



Estudio de aceptabilidad del  
**condón femenino** en  
población transfronteriza  
habitante de Upala y  
población urbana de San José



UNFPA







Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

A decorative graphic on the right side of the page. It features a vertical stack of five horizontal stripes in red, purple, blue, orange, and yellow. To the right of these stripes is a dark rectangular area with a halftone dot pattern. The title text is overlaid on this halftone area.

Estudio de aceptabilidad del  
**condón femenino** en  
población transfronteriza  
habitante de Upala y  
población urbana de San José

Mayo, 2012

**Equipo de Investigación:**

Luis Felipe Barrantes Arias, Investigador principal.  
Adriana Sánchez Altamirano, Investigadora asistente.  
Andrés Ruiz Sánchez, Investigador asistente.  
María José Bejarano Salazar, Investigadora asistente.

**Equipo Asesor:**

Laura Sánchez Calvo, UNFPA Costa Rica.  
Oscar A. Valverde Cerros, UNFPA Costa Rica.

**Equipo de Apoyo:**

Gabriela Richard Rodríguez.	Coordinadora Proyecto Binacional. UNFPA Costa Rica
Andrea Monge García	Asistente voluntaria.
Auria Zarate Montero	Asistente voluntaria.
Susana Ureña Mora	Asistente voluntaria.
María Gabriela Ortega	CENDEROS, Upala.
Ileana Quiros Rojas	CCSS –Área de Atención Integral a las Personas.
Erika Solano Delgado	CCSS –Área de Atención Integral a las Personas.
Tatiana Mata Chacón	CCSS –Área de Atención Integral a las Personas.
Hellen Porras Rojas	CCSS –Área de Atención Integral a las Personas.
Luis Diego Murillo Núñez	CCSS- Área de Salud de Upala.
Lilliana Brenes	CCSS – Área de Salud Goicochea 2.

**Agradecimientos:**

A todo el personal de salud del Área de Salud de Upala, CENDEROS y el Área de Salud Goicochea 2, por su apoyo y compromiso con el estudio.

Y un profundo y sincero agradecimiento a cada una de las mujeres que, abrió un espacio de su intimidad y privacidad para compartir esta experiencia con nosotros. Gracias porque a través de ustedes hemos podido recolectar información que esperamos sea muy valiosa, para garantizar que todas las mujeres de Costa Rica tengan acceso a un método de protección y prevención como lo es el condón femenino.

Finalmente, reconocer y agradecer pues la realización y publicación de este estudio han sido posibles gracias al financiamiento del Proyecto AECID-UNFPA “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, incluida la prevención del VIH y la violencia en género, en poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes”, así como al apoyo de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) y la Sede en Nueva York del Fondo de Población de Naciones Unidas.

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	7
1. JUSTIFICACIÓN.....	9
2. MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO.....	11
2.1. EL PUNTO DE ARRANQUE: LA CONVENCIÓN DE DERECHOS HUMANOS.....	11
2.2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	11
2.3. CONVENCIONES Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES RATIFICADAS POR COSTA RICA EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	14
2.4. LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	15
3. MARCO DE REFERENCIA NACIONAL.....	17
3.1. LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS, LAS ITS Y EL VIH Y SIDA EN COSTA RICA.....	17
3.1.1. SITUACIÓN DE ITS/VIH/SIDA.....	17
3.1.2. EMBARAZOS NO PLANEADOS Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	19
3.2. RESPUESTAS A NIVEL NACIONAL .....	20
3.2.1. DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN .....	21
3.2.2. LOS CONDOMES Y LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO .....	22
3.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	23
3.3. ANTECEDENTES EN COSTA RICA.....	26
4. MARCO CONCEPTUAL.....	29
4.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO.....	29
4.2. USO DEL CONDÓN FEMENINO.....	30
4.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	30
4.4. DESAFÍOS DE LA INCORPORACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO.....	31
5. MARCO METODOLÓGICO.....	33
5.1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....	33
5.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	33
5.3. TIPO DE ESTUDIO .....	33
5.4. MOMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
5.4.1. SELECCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD.....	33
5.4.2. SELECCIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD QUE PARTICIPARÍAN DEL ESTUDIO.....	33
5.4.3. EVALUACIÓN CAP A FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD.....	34
5.4.4. CAPACITACIÓN A FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD .....	34
5.4.5. PERSONAS PARTICIPANTES.....	34
5.4.6. CONVOCATORIA Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	34
5.4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	34
5.4.8. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES.....	35
5.4.9. SESIÓN INFORMATIVA A POTENCIALES PARTICIPANTES Y SUS PAREJAS.....	35
5.4.10. EVALUACIÓN INICIAL.....	35
5.4.11. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	35
5.4.12. DESARROLLO DE LAS CAPACITACIONES PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO .....	36
5.4.13. DISTRIBUCIÓN DE CONDOMES MASCULINOS Y FEMENINOS.....	36
5.4.14. PERÍODO DE PRUEBA DE CONDOMES .....	36
5.4.15. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	36
5.4.16. INSTRUMENTOS.....	36
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	39
6.1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	39
6.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	39
6.1.2. CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE PROTECCIÓN.....	40
6.1.3. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	42
6.1.4. VIH Y SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	47
6.1.5. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....	50
6.2. CONDÓN FEMENINO: EXPERIENCIA DE USO.....	55
6.2.1. RESULTADOS.....	55
7. REFLEXIONES FINALES.....	67
7.1. REFLEXIONES METODOLÓGICAS.....	67
7.2. CONCLUSIONES GENERALES.....	70
7.3. RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS.....	75
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77
ANEXO 2. CAP PARTICIPANTES.....	80
ANEXO 3. FICHA DE INGRESO AL ESTUDIO.....	99
ANEXO 4. LISTA DE COMPROBACIÓN PARA MUJERES AGREDIDAS.....	100
ANEXO 5. VALORACIÓN CONDÓN FEMENINO. MUJERES.....	100



# PRESENTACIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), desarrollada en Cairo en 1994, planteó que para alcanzar el desarrollo de las naciones y de las personas, es imperiosa la necesidad de brindar a las mujeres las herramientas necesarias para mejorar sus condiciones de vida y proporcionarles además mayores posibilidades de elección. El Programa de Acción de la Conferencia aboga también por el acceso universal a la planificación familiar, como parte de un criterio ampliado en materia de derechos y salud reproductiva.

