguay Henry Wilfrido

Date: Mayo del 2014

SUMMARY

An investigation of descriptive cross-sectional was conducted in order to identify the barriers that are influencing the Use of Female Condom in women of childbearing age who come to the Centre de Cevallos Health in 2014, in addition to describing the myths in the population, the level of knowledge and socio-economic conditions that determine the use of the Female Condom .

Was carried out applying the general survey and an additional for those who are using the female condom, obtaining information directly from each of these women.

A sample of 296 patients which reflected the impact of the study population is provided in the following components socio- demographics were studied : age group 20 to 30 years , urban population , single and level of secondary schooling, data were processed in absolute numbers and percentages presenting the results in graphs and tables as was convenient .

The lack of use of the female condom is the highest barrier that affects their use , with the chi-square value higher ($58.43 > 3.84$), followed by fear, shame, insecurity method, negative attitude of the couple and machismo.

The myths that influence not to use the female condom is mostly the fear that 77%, 8.1% little protection breaks.

The 56.76 % knew of the existence of the female condom, but 87. 84% of women do not know how to use it .

Preventing pregnancy and sexually transmitted diseases are the two known advantages over women but no woman said to be aware of another advantage .

There are 10 women who use this method of wall.

KEYWORDS : FEMALE_CONDOM, CONTRACEPTIVE, GESTAS, CULTURAL_BARRIERS.

INTRODUCCIÓN

EL condón femenino es una herramienta práctica que las mujeres pueden usar para protegerse a sí mismas. Ofrece una protección dual frente a Enfermedades de Transmisión Sexual y Embarazos no planificados.

El condón masculino es una opción eficaz y útil para la protección, pero lamentablemente los estereotipos, mitos y prejuicios así como las relaciones desiguales e inequitativas entre hombres y mujeres hacen que las mujeres estén en mayor riesgo, cuando no les es posible negociar el uso del condón con su pareja.

Hasta la fecha, existen exitosos programas para promocionarlo en varias poblaciones a fin de que el acceso y el consumo pueda sostenerse a largo plazo, los programas deben crear y medir la demanda, así como garantizar un suministro constante de los condones femeninos a través del apoyo de los gobiernos y los donantes (Mack N G. T., 2010).

Sorprendentemente, el condón femenino ha recibido muy poca atención desde su introducción en 1984. Dado el alto número de mujeres con VIH mundialmente, el apoyo internacional por la salud y los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, el empoderamiento de éstas y la demanda expresada por las usuarias, se esperaría que el condón femenino fuera ampliamente accesible 16 años después de su primera aparición (Peters A J. W., 2010).

Existen barreras que están limitando la utilización del Condón femenino y que impiden que las mujeres puedan gozar plenamente de su derecho a elegir, Y por lo tanto el condón femenino no debe ser una opción más, sino tener un acceso real. Lejos de ser un método más de cuidado.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA

BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN:

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad según manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS). (OMS, Planificación familiar, 2013).

El uso de métodos anticonceptivos modernos y el acceso a servicios de planificación familiar permiten a las mujeres y a las parejas evitar embarazos no planificados. Esto es de suma importancia, teniendo en cuenta que más del 40% de los embarazos en todo el mundo son embarazos no planificados (NATIONS_UNITED, 2010).

Los embarazos no planeados representan aproximadamente el 50 % de todos los embarazos en los EE.UU. (más de 3 millones cada año) y cinco veces más frecuentes en las mujeres pobres que las mujeres pudientes. Estos embarazos no

deseados dan lugar a la mayoría de los 1.2 millones de abortos al año (Cuenta_Atrás, 2012).

La OMS clasifica al condón femenino dentro de los métodos de anticoncepción modernos y son Envolturas o revestimientos, que se ajustan libremente dentro de la vagina de una mujer, hechos de una transparente película de plástico suave delgada, la cual forma una barrera para impedir que los espermatozoides y el óvulo se encuentren y también protege contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (OMS, Planificación familiar, 2013).

El condón femenino es el único método de prevención contra el VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, cuyo uso es específico para las mujeres. Se conoce que las mujeres representan cerca de la mitad de las 33 millones de personas que viven con VIH en todo el mundo (CIMAC_Noticias, 2012).

Según las Naciones Unidas, Departamento de asuntos económicos y sociales, división de la población (2011), en el informe Uso Mundial de Anticonceptivos 2010, la prevalencia del uso de cualquier anticonceptivo en el mundo es de 62.7% en el año 2009, la cual ha ido en aumento ya que en el año 2000 esta se encontraba en un 55.4%, y en 1980 49.2%.

La prevalencia del uso de cualquier anticonceptivos en países con mayor desarrollo en el año 2009 es del 72.4 %, en países con menor desarrollo es del 61.2%, y en países no desarrollados 31.4%.

Existen diferencias marcadas en la prevalencia del uso de cualquier anticonceptivos según continentes encontrando los porcentajes más bajos en África con un 28.6%, en relación a Latinoamérica y el Caribe con un 79.9% , Sudamérica 76%, en Norteamérica es del 78.1%, Oceanía 59.8% y Europa con una prevalencia es de 72.9%.

La prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en el mundo para el año 2009, es de 56.1%; en países no desarrollados encontramos una prevalencia de 25%. Según continentes, África mostró una prevalencia de 22.4%, Europa 58.7%,

Latinoamérica y Caribe 67%, Sudamérica 69.6%, Norteamérica 72.9% (Nations_United, 2011).

Por otra parte, uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo baja en África subsahariana. En África se ha pasado de 23% a 24%, en Asia se ha mantenido en 62%, y en América Latina y el Caribe aumentó ligeramente de 64% a 67%. No es con una variación significativa entre los países de estas regiones.

Un puñado de estudios sobre la doble protección se han realizado en el África subsahariana, donde el VIH y los embarazos no deseados son los desafíos críticos de salud pública (Yam E M. Z., 2013).

Se estima que unos 222 millones de mujeres en los países en desarrollo desean retrasar o dejar de tener hijos pero no están usando ningún método anticonceptivo (NATIONS_UNITED, 2010).

Estas personas forman parte de la Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar (NIPF) la misma que se define según la OMS como el porcentaje de mujeres que son fecundas y sexualmente activas, pero no usan ningún método anticonceptivo, e informan que no quieren tener más hijos o que desean retrasar el nacimiento de su próximo hijo (OMS, 2013).

A pesar del reconocimiento de posibles razones para el incremento de las NIPF, el porcentaje sigue siendo demasiado alto y al momento la OMS realiza actividades para hacer frente a esta necesidad tanto de investigación, Normas, herramientas y directrices, como también mediante el apoyo a los países y la promoción en salud. Esta inequidad es alimentada por una población creciente, y la escasez de servicios de planificación familiar (OMS, Planificación familiar, 2013).

El porcentaje de NIPF en el mundo según las Naciones Unidas en el año 2009 es del 11.2% el mismo que incrementa en relación a un 10.9% en el año 2005. En países en vías de desarrollo el porcentaje de NIPF es del 11.4%, mientras que en países no desarrollados se eleva a 24,2%. En los continentes, África maneja el mayor

porcentaje de NIPH con un 22.7%, Asia 9.3%, Latinoamérica 9.3%, Sudamérica presenta un 7.5%, Norteamérica un 6.6% (Nations_United, 2011).

Es posible identificar barreras que están limitando el uso de anticonceptivos y son según la OMS:

- La selección limitada de métodos
- El acceso limitado a los métodos anticonceptivos, especialmente entre los jóvenes, los segmentos más pobres de la población, o personas solteras;
- El miedo o la experiencia de los efectos secundarios;
- La oposición cultural o religiosa;
- La mala calidad de los servicios disponibles;
- Las barreras basadas en el género (OMS, Planificación familiar, 2013).

Además se describen poblaciones con NIPF entre los cuales tenemos:

- Adolescentes
- Migrantes
- Habitantes de tugurios urbanos
- Refugiados
- Las mujeres en el posparto (OMS, 2013).

A casi 20 años de la introducción en el mercado del condón femenino , su distribución y su demanda en el mundo, particularmente en los países subdesarrollados, se mantienen bajas, afirman organizaciones de la sociedad civil (OSC) (CIMAC_Noticias, 2012).

La literatura describe barreras que limitan directamente el uso del condón femenino, entre los cuales tenemos:

- La incomodidad en el uso (46%),
- La inseguridad que produce el método (26%),
- Los problemas en la inserción del CF (13%)
- El inducido por un rechazo previo de amigas o conocidas (13%).
- La respuesta negativa de la pareja (2%) (Ávila D, 2007).

Sin embargo, existen otras barreras que pueden estar condicionando el uso del condón femenino, algunas de estas barreras no son descubiertas, están poco estudiadas, o lo más preocupante, no son conocidas por la población, por lo que se hace importante investigar sobre estas limitantes para que sean establecidas y se conviertan en dianas donde se pueda intervenir oportunamente y con ello promover la utilización del condón femenino en nuestra población.

Estadísticamente se ha observado que a pesar de que hay incremento en la prevalencia de uso de anticonceptivos el porcentaje de NIPF se mantiene. La campaña por el acceso universal a la salud reproductiva indica que la mortalidad materna se reduciría en un 25 a 35% si la NIPF fuera satisfecha (Laliberté F L. P., 2014).

Cada uno de los ítems descritos en la literatura como barreras no deben ser vistos de manera global; al contrario, se debería analizar más a fondo cada uno para encontrar las verdaderas limitantes que presenta nuestra población para no usar un condón femenino.

La planificación familiar es un componente clave para el desarrollo social y económico de los países, su conocimiento científico y sobre todo el esclarecimiento de mitos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, que estarían actuando como fuertes barreras hace imprescindible la difusión de conocimientos confiables, la promoción y defensa de la planificación familiar en nuestro medio.

Los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos, se suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo.

Entre los mitos descritos en la bibliografía acerca del uso del condón femenino tenemos:

- Produce mucho ruido
- Existe mayor roce

- Se desliza
- No permite saber si está bien colocado
- Genera preocupación durante la relación sexual
- No se ajusta a la cavidad
- Desagrado estético
- Menor sensibilidad
- Sangrados (NATIONS_UNITED, 2010).

Algunos mitos pueden estar basados en información científica, pero en el transcurso de tiempo se tergiversa o pierde ese origen y eso hace mucho más difícil cambiar las formas de pensar que se van generando a partir de la distorsión de la información original.

En este sentido, los mitos no son prerrogativas solo de las personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy instruidas, y esto limita muchas veces la toma de decisiones acertadas que contribuyen de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar (Ávila D, 2007).

En el caso de Ecuador, es muy común la presencia de barreras y los mitos, además del desconocimiento de las mujeres de su anatomía, por lo que se le hace inverosímil aceptar que algo supuestamente de excesivo tamaño como un condón femenino, pueda ser introducido a la vagina, es aquí donde se debería actuar mediante conocimientos acerca de anatomía pero de una manera diferente más práctica.

Algunas investigaciones consideran que la consejería en planificación familiar, que deja de lado la explicación de los mecanismos de acción de los anticonceptivos y no aborda sus posibles efectos colaterales con base científica, constituye el principal factor de abandono del método y el consiguiente refuerzo de los mitos existentes, constituyendo una barrera para el uso y prevalencia de los anticonceptivos (Ávila D, 2007).

Es importante señalar que los mitos no solo pueden ser el resultado de la cultura popular, también pueden ser creados o reforzados intencionalmente con el fin de

sustentar determinadas posturas u opiniones, por grupos de personas, es aquí donde se investigará más detenidamente para actuar creando consciencia y permitiendo así a la población, discernir sobre la información que recibe.

Entre otras barreras mencionamos los mitos propios del uso del condón femenino, los cuales la literatura los denomina como limitaciones transitorias; es decir, que entre mayor sea la frecuencia de utilización desaparecerían, y éstas son: sensaciones como el ruido roce, deslizamiento.

En resumen el tener conocimiento científico por la población, sumado con la difusión de experiencias por otras mujeres en el uso del producto, y trabajando en el contexto se podría lograr que incremente el número de parejas que usen este método y disfruten de sus beneficios.

Según las Naciones Unidas, Departamento de asuntos económicos y sociales, división de la población (2011). Uso Mundial de Anticonceptivos 2010, la prevalencia del uso de cualquier anticonceptivo en el Ecuador en el año 2004 entre las edades de 15-49 años es de 72.7%, para métodos modernos 58.7%, entre ellos el uso de píldora anticonceptiva con una prevalencia de 13.3%, inyectables 5.9%, DIU 10.1%, condón masculino 4.3%, condón femenino 0.2%.

Dentro de la prevalencia para uso de anticonceptivos tradicionales en el año 2004 en Ecuador se encuentra en 14.0%, ritmo 7.5%, coitus interruptus 5.7%.

Se puede observar la prevalencia tan baja de un 0.2% para el uso del condón femenino, en relación a otros métodos modernos como el DIU con un 10.1%, revistiéndose de gran importancia el investigar que está determinado este valor tan bajo y actuar en ello. Incluso al comparar con métodos tradicionales como el ritmo 7.5% y el coitus interruptus 5.7% los mismos que no brindan protección frente a enfermedades de transmisión sexual aun así tienen estos porcentajes superiores.

En otros países de Sudamérica por ejemplo Perú la última prevalencia registrada para el uso de condón femenino es de 0.3%, en Argentina 1.6%, y Colombia con 0.5%.

La NIPF en el Ecuador en año 2004 es de 7.4%, en otros países vecinos las últimas prevalencias corresponden a Perú 7.2%, Colombia 5.8%, Brasil 6%.

Otra de las principales barreras para el uso de este método moderno de planificación familiar puede ser que a pesar de que exista información valedera acerca de las múltiples ventajas que ofrece el condón femenino está no esté al alcance de la población interesada, limitando el conocimiento público y por lo tanto ser una barrera para la utilización del condón femenino.

Al conocer y establecer estas barreras se puede utilizar estrategias para corregirlas, es decir al tener las parejas que acuden por planificación a su disposición información y experiencias éstas permitirían realizar comparaciones frente a las desventajas y podrían decidirse a utilizar el producto al darse cuenta que el beneficio que brinda es superior.

Entre los motivos de aceptación descritos se encuentran:

- La seguridad que proporciona (43%)
- El grado de autonomía (25%)
- La demanda de la propia pareja (18%) ante problemas experimentados previamente con el condón masculino.
- Una mayor comodidad (8%),
- Reducción de irritaciones o alergias en la mujer (4%)
- Ventajas de tipo estético (2%)
- Mayor sensibilidad que proporciona (1%) (Ávila D, 2007).

La mayoría de estos motivos de aceptación descritos son totalmente desconocidos por la población por lo que es ese desconocimiento una de las más importantes barreras para la utilización del condón femenino y que permite la aceptación de mitos creados por la sociedad.

Al ser EL tercer Objetivo del Milenio el Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, existe en las mujeres una mayor consciencia en el riesgo que corremos al estar expuesta a una relación sin protección y al ser este un

método que proporciona autonomía, -independientemente de la actitud del hombre, contribuye a su aceptación

Se asocia el uso del condón femenino con una mayor independencia de la mujer en una nueva esfera vital. Uno de los problemas experimentados con el condón femenino son las rupturas, el condón femenino tiene mayor seguridad al estar realizado con propiluretano y últimamente con nitrilo, un material más resistente que el látex y que además puede utilizarse en pacientes con alergia a este material.

Dentro de la Previsión de una respuesta positiva en el hombre ante el condón femenino se describe una mayor sensación de libertad al no llevar él el preservativo, solución a problemas relacionados con el tamaño del pene o con la exigencia de una erección para la colocación del preservativo (Ávila D, 2007).

El Programa Conjunto de Acceso Universal al Preservativo Femenino (UAFC, por sus siglas en inglés) reclama el compromiso de los gobiernos y los fabricantes promover la demanda, reducir el precio y aumentar la variedad de preservativos femeninos disponibles.

Además impulsa muchas campañas y actividades entre ellas la campaña “Muñecas de papel” la misma que se realiza simultáneamente en 19 países América del Sur y del Norte, África, Asia y Europa, a través de 41 organizaciones de la sociedad civil (Peker L, 2010).

El objetivo de la iniciativa “Muñecas de papel”, según explicó la presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Mabel Bianco, es “sensibilizar sobre un método para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual que es efectivo, pero que lamentablemente tiene mala prensa” (Abud C, 2011).

Esta campaña tiene lugar en países como Argentina, y Venezuela pero el Ecuador no se realizan.

En Ecuador se cuenta con un programa de Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla) que promueve el Ministerio de Salud Pública (MSP). En el cual Carla Pazmiño,

vocera de esta estrategia indica que “Vivimos en una sociedad en la que el preservativo masculino es más conocido o difundido, pero el de mujer no”

Por ejemplo, en Guayas se los encuentra en el Hospital Básico de Daule, en el Hospital de Milagro, mientras que en Guayaquil: en el Área 7 del Centro de Salud N° 4 (1 y 2), Centro de atención de salud sexual y en la Maternidad Marianita de Jesús del Sur, ubicada en la 27 y Rosendo Áviles.

No obstante, para Sonia Ocaña, directora del Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (Cemoplaf) en Guayaquil pese a que el MSP los entrega de forma gratuita, en el mercado tiene un costo de 9 dólares, pocas mujeres los usan (Telégrafo, 2013).

Se puede observar que a pesar de que existen barreras establecidas en la literatura, programas que impulsan diferentes campañas que mediante un sin número de actividades promueven su uso, fácil accesibilidad y es gratuito, la utilización del mismo es mínima, lo que denota que hay algo más por investigar para revertirlo.

En el Centro de Salud de Cevallos (CSC) la población de mujeres en edad fértil es de 1294 en el año 2012 según la proyección de Población por el Ministerio de Salud Pública MSP

La Cobertura de Planificación Familiar en el CSC es de 15.37% y la Concentración en Planificación Familiar es de 7.57%.

En nuestro medio el empoderamiento de la mujer no es tan alto, además prima el caso histórico de los hombres sobre las mujeres, el machismo. La promoción por parte de la red de salud no estaría surtiendo efecto.

Al hacer estas barreras sinergismo con barreras culturales, socioeconómicas y otras las mujeres no están utilizando este método anticonceptivo.

La directora provincial de ENIPLA informó que van a sumarse nuevos dispensadores en la provincia de Tungurahua, en base a estudios que se realicen, además expresa que las coberturas para el condón femenino en los dispensadores son altas, a diferencia de otras provincias.

El CSC no consta como dispensador autorizado, .No existe literatura local que describa cuales son las barreras para el uso del condón femenino propias de esta comunidad, puesto que se observa que las personas que acuden aunque reciben información sobre el método, muchas veces este aprendizaje no es significativo y es olvidado generando mitos y rechazo. Es a este nivel que se podría actuar y con ello incrementar el número de mujeres que obtén por este método de protección doble.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Estadísticamente conocemos la poca aceptación por parte de la población para el condón femenino, a pesar de ser un método con innumerables ventajas, al ofrecer una protección doble. El condón femenino es el único método de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, cuyo uso es específico para las mujeres.

Es de nuestro conocimiento que del total de personas que viven con VIH la mitad son mujeres lo que llamaron feminización de la enfermedad, y que casi la mitad de los embarazos en todo el mundo son embarazos no planificados.

Al momento se han estudiado muchas barreras para el uso de anticonceptivos las enumeradas por las OMS, también, existen barreras descritas específicamente para el uso de este método, pero por otro lado tenemos establecidos motivos de aceptación, ventajas y mucha información pero no existen investigaciones sobre la importancia de que esta información contemple explicación más minuciosa con énfasis en mecanismos de acción, y efectos colaterales con base científica, ya que hasta ahora esto no está siendo suficiente y los niveles de utilización son mínimos.

Entonces con la ejecución de este estudio se puede intervenir sobre estas barreras y conseguir un aprendizaje significativo en la población, y así eliminar factores de abandono del método y o el refuerzo de los mitos existentes, esto se lograría creando una estrategia para promover su utilización donde se presenten ventajas, motivos de aceptación, modo de utilización del preservativo femenino, y

asegurarnos que el personal de salud tenga todas las competencias y utilice estrategias de mercadeo, siendo beneficiados todos las mujeres, el personal de salud y el ministerio de salud.

1.2.3. PROGNOSIS.

La prevalencia de uso del condón femenino es muy baja, , la mitad de los portadores de VIH son mujeres, y casi la mitad de todos los embarazos son no planificados, a pesar de existir campañas a nivel mundial y local que promueven su uso con el objetivo de desterrar barreras presentes, se desconocen datos a nivel local sobre las barreras propias de nuestra población para el uso del condón femenino, no se han esclarecido además mitos creados haciendo un actor a ciegas a las autoridades a nivel local, para la designación de recursos, para planes de promoción prevención específicos para el uso del preservativo de uso femenino, y el CSC Cevallos no consta aún como dispensador, esto afecta directamente a las mujeres en edad fértil que necesitan planificación familiar y a los trabajadores de la salud.

Si no se obtienen estos datos la prevalencia de uso permanecerían igual, y por ende mayor incidencia de Enfermedades de Transmisión sexual en mujeres, embarazos no planificados, incremento de mortalidad materna y mayor gasto público.

Al contrario si se obtiene dicha información la asignación de recursos seria la adecuada, logrando un aprendizaje significativo, que incremente el número de mujeres que utiliza de manera correcta este método, siendo beneficiados toda la comunidad.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las barreras que están influyendo en la utilización del condón femenino en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuáles son los mitos creados por la población acerca del condón femenino?

¿Cuál es el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre el condón femenino?

¿Existen diferentes condiciones socioeconómicas que determinen el uso del condón femenino?

¿Cuál es la campaña de promoción acerca de los beneficios del uso del condón femenino?

1.2.6. DELIMITACIÓN.

- Delimitación temporal: El proyecto se realizó en el período Diciembre 2013 – Julio 2014
- Delimitación espacial: Se realizara en Centro de Salud Cevallos
- Delimitación personal: En la población asignada de mujeres en edad fértil
- Delimitación del contenido:

Campo: Ginecología

Área: Planificación Familiar

Aspecto: Barreras para el uso del Condón Femenino

1.3. JUSTIFICACIÓN

Como se ha revisado la magnitud del problema que representa no utilizar un método de planificación familiar, se considera necesario estudiar y determinar las barreras para el uso del preservativo femenino, al lograr intervenir a este nivel obtendremos todos los beneficios mencionados con anterioridad. Las decisiones médicas y de autoridades locales se toman en base a datos y estadísticas internacionales y locales, ya que desconocemos información local, haciendo que el personal de salud se someta o actué a ciegas tan solo utilizando bibliografía extranjera, afectando directamente a nuestra comunidad

Al realizar esta investigación estaríamos contribuyendo con bibliografía propia de nuestra población para ser utilizada tanto por personal de salud, como de autoridades para una mejor asignación de recursos y creando consciencia en cada mujer. El impacto de los resultados de esta investigación, primero estarían orientados hacia contar con una fuente bibliográfica actualizada y una guía del uso correcto y sus beneficios del uso del condón femenino orientado hacia la ruptura de barreras y mitos existentes en la población.

Este trabajo de investigación es factible en virtud, de que se cuenta con el apoyo de las autoridades del Centro de salud y la necesidad de que el Centro de Salud de Cevallos pueda ser considerado como dispensador con el apoyo de los resultados que se obtengan.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia de las barreras en la utilización del condón femenino en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los mitos creados por la población acerca del condón femenino
- Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre el uso del condón femenino.
- Determinar las condiciones socioeconómicas que determinan el uso del condón femenino.
- Diseñar una campaña de promoción acerca de los beneficios del uso del condón femenino.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

Promover el uso del condón femenino a las parejas heterosexuales: Los resultados de un ensayo clínico aleatorizado.

Este es un estudio realizado en el año 2006, Donde el objetivo es analizar los resultados del uso de preservativos femeninos en mujeres y sus principales parejas sexuales masculinas.

Es un ensayo clínico aleatorizado Con una muestra de (434 participantes masculinos y femeninos), durante un período de tres meses de seguimiento. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de tres condiciones del estudio: el primer grupo consta de mujeres con su pareja, ellos recibieron 6 sesiones sobre prevención de ETS, el segundo grupo recibió el mismo número de sesiones pero está compuesto solo por mujeres, el tercer grupo igual solo de mujeres recibió una sola sesión. Los autores concluyeron que debe centrarse la promoción en la mujer y su pareja sexual estable para aumentar el uso del condón femenino y la intención de uso en las parejas fue cada vez mayor conforme paso el tiempo, además se debe enfocar la situación en el riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (Susan S, 2006).

La eficacia del entrenamiento en habilidades del condón femenino en la reducción del riesgo de VIH entre mujeres: un ensayo aleatorio controlado - (2008).

Se evaluó la eficacia de la capacitación para aumentar el uso del preservativo femenino entre las mujeres. Se realizó un ensayo aleatorio controlado con 409 mujeres. Las participantes recibieron instrucciones de uso del condón al inicio y una dotación de condones masculinos y femeninos para una etapa de implementación de uso. Se evidenció un aumento en el porcentaje de actos

sexuales protegidos con condones femeninos. Los resultados sugieren que la capacitación puede aumentar el uso del Condón Femenino y los actos sexuales protegidos, sin reducir el uso del condón Masculino entre las mujeres (Hoi K, 2008).

El condón femenino: conocimientos, actitudes y disposición al uso. El primer estudio italiano - (2007).

En este participaron adultos heterosexuales mayores de 18 años no involucrados en trabajo sexual (66.7% mujeres, 33.3% hombres). Se utilizó un cuestionario cerrado con escalas Likert para determinar los conocimientos y prácticas relacionadas al condón femenino. También se escogió un grupo de mujeres interesadas en utilizar el condón y mediante entrevistas recopilar su experiencia en torno a su uso. Se concluyó que el Condón Femenino era prácticamente desconocido. Los resultados muestran una respuesta rápida y positiva caracterizada por el interés y la apertura al Condón Femenino, seguida por la resistencia a utilizarlo. El estudio también señala la importancia metodológica de destinar un módulo informativo y de capacitación sobre el uso y ventajas del CF como estrategia para disminuir las resistencias. Pese a los resultados poco alentadores los y las autoras concluyen que se debe insistir en las estrategias de promoción y divulgación en la ciudadanía (Spizzichino L, 2007).

Presentando el condón femenino a las trabajadoras sexuales en América Central - (2011).

Se realizaron dos sesiones de grupos focales con 196 trabajadoras del sexo y 95 entrevistas con esta misma población en el Salvador y Nicaragua entre el año 2007 y 2008. Algunas de las conclusiones relevantes de la investigación es que la mayoría de las mujeres reportaron haber practicado 2–10 veces antes de sentirse lo suficientemente preparadas para usarlos con sus clientes. Las percepciones positivas incluyeron lubricación, tamaño, comodidad y resistencia mientras que las negativas incluyeron el tamaño grande del empaque, incomodidad física inicial y la posibilidad de que el dispositivo pudiera ahuyentar a los clientes. Las

participantes prefirieron aprender sobre el uso de los condones femeninos con un folleto instructivo apoyado con capacitación dirigida por una instructora en su centro de trabajo. Citaron como barreras para su uso la falta de conocimiento de hombres y mujeres. El estudio concluye que si se toman medidas para instruir a las trabajadoras del sexo sobre el uso del CF en lugares en donde no se sentirán estigmatizadas; y si se cuenta con los suministros de manera fácil y consistente, parece probable la aceptación favorable del CF (Mack N G. T., 2011).

En la investigación realizada por Amado M. “Actores que Influyen en el uso del preservativo en Mujeres en edad reproductiva” realizado en Colombia en el año 2007.

Se realizó un estudio transversal cuyo objetivo principal fue el de identificar predictores psicológicos del uso de preservativo en una muestra de 381 mujeres en edad reproductiva de la ciudad de Tunja, Colombia. Se administró un instrumento que evalúa conocimientos, motivos, situaciones sociales y estados biológicos relacionados con el uso del preservativo en la primera relación sexual y a lo largo de la vida sexual activa. Para el tratamiento de los datos se obtuvieron estadísticas descriptivas y se utilizaron el χ^2 de Pearson y un análisis de regresión logística multivariado (método hacia atrás con Wald). El análisis con el χ^2 de Pearson arrojó diferencias entre quienes utilizaron y no utilizaron preservativo en su primera relación ($\chi^2 [1] = 25.000$; $p = 0.000$), así como entre quienes lo utilizaron consistente e inconsistentemente a lo largo de su vida sexual activa ($\chi^2 [3] = 21.907$; $p = 0.000$). El análisis de regresión logística multivariado aportó como predictor del uso del preservativo a lo largo de la vida sexual activa al motivo “porque yo no sabía utilizarlo” ($\chi^2 [2] = 6.786$; $p = 0.034$). Se discute sobre la importancia de diseñar programas para la prevención de la infección por VIH que pongan especial atención en la variable motivos que subyacen al uso de preservativo, así como en la necesidad de entrenar a las mujeres en edad reproductiva en competencias relacionadas con la negociación y el uso consistente y eficiente del preservativo (Amado M, 2007).

2.2. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.2.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.2.2. Ley Orgánica De La Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

En la Sección cuarta que corresponde al: Presupuesto General del Estado

Art. 298.- Se establecen preasignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior; y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos en la ley. Las transferencias correspondientes a preasignaciones serán predecibles y automáticas. Se prohíbe crear otras preasignaciones presupuestarias.

En la Sección octava sobre: Ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales

Art. 388.- El Estado destinará los recursos necesarios para la investigación científica, el desarrollo tecnológico, la innovación, la formación científica, la recuperación y desarrollo de saberes ancestrales y la difusión del conocimiento. Un porcentaje de estos recursos se destinará a financiar proyectos mediante fondos concursables. Las organizaciones que reciban fondos públicos estarán sujetas a la rendición de cuentas y al control estatal respectivo (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.2.3 Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

Objetivo estratégico

Disminuir las brechas existentes entre los enunciados de derechos, especialmente sobre salud sexual y salud reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos.

Lineamientos de Política en Salud Sexual y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos

1. Inclusión del enfoque de derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las acciones institucionales y de la sociedad civil.
2. Implementar en todas las acciones de la política pública la no discriminación por: género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo de actividad y otras.
3. Fomentar la autonomía y el auto cuidado como elementos fundamentales en la construcción de ciudadanía en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
4. Eliminar barreras legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a información y servicios de salud en general y de salud sexual y salud reproductiva, con enfoque de derechos sin discriminación por motivos de género, edad, etnia, religión, cultura y orientación sexual, discapacidad, condición de salud condición socioeconómica, tipo de actividad y otras.
5. Que el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos cruce toda la normativa legal del país.
6. Fortalecer mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad para el ejercicio de estos derechos.
7. Impulsar reformas legales que garanticen la reproducción voluntaria en condiciones seguras.

8. Crear las reformas legales y los mecanismos para erradicar y sancionar la violencia sexual y explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.
9. Promover un marco regulatorio y político de manejo de la SDR en los medios de comunicación y vigilar que el mensaje de los medios de comunicación construyan valores de equidad y solidaridad e imágenes femeninas y masculinas positivas y diversas, bajo patrones culturales éticos y estéticos, que destaquen comportamientos de poder compartido, práctica sexual responsable, segura y placentera y relaciones sexuales basadas en el respeto mutuo y la autonomía y que se establezca la penalización de mensajes distorsionados sobre estos aspectos.
10. Exigir el cumplimiento de espacios obligatorios de educación en los medios de comunicación para una información adecuada en sexualidad. (Consejo Nacional de Salud, 2007).

2.2.4 Reglamento Universidad Técnica De Ambato

Reglamento de evaluación, acreditación, y calificación por competencias, para la promoción en ciclos semestrales y créditos en la Universidad Técnica de Ambato

Capitulo II Sistema de evaluación, calificación y acreditación

Art. 5.- Dentro de las actividades del aula y de estudio independiente, expresamente determinadas en el módulo informativo se consideraran los siguientes informes sobre:

- 1 Consultas bibliográficas y documentales
- 2 Trabajo de campo
- 3 Trabajos prácticos
- 4 Prácticas de laboratorio
- 5 Seminarios
- 6 Exposiciones
- 7 Ejecución de proyectos de investigación

8 Proyectos comunitarios (Reglamento Interno de la Universidad Técnica de Ambato, 2013).

Las mujeres en edad fértil necesitan recibir una atención integral en cuanto Planificación Familiar lo cual se sustenta en el artículo 360 de la constitución que la garantiza.

También el 363 contempla que el estado será responsable de universalizar la atención en salud, mejorando permanentemente la calidad de esta, lo que sustenta el propósito de esta investigación que es lograr la utilización del condón femenino y así disminuir las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

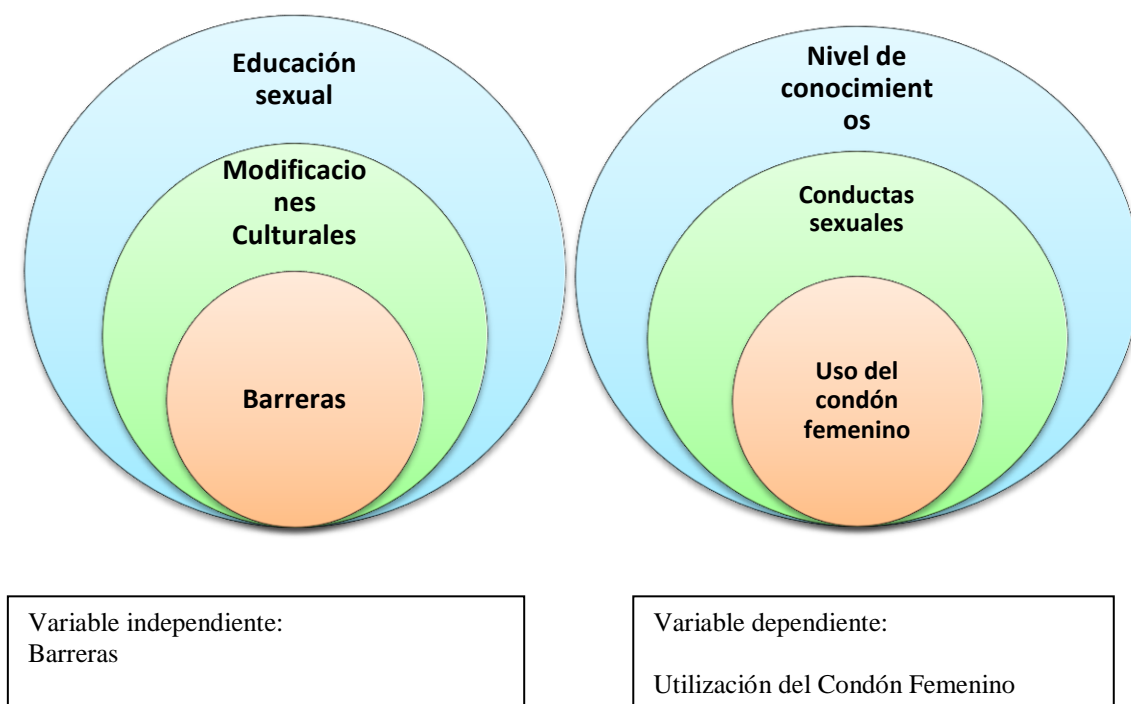
La realización de estudios investigativos se encuentra respaldada en varios artículos, como por ejemplo el artículo 198 de la sección del presupuesto general del estado el cual señala su apoyo mediante preasignaciones presupuestarias destinadas al sector salud, a la educación superior, a la investigación y ciencia, además el artículo 388 de la sección ciencia, tecnología menciona que el estado destinará los recursos necesarios para la investigación científica y que un porcentaje de estos recursos son destinados para la ejecución de proyectos, esto denota importancia no solo para la realización de esta investigación sino para posteriores investigaciones que profundicen este tema, y que necesiten mayores recursos para llegar a su objetivo.

2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico propositivo.

Critico porque identifica las barreras que afectan directamente el uso del condón femenino, cada realidad y cada población es distinta por lo tanto se analizó los diferentes motivos que afectan en esta población, al identificarlos el propósito fue prevenir que dichos aspectos sigan causando limitaciones en el uso del preservativo de uso femenino, y así lograr un aprendizaje significativo para desterrar barreras formadas y esclarecer mitos.

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Fundamento teórico de la Variable Independiente

Educación sexual

La educación sexual se realiza con ayuda de los agentes sociales: madre, padre, hermanos, otros familiares, compañeros, amigos, maestros, otros adultos, algunas instituciones, medios de comunicación (TV, cine, prensa...) libros, juguetes, folklore, etc (Alvarez P, 2008).

Factores Influyentes

Las influencias de éstos agentes son básicas para que el sujeto alcance una estabilidad conductual y un nivel de madurez adecuado que le permita ser autónomo y responsable.

- **La familia.-** proporciona lo que consideramos condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes.
- **Apego:** El apego puede definirse como el conjunto de sentimientos asociados a las personas con los que se convive, que influyen en el sujeto transmitiéndole sentimientos de seguridad y bienestar, placer generados por la proximidad y contacto con ellos (González E, 2009).

Concepto de educación afectivo sexual

En 1975, La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como: "La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor" (OMS, 2008.).

Boix, (1976) afirma: "Se puede entender la educación sexual como el conjunto de aprendizajes que permitan un buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con otras facultades y la consecución de una buena interrelación con otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, alcanzando altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima" (Ruiloba J, 2009).

Melendo (1986) escribe: "La educación sexual debe orientar la afectividad; la necesidad de seguridad afectiva, de amar y ser amado, la seguridad de sentirse útil y convencerse de su propio valor (Sánchez R, 2010).

Quintana, J.M. (1999) escribe: "La sexualidad humana tiene la facilidad propia del instinto, pero ofrece la dificultad de un valor que ha de ser construido a través de complicadas facetas psicológicas y personales. Por si esto fuera poco, reviste notables diferencias en el hombre y la mujer, cosa que todavía complica más el asunto. La cultura social, a través de tabués y represiones por un lado, y el

desenfreno y abusos por otro, aviva el fuego del deseo, al cual echan leña, hoy día, unos medios de comunicación social grandemente erotizados (Aran J, 2010).

Modificaciones Culturales

Definición de Cultura.- Parte de la definición de la cultura es que no es una constante. Cambia constantemente, como los individuos y los grupos de personas se adaptan a las nuevas situaciones, tecnologías, ambientes e ideas. Como resultado de las experiencias colectivas, la mentalidad y los hábitos de las personas que viven cerca unos de otros, se crean las tradiciones, las prácticas y los productos. En el siglo XXI, las culturas siguen cambiando (Bell D, 2010).

Para Salvador Giner, la cultura sería un hecho peculiar al hombre, que lo diferencia de la sociedad animal. La cultura sería en gran medida el modo humano de satisfacer necesidades biológicas. Además la cultura también crea necesidades.

La cultura sería un sistema relativamente integrado de ideas, valores, aptitudes, afirmaciones éticas, modos de vida, que están dispuestos en esquemas o patrones que poseen una cierta estabilidad dentro de una sociedad dada de manera que influye en su conducta y en su estructura.

La cultura consiste en conocimientos, pautas de conducta que han sido socialmente aprendidas. La cultura como tal, es algo abstracto, pero se manifiesta en conductas concretas y en resultados concretos (Foster G, 2008).

Las funciones de la cultura serían:

1. Permite considerarse individual y colectivamente miembros de un grupo, asociación, colectividad, sociedad.
2. "Función psíquica", moldea las personalidades individuales (se prefieren ciertas comidas, mímicas, vincula sentimientos con colores...)
3. Adapta el hombre a su entorno (González L, 2008).

Elementos culturales

1. Los elementos cognitivos, es decir, los conocimientos.
2. Las creencias.
3. Las normas.
4. Los valores.
5. Los signos.
6. Las formas no normativas de conducta.

Los elementos cognitivos: significa que toda cultura tiene un grado o nivel alto de conocimientos objetivos sobre la naturaleza, (el mundo que nos rodea) y sobre la sociedad.

La creencias: es algo que empíricamente no se puede demostrar, es algo difícil de racionalizar, es una cuestión de fe, te la crees o no te la crees. Son enunciados específicos las personas consideran ciertos.

Las normas: reglas y expectativas sociales a partir de las cuales una sociedad regula las conductas de sus miembros. Unas son proscriptivas: prohíben ciertas cosas (por ejemplo no salir sola la mujer casada a la calle) otras son prescriptivas: indican lo que se debe hacer (ceder el asiento a las personas mayores).

Los valores: modelos culturalmente definidos con los que las personas evalúan lo que es deseable, bueno, bello y sirven de guía para la vida en sociedad.

Signos: pueden ser de dos clases. Señales y signos.

Formas no normativas de conducta: Son las maneras o estilos peculiares de la gente de una comunidad "idiosincrasia" (Flifford G, 2009).

Cambio de cultura.- Uno de los cambios más importantes que afectan a las poblaciones en el siglo 21 es el cambio de las culturas. Se producen no sólo debido a la influencia exterior, sino también por la invención de nuevas ideas y

productos, que hacen que las cosas y formas se vuelvan obsoletas. Un ejemplo de un cambio cultural que puede estar teniendo lugar en este siglo es el surgimiento de la era de la información, que ha sustituido a las prácticas que consumen más tiempo con otras más rápidas (Flifford G, 2009).

Los cambios culturales se pueden producir por:

a) Difusión cultural: E.: De Japón nos llega una moda cultural que puede producir un cambio en nuestra cultura.

b) Aculturación: Es el cambio que se produce cuando dos culturas entran en contacto.

c) Transmisión cultural: La transmisión cultural permite la evolución cultural. Es decir, la cultura evoluciona, se modifica. Si esa evolución cultural tiene una capacidad de introducir elementos tan innovadores y potentes culturalmente que produce un cambio brusco nos encontramos con la revolución cultura (Foster G, 2008).

Barreras

Las barreras se define como aquellos factores que impiden, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional, que en el caso de las prácticas clínicas se manifiesta en adherencia, o falta de adherencia, a sus recomendaciones (Newton P, 2007).

Tabla 1. Potenciales barreras

Clasificación	Barreras
Profesional de la salud	Falta de acuerdo con las recomendaciones (diferencias en la interpretación de la evidencia)
(Competencia, actitudes,	Falta de formación, entrenamiento o habilidades para seguir las recomendaciones clínicas

opiniones, motivación para el cambio y características individuales)	Preferencias personales y experiencias individuales percibidas como más efectivas que las recomendaciones
Contexto social (Pacientes, colegas)	Falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes Demandas de los pacientes a un determinado tratamiento o prueba
Factores relacionados con el sistema (organización y estructura, medidas económicas)	Procesos poco estandarizados que dificultan la implementación de recomendaciones Falta de tiempo, sobrecarga de trabajo Poder y autoridades establecidas dentro de las organizaciones que dificultan los procesos de cambio Rotación de profesionales y personal sustituto que dificultan el mantenimiento de la intervención en el tiempo Falta de trabajo en equipo Dotación insuficiente de los servicios sanitarios y recursos mal distribuidos (García J, 2008).

Fundamento teórico de la Variable Dependiente

Condón Femenino

El condón femenino es una funda de plástico que se usa durante las relaciones sexuales para prevenir embarazos y reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Tiene aros flexibles en cada extremo. Justo antes de una relación sexual vaginal, se introduce profundamente dentro de la vagina. El

aro del extremo cerrado sostiene la funda en la vagina. El aro del extremo abierto permanece fuera del orificio vaginal durante la relación sexual. El condón femenino está hecho de plástico blando y delgado. Su tamaño es adecuado para la mayoría de las mujeres (Planned Parenthood, 2008).

Historia del Condón Femenino

En 1987, una ejecutiva farmacéutica de Wisconsin Pharmacal viajó a Copenhague a reunirse con el médico danés Lasse Hessel inventor del condón femenino, ella tenía grandes esperanzas para el invento de Hessel. "La crisis del SIDA en los Estados Unidos acababa de ser reconocida plenamente, y estaba claro que las mujeres deberían tener un producto que utilicen para ayudar a protegerse a sí mismos ", expreso la ejecutiva.

Wisconsin Pharmacal introdujo finalmente el condón femenino a los EE.UU. en 1993. El preservativo, era una bolsa de poliuretano que se inserta en la vagina antes del acto sexual, y protege a las mujeres contra las infecciones de transmisión sexual, incluso si sus parejas masculinas se negaron a usar condones.

Pero antes de Wisconsin Pharmacal pueda poner el condón en el mercado, necesitaban la aprobación de los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA). Tuvieron que pasar seis años para que el condón femenino, pueda cerrar su paso por el sistema regulador, y el gobierno finalmente lo apruebe, en 1993. Pensaron que lo más difícil había pasado pero estaban equivocados. La parte dura apenas comenzaba.