Por otra parte, desde el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) recogen los compromisos y metas consensuadas por las naciones del mundo para ayudar a las personas más pobres del mundo, y para ello el acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva es estratégico, tal como se refleja en los objetivos 5 y 6.

En este sentido, la Programación Integral de Condones Masculinos y Femeninos pretende desarrollar estrategias y programas a través de los cuales, cada persona activa sexualmente y que por lo tanto está en riesgo frente a embarazos no planeados y/o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH y sida -sin importar su edad, estado civil, orientación sexual, condición económica, cultura, creencias religiosas o estado serológico- tenga acceso a condones de buena calidad, cuando y donde ella o él los necesiten; esté motivado(a) a usar condones masculinos o femeninos y; tenga la información y los conocimientos necesarios para utilizarlos correcta y consistentemente.

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.

Es por ello que, en palabras de nuestro Director Ejecutivo, Dr. Babatunde Osotimehin, ya que “las jóvenes y las mujeres siguen siendo vulnerables al VIH necesitamos reunir el coraje y la voluntad política para empoderarlas y protegerlas. Tenemos que invertir en herramientas prácticas que las mujeres puedan usar para protegerse a sí mismas, como el condón femenino” (traducción libre<sup>1</sup>).

Todas las mujeres del mundo entero deberían gozar plenamente de su derecho a elegir, y para ello el condón femenino debe ser una opción más, dentro de la oferta de métodos de protección dual, a la cual las personas tengan acceso real. Lejos de que sea un método más de cuidado y protección que esté bajo la responsabilidad exclusiva de las mujeres, el condón femenino constituye una herramienta poderosa de protección si existen todas las condiciones para que las mujeres tomen decisiones y ejerzan su sexualidad de manera plena, segura, placentera y en corresponsabilidad.

Y es que, si bien es cierto sabemos que este método puede ser aceptado y usado por las mujeres, es necesario también involucrar a los hombres; de lo contrario, no existirían todas las condiciones adecuadas para la negociación y uso de este método por parte de las mujeres.

**Patricia Salgado Muñoz**

*Representante Auxiliar*

*Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)*

*Costa Rica*

---

<sup>1</sup> UNFPA, 2011. HIV prevention gains Momentum”. New York City.





# 1. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud de Costa Rica, ha suscrito un acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para el fortalecimiento de las capacidades del país con el fin de la universalización de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, dentro del cual durante el 2009 se inició el proceso de desarrollo y actualmente se está fortaleciendo la “Estrategia para el Acceso Universal y Efectivo a Condones Masculinos y Femeninos”, que le permita al país, a las instituciones y organizaciones directamente involucradas en la provisión de servicios vinculados a la salud sexual y salud reproductiva, garantizar el acceso oportuno y efectivo a los mismos y así como contribuir a una vivencia de la sexualidad placentera, segura, informada y en corresponsabilidad, así como la disminución de infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH y sida), embarazos no planeados, entre otros problemas de salud pública que se relacionan.

Como parte de ese proceso, y siendo que en Costa Rica tanto el sector público como el sector privado ofrecen condones masculinos pero no femeninos, el Ministerio de Salud ha estado interesado y ha respaldado los intereses y solicitudes de diversos sectores que exigen el acceso universal a condones, por parte de la población, incluyendo que se oferten condones femeninos, tanto en el sector público como privado.

Si bien es cierto que a través de la “Estrategia para el Acceso Universal y Efectivo a Condones Masculinos y Femeninos” se pretenden detallar acciones y espacios para la promoción, educación y oferta de los condones femeninos, es necesario complementar dicho proceso con evidencia clara sobre la aceptabilidad que estos condones tendrían entre diversos segmentos de la población; pues esta es información que las instituciones, organizaciones y empresas proveedoras de servicios, tanto en el sector público como privado, solicitan para asumir el reto e inversión que esto requiere.

En Costa Rica, se cuenta solamente con un Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino (CF)<sup>2</sup> como tal, sin embargo éste incluyó solamente a mujeres trabajadoras sexuales, por lo que no brinda información sobre la aceptabilidad que tendría este método en población general. Y se cuenta con otro estudio que sondeó, en términos generales las actitudes de las mujeres hacia el condón femenino<sup>3</sup>, por lo que es urgente y necesario para el país contar con información completa y actualizada en diversas poblaciones del país.

El incluir a la población migrante de la zona transfronteriza de Upala corresponde a la experiencia del proyecto “Promoción de la SSR, incluida la prevención del VIH y la violencia en género en poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes”, que fue ejecutado por la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas de Costa Rica, junto con el Centro de Derechos Sociales de las Personas Migrantes (CENDEROS), desde el 2008 y hasta el 2011; y que permitió desarrollar diversas acciones relacionadas a la promoción y defensa de los derechos de las personas migrantes, especialmente mujeres y jóvenes que habitan en la zona fronteriza entre Costa Rica y Nicaragua. Estas acciones estuvieron vinculadas con la salud sexual y salud reproductiva incluyendo la prevención del VIH y el Sida y la prevención de la violencia basada en género.

2 Madrigal J; Schifter J; & Feldblum PJ. (1998). Aceptación del condón femenino entre trabajadoras del sexo en Costa Rica. Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES), San José, Costa Rica.

3 Zamora-Murillo, A.; Quirós-Rodríguez, E.; Fernández-Esquivel, M. (1996). “Voy paso a paso...”Empoderamiento de las mujeres, negociación sexual y condón femenino”. Ministerio de Salud-Departamento de Control del SIDA-OMS- INCIENSA. San José, Costa Rica.