El reto, en parte, fue el precio superior a su homologo masculino, y la época, en la cual no se podía decir "condón de voz alta". Y a pesar de que la crisis del SIDA estaba en su apogeo, para muchas mujeres estadounidenses, el riesgo de contraer el VIH era abstracto, algo que sucedió a otras personas y no a ellas.

En 1995, dos años después de traer el condón al mercado, Leeper recibió una llamada de un funcionario del Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de

Zimbabwe. El trabajador de la salud había recibido una petición firmada por 30 000 mujeres donde exigían que el gobierno de Zimbabwe suministre el condón femenino.

En 1996, Wisconsin Pharmacal cambió su nombre a Female Health Company y comenzó a centrarse en este sector público global, trabajando con los gobiernos, las organizaciones mundiales de salud y organismos de ayuda.

El condón femenino recibió una mejor recepción en África de lo había obtenido en los EE.UU., y como la Female Health Company trató de ampliar su alcance global, realizó un cambio en el producto original, de poliuretano para uno hecho de nitrilo, el mismo material usado en muchos guantes médicos.

El condón nitrilo, llamado el FC2, es significativamente más barato que su predecesor de poliuretano, que ahora se conoce comúnmente como el FC1, y también menos ruidoso durante el sexo. En el 2007, el UNFPA compra el FC2, y entre 2007 y 2010, el número de preservativos femeninos distribuidos globalmente se duplica de 25 a 50 millones.

Nada mal pero aun así es una gota en el océano en comparación con los condones masculinos. Por cada condón femenino que las principales organizaciones donantes compran, se venden 71 condones masculinos. (Anthes E, 2014)

Dos décadas después de su introducción muy celebrada, el condón femenino sigue sin estar a la altura de su potencial. Menos intuitivo y familiar que el condón masculino, el dispositivo simplemente nunca se puso de moda. Hoy en día, sólo el 1,6 por ciento de todos los condones distribuidos en todo el mundo son femeninos (Beksinska M, 2009).

Efectividad

Técnicamente, el condón femenino cuando se utiliza correctamente, reduce el riesgo de contraer el VIH en alrededor del 94-97 por ciento cada vez que una mujer tiene relaciones sexuales.

Ventajas:

Algunas de las ventajas que tiene el uso del condón femenino son:

- Brinda protección dual contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, y es exclusivo para las mujeres.
- El preservativo femenino cubre gran parte de los órganos genitales femeninos externos y constituye una barrera más amplia a comparación con los condones masculinos contra las enfermedades de transmisión sexual, como pueden ser el SIDA, el Virus del Papiloma Humano o la hepatitis B, para aumentar esta protección de debe utilizar de manera correcta.
- El condón femenino no presiona el pene, como si lo hacen los preservativos masculinos y a diferencia del látex, el material de nitrilo del que está hecho este condón permite que exista más transferencia de calor corporal entre la pareja, lo cual puede mejorar la sensibilidad entre ambos.
- Puesto que el condón femenino puede usarse con cualquier tipo de lubricante.
- Si no se quiere interrumpir el juego sexual, el preservativo puede colocarse 8 horas antes de la relación sexual.
- Supone una alternativa para aquellas personas que tienen alergia al látex.
- No requiere de receta médica.
- Permite a la mujer tener el control de su sexualidad.
- No conlleva efectos secundarios hormonales.
- No afecta en la fertilidad de la mujer.
- Cuando el preservativo femenino está intacto es impenetrable para los espermatozoides.
- Elimina la preocupación de la mujer de que el hombre no vaya a utilizar condón.
- Puede ser utilizado por mujeres lactantes, durante el embarazo e incluso mientras se tiene la menstruación o después de un parto reciente (CLINICAS_ABORTOSMx, 2013).

Desventajas:

- La fricción del condón puede disminuir la estimulación del clítoris y la lubricación, y por ende hacer que se disfrute menos de la relación sexual o incluso que sea incómoda (usar el lubricante suministrado puede ayudar).
- El condón puede ser ruidoso (el uso del lubricante puede ayudar). La versión más nueva es mucho más silenciosa.
- No hay contacto directo entre el pene y la vagina.
- La mujer no percibe la entrada del fluido tibio en su cuerpo (importante para algunas mujeres, no para otras).

Cómo usar un condón femenino:

- Encuentre el anillo interno del condón y sosténgalo entre los dedos pulgares y medio.
- Apriete el anillo e insértelo lo más profundamente posible dentro de la vagina, asegurándose de que el anillo interior esté más allá del hueso púbico.
- Deje el anillo externo por fuera de la vagina.
- Asegúrese de que el condón no se haya torcido.
- Antes de la relación sexual, y durante ésta si es necesario, aplique un par de gotas de lubricante a base de agua en el pene.
- Después de la relación sexual y antes de incorporarse, apriete y gire el anillo externo para asegurarse de que el semen permanezca en el interior y luego retire el condón tirando suavemente. Utilícelo sólo una vez (MedilinePlus, 2009).

Conducta Sexual

A lo largo de la historia hemos podido observar que las expresiones sexuales son tan diversas como las personas y los gustos. Cada individuo es un mundo y

desarrollamos nuestros particulares matices, ritmos y preferencias a la hora de desenvolvemos en el sexo. Cada uno, por tanto, buscamos y expresamos nuestras conductas y contactos sexuales.

En los años 60 aproximadamente aparece la llamada revolución sexual, con la cual la sexualidad humana adquirió un nuevo significado y se acepta ya como un instinto natural que debe ser entendido en todas sus dimensiones y desde un prisma de igualdad entre el hombre y la mujer.

Tradicionalmente se inculcaba la idea de que en el sexo existía una forma como debe ser, un ideal de expresión sexual cuya prioridad era como norma una expresión de conducta heterosexual, coital y con fines meramente reproductivos.

Lo que era considerado normal o anormal estaba influenciado por la cultura, las costumbres, la moral, las religiones, el país... y variaba con el paso del tiempo.

Según los estudios psicológicos, médicos y sexológicos, cada persona tiene sus propios gustos a la hora de realizar la conducta sexual, sus deseos y preferencias, sus fantasías, etc. Así pues ninguna conducta o fantasía es perjudicial si respeta el deseo, la libertad y la integridad de las personas con quien se relaciona, y si no es vivida o experimentada como una tensión o angustia.

A la hora de buscar cada persona su forma de expresarse sexualmente, de sentir su placer sin límites, se va conociendo sin poner obstáculos ni trabas que le permitan sentir a su modo su sexualidad. Si interponemos etiquetas a determinadas conductas sexuales esto influirá negativamente en la persona acarreándole un desarrollo sexual negativo.

La sexualidad no se goza de una única manera, existen diferencias técnicas y variaciones en la conducta sexual que implican conocer el propio cuerpo y proporcionarle placer. Es pues, igualmente, muy importante la comunicación con aquella persona con quien se comparten las experiencias sexuales para saber lo que agrada a cada uno.

Las técnicas más empleadas por las personas para expresar su placer sexual, teniendo en cuenta que cada uno tiene sus preferencias, formas de realizarlas, gustos:

En primer lugar la masturbación es la actividad que primero aparece y que consiste en proporcionarse placer mediante la estimulación física directa que uno mismo se produce; independientemente del resultado y del modo en que lo haga; no es necesario que se llegue al orgasmo.

Los besos también son importantes en la conducta sexual; el beso es la primera expresión de afecto que experimentamos y sabemos desde pequeños que muestran sentimiento. Es el primer contacto erótico que sirve como preámbulo a otras conductas sexuales. Tienen una carga erótica o son símbolo de cariño.

Las caricias son otra forma de expresar afecto y ternura. La piel tiene muchas terminaciones nerviosas que al ser estimuladas proporcionan cierto placer. El tacto puede provocar un aumento del deseo, dando cierta intimidad y confianza, llegando a experimentarlo por todo el cuerpo y a disfrutar de éste.

El coito anal es una práctica que está cobrando fama en nuestros nuevos gustos en lo referente a relaciones sexuales, consiste en la introducción del pene en el ano, tanto en relaciones hetero como homosexuales.

Tradicionalmente era considerado como antinatural, vicioso y pecaminoso debido a algunas religiones que prohíben todo aquello cuyos fines no sean reproductivos. Actualmente es una variante más del juego sexual. El ano, igual que la vagina, tiene infinitas terminaciones nerviosas muy sensibles y su penetración supone estimular gran parte del cuerpo.

El sexo oral es otra variante muy usada en la actualidad que consiste en la estimulación de los genitales mediante la lengua, los labios y la boca.

La estimulación de los genitales femeninos es el cunnilingus, y la estimulación de los genitales masculinos se conoce como fellatio o felación.

Por último el coito vaginal es la actividad sexual que consiste en la penetración del pene en la vagina como medio para conseguir placer sexual. Lo importante es conocer cada uno su propio cuerpo y el de la pareja y saber lo que nos proporciona placer a cada uno.

Existen muchas posturas a la hora de realizar el coito, dependiendo del gusto de cada persona está la variedad. Lo importante es provocarse el mayor placer por parte de ambos y poder irse conociendo más cada vez que lo practiquen (Castillo J, 2010).

Nivel de conocimientos

Es un proceso por el cual el hombre refleja en su cerebro las condiciones características del mundo circundante. Hay que entender, sin embargo, que no es un reflejo simple, inmediato y completo. Por el contrario, se nos hace útil observar el entrelazamiento objetivo de por lo menos tres elementos que actúan dialécticamente, en desarrollo y movimiento:

- La Naturaleza
- El cerebro humano y
- La forma de reflejo del mundo en el cerebro humano.

El origen del conocimiento está en la misma actividad práctica del hombre. Cuando éste entra en relación con la naturaleza y la sociedad tiene posibilidad de aprenderla. Esto significa que todas las ideas del hombre son extraídas, en última instancia, de la experiencia y constituyen reflejos falsos o verdaderos de la realidad.

Con ello, estaríamos en condición de comprender que los principios, leyes, axiomas, categorías no son el punto de partida en la investigación, sino sus resultados finales (Carvajal L, 2013).

Fases y formas del conocimiento

El conocimiento humano, de acuerdo con la Lógica y la Gnoseología, se presenta en dos niveles o fases que, aunque diferenciadas, forman una unidad indisoluble, compleja y articulada: El nivel sensorial y el nivel racional.

Conocimiento sensorial

Es el que procede en razón de la actividad de nuestros sentidos. Éstos son órganos especializados en la captación de las diversas formas de manifestación de la materia. Así por ejemplo, la vista recoge todas las manifestaciones u ondas lumínicas que es capaz, percibe la luz; el oído asimila en un determinado rango las ondas sonoras, percibe el sonido; el gusto y el olfato, son órganos especializados en captar las reacciones químicas y físicas de los diversos cuerpos.

Los sentidos son el canal de comunicación entre el hombre y el mundo exterior. Es a través de ellos que el hombre entra en contacto con la Naturaleza. De ahí que la limitación, trauma o cancelación de un sentido, sea un obstáculo para que el hombre conozca adecuadamente el Mundo.

Sin embargo, los órganos de los sentidos son limitados. Es decir, no son capaces de captar con plenitud todas las manifestaciones de la materia. Por eso el hombre inventa aparatos técnicos que le facilitan ir más allá de donde sus propios sentidos se lo permiten. El telescopio permite ver al hombre la lejanía; el microscopio nos lleva en ese viaje infinito hacia el microcosmos; al mundo de los seres “invisibles”; el sismógrafo nos hace detectar el movimiento, aparentemente imperceptible para el hombre. Así sucesivamente.

Sensaciones

Éstas, son el reflejo de las distintas propiedades de los objetos y fenómenos del mundo material (colores, olores, sonidos, temperaturas, formas, dimensiones) al actuar en forma directa sobre nuestros sentidos. Es la información que nos entra por un solo sentido.

Percepciones

Son una segunda forma de conocimiento sensorial. A través de ellas, el hombre refleja los objetos y fenómenos del mundo material, en su conjunto, en el momento en que el objeto actúa sobre nuestros sentidos. La percepción es el reflejo del objeto a través del conjunto de sus propiedades, en virtud de la articulación de sensaciones que hemos recibido. Es el conocimiento que nos entra por dos o más sentidos. Ejemplo, la comida se nos presenta a través de sensaciones de luz, la vemos; la olemos, es decir, excita nuestro olfato, también la oímos. De esta manera no la sentimos, sino que la percibimos

Representaciones

Son formas sensoriales de conocimiento que aparecen cuando recordamos por asociación de ideas, un objeto o un fenómeno. Las representaciones operan en nuestro cerebro mediante la propiedad de la memoria y la asociación de las ideas. Una buena comida la podemos recordar y describirla debido a que la hemos percibido adecuadamente.

Conocimiento racional o pensamiento

Es el que surge como resultado de la capacidad de inferencia lógica propia del hombre. Es el razonar. No es el percibir. Es la posibilidad de romper las barreras de la experiencia directa y llegar a la razón. A las formas de conocimiento racional o pensamiento, está ligada la capacidad de inducción y deducción del hombre.

El concepto, el juicio y el raciocinio son formas de pensamiento humano y esto en base a las siguientes características que le son propias:

Características del pensamiento humano

Cognición generalizada de la realidad

Esto es el concepto. De él podemos decir que no es más que la abstracción de lo general, la separación de los rasgos esenciales de los objetos y fenómenos, entre el conjunto de sus propiedades generales. Ejemplo, el concepto hombre, que no es otra cosa que su definición, nos conduce a pensar sus propiedades esenciales, la de estar dotado de pensamiento y capaz de realizar la transformación consciente del mundo. Para definir hombre hemos separado todas las demás propiedades que, aunque poseídas por él, no lo diferencia de otras especies (Carvajal L, 2013).

2.5 HIPÓTESIS

Las barreras culturales son las que más influyen en el uso del condón femenino.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.

Variable independiente:

- Las barreras

Variable dependiente:

- Utilización del Condón Femenino

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

Se trata de una investigación predominantemente cualitativa, por que analiza las posibles barreras influyen en la utilización del condón femenino y además pretende conseguir que un mayor número de mujeres lo utilicen haciéndola cuantitativa.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Es una investigación descriptiva, de corte transversal, donde se estudiaron las barreras presentes en las mujeres investigadas y se tomaron los datos en varias ocasiones durante el periodo de estudio hasta ser completados, la información se obtuvo directamente de cada una de estas mujeres, lo que hizo que la investigación tenga una conducta prospectiva.

3.3. NIVELES O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:

Investigación de campo: es de campo por que la investigadora estuvo presente cuando las mujeres acudieron al Centro de Salud por temas sobre Planificación Familiar durante el periodo de estudio sobre todo en base al uso del condón femenino.

Investigación bibliográfica: Por qué utilizó documentos; recolección, selección, y análisis de los mismos.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio abarca las mujeres en edad fértil que acuden por Planificación Familiar

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirá a:

- Mujeres en edad fértil
- Mujeres que acuden al centro de salud de Cevallos
- Mujeres de 15 a 49 años de edad

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirá a:

- Mujeres que no se encuentren en edad fértil
- Mujeres que no tengan la información completa en la Historia Clínica
- Mujeres que no firmen el consentimiento informado
- Mujeres menores de 15 y mayores de 49 años

3.4.3. CRITERIOS ÉTICOS

- No se solicitará el nombre o documento de identidad a las mujeres que participan en esta investigación y se mantendrá total confidencialidad de la información referida.

La población a investigarse es finita por lo tanto la muestra se obtendrá aplicando la siguiente fórmula de muestreo:

$$n = \frac{Z(2) * PQN}{Z(2) * PQ + Ne(2)}$$

$$n = \frac{1.96(2) * (0.5)(0.5)(1294)}{1.96(2) * (0.5)(0.5) + (1294)(0.05)(2)}$$

$$n = \frac{1242.24}{4.195}$$

$$n = 296 \text{ mujeres}$$

n= muestra

N=población que es de 1294 mujeres

Z= índice de confiabilidad al 95% $(1.96)^2 = 3.84$

p=prevalencia en este caso es del 0.5%

e = 0.005 (5%)

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente:

Barreras existentes

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas
Las barreras pueden definirse como aquellos factores que impiden total o parcialmente, la implementación del	Socioeconómicas	Edad Nivel Económico Nivel escolaridad Estado civil Religión	15 a 49 años Alto, Medio, Bajo Primaria, secundaria, superior Casada, soltera, viuda, divorciada, unión libre Católica, Cristiana, Testigo,	Encuesta dirigida a pacientes investigadas

cambio en la práctica profesional,	Educación sexual	<p>Conocimiento acerca de Métodos anticonceptivos</p> <p>Donde obtiene información sobre anticonceptivos</p> <p>Tabletas- inyecciones-esterilización- condón masculino- condón femenino- PAE- DIU- métodos naturales- ritmo</p>	<p>ninguna, otra.</p> <p>¿Ha recibido información sobre métodos anticonceptivo?</p> <p>¿Quién le ha brindado esta información?</p> <p>¿Qué métodos de anticoncepción ha utilizado?</p>	Encuesta dirigida a pacientes investigadas
	Modificaciones Culturales	<p>Creencias religiosas-Miedo-Vergüenza-Desconocimiento de existencia-desconocimiento de uso-inseguridad del método-actitud negativa de la pareja-información negativa-machismo- atenta el pudor y la dignidad de la mujer-presencia de sangrado- daño espiritual- creencias religiosas- atenúa la relación sexual- produce alergia-consejo madre hija-afectación psicológica- daño en la salud física</p>	<p>¿En caso de no querer usar condón femenino cuales serían las razones?</p>	Encuesta dirigida a pacientes investigadas
	-Mitos	<p>Miedo a que se rompa- perder la sensibilidad- poca protección- se queda embarazada- desarrolla una infección- lastima la vagina-provoca esterilidad- malas experiencias</p>	<p>¿Qué mitos considera influyen para no usar el condón femenino?</p>	Encuesta dirigida a pacientes investigadas

Variable Dependiente

Utilización del condón femenino

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas
El condón femenino es una funda de plástico que se usa durante las relaciones sexuales para prevenir embarazos y reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.	Nivel de conocimientos sobre el Condón Femenino	Conoce existencia	¿Conoce de la existencia del condón femenino?	Encuesta dirigida a pacientes investigadas
		De quien obtuvo la información	¿En dónde ha escuchado?	
		Técnica de utilización	¿Conoce cómo usarlo?	
	Conductas sexuales	Ventajas	¿Qué ventajas conoce acerca del condón femenino?	Encuesta dirigida a pacientes investigadas
		Edad de inicio de relaciones sexuales	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	
		Gestas planificadas	¿Cuántos de sus embarazos fueron planificados?	
Uso del condón femenino	Interés sobre Condón femenino	¿Está interesada en saber más acerca del condón femenino?	Encuesta dirigida a pacientes investigadas	
	Dispensador	¿Le gustaría que el centro de salud dispense gratuitamente el condón femenino? ¿Le agrada el aspecto del condón femenino?		
	Aspecto visual del Condón Femenino	¿Acotaciones positivas y negativas después de visualizar el condón femenino?		

		Dificultad en el uso	¿Le causa dificultad colocarse el condón femenino?	- Encuesta dirigida a las mujeres que utilizan en condón femenino
		Razones de utilización	¿Por qué continúa utilizando el condón femenino?	
		Frecuencia de utilización	¿Con qué frecuencia lo utiliza?	

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Las técnicas e instrumentos utilizados en esta investigación son:

La Encuesta: mediante este instrumento aplicando su correcto y completo llenado, se obtuvo la información necesaria para crear nuestra base de datos, y poder medir y determinar los objetivos de esta investigación, esto facilitó la recolección, y fue individual para cada participante de la investigación.

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar Se solicitó al Decano de la facultad de Ciencias de la salud de la UTA, que se comunique con la Directora Provincial de Salud para que a su vez envíe la autorización al director del Área Número 7, para realizar el estudio investigativo, explicándole sus ventajas. De esta manera los pacientes, la Directora del CSC y el personal de salud colaboraron para el desarrollo del mismo, ya que ellos son los beneficiados.

Se aplicó la encuesta a cada una de las mujeres que acudieron por Planificación familiar consiguiéndose los datos necesarios.

Todas las mujeres en general que acuden al CSC, son distribuidas en estadística de acuerdo a la especialidad requerida, se acudió personalmente a la consulta de

Obstetricia, y se aplicó la encuesta. Los datos fueron recogidos hasta ser completados en su totalidad durante la espera, consulta y post consulta médica.

Todo esto fue realizado por el investigador, y revisado por el asesor metodológico.

Con la información recogida se creó una base de datos y se procedió a su análisis.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis se creó una base de datos con la información obtenida en la encuesta (ver en Anexos 1-2) y se creó una base de datos en el programa SPSS.

Se realizó un análisis univariado, de cada uno de los datos sociodemográficos, barreras culturales, educación sexual y el nivel de conocimiento en cuanto al condón femenino y sus ventajas.

Además se analizó los datos proporcionados por las mujeres que utilizan este método. Se realizó el procesamiento de los datos y el análisis de la información con estadísticas descriptivas univariadas y análisis bivariadas, en pruebas de significación las que permitieron además la validación de la hipótesis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se recogió los datos aportados por cada uno de los pacientes que forman parte de la muestra.

La información fue procesada de forma manual recogiendo los datos utilizando como instrumento una encuesta diseñada para este efecto (ver anexos 1 – 2). Se presentan los resultados en forma de tablas y gráficos, analizándose los mismos a partir de cada objetivo específico y variable estudiada; infiriéndose las conclusiones en función del objetivo general.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.

Tabla 2. Características Sociodemográficas en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).

	Dato	N°.	%
EDAD	>41	61	20.61%
	14-19	45	15.20%
	20-30	113	38.18%
	31-40	77	26.01%
RESIDENCIA	Rural	140	47.3%
	Urbana	156	52.7%
ESTADO CIVIL	Casado	79	26.7%
	Divorciado	35	11.8%
	Soltero	98	33.1%

	Unión Libre	79	26.7%
	Viudo	5	1.7%
ESCOLARIDAD	Ninguna	17	5.7%
	Primaria	97	32.8%
	Secundaria	102	34.5%
	Superior	80	27.0%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

La población de estudio encuestadas de 14 a 19 son 15.20%; de 20 a 30 son 38.18%; de 31 a 40 años de edad corresponden 26.01% y las >49 años corresponde al 20,61%, de donde se deduce que el grupo poblacional de mayor incidencia en esta investigación es de 20 a 30 años con 113 lo que representa el 38,18% personas.