En este contexto y siendo que, las mujeres migrantes son sujetas muchas veces a violaciones de derechos sexuales y reproductivos, especialmente en cuanto el acceso a la atención médica, el control prenatal, y el acceso a servicios de prevención, siendo la documentación el nudo crítico identificado para el acceso a servicios públicos y limitando el disfrute de sus derechos (Valverde, Richard & Solís, 2011).

Es por todo lo anterior que, aún sin contar con datos precisos sobre la aceptabilidad del condón, la aceptación en las Ferias de Salud y en los grupos de mujeres migrantes, permitía pensar que el condón femenino podría constituir una buena opción para este grupo, en tanto les protege al mismo tiempo tanto de ITS como de embarazos no planeados, y siendo que el acceso a métodos y servicios de salud es difícil, la utilización de un método de protección dual es ideal. Además, es un método que puede ser distribuido por personal de salud que llega a las comunidades, como por ejemplo, los ATAPs (Técnicos de Atención Primaria) y se pueden dispensar las cantidades necesarias, hasta que se prevea la próxima visita al servicio de salud. Las ventajas que el condón femenino ofrece para este grupo en condiciones particulares de vulnerabilidad podrían ser aplicables a otros grupos en condiciones similares y por ello, es estratégica su inclusión en este estudio.

Por otra parte, el incluir población urbana también es estratégico pues representa una gran parte de la población con mayor concentración y acceso a los servicios de salud y que, por lo tanto, podría demandar y utilizar este método, en caso de que llegue a estar disponible en los servicios públicos y/o privados.

Y es que, justamente el principal propósito de este estudio es poder sondear la aceptabilidad de este método entre las mujeres y los hombres, si estuviese disponible y si las poblaciones tuviesen acceso a él, como un método de protección dual, efectivo tanto para la protección frente a ITS como para prevenir embarazos no planeados, y con las particularidades que le hacen ser una opción interesante y válida para que las personas puedan elegir, entre los otros métodos que ya existen. Es decir, es necesario contar con evidencia científica de cuál sería la aceptabilidad de un método como este, si se amplía la oferta de métodos anticonceptivos y de protección, garantizando el derecho fundamental de las personas a elegir y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

## 2. MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO



### 2.1. EL PUNTO DE ARRANQUE: LA CONVENCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

A partir de la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), toda persona, solo por su condición humana, se convierte en sujeto de facultades, libertades y reivindicaciones que le garanticen una vida digna pero además, ser reconocidos como personas jurídicas sujetas de derechos con la capacidad de exigirlos a las entidades responsables.

Una de las características fundamentales es que los Derechos Humanos se constituyen en garantías indivisibles, interdependientes, irrenunciables e inherentes a los seres humanos sin importar edad, género, raza, religión, ideas, nacionalidad, clase social o posición económica.

Otros de sus atributos son que constituyen garantías irreversibles y progresivas, es decir, que no excluye ni desestima la vigencia de Derechos antes consagrados y que la existencia normativa de Derechos previos no impide que las nuevas condiciones sociales determinen la vigencia de otros. Todo esfuerzo de protección de nuevos derechos se hace sobre la vigencia de todos los derechos ya consagrados. Es obligatorio respetar todos los Derechos que existan en la legislación nacional e internacional ratificada por el país y hacer esfuerzos de país para incorporar aquellos que no lo están aún.

Al ser los Derechos Humanos garantías inherentes a su condición, de manera absoluta, ninguna autoridad, gobierno u otra instancia puede negociarlos. En este mismo sentido, nadie puede atentar, lesionar o coartar los Derechos. Lo que en suma representa que todo gobierno debe regirse por el respeto a los Derechos Humanos y que ninguna de sus leyes, políticas económicas o sociales puede ser contraria a éstos.

En esta lógica se debe tener presente que los derechos son complementarios y no se puede disfrutar plenamente de un derecho si otros interrelacionados no están siendo garantizados.

Dado que una clasificación podría inducir una falsa idea de prioridad de los Derechos, para fines didácticos se han destacado un orden, que, a partir de su evolución histórica refleja su institucionalización en el ámbito internacional así como en el ámbito nacional.

### 2.2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El Derecho a la salud, el cual forma parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, debe ser entendido desde una perspectiva integral pues no solo se refiere a la ausencia de enfermedad. Incluye además la salud sexual y a la salud reproductiva como constituyente esencial de su ejercicio pleno y efectivo.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, se elaboró y aprobó el Programa de Acción sobre Población y Desarrollo. Este documento “respalda

una nueva estrategia en la que se destacan los numerosos vínculos existentes entre la población y el desarrollo y se centra en la satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres más que en el logro de objetivos demográficos”<sup>4</sup>.

Señala el UNFPA que,

*“Un elemento fundamental de este nuevo criterio consiste en dar a la mujer las herramientas necesarias para mejorar su situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo. En el Programa se aboga por que la planificación familiar esté al alcance de todas y todos para el año 2015 o antes, como parte de un criterio ampliado en materia de derechos y salud reproductiva; se presentan estimaciones de los niveles de recursos nacionales y asistencia internacional que se necesitarán, y se exhorta a los gobiernos a que faciliten esos recursos”.*<sup>5</sup>

En el capítulo 7 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se señala en su acápite 7.2 que

*“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no*

---

4 <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development>. accesado el Jueves 15 setiembre de 2011. . ICPD - International Conference on Population and Development, párrafo

3 (traducción libre).

5 <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development>. accesado el Jueves 15 setiembre de 2011. . ICPD - International Conference on Population and Development, párrafo 5, la traducion es nuestra:

One of the primary goals of the Programme of Action is to make family planning universally available by 2015 as part of a broadened approach to reproductive health and rights. It also includes goals in regard to education, especially for girls, as well as goals to further reduce levels of infant, child and maternal mortality. It addresses issues relating to population, the environment and consumption patterns; the family; internal and international migration; prevention and control of HIV/AIDS; technology, research and development; and partnership with the non-governmental sector. The Programme of Action provides estimates of the levels of national resources and international assistance required and calls on governments to make those resources available.



actualizada sobre los diferentes aspectos de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Adscribe también la información sobre los servicios respectivos.