Según el análisis de residencia se tiene que el 47,3% son del área rural lo que representan 140 mujeres y del área urbana corresponde el 52,7% lo que es a 156 mujeres siendo esta la de mayor incidencia.

De acuerdo al análisis del estado civil de las mujeres encuestadas se tiene que el 26.7% son casadas, el 11.8% divorciadas, el 33.1% son solteras, el 26.7% corresponde a unión libre y el 1.7% son viudas; la mayor parte de las mujeres son solteras, existen porcentajes similares entre las casadas y unidas.

El nivel de escolaridad de las mujeres investigadas es de primaria con el 32.8%, secundaria con el 34.5%, superior el 27% y ningún nivel de instrucción es del 5,7%.

De donde se refleja que la incidencia de la población de estudio está dentro de los siguientes componentes socio-demográficos: grupo de edad de 20 a 30 años, población urbana, solteros y, con nivel de escolaridad secundaria.

4.1.1 Ingreso familiar mensual en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).

Tabla 3. Ingreso familiar mensual en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

NIVEL ECONÓMICO	N°	%
<250	114	38.5%
>1000	13	4.4%
251-350	88	29.7%
351-500	44	14.9%
351-700	37	12.5%
Total general	296	100.0%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

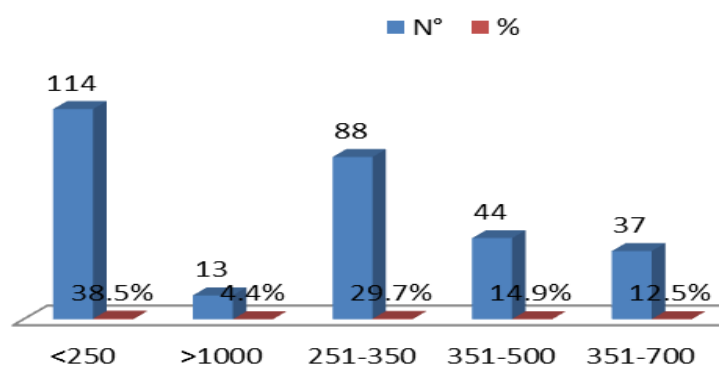


Gráfico. 1. Ingreso familiar mensual de la población

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

El nivel económico al que pertenecen las mujeres de esta investigación el 38.5% es menor a \$250; 29.7% tienen un ingreso de \$ 251 a \$ 350, 14.9% de \$351 a \$500, tan solo el 4.4% > a \$ 1000. El nivel socio-económico que prevalece está en el rango < a \$251 lo que es menos del sueldo básico establecido en nuestro país que actualmente está en \$340.

4.1.2 Religión en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).

Tabla 4. Religión de la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

RELIGIÓN	N°	%
Católica	224	75.7%
Cristiana	15	5.1%
Ninguna	29	9.8%
Otra	22	7.4%
Testigo	6	2.0%
Total general	296	100.0%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

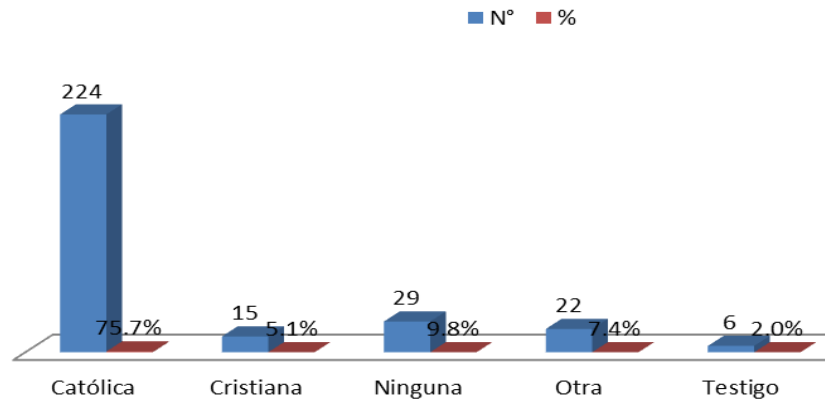


Gráfico. 2. Religión

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

La religión a la que pertenecen la población encuestada es 75.5% católica, 9.8% no pertenecen a ninguna religión, 5.1% cristiana, testigos de jehová el 2% y de otra religión el 7.4%.

En el estudio realizado en México por Vázquez A. en el año 2006 sobre factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos indica que la población en su mayoría es de religión católica, representando el 69.4%, le sigue Presbiteriana con 11.2%, Adventista con 9.2%, ninguna religión 5.1 % testigos de Jehová con 2.0% lo que está en correlación con nuestra investigación (Vázquez A, 2005).

4.1.3 Ocupación en la población de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos (n=296).

Tabla 5. Ocupación de las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos .

OCUPACIÓN	Nº	%
QQDD	99	33.45%
Estudiante	46	15.54%
Aparador(a)	29	9.80%
Comerciante	20	6.76%
Agricultura	18	6.08%
Negocio propio	14	4.73%
Agente Vendedor	14	4.73%
Secretaria	13	4.39%
Costurera	12	4.05%
Cajera	10	3.38%
Estilista	4	1.35%
Ninguna	4	1.35%
Auditora	2	0.68%
Ingeniera	2	0.68%
Profesora	2	0.68%
Manicurista	2	0.68%
Centro de computo	1	0.34%
Empleada pública	1	0.34%
Policía	1	0.34%
Cosmetóloga	1	0.34%
Médico	1	0.34%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

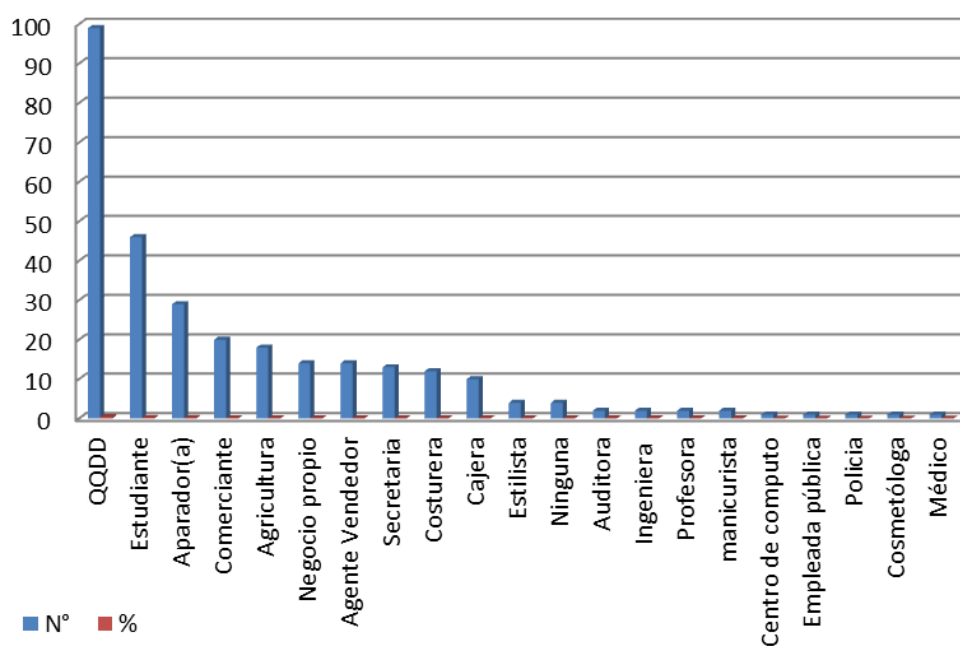


Gráfico. 3. Ocupación

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

Las ocupaciones de las mujeres de esta investigación en su mayoría se dedican a los quehaceres domésticos con el 28.38%, estudiantes con el 15.54%, comerciantes el 6.76%, aparadores el 5.74%, agricultoras el 5.41%, negocio propio el 4.73%, secretaria el 4.39%, Costurera 4.05%, cajera 3.38%, empleada doméstica 2.03%, seguido de otras carreras.

Además con respecto a las ETS como el SIDA, un estudio realizado en Venezuela por Tovar, V. en el año 2011, señala que con referencia a la ocupación de las mujeres infectadas por VIH el mayor porcentaje son amas de casa, y que ellas son infectadas por sus parejas en sus propios hogares (Tovar V V. H., 2011). En nuestra investigación encontramos en su mayoría esta ocupación de riesgo para contraer ETS.

Por otro lado la ocupación de QQDD no necesariamente requiere una formación académica, lo que se comparte con otras ocupaciones como agricultora , empleada doméstica pero difiere de estas en cuanto a la remuneración económica, una mujer ama de casa a pesar de ser una trabajadora a tiempo completo no percibe salario y crea una dependencia hacia el de su conviviente, es este un ambiente idóneo como un caldo de cultivo para que proliferen conductas machistas en la que la mujer vive subordinada económicamente y por ende en otros sentidos y no se atreve a cuestionar a su pareja.

4.2 ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS (N=296).

4.2.1 Edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

Tabla 6. Edad de inicio de relaciones sexuales en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

EDAD INCIO DE RELACIONES SEXUALES	N°	%
>41	0	0.0
14<19	219	74.0
20-30	77	26.0
31-40	0	0.0
TOTAL	296	100

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

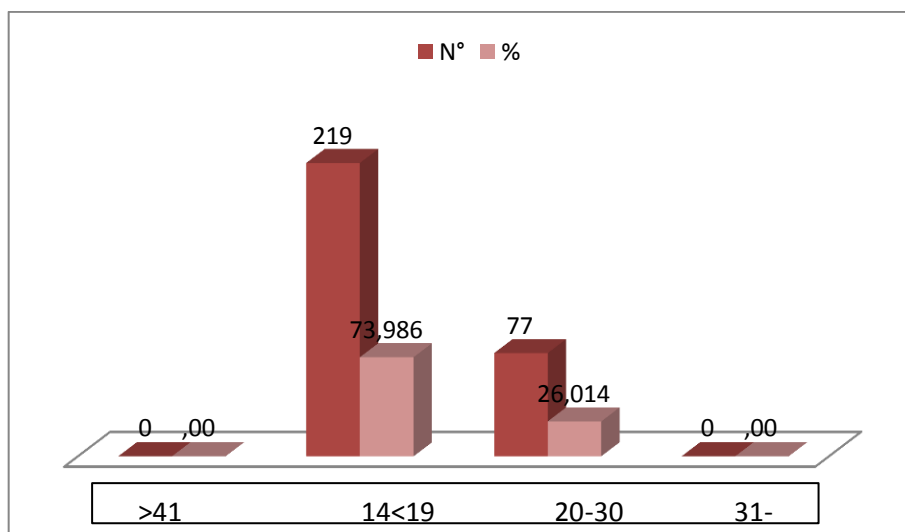


Gráfico. 4. Edad de inicio de relaciones sexuales

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

La edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres encuestadas en un 74% fue en edades entre los 12 a 19 años con 219 jóvenes y de los 20 a 30 años de edad un 26%.

Siendo la edad más temprana 12 años para 4 mujeres y la más tardía 30 años para 2 mujeres.

En Ecuador se realizó en el 2012 un trabajo investigativo por Romero M. en donde se confirma que la primera relación sexual fue a los 14 años y menciona que ratifica los datos obtenidos por la encuesta demográfica de salud materno-infantil (Endemain) realizada por CEPAR (Centro de estudios de población y desarrollo social) donde el inicio de la vida sexual de las mujeres en el Ecuador es 14 años (Romero M, 2013).

La edad promedio en la que se iniciaron sexualmente las mujeres de esta investigación es de 18 años lo que se relaciona con la edad promedio de un

estudio realizado en Mexico por Casique I. en el 2011 donde la edad promedio fue del 17.7 (Casique I, 2011).

En otro estudio realizado en Perú por Cruz S. en el año 2014 observamos que la edad promedio de inicio fue a los $14,38 \pm 0,13$. Que es menor a la edad promedio de nuestra investigación, pero debemos considerar que este último estudio se realizó en jóvenes y en nuestra investigación se incluyen mujeres de edades mayores (Cruz S, 2014).

4.2.2 Gestas no planificadas en mujeres en edad fértil centro de salud Cevallos.

Tabla 7. Gestas no planificadas en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

GESTAS NO PLANIFICADAS.	Nº	%
0	162	54.73%
1	102	34.46%
2	26	8.78%
3	5	1.69%
4	1	0.34%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

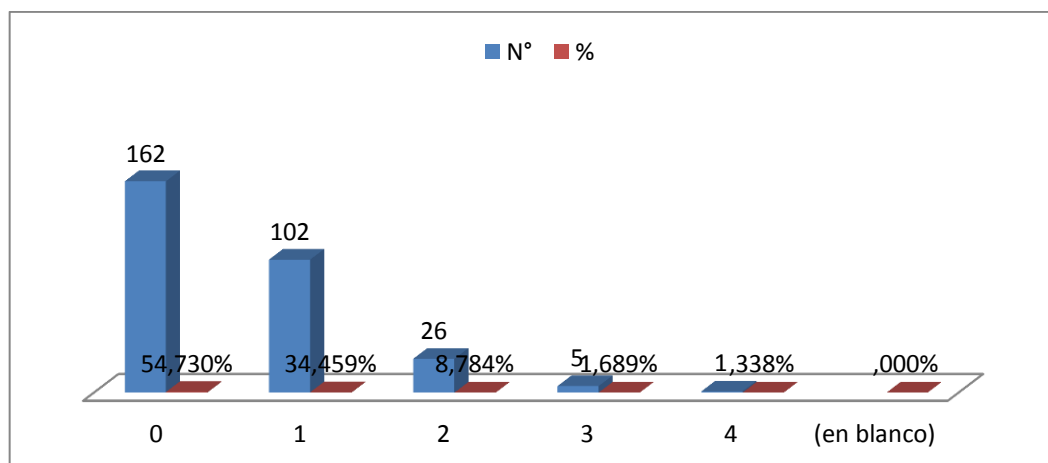


Gráfico. 5. Gestas no planificadas

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

El número de gestas no planificadas: 162 mujeres nunca planificaron sus gestas lo que corresponde al 54.73%; 102 mujeres apenas planificaron 1 gesta con un 34.46%, 26 mujeres planificaron 2 gestas con el 8.78%, 5 mujeres planificaron 3 gestas lo que representa el 1.69% y apenas 1 planifico sus 4 gestas con el 0.34%.

Lo reflejado en nuestros datos tiene similitud y es aún más alarmante que los reportados por las Naciones Unidas que informan que más del 40% de los embarazos en todo el mundo son no planificados (NATIONS_UNITED, 2010).

Los anticonceptivos orales siguen siendo los más populares en Europa y los Estados Unidos. Paradójicamente, las tasas de embarazo no deseado y el aborto siguen siendo notablemente alta (Egarter C T. B., 2013).

4.3 CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.

4.3.1 Información sobre anticonceptivos en las mujeres en edad fértil centro de salud Cevallos.

Tabla 8. Información sobre anticonceptivos en las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

INFORMACIÓN	N°	%
NO	35	11.82%
SI	261	88.18%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

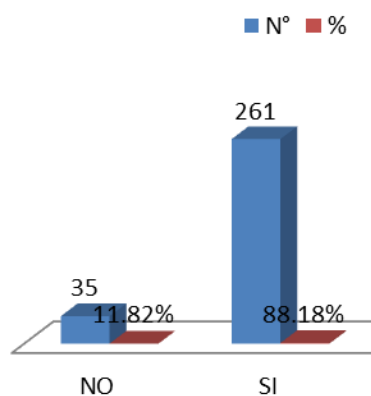


Gráfico. 6. Información sobre anticonceptivos

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

El 88.18% de las mujeres encuestadas han recibido información del uso de los métodos anticonceptivos lo que representa a 261 personas, el 11.82% no ha recibido información lo que corresponde a 35 mujeres.

En una investigación realizada en el 2010 en Ibarra Ecuador por Rosario A, se puede ver en que el 87,20% 116 personas conocen o han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos que prevengan efectivamente el embarazo (Rosario A, 2010).

Es notable que la mayoría de mujeres en estudio tiene conocimiento sobre anticoncepción , pero no está reflejado en cuanto a los porcentajes encontrados en mujeres que planifican sus gestas ya que pudimos observar que 162 mujeres no planificó ninguna, entonces vienen interrogantes como: ¿Es realmente entendido este aprendizaje?, ¿Es descuido por parte de las mujeres?, ¿Se necesita más competencias por parte de nuestros profesionales?, estas interrogantes no pueden ser respondidas de manera estadística por mi investigación, pero podrían ser tema de estudios futuros. Desde mi perspectiva de investigadora las barreras culturales juegan un papel crucial ya que impiden a las mujeres empoderarse de su persona y su salud, y a pesar de tener el conocimiento de métodos anticonceptivos les falta ese verdadero interés por cuidarse, dominar estos temas y que sea reflejado en su salud reproductiva.

4.3.2 ¿Quién le ha brindado información sobre el uso de anticonceptivos? (n=296).

Tabla 9. Quién le ha brindado información a la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

INFORMACIÓN	Nº	%
Amigos	4	1.53%
Medios de Comunicación	6	2.29%

Pareja	2	0.76%
Profesionales de Salud	232	88.55%
Profesores	18	6.87%
Total general	262	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

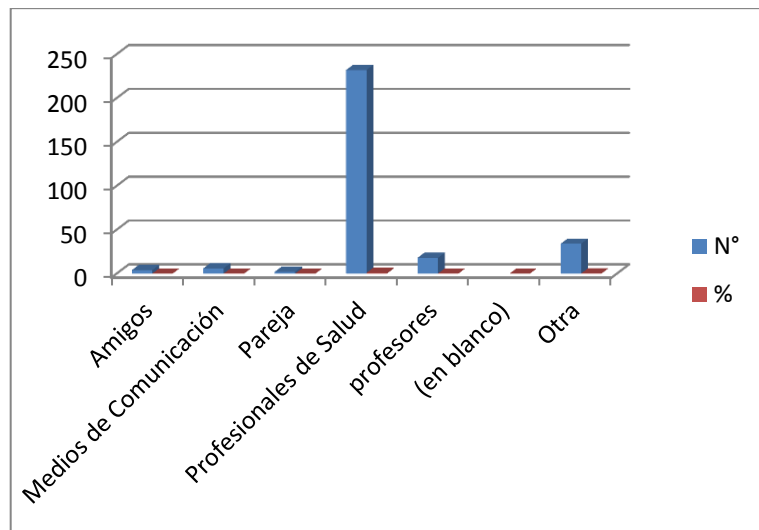


Gráfico. 7. Quién le ha brindado información

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

La información del uso de los métodos anticonceptivos les proporcionó profesionales de salud en un 88.55% seguido por profesores 6.87%, los medios de comunicación en 2.29%, los amigos en 1.53%, la pareja 0.76%.

El estudio realizado en Costa Rica en el año 2012 por Barrantes L. Refleja que el 37.1% ha obtenido información sobre anticonceptivos por profesionales de la salud, seguido por profesores con el 8.9% (Barrantes L, 2012).

4.3.3 Métodos de anticoncepción de mayor utilización por mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

Tabla 10. Métodos de anticoncepción de mayor utilización por la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	N°	%
Condón masculino	79	10.9
DIU	23	3.2
Inyecciones	141	19.5
Ligadura	21	2.9
Métodos naturales	46	6.4
PAE	30	4.2
Ritmo	4	0.6
Tabletas	377	52.2
Condón femenino	1	0.1
Total general	722	100

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

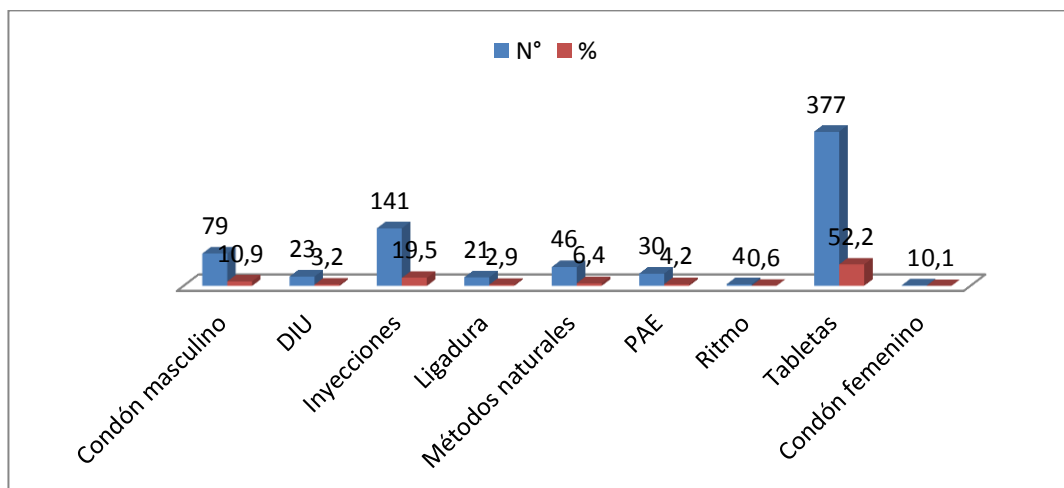


Gráfico. 8. Métodos de anticoncepción utilizados

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

El 50.9% de las mujeres encuestadas utilizan tabletas anticonceptivas, seguido con un 19% las inyecciones, 10.7% el condón masculino, 6.2% métodos naturales, el 4% usa el PAE, el 3,1% DIU, 2,8% ligadura y el 0.1% expresa al condón femenino como uno de sus método de mayor utilización.

El mismo estudio realizado en Costa Rica en el año 2012 por Barrantes L. desglosa a las tabletas anticonceptivas como el método de mayor utilización con un 34.2%, seguido por el condón masculino con un 25.3%, inyecciones 10.3% y el condón femenino alcanza el 1.4%, (Barrantes L, 2012). Estos datos tienen parcial relación con los nuestros ya que en Cevallos las mujeres no se inclinan por métodos de barrera como el condón masculino o femenino, y prefieren los hormonales que no ofrecen protección dual.

En otro estudio realizado en España en el año 2013 por Delgado S. se corrobora que las mujeres en otros países optan en primer lugar por métodos de protección dual siendo el preservativo el más utilizado con el 88,5% (n=77), el 75,9% (n=66) la anticoncepción hormonal combinada oral, y el inyectable lo refieren utilizar un 2,3% (n=2) lo que difiere de nuestros resultados, en donde este último es el segundo más utilizado (Delgado S, 2013).