**El derecho a una educación de sexualidad comprensiva.** Se refiere al proceso a través del cual desde el nacimiento y a lo largo del ciclo de la vida las instituciones sociales deben velar por el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

**Derecho a la atención y la salud sexual y reproductiva.** Todo ser humano tiene derecho al cuidado de la salud sexual. Este debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todas las preocupaciones, problemas o desordenes sexuales y debe ser siempre de la más alta calidad.

**Derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad.** Todas las personas tienen el derecho de promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

### 2.3. CONVENCIONES Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES RATIFICADAS POR COSTA RICA EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Asociación Demográfica Costarricense (2004)<sup>7</sup>, ha reseñado los principales instrumentos con los que cuenta el país en materia de salud sexual y salud reproductiva.

En el año 1984, Costa Rica ratificó Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (CEDAW) el cual explica en su Recomendación 24, la obligación que tienen los Estados Partes en *“elaborar y aplicar una estrategia nacional que tienda a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida, así como las políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso de atenciones de la salud de alta calidad, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva”*.

Algunos de sus artículos hacen referencia directa a tomar las medidas para asegurar que, los hombres y las mujeres en condición igualitaria, tengan el derecho a:

- Información y educación sobre salud sexual y salud reproductiva.
- Acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.
- Tomar decisiones libres e informadas sobre las relaciones de pareja y el matrimonio.
- Decidir el número de hijas e hijos que desean tener, así como el intervalo entre los nacimientos.

Retoman los autores<sup>8</sup> otro documento aprobado por La Asamblea General de la ONU, en 1999, denominado Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), como medida estratégica para dar continuidad y seguimiento a su antecesor de 1994, conocido como Cairo+5.

En el 2004 *“se conmemoran los 10 años de la CIPD y en reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL se discute y ratifica nuevamente dicha conferencia (el proceso se conoce como*

<sup>7</sup> Asociación Demográfica Costarricense (2004) Derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Informe de resultados. San José Costa Rica.

<sup>8</sup> ibíd.

*Cairo+10*). En estos documentos (*Cairo+5* y *Cairo+10*), los Estados ratifican los acuerdos tomados en el año 1994<sup>9</sup>.

En 1995 se celebró en Beijing, la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (CCMM) en la cual se parte de la misma definición de salud reproductiva y derechos reproductivos establecida en la CIPD y se reconocen algunos derechos sexuales y derechos reproductivos ratificados en la reunión celebrada en 1999, conocida como Beijing+5, a saber:

Tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

- Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción.
- Acceso a servicios adecuados de atención de la salud.
- Información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia; así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad y el acceso a servicios adecuados de atención de la salud.
- Programas con enfoque de género para la prevención de las ITS y el VIH y sida.
- Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer.

Por último, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, celebrada en Belem Do Pará en 1995, ratifica el derecho al disfrute y acceso de todos los derechos humanos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales.

## 2.4. LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Asociación Demográfica (2004)<sup>10</sup> hace referencia cronológica a algunas políticas públicas, leyes, decretos y otros instrumentos jurídicos relacionados con los derechos sexuales y derechos reproductivos.

En 1995, el Decreto Ejecutivo No 24029-S autoriza la realización de técnicas de reproducción asistida, entre ellas las Fertilización in Vitro la cual fue declarada inconstitucional en el año 2000 por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. No obstante, desde agosto de 2011 Costa Rica recibió el orden de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de poner al día su legislación y permitir tal práctica.

En 1996, la Asamblea Legislativa aprueba la Ley Contra la Violencia Doméstica.

El Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado en 1998, establece un marco de derechos de niñez y adolescencia, el cual en materia de derechos sexuales y reproductivos, hace alusión al derecho a la atención directa y gratuita en los centros de salud y a una educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva.

<sup>9</sup> *Ibíd.* pp. 8

<sup>10</sup> *Ibíd.*

En el año 1998 se aprueba la Ley General sobre el VIH/SIDA, la cual tiene como objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH y el SIDA.

En 1999, se publica la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia, la cual tiene como objetivo prohibir y sancionar el acoso u hostigamiento sexual como práctica discriminatoria por razón del sexo. En este mismo año entra en vigencia en Costa Rica, el Decreto Ejecutivo 27913-S: La salud sexual y reproductiva es un derecho nuestro el cual intenta destacar:

- La creación de las consejerías en salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en todas las instancias públicas y privadas que brinden servicios en salud sexual y reproductiva.
- El consentimiento informado como único requisito para realizar la esterilización quirúrgica, que hasta ese momento requería la autorización de la pareja o del padre.

Para 1999 también se aprueba la Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad, la cual regula y penaliza este tipo de delitos con personas menores de edad.

En el año 2001 se suscribe la Política de Educación Integral de la Sexualidad Humana como un eje transversal en todos los niveles de educación que inicia desde el preescolar hasta la secundaria.

Durante el año 2002 se publica la Ley General de la Persona Joven la cual incluye un apartado sobre el tema de salud sexual y reproductiva.

Entre los documentos más recientes se encuentra la Política Nacional de Sexualidad lanzada en el 2011, como marco referencial para la ejecución de acciones público-privadas en materia.