4.3.4 Conocimiento de la existencia del Condón Femenino por las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

Tabla 11. Conocimiento de la existencia del Condón Femenino en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

CONOCE EL CONDON FEMENINO	N°	%
NO	128	43.24%
SI	168	56.76%

Total general	296	100.00%
---------------	-----	---------

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

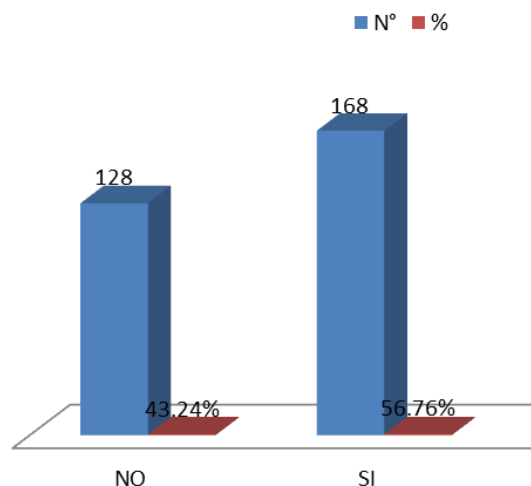


Gráfico. 9. Conocimiento de la existencia del Condón Femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

El 56.76% de las mujeres encuestadas conocen de la existencia del condón femenino lo que representa a 168 personas, el 43.24% no lo conoce lo que corresponde a 128 mujeres.

Rodríguez J. en un estudio realizado en Venezuela en este año 2014 indica que un 64% de su población desconoce la existencia del condón femenino (Rodríguez J, 2014). Estas cifras son mayores a las encontradas en nuestra investigación.

En otro estudio realizado por Lameiras M. en el año 2011 en España acerca de conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino” indica que el preservativo femenino es poco conocido, escasamente utilizado y con una accesibilidad principalmente condicionado por su elevado precio e insuficiente difusión (Fernández M, 2011). Estos resultados difieren ya que en nuestro país el

condón femenino es de distribución gratuita pero el Centro de Salud Cevallos aún está siendo considerado para ser un distribuidor.

4.3.5 Dónde escucharon hablar acerca del Condón Femenino las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

Tabla 12. Dónde escucho hablar acerca del Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

Dónde escuchó acerca del Condón Femenino	N°	%
Amigos	126	36.2
Medios de Comunicación	36	10.3
Pareja	46	13.2
Profesionales de Salud	76	21.8
Profesores	64	18.4
Total general	348	100

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

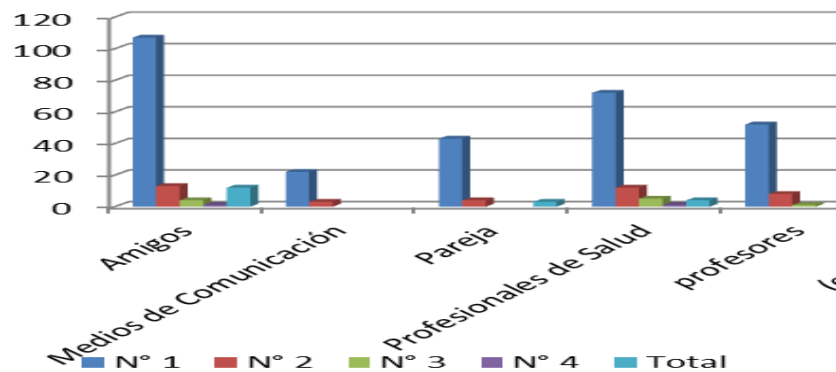


Gráfico. 10. Conocimiento de la existencia del Condón Femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis

El 36.2 % de mujeres han escuchado hablar del condón femenino por parte de sus amigos, el 21.8% por profesionales de la salud, 18.4% por profesores, el 13.2% por su pareja y por último el 10.3% a través de medios de comunicación.

En una investigación realizada en Chile en el año 2005 por Demoscopica, las entrevistadas han visto o escuchado hablar del condón femenino; las dos quintas partes de las estudiantes han obtenido su información en la Universidad, mientras que en el resto de ellas, lo ha hecho en televisión o radio. Respecto a las trabajadoras sexuales, la cuarta parte de ellas se ha informado por la radio y la TV, el resto lo ha hecho a través de familiares, amigos o conocidos y una proporción algo menor en el Sindicato de trabajadoras sexuales (DEMOSCOPICA, 2005).

Al ser los amigos la primera fuente de información con respecto al condón femenino denota poca confiabilidad en sus conocimientos ya que ellos no tienen competencias sobre estos temas, comparando estos datos con los obtenidos al preguntar quién le brindó información sobre métodos anticonceptivos, en la que respondieron profesionales de la salud, refleja que aún hace falta promoción sobre el Condón Femenino por parte de los que trabajamos en salud.

4.3.6 Conocen cómo se usa el Condón Femenino las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos (n=296)

Tabla 13. Conocen cómo se usa el Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

CONOCE EL USO CONDÓN FEMENINO	N°	%
NO	260	87.84%
SI	36	12.16%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

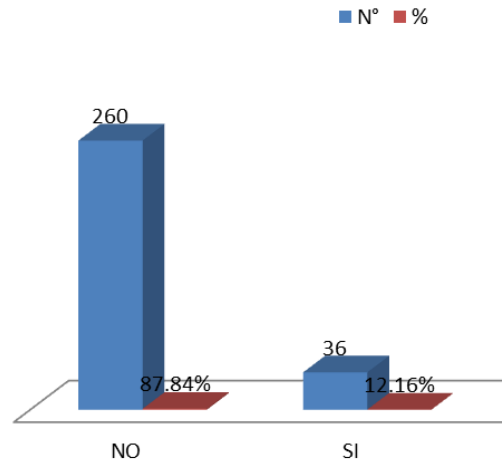


Gráfico. 11. Conocen cómo se usa el Condón Femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

El 87.84% de las mujeres encuestadas no conocen como usar los condones femeninos lo que representa a 260 personas, el 12.16% dice saber usar los condones femeninos lo que corresponde a 36 mujeres.

Al momento no existen estudios donde el objetivo sea evaluar si las mujeres realmente conocían técnicas de utilización del condón femenino, en dos investigaciones se enseñaba previamente la técnica de uso a las mujeres participantes para la posterior evaluación, por ejemplo una de ellas realizada en México por Paso G. en el 2006 y otra en Costa rica en el año 2012, ambas reportaron que no existió dificultad para la colocación (Barrantes L, 2012).

4.4 INTERÉS Y PREDISPOSICIÓN A LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO.

4.4.1 ¿Estaría interesada en saber más acerca del Condón femenino?

Tabla 14. Interés por el Condón Femenino en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

INTERÉS EN EL CONDON FEMENINO	N°	%
NO	37	12.50%
SI	259	87.50%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

El 87.5% de las mujeres encuestadas están interesadas en saber más sobre el condón femenino lo que representan a 259 personas, el 12.50% no quieren saber cómo usarlo lo que corresponde a 37 mujeres.

Estos datos se relacionan con los reflejados por un estudio realizado en el 2005 por Demoscopia en Chile donde una abrumadora mayoría con el 88.1% manifiesta interés en recibir información sobre el condón femenino. Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se observa una fuerte demanda por información como condición para probarlo o seguir usándolo (DEMOSCOPIA, 2005).

Al momento de realizar la encuesta ninguna mujer se negó a realizar el cuestionario, la gran mayoría lo hizo con gran apertura, además en el grupo de menor edad las mujeres manifestaban ser ellas quienes exigen una relación sexual

segura que involucre tanto evitar embarazos no deseados y prevenir ETS, expresaban frases como “Es que las mujeres somos más inteligentes y somos nosotras las que nos preocupamos a ellos no les importa”. Una de las condicionantes que mayor agradaba a las mujeres de estas edades era la exclusividad de género que caracteriza a este método, permitiendo tener a la mujer la batuta a la hora de elegir una relación sexual protegida, sin dejar atrás que en este grupo de edad la mayoría son solteras y no tienen una pareja sexual estable.

4.5 ACTITUDES FRENTE AL ASPECTO DEL CONDÓN FEMENINO EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.

4.5.1 ¿Le agrada el aspecto del Condón femenino? (n=296).

Tabla15. Agrada el Condón Femenino a la población a las mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

AGRADA EL CONDÓN FEMENINO	N°	%
NO	139	46.96%
SI	157	53.04%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

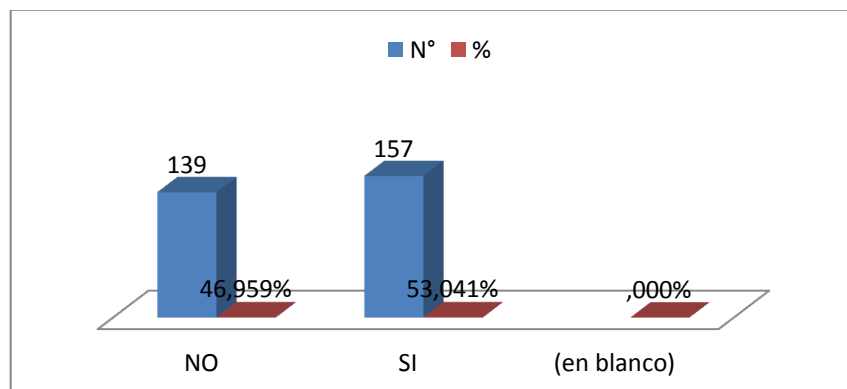


Gráfico. 12. Agrada el aspecto del Condón Femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

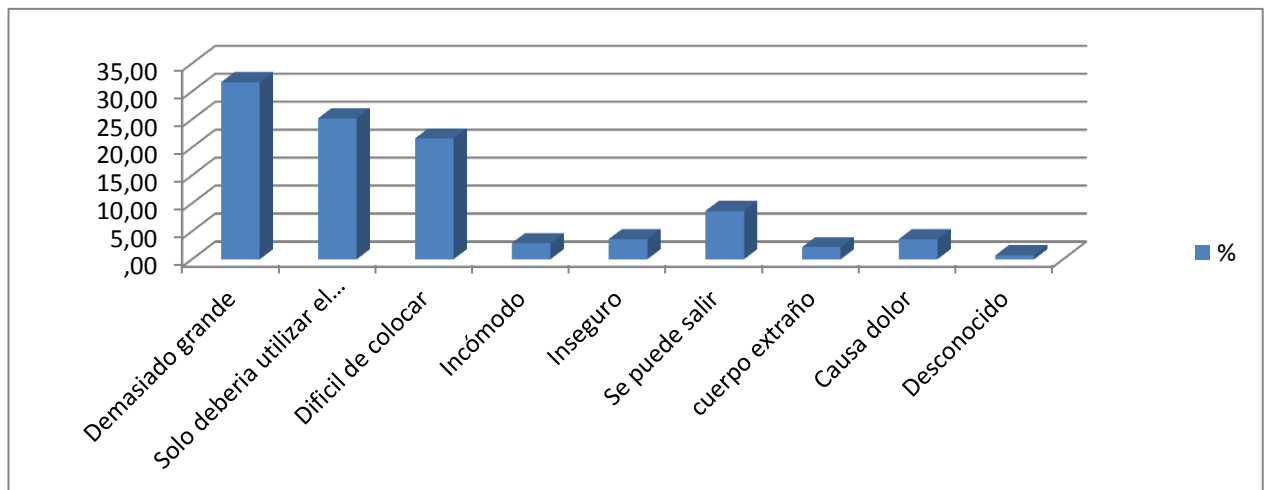
El 53.04% de las mujeres encuestadas si les gusta el aspecto del condón femenino lo que representa a 157 personas, el 46.96% no les gusta el aspecto lo que corresponde a 139 mujeres.

4.5.2 Acotaciones negativas que emitieron las participantes posterior a mostrarles el Condón femenino en la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos (n=296).

Tabla 16. Acotaciones negativas emitidas por la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

ACOTACIONES NEGATIVAS	N°	%
Demasiado grande	44	31.7
Solo debería utilizar el hombre	35	25.2
Difícil de colocar	30	21.6
Incómodo	4	2.9
Inseguro	5	3.6
Se puede salir	12	8.6
Cuerpo extraño	3	2.2
Causa dolor	5	3.6
Desconocido	1	0.7
TOTAL	139	100

Fuente: Encuestas anexo (1)



Autor: Gabriela Yáñez

Gráfico. 13. Acotaciones negativas

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

En el momento que las mujeres podían observar y palpar el condón femenino el 31.7%, expreso que este era demasiado grande, El 25.2% de participantes indica que solo debería ser utilizado por el hombre, El 21.6% expresa que es difícil de colocar, el 8.6% presiente que se puede salir, un 3.6% que causa dolor.

Un estudio realizado en Madrid por Ávila D. en el año 2007 concuerda con los datos obtenidos en esta investigación e incluye que la razón por la cual las mujeres rechazaban hacer la prueba de este método surgía directamente de su visualización, y estaba asociada preferentemente al tamaño, que siempre se percibe como demasiado grande. Además menciona que el carácter anatómico del Condón Femenino es lo que implícitamente está puesto en cuestión. Parecería como si fuese imposible de ajustar a la vagina, y como si, por tanto, tuviera que quedar necesariamente desajustado. Esa impresión de desajuste genera a priori aprensiones negativas, fundamentalmente: inseguridad (difícil pensar que se puede mantener en su sitio), desagrado estético (difícil de disimular) e

incompatibilidad con el goce (excesiva presencia y notoriedad de la barrera como interferencia) (Ávila D, 2007).

En nuestra investigaciones se recopiló expresiones como “A mí me pareció todo bien hasta el momento que abrí el condón es que parece un carpa como puede entrar eso en mi vagina” a pesar de que esta mujer era de madre de 2 hijos que no fueron planificados y se encontraba en el rango de edad menor.

Dentro de las mujeres que dicen que solo debe usar el hombre, se notaba la firmeza en la respuesta y su actitud de total rechazo y desaprobación. Al momento de ser cuestionadas no podían expresar razones que justifiquen su afirmación, era una respuesta firme pero vacía y se notaba en ellas una postura de “No es mi marido quien decide lo mejor para mí, él tiene esa responsabilidad”.

En la investigación sobre el Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos realizado en el año 2009 por el Ministerio de Salud Pública del Perú dentro de las barreras identificadas se encontró que la mayoría piensa que es incómodo ponérselo, que no se va a adaptar al cuerpo y que no es fácil colocarlo, se mencionan también preocupaciones respecto al tamaño y la forma. Se recopilaron expresiones como “Es grande, feo, no lo encuentro atractivo” “La primera impresión es que es un poco difícil la colocación y no sé, es un poco ancho, no sé cuánta incomodidad puede causar” (PERU-MSP, 2009).

Desde la creación del condón femenino este ha sufrido varias críticas. En un estudio realizado en el 2004 por Amy Kaler en América del Norte compararon el producto con: "una medusa, una manga de viento, una manguera de bomberos, una bolsa de colostomía, una bota de goma, un acordeón, una bolsa de plástico para congelar (Kaler A, 2004).

Tomando en cuenta todas estas circunstancias los actuales condones vaginales están siendo rediseñados y reinventados por muchos investigadores, ingenieros y

empresarios en busca de provocar su éxito definitivo y abrirse paso en el mercado cuanto antes.

Poniendo a disposición múltiples modelos de acuerdo a la predilección del cliente entre ellos el Origamy condom, el Woman's Condom, el Cupido, él Va wow.

En 2011, el Woman's Condom recibió el visto bueno de la Administración de Productos Alimentarios y Farmacéuticos de Shanghai, y espera actualmente ser aprobado en 2014 por la UNFPA. Mientras tanto, pueden encontrarse cantidades limitadas a la venta en China y Sudáfrica

En el año 2004, la fundación sin fines de lucro, CAMINO con sede en Washington en una investigación donde entregaron prototipos de Woman's Condom a 60 parejas concluyeron que el 88% de las mujeres dijo que era fácil de insertar y el 97 % dijo que la bolsa se mantuvo estable durante el sexo. La gran mayoría de los hombres y mujeres entrevistados dijeron que el condón era cómodo, y el 98 %de las mujeres y el 100 % de los hombres refieren sensación satisfactoria durante las relaciones sexuales (Anthes E, 2014).

4.5.3 Acotaciones positivas que emitieron las participantes posterior a mostrarles el Condón femenino (n=296)

Tabla 17. Acotaciones positivas.

ACOTACIONES POSITIVAS	Nº	%
Autonomía de la mujer	106	67.5
Novedoso, interesante	39	24.8
Confiable	1	0.6
Moderno	5	3.2
No causa daño	6	3.8
TOTAL	157	100

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

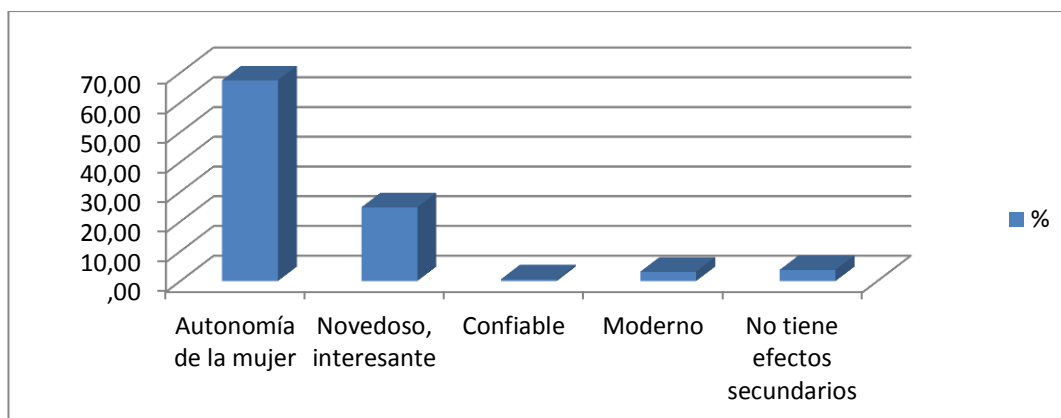


Gráfico. 14. Acotaciones positivas

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

Las 106 mujeres es decir el 67.5 %, aprueba este método por la autonomía de la mujer que este brinda, el 24.8% le parece novedoso e interesante, el 3.8% refiere que no parece causar daño, 3.2% le parece moderno, 0.6% confiable.

A pesar de que existen múltiples barreras que limitan la utilización de Condón Femenino, si existe en un grupo de mujeres ese empoderamiento, pero es necesaria una intervención ya que una cosa es mostrar interés y predisposición, pero son estas mujeres también quienes presentan mitos en sus respuestas, no conocen ventajas, y desconocen la técnica de utilización del Condón Femenino.

El estudio realizado en Costa Rica en el año 2012 por Barreras L. Dentro de sus conclusiones generales determina que existe una valoración positiva del Condón Femenino, expresada en su aceptación como un método seguro que brinda una vía de acceso a los derechos de la mujer y a la construcción de su feminidad (Barrantes L, 2012).

En la investigación realizada en Madrid por Ávila D. en el año 2007 dentro de los motivos más repetidos de aceptación se describen la seguridad que proporciona

(43%), el grado de autonomía (25%) (Entendida tanto por como cuidado del propio cuerpo y como herramienta de empoderamiento), la demanda de la propia pareja ante problemas experimentados previamente con el condón masculino (18%). Otras razones de aceptación han sido: una mayor comodidad (8%), reducción de irritaciones o alergias en la mujer (4%), ventajas de tipo estético (2%) y la mayor sensibilidad que proporciona (1%) (Ávila, 2007).

4.5.4 ¿Le gustaría que en su centro de salud se dispense gratuitamente el Condón Femenino? (n=296).

Tabla 18. Dispensador gratuito para la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

DISPENSADOR GRATUITO	N°	%
NO	40	13.51%
SI	256	86.49%
Total general	296	100.00%

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

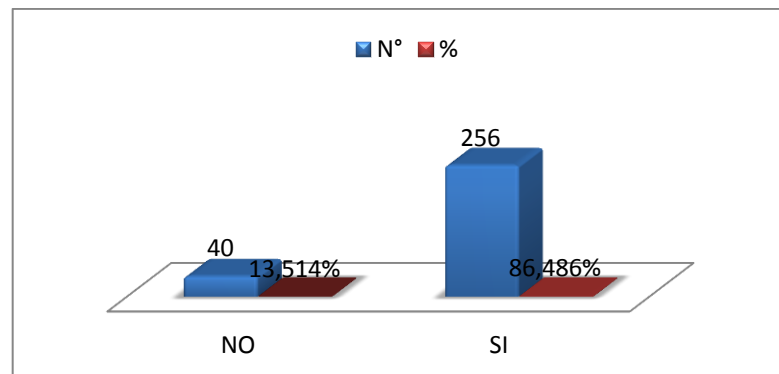


Gráfico. 15. Dispensador gratuito

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

Al momento el centro de salud de Cevallos no está registrado como un dispensador, La Directora Provincial de ENIPLA manifestó que el Condón Femenino tuvo una acogida significativa, tanto así que en algunos distribuidores se agotó. Al momento se cuenta con otro stock y la implementación de nuevos distribuidores, donde el Centro de Salud de Cevallos postularía por sus buenas coberturas en planificación familiar.

Las mujeres al responder esta pregunta expresaban “ si los hombres tienen su dispensador, lo justo sería que el de preservativos para mujeres este alado”, también las mujeres que se mostraban en contra decían “me parece bien que distribuyan para las que quieran usar”.

En la investigación realizada por Natasha Mack, en El Salvador y Nicaragua en el año 2010 Las mujeres recomendaron la distribución de condones femeninos en los lugares en donde están disponibles los condones masculinos (Mack N G. T., 2011).

En el estudio realizada por la Fundación Desafío, realizada en el Ecuador en el año 2009 se concluyó que Tanto el condón masculino como el femenino tienen que ser socializados y entregados gratuitamente si es posible y difundidos conjuntamente para lograr equiparar estas percepciones diferenciadas que por ahora existen respecto del uno y del otro. “El 62% de ellas indicó que si tenía acceso a los condones femeninos lo haría. Sin embargo en esa época el Estado no proveía de estos porque eran costosos” (FUNDACIÓN DESAFÍO_MSP, 2009).

Por ello, para contrarrestar las barreras de acceso a los preservativos, ENIPLA, desde el año 2011 instaló, en las diferentes unidades del MSP, 2.100 dispensadores de condones, de los cuales 81 son exclusivos para uso femenino.

4.5.5 ¿Cuáles son las ventajas que conoce acerca uso del condón femenino? (n=296)

Tabla 19. Ventajas que conoce acerca uso del condón femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos

VENTAJAS	N°	%
Prevención enfermedades	34.6	34.5
No control	4.2	4.2
Fácil adquirir	4.9	4.9
Previene embarazo	50.4	50.4
Menos riesgo	6.0	6.0
Fácil uso	0.0	0.0
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

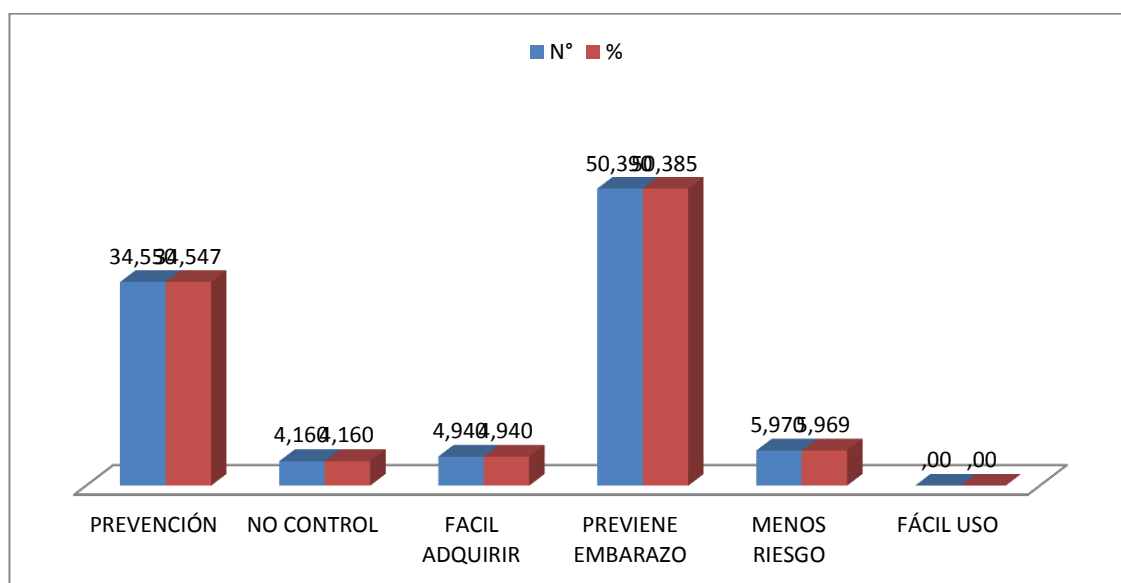


Gráfico. 16. Ventajas que conoce acerca uso del condón femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

El 50.39% de las mujeres encuestadas manifiestan que una de las ventajas que brindará el uso del condón femenino es la prevención de embarazo, seguido de prevención de enfermedades con un 34.55%, el 6% menor riesgo, el 4.9% fácil de adquirir y el 4.2% no requiere control médico.

Al realizar la encuesta, se preguntaba si las mujeres sabían alguna otra ventaja diferente a las incluidas en el cuestionario pero ninguna de ellas respondió, esto denota el poco nivel de conocimiento acerca de este método y todas las ventajas que brinda.

Nuestro nivel de conocimiento acerca de ventajas es inferior al compararlo con el estudio realizado en Costa Rica el año 2012 por Barrantes L. En el cual las mujeres refieren ventajas como : Se puede colocar antes de la relación sexual 75,3%, No afecta la penetración 70,6%, el material del cual está hecho funciona para personas alérgicas al látex 67,1% y es fácil de colocar 64,7% (Barrantes L, 2012).

4.6 RAZONES Y MITOS POR LAS QUE NO UTILIZA EL CONDÓN FEMENINO LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.

4.6.1 Razones por las que no utiliza el Condón Femenino.

Tabla 20. Razones por las que no utiliza el Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil Centro de Salud Cevallos.

POR QUÉ NO UTILIZARÍA EL CONDÓN FEMENINO	N°	%
Miedo	114	9.1
Vergüenza	137	10.9

Inseguridad del método	102	8.1
Actitud negativa de la pareja	97	7.7
Información negativa	27	2.2
Machismo	84	6.7
Atenta al pudor	53	4.2
Presencia de sangrado	38	3.0
Daño espiritual	5	0.4
Creencias Religiosas	22	1.8
Desconocimiento de existencia	127	10.1
Desconocimiento de uso	248	19.8
Atenúa la sensación sexual	63	5.0
Produce alergia	59	4.7
Consejo de madre a hija	12	1.0
Pérdida de la virginidad	0	0.0
Afectación psicológica	29	2.3
Daño de la salud física	37	2.9
Otra	1	0.1
TOTAL	1255	100

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

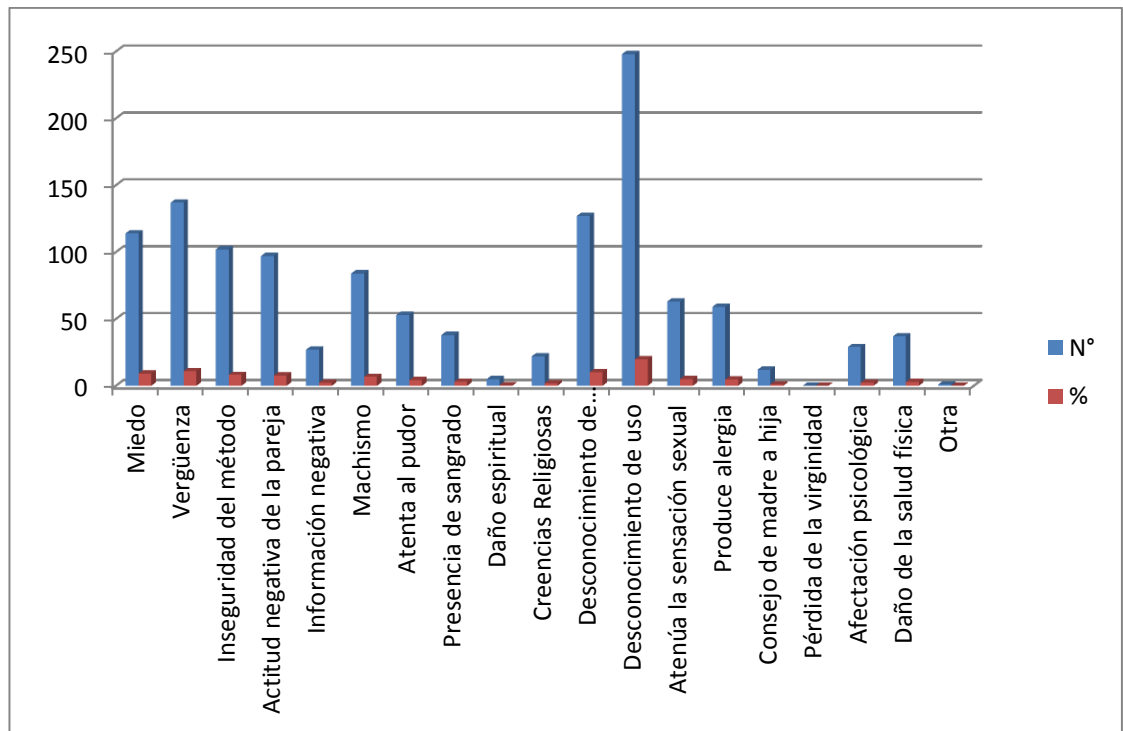


Gráfico. 17. Razones por las que no utiliza el condón femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

El 19.8% de las mujeres encuestadas manifiestan que no usarían el condón femenino sobre todo por desconocimiento de uso, seguido de 10.9% por vergüenza, 10.1% desconocimiento de existencia, el 9.1% no lo usaría por miedo, el 8,1% por inseguridad del método, el 7,7% por actitud negativa de la pareja, el 6.7% por machismo, el 5% le parece que atenúa la relación sexual, un 4.7% piensa que produce alergia, el 4.2% considera que atenta su pudor, y el 1.8% por cuestiones religiosas.

Entre las barreras reflejadas en los datos de nuestra investigación tenemos el desconocimiento de existencia y de cómo usar el producto, anteriormente describimos que no existen estudios que hayan evaluado si conocía como usar el condón femenino, en cuanto a su técnica de colocación correcta.

En una investigación realizada por Natasha Mack, en El Salvador y Nicaragua en el año 2011, las mujeres citaron como barrera para el uso del condón femenino la falta de conocimiento de hombres y mujeres sobre este tipo de condón; y recomendaron actividades educativas tanto para hombres como para mujeres, lo que se asemeja con nuestro estudio (Mack N G. T., 2011).

En otro estudio realizado por DEMOSCOPICA en Chile en el año 2005 donde se estudiaron 3 grupos focalizados (estudiantes, trabajadoras sexuales, mujeres que viven con VIH), encontrándose en las tres poblaciones, que el desconocimiento del condón femenino es la razón ampliamente mayoritaria para no haberlo usado (DEMOSCOPICA, 2005). Lo que está en concordancia con nuestros resultados.

Además encontramos barreras como miedo, vergüenza, actitud negativa de la pareja, y machismo.

En el trabajo investigativo realizado por la Fundación Desafío, realizada en el Ecuador en el año 2009, las mujeres refieren tener miedo de pedir a sus compañeros que usen condón femenino durante las relaciones sexuales, y frente al tema de la sexualidad sintieron mucha vergüenza (FUNDACIÓN DESAFÍO_MSP, 2009).

Además en el estudio realizado en Costa Rica en el año 2012 por Barrantes L; Las mujeres refirieron sentir miedo tan solo en un 12.5%, vergüenza en 8.8%, inseguridad 6.3%, 31.3% incomodidad, seguridad 36.3%, frente al condón femenino (Barrantes L, 2012).

En la investigación sobre el Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos realizado en el año 2009 por el Ministerio de Salud Pública del Perú se concluye que el machismo y las limitadas posibilidades de las mujeres para negociar sus decisiones reproductivas se consideran limitantes importantes, y la presencia de ideas tradicionales por parte de los hombres podrían impedir su aceptación, además este estudio señala que desde el primer momento, la presencia de la pareja toma un rol importante en

la aprobación, ya que varias de las mujeres se preguntan: “¿le gustará a mi pareja?”, lo cual se correlaciona con los datos encontrados en nuestro estudio investigativo (PERU-MSP, 2009).

Con respecto a la influencia de la religión en el uso del condón femenino en el estudio realizado por Vázquez A. en México en el 2005, concluye que el 96.9% de la población responde que la religión católica no influye como barrera para el uso de los métodos anticonceptivos, lo que concuerda con los datos obtenidos en nuestra investigación (Vázquez A, 2005).

4.6.2 Mitos que influyen en la utilización del Condón Femenino.

Tabla 21. Mitos que influyen en la utilización del Condón Femenino.

MITOS	N°	%
Miedo a que se rompa	171	77.0
Perder la sensibilidad	7	3.2
Poca protección	18	8.1
Se queda embarazada	6	2.7
Desarrollar infección	13	5.9
Lastimar la vagina	4	1.8
Provoca esterilidad	3	1.4
Malas experiencias	0	0.0
Otra	0	0.0
TOTAL	222	100

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

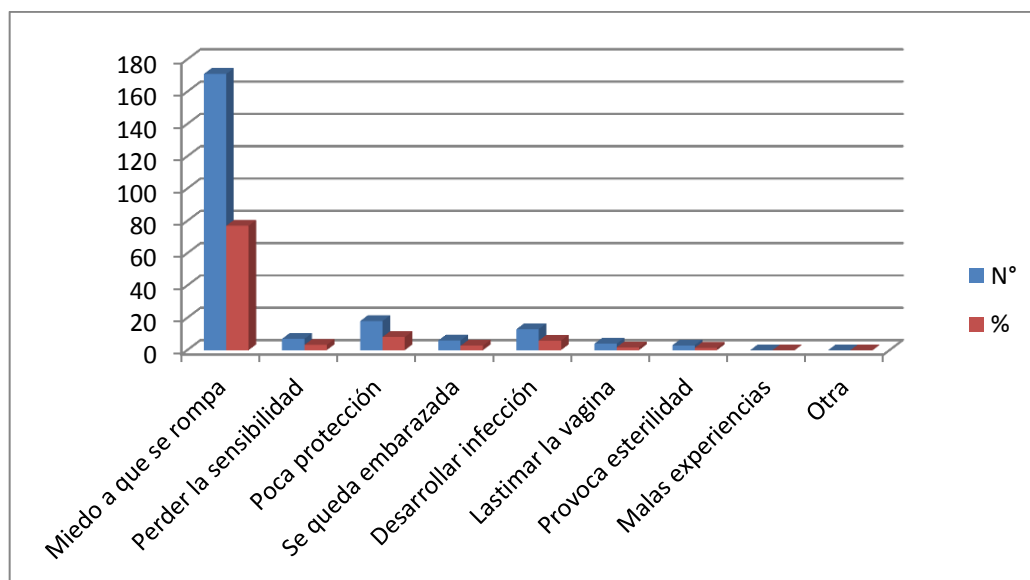


Gráfico. 18. Mitos que influyen en la utilización del condón femenino

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yáñez

Análisis:

Los mitos que influyen para no usar el condón femenino es sobre todo el miedo a que se rompa con un 77%, seguido de poca protección, desarrollar una infección y perder sensibilidad con 8.1%, 5.9% y 3,25 respectivamente.

Existen numerosos estudios que esclarecen estos mitos:

En una investigación realizada en el año 2011 por Natasha M. en El Salvador Nicaragua en trabajadoras sexuales las mujeres tuvieron percepciones positivas con respecto al material del condón femenino ellas dijeron que parece ser más fuerte y grueso, lo que hace que sea menos probable que se rompa, en comparación con el condón masculino y les da una mayor sensación de seguridad. Algunas mujeres señalaron que prefieren el aroma del condón femenino en comparación con el del condón masculino además estas mujeres también describieron que el diseño del condón femenino ofrece mayor protección que el condón masculino debido a que cubre “la parte externa de la vagina” y los labios

exteriores de modo que no hay contacto directo con los genitales de su pareja. Ellas dijeron que creían que el condón femenino les brindaba mayor protección que el condón masculino contra las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo (Mack N G. T., 2011).

En el estudio realizado en Costa Rica el año 2012 por Barrantes L. indica a la seguridad como la sensación más reportada con un 36,6% y al hacer una evaluación general de la experiencia de uso del CF sistematizada el 61% indican haberse sentido seguras, lo que, en general, otorga una calificación positiva hacia el método (Barrantes L, 2012). Lo siguiente pone en manifiesto que el decir que ofrece poca protección en la relación sexual es un mito y que la mayoría de mujeres se sintieron seguras.

El mismo estudio afirma con respecto al placer durante la relación sexual, que la mayoría de las mujeres reportan vivencias positivas. El 39,3% de ellas indicaron haber sentido placer pero con dificultades de acostumbrarse, el 33,3% reportó sentir placer sin dificultad y el 21,4% mencionó no haber sentido diferencia. Solamente el 16,7% indican que el uso del CF fue tan incómodo y desestimulante que se interrumpió el acto sexual o no le permitió sentir placer. Adicionalmente expresa que el uso constante del condón incrementa la comodidad y confianza hacia el método, fomenta su uso y minimiza las percepciones negativas que se han mencionado (Barrantes L, 2012).

En el caso de infección es indiscutible su condición de mito.

4.7 ANÁLISIS DE DATOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE UTILIZAN EL CONDÓN FEMENINO Y ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS.

4.7.1 Le causa dificultad colocarse el Condón Femenino.

Tabla 22. Causa dificultad colocarse el Condón Femenino a la población de mujeres en edad fértil que lo utiliza Centro de Salud Cevallos.

DIFICULTAD DEL USO CONDON FEMENINO	N°	%
SI	1	10.0
NO	9	90.0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuestas anexo (2)

Autor: Gabriela Yánez

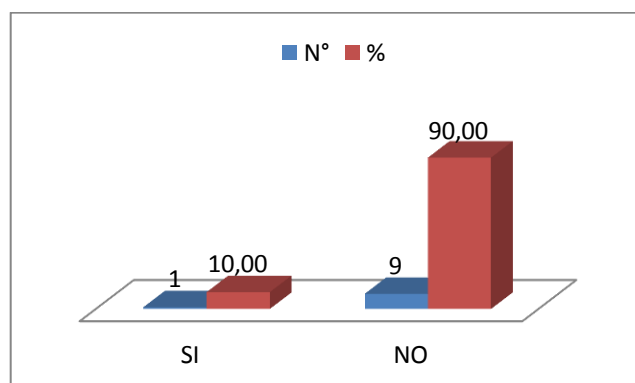


Gráfico. 19. Causa dificultad colocarse el CF

Fuente: Encuestas anexo (1)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

En la investigación realizada se tiene que 10 mujeres continúan usando el condón femenino de las cuales 1 tiene dificultad lo que representa el 10% y 9 mujeres no tienen dificultad para su colocación lo que constituye el 90%.

4.7.2 Razones por las que continúa el uso del Condón Femenino

Tabla 23. Razones por las que continúa el uso del Condón Femenino la población de mujeres en edad fértil que utiliza en el Centro de Salud Cevallos.

RAZONES	SI
Confiable	3
Gratuito	1
No puedo usar otros métodos	2
No tiene efectos secundarios	2
Protección de enfermedades	1
Seguro	1
Total general	10

Fuente: Encuestas anexo (2)

Autor: Gabriela Yánez

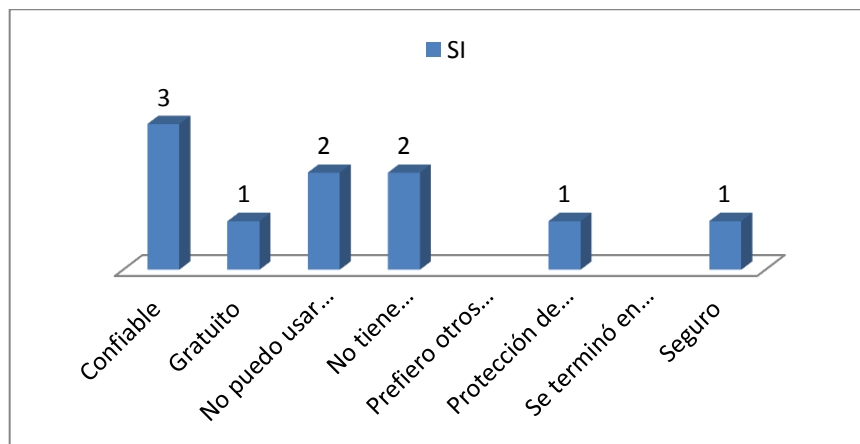


Gráfico.20. Razones por las que abandona o continúa el uso del Condón Femenino

Fuente: Encuestas anexo (2)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

En la investigación realizada se tiene que 10 mujeres continúan usando el condón femenino de las cuales 3 mencionan que es confiable, 1 es gratuito, 2 no puede usar otros métodos y porque no tiene efectos secundarios, 1 protege enfermedades y la última porque menciona que es seguro.

4.7.3 Con qué frecuencia utiliza el Condón Femenino.

Tabla 24. Frecuencia de utilización por la población de mujeres en edad fértil que utiliza el CF Centro de Salud Cevallos.

FRECUENCIA DEL USO DEL CONDÓN FEMENINO	N°	%
Al menos 1 vez	0	0
Frecuente	3	30
Poco frecuente	6	60
Siempre	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuestas anexo (2)

Autor: Gabriela Yánez

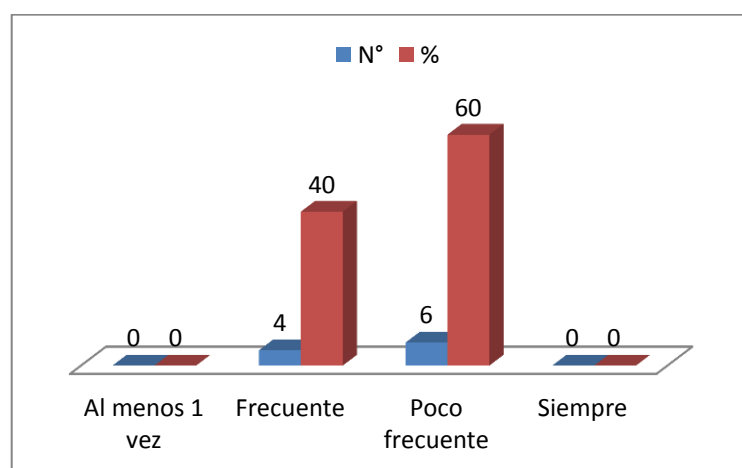


Gráfico.21. Frecuencia utiliza el condón femenino

Fuente: Encuestas anexo (2)

Autor: Gabriela Yánez

Análisis:

En la investigación realizada se tiene que 10 mujeres continúan usando el condón femenino de las cuales el 40% usa frecuente y el 60% con poca frecuencia, lo que representa 4 y 6 mujeres respectivamente.

4.8 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La hipótesis planteada en esta investigación: H1 “Las barreras culturales son las que más influyen en el uso del condón femenino”. La hipótesis nula H0 “Las barreras culturales NO son las que más influyen en el uso del condón femenino”.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Barreras Culturales

VARIABLE DEPENDIENTE: Utilización del Condón Femenino

De acuerdo a la hipótesis se refleja que las barreras que más influyen para que las mujeres no usen el condón femenino son: Desconocimiento de uso, miedo, inseguridad del método, vergüenza, actitud negativa y machismo entre otras.

“Las barreras culturales son las que más influyen en el uso del condón femenino”

De esta manera se trabajó en todas las variables teniendo los siguientes resultados.