# 3. MARCO DE REFERENCIA NACIONAL



## 3.1. LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS, LAS ITS Y EL VIH Y SIDA EN COSTA RICA

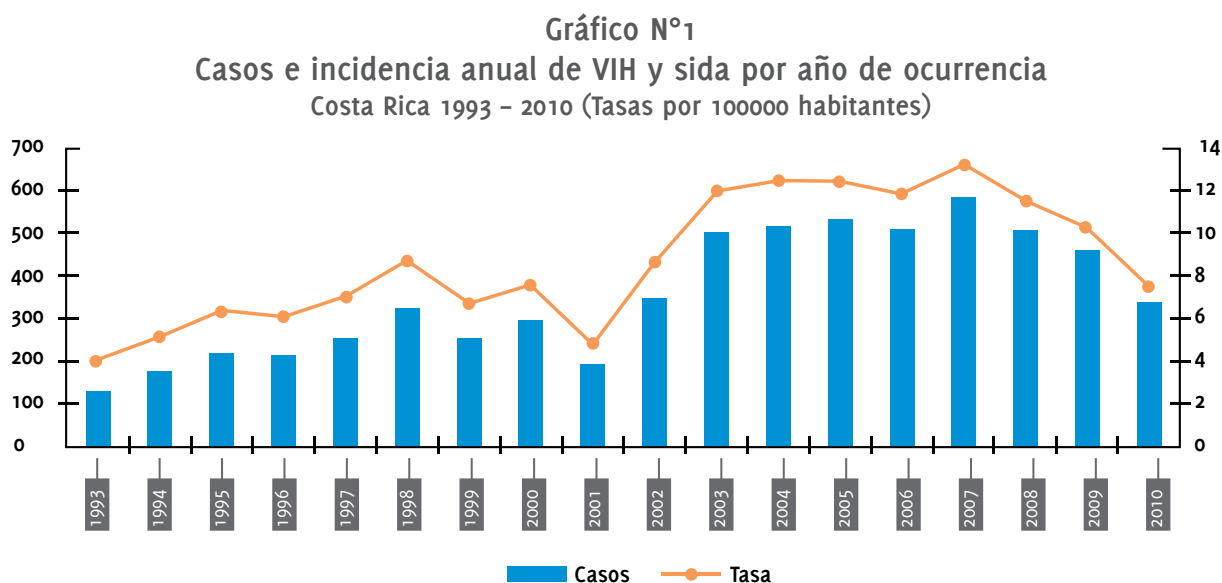
El acceso a la salud sexual y la salud reproductiva, implica la prevención de embarazos no planeados, la prevención de los embarazos en la adolescencia así como la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH y sida, entre muchos otros desafíos, los cuales son considerados temas relevantes en el ámbito del interés internacional y nacional.

### 3.1.1. SITUACIÓN DE ITS/VIH/SIDA

Desde la aparición de los primeros casos notificados en el año 1983 de sida hasta la actualidad, el país ha realizado esfuerzos para articular una estrategia que diera respuesta a la atención que requerían las personas infectadas bajo un marco de derechos humanos y que permitiera prevenir nuevas infecciones. En ese contexto es que surge la Ley 7771 de 1998, enfocada a la prevención y atención de la epidemia y de las personas con VIH.

Señala el Ministerio de Salud<sup>11</sup> en un análisis realizado del período 1988 a 2002, los datos más relevantes con respecto a las vías de transmisión y los principales grupos vulnerables: “el grupo de riesgo más importante fueron los homosexuales (43.7%), seguido de los bisexuales (15.6%), los heterosexuales (24.9%) y la vía de infección más frecuente fue la sexual (84.2%), seguida de la sanguínea (4.0%) y la perinatal (1.3%)”<sup>12</sup>.

En este estudio se señala que la incidencia anual de casos de VIH y sida registra una tendencia ascendente que alcanzó su punto máximo en el año 2007, a partir del cual se presentó un paulatino descenso en el número de casos nuevos reportados.



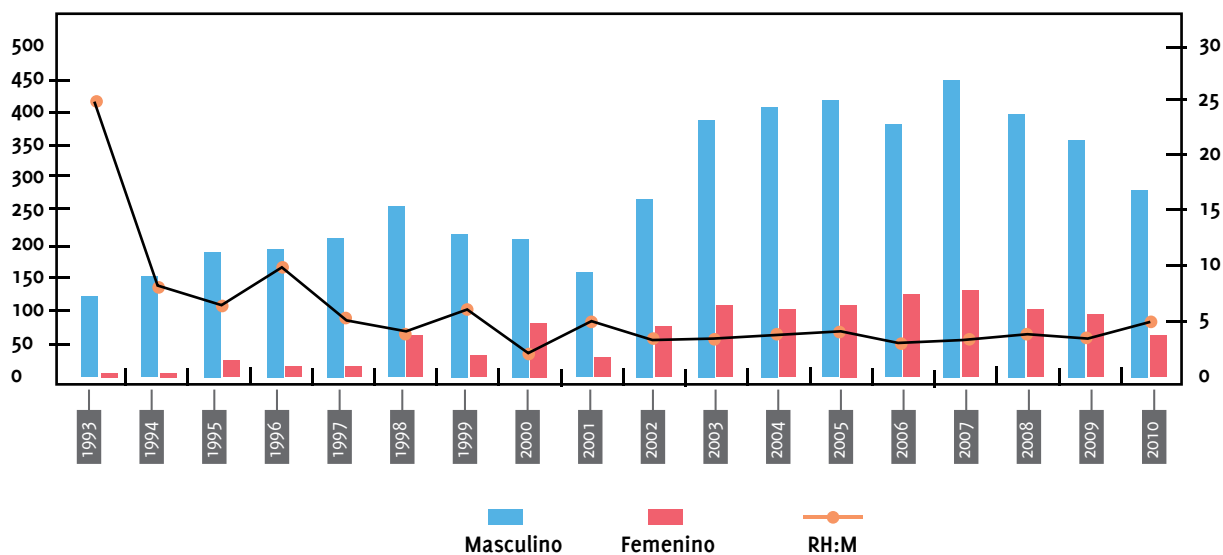
Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2011

11 Ministerio de Salud (2001). Plan de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta nacional al VIH y sida en Costa Rica: 2011-2015. Documento sin Publicar. San José. Costa Rica

12 Ibíd.

Indica el informe que la incidencia de casos nuevos de VIH y sida afectó en mayor proporción al sexo masculino hasta el año 1998 cuando se da un incremento de casos de mujeres. Para 1993 la razón hombre: mujer era de 23.6, para el año 2008 se redujo a 4.5. En este mismo año, en cifras preliminares la incidencia del sida fue de 4.20 por 100.000 habitantes (187 casos).

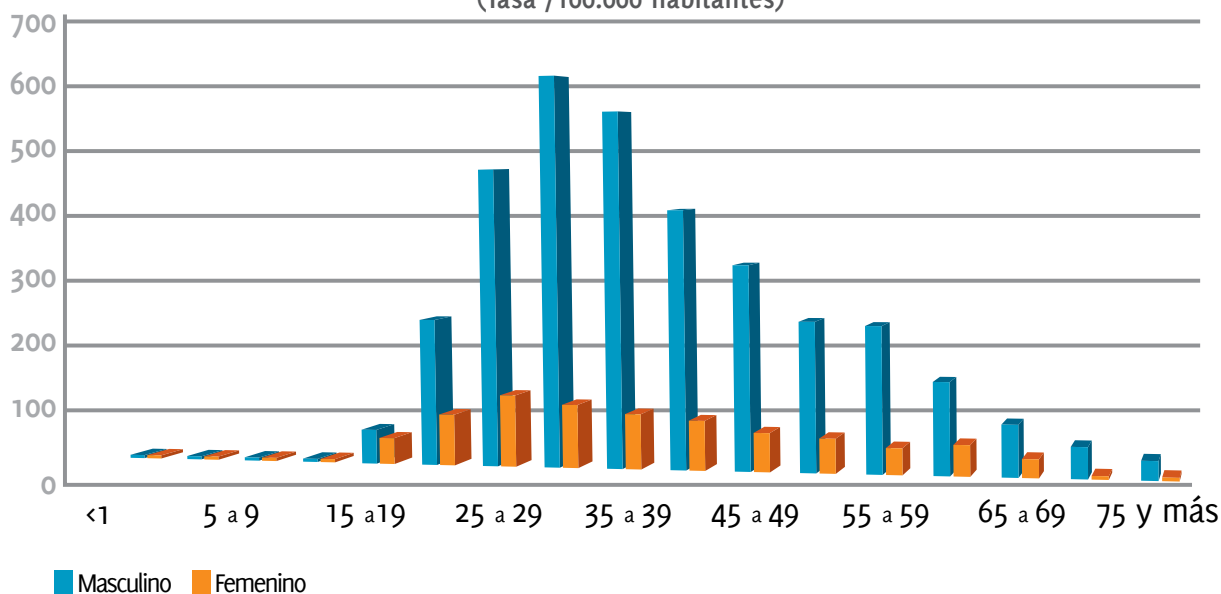
**Gráfico N°2.**  
**Tendencia de la incidencia de VIH y sida por sexo y razón Hombre:Mujer**  
 Costa Rica 1993 – 2010



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.2011

Al año 2010 se cita que en términos generales el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 49 años para ambos sexos. Esto representa 85.8% del sexo masculino y el 77.1% del femenino. El 81.4% de casos de VIH y sida registrados entre 1995 y 2010 correspondió al sexo masculino. Señala el documento que el aumento de la incidencia en el sexo femenino con respecto a años anteriores se podría explicar por la vía de transmisión sexual en personas bisexuales y heterosexuales.

**Gráfico N°3.**  
**Tasa de incidencia de VIH y sida por edad y sexo**  
 Costa Rica 1995 – 2010\*  
 (Tasa /100.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

\*Cifras preliminares

### 3.1.2. EMBARAZOS NO PLANEADOS Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En el país, diversas investigaciones señalan que un porcentaje importante de la población inicia sus relaciones coitales en la etapa de la adolescencia. La última Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010) indica que, de las personas entrevistadas con edades entre 15 y 44 años, un 22% de los hombres y un 11.2% de las mujeres había tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. Al respecto cabe mencionar que, según la legislación vigente en el país, esto hace referencia a situaciones consideradas como abuso sexual.

Para el caso de las edades comprendidas entre los 15 y los 17 años, inician su vida sexual activa un 67,9% de los hombres y un 51.4% de las mujeres. Esta misma Encuesta concluye que la primera relación sexual ocurre, para casi toda la población de 15 a 44 años, antes de los 24 años (96, 3% en los hombres y 93.4% en las mujeres).

En la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ/2007) que estudió, entre otros grupos, una muestra nacional de adolescentes con edades entre 15 y 17 años, identificó que dentro del sector de adolescentes que ha tenido relaciones coitales, para un 14.4% la primera relación ocurrió entre los 10 y los 13 años, dándose esta situación con más frecuencia en zonas rurales (24.7%) que en zonas urbanas (8%). Esto nuevamente remite a situaciones de abuso sexual, y por lo tanto, a una problemática que exige una urgente y prioritaria atención.

Esta Encuesta también señala que un 28% de los adolescentes varones con edades entre 15 a 17 años tenía pareja, lo que en el caso de adolescentes mujeres el porcentaje se incrementa (37.1%). De este grupo de adolescentes con pareja, ninguno de los hombres encuestados estaba casado y un 3.1% estaba en unión libre; mientras que para el caso de las adolescentes mujeres un 3.2% de ellas estaba casada y un 20.6% en unión libre.

El emparejamiento en la adolescencia, según los resultados de esta Encuesta, se manifiesta también diferente en hombres y mujeres en lo relacionado a la edad de su compañero o compañera. En el caso de los hombres, esto se da en mayor proporción con personas adolescentes (88.5% con menores de 17 años); y en el caso de las mujeres (13.9%), lo hacen con personas mayores de edad (76% con edades entre 18 y 24 años). De estos datos se podría inferir la existencia de desbalances de poder en las relaciones de pareja que establecen las adolescentes, dada las diferencias de edades con respecto a sus compañeros.