4.8.1 Tabla 25. Barreras culturales que influyen en el uso del Condón femenino.

USO DEL CONDON FEMENINO	LAS BARRERAS CULTURALES INFLUYEN EN EL USO DEL CONDÓN FEMENINO					
	SI		NO		CHI 2	VALOR P
	N	%	N	%		
<u>MACHISMO</u>						
SI	2	0.7	8	2.7	4.07	0.055
NO	150	50.7	136	45.9		
<u>CONDUCTA NEGATIVA</u>						
SI	3	1.0	7	2.4	4.55	0.046
NO	181	61.1	105	35.5		
<u>DESCONOCIMIENTO USO</u>						
SI	0	0	10	3.37	58.43	0.00
NO	260	87.8	26	8.8		
<u>MIEDO</u>						
SI	0	0.0	10	3.4	14.36	0.000
NO	172	58.1	114	38.5		
<u>VERGÜENZA</u>						
SI	1	0.3	9	3.0	5.48	0.023
NO	136	45.9	150	50.7		
<u>INSEGURIDAD MÉTODO</u>						
SI	0	0.0	10	3.4	7.99	0.006
NO	129	43.6	157	53.0		

ATENÚA SENSACION SEXUAL

SI	1	0.3	9	3.0	0.7	0.69
NO	62	21	224	75.7		

PRODUCE ALERGIA

SI	0	0.0	10	3.4	2.15	0.22
NO	51	17.2	235	79.4		

ATENTA EL PUDOR

SI	0	0.0	10	3.4	2.26	0.21
NO	53	17.9	233	78.7		

DAÑO A LA SALUD FÍSICA

SI	0	0.0	10	3.4	1.47	0.61
NO	37	12.5	249	84.1		

AFECTACIÓN PSICOLÓGICA

SI	0	0.0	10	3.4	1.12	0.60
NO	29	9.8	257	86.8		

4.8.2 Tabla 26: En resumen:

VARIABLES	CHI CUADRADO	P
USO CONDÓN / DESCONOCIMIENTO DE USO	58.43	0.00
USO CONDÓN / MIEDO	14.36	0.000
USO CONDÓN / INSEGURIDAD	7.99	0.006
USO CONDÓN / VERGÜENZA	5.48	0.023

USO CONDÓN / ACTITUD NEGATIVA	4.55	0.046
USO CONDÓN / MACHISMO	4.07	0.055
USO CONDÓN / DAÑO A LA SALUD FÍSICA	1,47	0.61
USO CONDÓN / ATENTA EL PUDOR	2.26	0.21
USO CONDÓN / ALERGIA	2.15	0.22
USO CONDÓN / AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	1.12	0.60
USO CONDÓN / ATENÚA LA SENSACIÓN SEXUAL	0.7	0.69

Se puede observar en la tabla que las barreras que más influyen para que las mujeres no usen el condón femenino son: Desconocimiento de uso, miedo, inseguridad del método, vergüenza, actitud negativa y machismo entre otras.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los objetivos de la investigación han sido cumplidos producto de un proceso cuyas etapas se interrelacionan y complementan orientándose a su eficaz ejecución
- El desconocimiento de uso del condón femenino es la barrera más alta que influye en su utilización, con el valor de Chi cuadrado más alto ($58.43 > 3.84$), seguido por Miedo, con un Chi cuadrado de ($14.36 > 3.84$), a las mujeres les parece un método inseguro con un Chi cuadrado ($7.99 < 3.84$),
- Otras barreras presentes son la vergüenza con un Chi cuadrado de ($5.48 < 3.84$), la actitud negativa de la pareja ($4.55 < 3.84$) y el machismo ($4.07 > 3.84$).
- Los mitos que influyen para no usar el condón femenino es sobre todo el miedo a que se rompa 77%, poca protección 8,1%, desarrollar una infección 5.8% y perder sensibilidad 3.2%.
- El conocimiento sobre métodos anticonceptivos es alto con un 88.18%, pero no se refleja ya que el 54.73% de las mujeres no planificó ninguna de sus gestas.
- El 56.76% sabe de la existencia del condón femenino, pero el 87.84% de las mujeres no saben cómo utilizarlo.
- La mayoría de mujeres nunca habían manipulado un CF sin embargo el 53.04% al observar y palparlo manifestó aceptación incluyendo las principales razones autonomía de la mujer y catalogándolo de novedoso e interesante, el resto de las mujeres expresó desagrado entre las principales

juicios lo encontraron demasiado grande, y que solo debe ser utilizado por el hombre.

- La prevención de embarazos, y enfermedades de transmisión sexual son las dos ventajas más conocidas por las mujeres de esta investigación, los porcentajes de las otras ventajas no son relevantes y ninguna mujer manifestó estar al tanto de otra ventaja adicional.
- La incidencia de la población de estudio está dentro de los siguientes componentes socio-demográficos: grupo de edad de 20 a 30 años, población urbana, solteras y, con nivel de escolaridad secundaria, la mayoría de mujeres se ocupan en QQDD, el ingreso mensual es menor al sueldo básico establecido en nuestro país.
- Al momento el centro de salud de Cevallos no está registrado como un dispensador autorizado, considerando que el 86.49% de la población le gustaría tenerlo.

5.2 RECOMENDACIONES

- Sobre la base de las conclusiones, producto del análisis de los resultados del trabajo de campo y coherencia con el marco teórico revisado, se emiten las siguientes recomendaciones
- Se debe priorizar la promoción de estrategias educativas, se recomiendan que estas abarquen una educación integral que contemplen la concienciación de la población acerca de la salud sexual y reproductiva, sin dejar de lado la relación al placer, al cuerpo, y la genitalidad, reforzada por políticas públicas y programas dirigidos al sistema educativo iniciando en los más jóvenes.
- Esta estrategia debe garantizar información confiable y didáctica hacia la población y a la vez una sociedad participativa para satisfacer dudas en temas de salud y sexualidad.
- Esta información debe ser capaz de llegar a cada una de las mujeres y lograr revertir las consecuencias de los mitos en torno al condón femenino y fomentar el uso correcto del mismo además de dar a conocer su protección dual tanto en la prevención de embarazos no planeados, así como para prevenir la transmisión de ETS, VIH y sida.
- Todas las mujeres deben conocer a cabalidad sobre planificación familiar y el CF para que puedan llevar un mensaje sólido a la población masculina, sostenido en un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- Se recomienda directamente al Ministerio de Salud ampliar el número de distribuidores de condones femeninos, y diseñar estrategias que impulsen el uso integral de condones femeninos, garantizando su acceso universal.
- Se debe considerar la oportunidad de establecer al Centro de Salud de Cevallos como dispensador autorizado.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

Título:	Documental del Uso del Condón Femenino
Institución Ejecutora:	Universidad Técnica de Ambato
Beneficiarios:	Mujeres en edad Fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos
Ubicación:	Cevallos-Tungurahua
Tiempo estimado:	5 meses
Responsable:	María Gabriela Yáñez Ruiz

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Hace 18 años que se inventó el condón femenino, no obstante a nivel mundial aún es limitado el acceso de las mujeres y sus parejas a este innovador método de protección sexual. A pesar de que no existen todavía otras tecnologías de prevención de iniciativa femenina, hasta ahora no se ha aprovechado suficientemente los beneficios que brinda el condón femenino para proteger a las mujeres tanto de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH y Sida como de los embarazos no planificados.

En la investigación realizada se encontró que en la población femenina del Cantón Cevallos la barrera más alta que influye para no utilizar el condón femenino es no saber usar el condón femenino, además encontramos otras

barreras como miedo, vergüenza e inseguridad frente al método, así como el patriarcado existente que dificulta que la mujer tome la decisión o iniciativa de usar algún método anticonceptivo, ya que indican que la pareja presentaría actitud negativa ante el condón femenino y expresan conductas machistas presentes en estas.

Adicionalmente existen demasiados mitos que aún tienen las mujeres que impiden el uso de algún método anticonceptivo y sobre todo del condón femenino.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción—complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo, en especial enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y para su hijo/a.

El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales (educación, vivienda, alimentación) y, por factores afectivos y relacionales.

La importancia de la presente propuesta se fundamenta en la necesidad de incentivar a las mujeres en el uso del condón femenino como método de anticoncepción y sobre todo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y no planificados.

El hecho de proponer un video dirigido a la población femenina del Cantón Cevallos pretende romper algunas de las barreras existentes en esta población y esclarecer mitos que limitan la planificación para que sea la mujer quien concientice en la importancia de prevenir para reducir los riesgos de morbimortalidad.

Con lo anteriormente mencionado estaríamos contribuyendo al cumplimiento del objetivo 5 de los objetivos del Millenium que es mejorar la salud materna, y el 3 sobre igualdad de género y autonomía de la mujer y adicionalmente en relación al Plan nacional del Buen Vivir a mejorar la calidad de vida de la población y reducir la morbi-mortalidad materna infantil.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un documental que contribuya a reducir las barreras y mitos existentes en la población femenina del Cantón Cevallos para concientizar acerca de la importancia del uso del condón femenino como método de prevención.

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar el Material Audiovisual orientado a la reducción de las barreras y mitos existentes
- Difundir en la población femenina
- Concientizar en la importancia del uso del condón femenino como método de prevención.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Lo que se está proponiendo como una parte de la solución del problema estudiado, es factible porque cuenta con respaldo técnico, humano y científico: pues se cuenta con el material para la difusión de la información, el compromiso de participación de la investigadora así como también la aceptación de los

participantes, además que se cuenta con la información necesaria para la realización de la misma.

También el personal del Centro de Salud Cevallos está gustoso de que la población reciba la información y puedan difundirla para beneficio de más colectividad.

En cuanto se refiere a lo económico será también factible, pues la investigadora se compromete a cubrir con los gastos de realización del documental audiovisual.

Y en lo referente a lo político es más factible aún, pues existen leyes en donde se promulga la promoción en salud.

6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos universales.

Se llama DERECHOS SEXUALES a todas aquellas condiciones materiales, físicas, emocionales y sociales que permiten a todas las personas disfrutar del placer y de su sexualidad sin ningún riesgo, ningún tipo de violencia, discriminación o prejuicio.

Se llama DERECHOS REPRODUCTIVOS al reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir en forma responsable, informada y libre cuántas hijas e hijos tener y en qué momento, disponiendo de información y de los medios necesarios para hacerlo.

Los Derechos sexuales y derechos reproductivos se amparan en la Constitución ecuatoriana, el Plan Nacional del Buen Vivir y varios tratados y conferencias internacionales suscritas por el Ecuador, que reconocen que todas las personas tienen derecho a tomar de decisiones libres, informadas, voluntarias y

responsables sobre su sexualidad, su vida, orientación sexual y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener (MSP, 2014).

LAS MUJERES tenemos derechos sexuales y reproductivos y estamos en la capacidad de exigirlos. Para que no existan relaciones desiguales e inequitativas entre hombres y mujeres.

Las mujeres tenemos derecho a la igualdad sexual.

Esto se refiere a estar libre de toda forma de discriminación por sexo, género, edad, sea cual sea nuestra condición económica o religión.

Derecho para autonomía e integridad y seguridad.

Es decir tenemos derecho a tomar nuestras propias decisiones sobre nuestra vida sexual. Y estar libres de violencia.

Derecho a expresar nuestros sentimientos, emociones, es decir todo lo que opinemos acerca de nuestra sexualidad.

Además las mujeres podemos decidir si tener o no niños, el número y el tiempo entre cada uno y sobre todo el derecho de acceso completo a los medios para la regulación de la fertilidad

Y por último derecho a recibir información y educación sexual.

EL CONDÓN FEMENINO

El condón femenino es un método anticonceptivo de barrera que es especialmente útil para protegerse de las Enfermedades de Transmisión Sexual y embarazos no deseados. El preservativo femenino es muy eficaz para evitar el embarazo, siempre que se utilice de modo correcto.

El preservativo femenino está fabricado con plástico de nitrilo, más resistente que los condones de látex masculinos, las roturas son más raras. Además su diseño lo hace muy cómodo y su caducidad es más tardía, incluso si las condiciones de conservación son desfavorables.

Este dispositivo consiste en una funda holgada y suave con dos anillos flexibles en cada extremo. El anillo que se encuentra cerrado tiene el objetivo de ayudar a la colocación. El anillo exterior permanece fuera de la vagina protegiendo a los labios y a la base del pene durante el acto (Murell E, 2014).

BENEFICIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL CONDÓN FEMENINO

Estos preservativos, al contrario que los masculinos, se pueden utilizar con lubricantes a base de aceite, sin peligrar la estructura o debilitarla (Murell E, 2014).

Además de ser el único método anticonceptivo de exclusividad para la mujer que protege contra las Enfermedades de transmisión sexual incluido el Sida, el condón femenino es más resistente y cómodo de utilizar que su par masculino. Asimismo, no disminuye la sensibilidad durante el acto sexual, ya que no se usa ceñido y viene bien lubricado.

Cabe recalcar que el condón femenino se puede colocar hasta con ocho horas de anticipación y no requiere que el pene esté erecto para poder utilizarlo (Murguía C, 2009).

EXPERIENCIAS DEL USO DEL CONDÓN FEMENINO

Se debe trabajar en difundir el condón femenino de una forma amigable, e interesante a fin de que las mujeres se familiaricen con él y se apropien del método.

“Los estudios señalan que al tercer uso las mujeres dominan el uso sin dificultad.

Se ha observado que el asesoramiento ayuda a superar las dificultades iniciales, que las mujeres experimentan con el uso del dispositivo, tanto hombres como mujeres refieren que comparándolos con el preservativo masculino presenta menos probabilidad de deslizarse, de rotura, más duradero, mejora la espontaneidad sexual y la intimidad.

Es importante llevar a cabo programas educativos para facilitar el conocimiento, manipulación, utilización, ventajas y solución de dificultades de este método para permitir mayor accesibilidad a la población (Fernández A, 2008).

COMO USAR EL CONDÓN FEMENINO

¿Cuál es el uso correcto del condón femenino?

Tomando en cuenta las siguientes indicaciones:

- Verificar que la fecha de manufactura o fabricación no sea mayor de 5 años.
- Leer cuidadosamente las instrucciones para su colocación antes del coito.
- Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón.
- Estar en una posición cómoda para la colocación, puede ser sentada o acostada con las rodillas separadas o parada apoyando un pie sobre un objeto a una altura aproximada de 60 cm.
- Sacar el condón de su envoltura cuidadosamente. Tomar el extremo cerrado del condón con los dedos índice medio y pulgar, aplastando el anillo como si se formara un “8” para poder insertarlo en la vagina.
- Asegurarse que el anillo interno del condón quede colocado a una profundidad de aproximadamente 5 cm dentro de la vagina
- El extremo abierto del condón debe quedar por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos (vulva).
- El condón femenino se puede colocar hasta 8 horas antes de tener una relación sexual.
- La protección anticonceptiva es inmediata.
- Debe quitarse inmediatamente después de la relación sexual, tomando el aro externo teniendo cuidado de no derramar el semen, girar tres veces y jalarlo hacia a fuera.
- Envolver el condón en papel higiénico y tirarlo a la basura, nunca a la taza del baño.

¿En qué situaciones NO se debe usar un condón?

- Si el paquete está roto
- Si el condón está seco o quebradizo
- Si el condón está pegajoso
- Si la fecha de fabricación es mayor de 5 años
- Si no se sabe usar correctamente

¿Qué se debe recordar para el uso del condón femenino?

- Debe usarse sólo una vez (uno por cada relación sexual).
- No usar condones viejos o dañados.
- Puede utilizarse junto con algún espermicida para aumentar su efectividad.
- Si se emplean lubricantes, sólo deben usarse los solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad.
- Los condones deben guardarse en un lugar oscuro y a temperatura ambiente.
- Puede utilizarse como refuerzo con algún otro método anticonceptivo para prevenir un embarazo y alguna infección de transmisión sexual.
- Nunca usar dos condones a la vez (el masculino y el femenino) en la misma relación sexual ya que la fricción entre ellos puede ocasionar la ruptura de alguno de éstos (PLANIFICANET, 2009).

DIFUSIÓN

La difusión consiste en el lanzamiento de una serie de mensajes que busca influir en el sistema de valores del ciudadano y en su conducta.

De forma neutral la difusión de prevención es definida como una forma intencional y sistemática de persuasión con fines ideológicos, costumbristas o de bienestar, con el intento de influir en las emociones, actitudes, opiniones y acciones de los grupos de destinatarios específicos a través de la transmisión controlada de información parcial (que puede o no basarse en hechos) a través de los medios de comunicación masiva y directa.

Se articula a partir de un discurso persuasivo que busca la adhesión del otro a sus intereses.

Aunque el mensaje contenga información verdadera, es posible que sea incompleta, no contrastada y parcial, de forma que no presente un cuadro equilibrado de la opinión en cuestión, que es contemplada siempre en forma asimétrica, subjetiva y emocional.

Dado que la difusión con frecuencia va acompañada de distorsiones de los hechos y de llamamientos a la pasión y a los prejuicios, a menudo es considerada como falsa o engañosa. Sin embargo, este punto de vista es relativo. A pesar de que algunos propagandistas pueden distorsionar los hechos de forma intencionada, otros los presentan de forma tan fiable como cualquier observador objetivo. El alegato de un abogado puede ser tan propagandístico como el anuncio de una valla publicitaria. Incluso la educación, cualquiera que sea su objetivo, podría ser considerada en último término como una forma de propaganda. La principal diferencia reside en la intención del propagandista al intentar convencer a una audiencia de que adopte la actitud o acción que él representa.

CONCIENTIZACIÓN

Acción y efecto de crear conciencia entre la gente acerca de un problema o fenómeno que se juzga importante.

CAMPAÑA de CONCIENTIZACIÓN significa hacer que las personas tomen conciencia sobre determinadas circunstancias, fenómenos, elementos de su personalidad o actitud, para mejorar su calidad de vida y sus vínculos no sólo con el resto de los individuos si no también con el medio ambiente que lo rodea.

La idea de CONCIENTIZAR a alguien siempre tiene un sentido positivo ya que se supone que al llevar a cabo tal acción, se está haciendo que las personas, se CONCIENTICEN, para dejar de lado actitudes o fórmulas impulsivas, inconscientes, y que comiencen a utilizar su nivel de madurez e inteligencia para su propio bien y el de otros.

El ser humano es el único se CONCIENTE, el único que ha desarrollado un nivel de inteligencia abstracto y superador.

El término CONCIENTIZAR se utiliza en relación a circunstancias o elementos que tienen que ver con la convivencia social y también con el medio ambiente. La CONCIENTIZACIÓN puede ser propia, es decir, generada por uno mismo, o también puede ser generada por estímulos externos.

6.7. MODELO OPERATIVO

TABLA 26: MODELO OPERATIVO

Fase de Planificación	Metas	Evaluación	Recursos
Autorización para la realización de a propuesta. Presentación de la propuesta. Selección de la bibliografía. Diseño del video	Obtener autorización de las autoridades del MSP, Área 7 de Salud. Autorización de los participantes. Bosquejo del material audiovisual.	Entrega de la comunicación del material audiovisual. Recepción de comunicación de propuesta aprobada.	Solicitud a las autoridades. Material bibliográfico.
Fase de Ejecución	Metas	Evaluación	Recursos
Revisión y corrección del material audiovisual. Reproducción final. Socialización del material audiovisual	Reproducción del ejemplar Aplicación de los lineamientos del video	Evaluación de los participantes	Video Hoja de recolección y comparación de resultados.
Fase de Evaluación	Metas	Evaluación	Recursos
Evaluación de cumplimientos y limitaciones del video , mediante:	Alcanzar los objetivos propuestos en el video Aumentar el conocimiento sobre cómo usar el condón femenino y sus ventajas. Incrementar su utilización. Esclarecer Mitos y dudas acerca del método	Medir prevalencia de utilización del condón femenino	Material audiovisual

ELABORADO POR: María Gabriela Yáñez Ruiz

6.8. ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA



ELABORADO POR: María Gabriela Yáñez Ruiz

6.9. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El monitoreo de la evaluación y propuesta se lo realizara de acuerdo al esquema antes mencionado.

Una vez que se haya capacitado a las mujeres, se las evaluará para corroborar si saben utilizar el condón femenino, y lo han incluido como su método de anticoncepción, con lo cual se pretende disminuir la transmisión de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Asamblea_Nacional*. Obtenido de Título VII sección segunda Salud- Regimen del buen vivir.

Barrantes, L. A. A. (Mayo de 2012). *Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante en Upala y San José*. Obtenido de Caja Costarricense del Seguro Social y Fondo de las Naciones Unidas.

Herrera, L. (2010). *Tutoría de la Investigación Científica cuarta edición*. Ambato: Maxtudio.

LINKOGRAFÍA

Abud, C. (31 de 10 de 2011). *Original reclamo por el acceso al preservativo femenino*. Obtenido de DocSalud.com: <http://www.docsalud.com/articulo/2805/original-reclamo-por-el-acceso-al-preservativo-femenino>

Alvarez, P. (20 de Mayo de 2008). *Concepto de Educación afectivo sexual*. Obtenido de <http://pisaal.blogia.com/2008/052204-concepto-de-educacion-afectivo-sexual.php>.

Amado, M. V. B. (2007). *Actores que Influyen en el uso del preservativo en Mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia*.

Anthes, E. (4 de Marzo de 2014). *The future of sex*. Obtenido de The sciense of life Mosaic: <http://mosaicscience.com/story/future-sex>

Aran, J. (2010). *El sexo en los tiempos del SIDA*. Obtenido de Barcelona. : Praxis.

Ávila, D. (15 de Junio de 2007). *Aceptación condiciones de uso del preservativo femenino*. Obtenido de Servicio de promoción de salud Madrid: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEstudio+sobre+aceptaci%C3%B3n+y+condiciones+de+uso+del+preservativo+femenino.pdf&blobhea>

- Beksinska, M. (2009). *Acceptability of the female condom in different groups of women in South Africa - a multicentred study to inform the national female condom introductory strategy*. Obtenido de Africa : South African Medical Jo.
- Bell, D. (2010). *Las contradicciones culturales del capitalismo*. Obtenido de México : Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Carvajal, L. (10 de Enero de 2013). *Conocimiento y Actividades de investigación y Desarrollo*. Obtenido de Conocimiento: <http://www.lizardo-carvajal.com/conocimiento/>
- Casique, I. (2011). *Conocimiento y Uso Anticonceptivo entre los jóvenes Mexicanos. El papel del género*. Obtenido de Estudios Demográficos y Urbanos: http://bibliocodex.colmex.mx/exlibris/aleph/a21_1/apache_media/cyhviisejkwatc2rncufg477B9KTJR.pdf
- Castillo, J. (15 de Julio de 2010). *Conductas Sexuales*. Obtenido de Conductas Sexuales . [En línea]: <http://www.comentariosdelibros.com/articulo-conductas-sexuales-20a133u1s.htm>
- CIMAC_Noticias. (26 de Julio de 2012). *Campaña mundial para promover uso del condón femenino*. Obtenido de kaja Negra información: http://www.kajanegra.com/index.php?option=com_k2&view=item&id=1662:campana%20mundial-para-promover-uso-del-condon-femenino&Itemid=48
- CLINICAS_ABORTOSMx. (2013). *Condón femenino*. Obtenido de Clinicas Abortos Mx: <http://www.clinicasabortos.mx/anticonceptivos/condon-femenino/sub31>
- Consejo Nacional de Salud . (2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito.
- Cruz, S. R. C. (9 de Marzo de 2014). *Factores asociados al inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de Ica*. Obtenido de Revista Investigación en Salud: <http://tesissalud.blogspot.com/2014/04/factores-asociados-al-inicio-temprano.html>
- Cuenta Atrás 2015 Europa*. (2012). Obtenido de La planificación familiar salva vidas y mejora la salud : http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/Ippf_FactSheet-4_Health-es1.pdf
- Delgado, S. S. C. (Junio de 2013). *Métodos anticonceptivos... ¿Cuáles se utilizan realmente?* Obtenido de Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana: <http://www.revistafertilidad.org/rif/articulo/pstrongmeacutetodos-anticonceptivoshellip-iquestcuaacuteles-se-utilizan-realmente-strongp/118>
- DEMOSCOPICA. (Diciembre de 2005). *Estudio de percepción del condón femenino en poblaciones focalizadas*. Obtenido de

<http://todxsporelcondonfemenino.files.wordpress.com/2013/09/estudio-de-condc3b3n-femenino-en-chile-2005.pdf>

Fernández, A. M. A. (2008). *Preservativo Femenino El Gran Desconocido*. Obtenido de The Female Health Company: file:///C:/Users/Anthony/Downloads/4p.pdf

Fernández, M. C. V. (2011). *Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino*. Obtenido de Universidad de Vigo: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5783/Evaluacion_diagnostica_sobre_conocimiento.pdf?sequence=1

Flifford, G. (2009). *La interpretación de las culturas*. Obtenido de Barcelona : Gedisa.