Según la ENJ/2007, las personas consultadas que cuentan con edades de entre 15 y 17 años, señalan como principales fuentes de información sobre sexualidad a los centros educativos (44.1%) y a la familia (42.8%). El 87.4% de las y los adolescentes dice haber recibido información sobre prevención de las ITS y el 85% sobre métodos anticonceptivos. De esta población, quienes refieren tener relaciones sexuales, un 55.1% de las mujeres menciona utilizar condón; mientras el porcentaje en los hombres es de un 54.3%. El 59.9% reporta utilizar algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) señala que la tasa específica de fecundidad para el grupo de edad entre 12 y 19 años, muestra que de cada 1.000 nacimientos, 20.2 corresponden a nacimientos de madres con tales edades. El número de nacimientos ocurridos durante 2009 en mujeres de 12 a 19 años, en términos absolutos, alcanzó los 14.666 casos (INEC, 2009).

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2010) también presenta otros datos importantes en este contexto tales como:

1. La esterilización femenina, los anticonceptivos orales y los anticonceptivos inyectables son los métodos más utilizados, mientras que la utilización del dispositivo intrauterino, el ritmo y el condón masculino han disminuido.
2. Más del 93% de las personas están de acuerdo con que los centros educativos impartan educación para la sexualidad.
3. El 15.1% de las mujeres reconocen haber aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas y sin protección por miedo a represalias. Casi el 21% afirma haber recibido ofrecimientos a cambio de relaciones sexuales; 6.3% han recibido amenazas.
4. El 45.7% de las mujeres no deseaba su último embarazo.
5. El 20% de los nacimientos que se dieron en el país, correspondieron a mujeres menores de 19 años, (entre 12 y 19) situación que se ha mantenido de manera constante desde el año 1998, hasta la actualidad.

## 3.2. RESPUESTAS A NIVEL NACIONAL

La Respuesta Nacional al VIH y sida ha constituido un trabajo multisectorial que desarrolla acciones estratégicas para cubrir los temas prioritarios. Este esfuerzo ha sido generado por parte de las instituciones públicas y ONGs miembros del **Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida (CONASIDA)** el cual se constituye como la máxima instancia en el nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de interés social.

El CONASIDA, tiene la función de recomendar a las diversas instituciones e instancias involucradas y responsables sobre las políticas nacionales para el abordaje del VIH y sida y actualizar los planes nacionales en la materia, coordinar con las diferentes instituciones los asuntos relacionados con

esta epidemia, fomentando la coordinación y acuerdos interinstitucionales para velar por la plena observancia, respeto de los derechos y garantías de las personas que viven con VIH y sida.

Para la atención y prevención del embarazo en la adolescencia, es el Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA) quien coordina la respuesta a nivel nacional.

### 3.2.1. DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN

Según menciona Sanigest (s.f)<sup>13</sup> en referencia al VIH y sida en el contexto mundial, la pandemia continúa creciendo y se estima que 13.700 personas entre adultas y niños/as se infectan cada día. Al respecto, los autores analizan este representa un fuerte impacto principalmente en los servicios de salud y educación y sobre las economías nacionales.

En respuesta agrega que la prevención es el método más efectivo para combatir la infección del VIH, debido a, que la inequidad de género y clase, los servicios sociales inadecuados y el desempleo, son condiciones explotadas por la epidemia para incrementar la vulnerabilidad ante el VIH y sida, lo que se convierte en un reto para los países al diseñar y ejecutar intervenciones de prevención<sup>14</sup>.

Monasch y Mahy<sup>15</sup> señalan que a nivel de prevención el ofrecimiento de servicios de salud integrales debe contemplar:

- la información,
- la entrega de condones
- el abordaje de reducción de daños (donde prevalece el uso de drogas inyectadas)
- así como el acceso a diagnósticos, tratamientos y cuidados.

El UNFPA en su marco de “Programación Integral de Condones”<sup>16</sup> reconoce que los condones masculinos y femeninos, son la única forma actualmente disponible y efectiva para prevenir infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH), así como para prevenir embarazos no planeados.

A través de dicho marco el UNFPA reconoce la complementariedad entre los condones masculinos y femeninos e intenta crear la demanda de preservativos por la vía de estrategias que convengan a las personas en riesgo y a la población en general de su utilización como práctica rutinaria.

Para el UNFPA el uso del preservativo es un elemento crítico en un enfoque integral, eficaz y sostenible del acceso universal a la salud sexual y salud reproductiva. Para esto y bajo un enfoque de derechos humanos los preservativos deben estar disponibles universalmente, ya sea de manera gratuita o a bajo costo, y fomentarse superando los obstáculos sociales y personales de su uso. El reto actual plantea que el acceso a los derechos sexuales y reproductivos supere los desafíos de género y los factores culturales.

<sup>13</sup> SANIGEST (en elaboración) Propuesta de Estrategia De Acceso Universal Y Efectiva a condones masculinos y femeninos. Ministerio de Salud y UNFPÁ. San José Costa Rica.

<sup>14</sup> *Ibíd.*

<sup>15</sup> Citado por *ibíd.*

<sup>16</sup> <http://www.unfpa.org/hiv/programming.htm> - Comprehensive Condom Programming

#### 3.2.2. LOS CONDONES Y LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

La estructura patriarcal, que ordena y regula las relaciones sociales, favoreciendo el ejercicio de poder de algunos grupos sociales sobre otros y en el caso histórico de los hombres sobre las mujeres, permea las diferentes esferas de la vida.

Esta ideología no solo ha creado diferencias en el acceso al trabajo o las relaciones familiares, sino que en el ámbito de la intimidad ha legitimado prácticas sexuales y roles de género contra las mujeres, los cuales atentan contra sus derechos sexuales y reproductivos, principalmente porque la sexualidad es uno de los ámbitos donde se expresa con mayor impacto las diferencias de género. Por ejemplo, en muchas culturas latinoamericanas el hombre decide sobre la cantidad de hijos(as) que debe tener la familia y la mujer, así como los espacios y momentos para las relaciones sexuales coitales, que en muchas ocasiones acarrea violencia sexual no evidenciada.

A este fenómeno se le conoce como discriminación de género, e implica “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio, por parte de la mujer o del hombre independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos y libertades fundamentales en las esferas políticas, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otro ámbito”<sup>17</sup>.