Foster, G. (2008). *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. Obtenido de México : Fondo de Cultura Económica.

FUNDACIÓN DESAFÍO_MSP. (2009). *Estudio cualitativo en mujeres jóvenes urbanas, amas de casa y sus parejas de la ciudad de Quito, sobre percepciones e intención de uso del condon femenino*. obtenido de fundación desafío: http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon_femenino.pdf

García, J. M. S. (21 de Octubre de 2008). *Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica (GPC)*. Obtenido de <http://www.easp.es/mbe/GPC%20Implementacion.pdf>.

González, E. (2009). *Educación en la afectividad*. Obtenido de Madrid : Universidad Complutense.

González, L. (2008). *Modales de la cultura nacional*. Obtenido de México : Clío.

Hoy, K. (2008). *The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women*. Obtenido de American Journal of Public Health: http://www.supportworldwide.org/wp-content/uploads/2010/10/Efficacy-of-FC-Skills-Training_2008.pdf - traducción libre.

Kaler, A. (Julio de 2004). *The female condom in North America: selling the technology of -empowerment-*. Obtenido de Journal of Gender Studies: <http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/cjgs/2004/00000013/00000002/art00004>

Laliberté, F. L. P. (Marzo de 2014). *Medicaid spending on contraceptive coverage and pregnancy-related care*. Obtenido de Reproductive Health.

MedlinePlus. (15 de Julio de 2009). *Condomes femeninos*. Obtenido de Condomes femeninos. [En línea]: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004002.htm>.

MSP. (2014). *Derechos Sexuales y Reproductivos* . Obtenido de Habla Serio sexualidad sin misterios : <http://www.sexualidadsinmisterios.com/recursos-interactivos/derechos-sexuales-y-reproductivos>

- Murell, E. (20 de Julio de 2014). *El Preservativo Femenino*. Obtenido de Pequelia:
<http://pequelia.es/60885/preservativo-femenino/>
- Murguía, C. (2009). *La llegada del Condón Femenino*. Obtenido de Mundo Obstétrico:
<http://www.unfpa.org.pe/noticias/Noticias/Marzo2009MundoObstetrico.pdf>
- NATIONS_UNITED. (2010). *Desa- Population Division Fertility And Family Planning Section*. Obtenido de World Contraceptive Use:
<http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Metadata/UMN.html>
- Nations_United. (2011). *Suggested citation World Contraceptive Use 2010*. Obtenido de Department of Economic and Social Affairs, Population Division:
http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/WCP_2010/Data.html
- Newton, P. (2007). *Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: reflections from a single site*. Obtenido de Qual Saf Health Care.
- OMS. (2008.). *Planificación Familiar*. Obtenido de Canada.
- OMS. (2013). *Necesidad insatisfecha de planificación familiar*. Obtenido de
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/index.html
- OMS. (Mayo de 2013). *Planificación familiar*. Obtenido de Nota descriptiva N ° 351:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/index.html>
- Peker, L. (31 de 9 de 2010). *Clasdestino es violento*. Obtenido de Fundación para estudio e investigación de la mujer:
<http://www.feim.org.ar/resultados.asp?eje=30&page=26&titulo=&artista=&orden=anio&anio=&cantidad=10>
- PERU-MSP. (2009). *Análisis Situacional y Diagnóstico de necesidad en torno al acceso al condones masculinos y femeninos*. Obtenido de Ministerio de Salud del Perú:
<http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/Archivos/Publicaciones/Estudio%20Condon es.pdf>
- PLANIFICANET. (2009). *Condon Femenino*. Obtenido de Planificanet:
<http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/condon-femenino.php>
- Planned Parenthood. (21 de Octubre de 2008). *Condón femenino*. Obtenido de
<http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/anticoncepcion/condon-femenino-4223.htm>
- Reglamento Interno de la Universidad Técnica de Ambato*. (4 de 12 de 2013). Obtenido de Reglamento de Régimen académico para el pregrado:
http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=1&Itemid=67

- Rodríguez, J. (Marzo de 2014). *Conocimiento y comportamiento sexual actual en adolescentes escolares" se desarrolló en cuatro unidades educativas del municipio Mariño*. Obtenido de Organización StopVIH:
http://www.elsoldemargarita.com.ve/posts/post/id:129469/Estudio_-95,33_-de-los-adolescentes-conoce-el-cond%C3%B3n-masculino,-pero-64_-desconoce-el-femenino
- Romero, M. (Marzo de 2013). *Prevención de infecciones de transmisión sexual a través del manejo del riesgo de las mujeres policías de la ciudad de Quito*. Obtenido de Universidad San Francisco de Quito:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2093/1/106596.pdf>
- Rosario, A. C. D. (Octubre de 2010). *Conocimientos Sobre uso de Métodos Anticonceptivos Y Su Relacion con Riesgos Reproductivos en Adolescentes de los Quintos Y Sextos Cursos del Colegio Tecnico "Federico Paez" Del Canton Otavalo, Provincia de Imbabura*. Obtenido de Universidad Técnica del Norte:
<http://es.scribd.com/doc/142674370/Tesis-Metodos-Anticonceptivos>
- Ruiloba, J. (2009). *"Introducción a la psicopatología y la psiquiatría"*. Obtenido de Barcelona : Masson.
- Sánchez, R. P. E. (2010). *Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual*. Obtenido de Barcelona : Universidad de Barcelona.
- Spizzichino, L. P. G. (2007). *The female condom: knowledge, attitude, and willingness to use*. Obtenido de The first Italian study. Ann Ist Super Sanità:
http://www.iss.it/binary/publ/cont/419%20-20ANN_07_59_Spizzich.1201594781.pdf - traducción libre.
- Susan, S. W. A. (Septiembre de 2006). *Promover el uso del condón femenino a las parejas heterosexuales*. Obtenido de Guttmacher Institute:
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3814806.html>
- Telégrafo. (2 de Julio de 2013). *El uso del condón femenino aún es un tabú en el país*. Obtenido de <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/el-uso-del-condon-femenino-aun-es-un-tabu-en-el-pais.html>
- Tovar, V. V. H. (2011). *Amas De Casas En Riesgo De Adquirir VIH/SIDA*. Obtenido de Acta Odontológica Venezolana acultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art1.asp>
- UNFPA. (2009). *Estudio Cualitativo En Mujeres Jóvenes Urbanas, Amas De Casa Y Sus Parejas De La Ciudad De Quito, Sobre Percepciones E Intencion De Uso Del Condon Femenino*. Obtenido de Fundación Desafío:
http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon_femenino.pdf

Vázquez, A. J. M. (13 de Junio de 2005). *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana Cunduacán. Tabasco*. Obtenido de Mercadotecnia en Salud:
http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2006_mayo_agosto/3_conocimiento_uso_anticonceptivos.pdf

BASE DE DATOS UTA

PROQUEST Campbell, A. N. C., Tross, S., Hu, M., Pavlicova, M., Kenney, J., & Nunes, E. V. (2011). Female condom skill and attitude: Results from a NIDA clinical trials network gender-specific HIV risk reduction study. *AIDS Education and Prevention, 23*(4), 329-40. doi:<http://dx.doi.org/101521aeap2011234329>

PROQUEST Egarter, C., Frey Tirri, B., Bitzer, J., Kaminsky, V., Oddens, B. J., Prilepskaya, V., . . . Weyers, S. (2013). Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: A cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Women's Health, 13*, 9. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-13-9>

PROQUEST Mack, N., Grey, T. G., Amsterdam, A., Williamson, N., & Matta, C. I. (2010). Introducing female condoms to female sex workers in central america. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(3), 149-55. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/759094420?accountid=36765>

EBSCO Peters, A., Jansen, W., & van Driel, F. (2010). The female condom: the international denial of a strong potential. *Reproductive Health Matters, 18*(35), 119-128. doi:10.1016/S0968-8080(10)35499-1

PROQUEST Yam, E. A., Mnisi, Z., Mabuza, X., Kennedy, C., Kerrigan, D., Tsui, A., & Baral, S. (2013). Use of dual protection among female sex workers in swaziland. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39*(2), 69-78. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/1445186169?accountid=36765>.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ENCUESTA APLICADA A LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
(Que no utilizan condón femenino)

Objetivo.- Identificar la influencia de las barreras en la utilización del condón femenino en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos

Instrucciones.- Favor marcar con una X en la respuesta que considere correcta.

Datos Generales:

Edad:	<19 ___	20 – 30 ___	31 – 40 ___	>41 ___
Residencia:	Rural ___		Urbana ___	
Estado Civil:	Soltero ___	Casado ___	Viudo ___	Divorciado ___
	Unión Libre ___			
Nivel de Escolaridad:	Primaria ___	Secundaria ___	Superior ___	
	Ninguna ___			
Religión:	Católica ___	Cristiana ___	Testigo ___	
	Ninguna ___	Otra, cuál? _____		
Nivel Económico	>\$250 ___	\$251-\$350 ___	\$351-\$500 ___	
	\$501-\$700 ___		>\$1000 ___	
Ocupación:				
Nº. de Gestas		Edad de inicio de		

planificadas:		relaciones sexuales	
TOTAL DE GESTAS			

1. ¿Ha recibido información del uso de anticonceptivos?

Si		No	
----	--	----	--

2. Quién le ha brindado esta información:

Profesionales de Salud		Medios de comunicación	
Profesores		Amigos	
Madre – Padre		Pareja	
Otra, cuál?			

3. ¿Conoce de la existencia del condón femenino?

Si		No	
----	--	----	--

4. ¿De dónde ha escuchado hablar acerca del condón femenino?

Profesionales de Salud		Medios de comunicación	
Profesores		Amigos	
Madre – Padre		Pareja	
Otra, cuál?			

5. Situación actual de pareja

Tiene pareja estable		No tiene pareja	
Tiene pareja ocasional		Tiene más de una pareja	

6. ¿Qué métodos de anticoncepción ha utilizado?

Tabletas		PAE	
Inyecciones		DIU	
Ligadura		OTROS	
Condón masculino		Condón femenino	
Métodos naturales		Ritmo	

7. ¿Usaría condón en sus relaciones sexuales?

Si		No	
----	--	----	--

8. ¿Conoce cómo se usan los condones femeninos?

Si		No	
----	--	----	--

9. ¿Estaría interesada en saber cómo usar el condón femenino?

Si		No	
----	--	----	--

10. ¿Cuáles son las ventajas que conoce UD que le brindaría el uso del condón femenino?

Prevención de enfermedades		Prevención de embarazos	
No requiere control médico		Menor riesgo que otros métodos	
Fácil de adquirir		Fácil de usar	
OTRAS CUAL?			

11. En caso de no querer usar condón femenino, cuáles serían las razones:

Miedo		Creencias religiosas	
Vergüenza		Desconocimiento de existencia	
Inseguridad del método		Desconocimiento de uso	

Actitud negativa de la pareja		Atenúa la sensación sexual	
Información negativa		Produce alergia	
Machismo		Consejo de madre a hija	
Atenta al pudor y dignidad de la mujer		Pérdida de la virginidad	
Presencia de sangrado		Afectación psicológica	
Daño espiritual		Daño en la salud física	
Otra, cuál?			

12. ¿Qué mitos considera influyen para no usar el condón femenino?

Miedo a que se rompa		Desarrollar una infección	
Perder la sensibilidad		Lastimar la vagina	
Poca protección		Provoca esterilidad	
Se queda embarazada		Malas experiencias	
Otra, cuál?			

13. ¿Consideras que el usar condón femenino ayudaría a prevenir enfermedades de transmisión sexual?

Si		No	
----	--	----	--

14. ¿Le agrada el aspecto del condón femenino?

Si		No	
----	--	----	--

Por qué? _____

15. ¿Le gustaría que en su Centro de Salud se dispense gratuitamente el condón femenino?

Si		No	
----	--	----	--

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
ENCUESTA APLICADA A LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
QUE UTILIZAN EL CONDON FEMENINO

Objetivo.- Identificar la influencia de las barreras en la utilización del condón femenino en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Cevallos

Instrucciones.- Favor marcar con una X en la respuesta que considere correcta.

1. ¿Le causa dificultad colocarse el condón femenino?

Si		No	
----	--	----	--

Por qué? _____

2. ¿Qué sensación provoca el uso el condón femenino?

Incomodidad		Recelo	
Seguridad		Corta la pasión	
Inseguridad			
Otra, cuál?			

3.- ¿POR QUE CONTINÚA UTILIZANDO EL CONDON FEMENINO?

4.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA LO UTILIZA?

Al menos una vez

Poco frecuente

Frecuente

Siempre

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CEVALLOS”

SEÑORITA O SEÑORA de la manera más comedida le invitamos a Usted a participar en el estudio sobre **BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO**

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad según manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El condón femenino es el único método de prevención contra el VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, cuyo uso es específico para las mujeres. Se conoce que las mujeres representan cerca de la mitad de las 33 millones de personas que viven con VIH en todo el mundo y que más del 40% de todos los embarazos en todo el mundo son no planificados.

Lo importante es que las mujeres logren el empoderamiento de su persona y salud y empiecen a decidir a la hora de tener una relación sexual segura y con ello evitar embarazos no deseados y prevenir ETS.

La información obtenida será confidencial. Su participación es voluntaria; en caso de negarse a participar, de ninguna manera, se afectarán las relaciones personales e institucionales.

En caso de aceptar a participar en el estudio se realizara una encuesta en donde tendrá que responder su: edad, residencia, estado civil, nivel de instrucción , ingreso económico, ocupación, además sus antecedentes ginecobstétricos, conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en especial sobre el condón femenino.

Ninguno de las preguntas antes mencionados pone en riesgo su integridad y confidencialidad.

Después de haber leído detenidamente la hoja de consentimiento informado y de haber escuchado las respuestas a mis inquietudes en forma voluntaria autorizo a que se me tomen los datos necesarios para la realización de los exámenes correspondientes.

Voluntariamente acepto mi participación en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mi persona.

Firma-----

ANEXO 4
GUIÓN TÉCNICO DE MATERIAL AUDIOVISUAL SOBRE EL
CONDÓN FEMENINO

El guión se divide en 4 capítulos

Capítulo 1

Derechos sexuales y reproductivos

- El objetivo es conocer los derechos sexuales y reproductivos para que las mujeres los hagan cumplir y creen consciencia sobre temas de sexualidad y anticoncepción sin vergüenzas o temores.

Capítulo 2

Condón Femenino

- El objetivo es dar a conocer de manera integral acerca del condón femenino para que las mujeres accedan a este método sin problemas, se inclinen por sus ventajas y no surjan mitos y con esto lograr su utilización.

Capítulo 3

Como usar el condón femenino y experiencias de uso

- El objetivo de enseñar la técnica de colocación del condón femenino para que las mujeres no presenten dificultad a la hora de utilizarlo y estén preparadas ante cualquier evento durante la relación sexual y así no desistan del método.

Capítulo 4

Motivación al uso del Condón Femenino

- El objetivo es reforzar el empoderamiento de las mujeres y con esto abolir el machismo y conductas negativas por parte de la pareja

CREACIÓN DEL GUIÓN TÉCNICO: TÚ DECIDES. DILE SÍ AL CONDÓN FEMENINO

SEC	PLANO	IMAGEN	AUDIO		TIEMPO
CAPITULO 1			SONIDO	TEXTO	
Derechos sexuales y reproductivos	P1	Imágenes relacionadas	Lectura del texto Y MÚSICA ANIMADA PERO EN TONO BAJO	<p>Si eres una mujer que mantiene relaciones sexuales estas en riesgo frente a embarazos no planeados y o infecciones de transmisión sexual incluyendo el SIDA.</p> <p>LAS MUJERES tenemos derechos sexuales y reproductivos y estamos en la capacidad de exigirlos. Para que no existan relaciones desiguales e inequitativas entre hombres y mujeres</p> <p>Las mujeres tenemos derecho a la igualdad sexual. Esto se refiere a estar libre de toda forma de discriminación por sexo, género, edad , sea cual sea nuestra condición económica o religión-</p> <p>Derecho para autonomía e integridad y seguridad.</p>	1 MIN aprox.

				<p>Es decir tenemos derecho a tomar nuestras propias decisiones sobre nuestra vida sexual. Y estar libres de violencia.</p> <p>Derecho a expresar nuestros sentimientos, emociones, es decir todo lo que opinemos acerca de nuestra sexualidad.</p> <p>Además las mujeres podemos decidir si tener o no niños, el número y el tiempo entre cada uno y sobre todo el derecho de acceso completo a los medios para la regulación de la fertilidad</p> <p>Y por último derecho a recibir información y educación sexual.</p> <p>Ahora que conocemos nuestros derechos esta en nosotras hacerlos cumplir</p>	
CAPÍTULO 2 Condón Femenino	P2	Imágenes relacionadas	Lectura del texto MÚSICA SUAVE DE FONDO	<p>La única forma actualmente disponible y efectiva para prevenir ITS, así como para prevenir embarazos no planeados de uso exclusivo para las mujeres es el Condón Femenino.</p> <p>¿Qué es el condón femenino?</p> <p>Es un método anticonceptivo de barrera que consiste en una envoltura que se ajusta libremente dentro de la vagina.</p>	2M

				<p>Similar al masculino pero exclusivo para las mujeres</p> <p>¿Qué ventajas tiene el condón femenino?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos protege doblemente es decir contra ITS y embarazos no planeados • Cubre los alrededores de la vagina brindando una mayor protección • Esta hecho de nitrilo un material más resistente al látex del que está hecho el condón masculino. • El material del que está hecho este condón permite la transferencia del calor corporal brindando una mayor sensibilidad. • Lo pueden usar los alérgicos al condón masculino hecho de látex • Al ser colocado en la vagina no aprieta el pene brindando sensación de libertad al hombre y mayor placer. • Puede colocarse 8 horas antes de la relación sexual y así no se requiere interrumpir los juegos sexuales • No conlleva efectos secundarios hormonales • No afecta la fertilidad de la mujer 	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Es compatible con todo tipo de lubricantes • Se puede utilizar durante la menstruación • Permite a la mujer tener el control de su sexualidad • Elimina la preocupación de la mujer de que el hombre no vaya a utilizar condón. • Puede ser utilizado por mujeres lactantes, durante el embarazo o después de un parto reciente <p>MITOS ACERCA DEL CONDÓN FEMENINO</p> <p>¿A mí me han contado que el condón femenino se rompe?</p> <p>Pues sabías que el condón femenino esta hecho de un material más resistente a las rupturas, en comparación con el condón masculino da una mayor sensación de seguridad.</p> <p>El condón femenino da poca protección</p> <p>Sabías que al contrario brinda mayor protección que el condón masculino debido a que su diseño cubre “la parte externa de la vagina” y los labios exteriores de modo que no hay contacto directo con los genitales de su pareja. Masculino. Protegiendo contra las enfermedades de</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>transmisión sexual y el embarazo.</p> <p>SI USO EL CONDÓN FEMENINO PUEDO DESARROLLAR UNA INFECCIÓN O LASTIMAR MI VAGINA</p> <p>El condón femenino no lastima la vagina ni causa infección, es un método seguro que se adapta libremente en la vagina sin causar molestias.</p> <p>CON EL CONDÓN FEMENINO NO HAY PLACER SEXUAL</p> <p>Todo lo contrario el material del que está hecho permite el paso del calor corporal aumentando el placer sexual, mientras nos protege. Y al no apretar el pene, el hombre presenta sensación de libertad incrementando la sensibilidad.</p> <p>ENTONCESSS DILE SÍ AL CONDON FEMENINO</p>	
CAPITULO 3 COMO USAR EL CONDON FEMENINO Y	P3	PLANO ENTERO GRABANDO A UN CONSULTORIO DONDE SE	MÚSICA DE FONDO SUAVE	<p>ACTO 1:___ EXPLICAR BREVEMENTE LA ANATOMIA DE LA MUJER</p> <p>ACTO 2___ TECNICA DE COLOCACION</p>	3M

EXPERIENCIAS DE USO		ENCUNETRA EL MEDICO, LIGERO ZOOM QUE SE APROXIMA A MEDICO Y LOS OBJETOS QUE MANIPULA PARA EXPRESAR COMO SE COLOCA EL CONDÓN FEMENINO		ACTO 3__ EXPLICAR LAS SENSACIONES DURANTE LA RELACION SEXUAL AL USAR EL CONDON FEMENINO MOTIVANDO A QUE NO DESISTAN DEL METODO	
CAPITULO 4 MOTIVACION AL USO DEL CONDON FEMENINO	P4	IMÁGENES RELACIONADAS	MÚSICA ANIMADA DE FONDO Y LECTURA DEL TEXTO	Todas las mujeres del mundo entero tenemos derecho a elegir, tomar decisiones, y ejercer nuestra sexualidad de manera plena, segura y placentera. Con el condón femenino nos protegemos nosotras mismas, sin depender de la aprobación masculina. Una mujer que porta un condón en su cartera es una mujer empoderada de salud y que cuida de su salud. Por todo esto digamos SI al CONDÓN FEMENINO	1M