Esta noción va de la mano con el concepto establecido en el Artículo 1 de la CEDAW que se ha denominado **discriminación contra la mujer**:

*Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera*<sup>18</sup>.

Estas diferencias de género operan con tanta fuerza en nuestra cultura al punto que las mujeres que tomaron la decisión de no tener hijos son señaladas como “mujeres incompletas” ya que no ejercen “la obligación de la maternidad”. Lo mismo podría suceder con aquellas mujeres que portan un condón en su cartera ya que la sociedad podría estigmatizarlas como “fáciles” y no como una mujer empoderada de su persona y su salud.

Culturalmente el uso del condón se asocia con una pérdida del ejercicio del poder masculino en la sexualidad por la disminución del disfrute o la experiencia mediada del contacto con el cuerpo de la otra persona. Esto también se refleja en las prácticas masculinas de multiplicidad de parejas (teniendo relaciones sexuales sin protección) que traen como resultado la trasmisión de ITS a sus parejas, o aquellas ideologías en donde una mujer que exija el uso del preservativo masculino o use el femenino puede asociarse al sexo ilícito o extramatrimonial, o en el caso contrario, vivir situaciones de violencia si le exigen a sus parejas el uso del preservativo por sospechar que pueden estar infectados con VIH.

El condón femenino (CF) es un método que permite empoderar a las mujeres en su relación con la propia sexualidad y que ha demostrado su eficacia también en la prevención de embarazos no planeados, infección de transmisión sexual y el VIH y sida. No obstante, las nociones de masculinidad

<sup>17</sup> Centro Nacional de la Mujer y la Familia citado por: Asociación Demográfica Costarricense. (2004). Derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Informe Final. San José, Costa Rica.

<sup>18</sup> (CEDAW, Artículo 1)

y feminidad, atravesadas por conceptos como discriminación de género o dominación contra la mujer, dificultan el acceso e implementación del uso del mismo.

### 3.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En el ámbito internacional se han realizado investigaciones sobre la aceptabilidad del CF. Algunas de estas y sus principales avances se reseñan a continuación:

- *Short-Term Acceptability of the Female Condom Among Staff and Patients at a New York City Hospital - Aceptabilidad del condón femenino en el corto plazo entre personal y pacientes del Hospital de Nueva York- (1995)*<sup>19</sup>. El estudio tomó como muestra 52 mujeres mayores de 18 años a las cuales se les inscribió en unos grupos informativos sobre el uso correcto del CF (demostraciones con modelos plásticos). Destacan los resultados positivos de aceptabilidad sobre el CF. Dos tercios de las usuarias valoraron positivamente el condón, el 20% neutral y el 15% declaró no gustarle. La mitad de las mujeres reportaron que su pareja gustaba del dispositivo, mientras que el 17% dijo sentirse neutral al respecto y aproximadamente una cuarta parte dijo que no le gustaba. El 73% de las encuestadas y el 44% de sus parejas preferían el CF al masculino.
- *Acceptability Of The Female Condom After A Social Marketing Campaign In Campinas, Brazil - Aceptabilidad del condón femenino posterior a una campaña de mercadeo social en Campinas, Brasil - (2001)*<sup>20</sup>. Para este estudio las investigadoras desarrollaron una evaluación pre y post intervención sobre el uso del CF en trabajadoras del sexo. Concluyeron que la intervención, que se centró en aumentar el acceso y la información sobre el CF, hace que las mujeres prueben el método. El estudio encontró que las trabajadoras sexuales eran más propensas al uso del CF con un compañero que conocían y de confianza. Este estudio también mostró que el uso consistente del condón masculino con nuevas parejas sigue siendo muy alto después de la intervención, pero disminuyó entre las mujeres con novios o cónyuges y sugieren que parte de esta reducción puede ser el resultado de usar un CF en lugar de un condón masculino entre parejas. Sin embargo, a pesar de la educación no hubo evidencia considerable de que las mujeres usaran consistentemente el CF para cada acto sexual con todas las parejas y que aunque algunos profesionales de la salud señalan que el CF ofrece ventajas sobre el condón masculino, la naturaleza del método (su tamaño y apariencia) sirve como una barrera de acceso. Señalan como recomendación que las investigaciones futuras deberían concentrarse en intervenciones que ofrezcan el CF en precios similares a los del condón masculino, combinado con educación y promoción.
- *Estudio de percepción del condón femenino en poblaciones focalizadas: Informe final (2005)*<sup>21</sup>. Los investigadores aplicaron cuestionarios cerrados y grupos focales para la obtención de la información en 3 grupos muestrales a saber, trabajadoras del sexo, estudiantes universitarias y mujeres con VIH y sida. Se obtuvo como resultado que la mitad de las mujeres que ha usado el

19 Gollub, E. Stein, Z. y El-Sadr, W. (1995). Short-Term Acceptability of the Female Condom Among Staff and Patients at a New York City Hospital. *Family Planning Perspectives*, 27:155-158, 1995). Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2715595.pdf> - traducción libre.

20 Galvão, L. Juan Díaz, J. Mobley, S. Cabral, F. Marchi, N. Fruet, M. (2001). Acceptability Of The Female Condom After A Social Marketing Campaign In Campinas, Brazil. *Population Council/Horizons*. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/fcbrazilsum.pdf> - traducción libre.

21 DEMOSCOPIA (2005). Estudio De Percepción Del Condón Femenino En Poblaciones Focalizadas. Informe Final. Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/853a0fe1263820d8e04001011e010893.pdf>

CF califican su primera experiencia como buena o muy buena y que la tercera parte la califica de regular. Aunque no se trate de un grupo significativo (18 personas), es posible identificar 4 aspectos de mayor agrado del CF: el hecho de que no produzca alergia, la autonomía de la mujer para decidir su uso, la facilidad para colocarlo varias horas antes y lo higiénico del producto. Por otra parte, los principales aspectos de desagrado del CF son que suena durante el acto sexual y su gran tamaño. La totalidad de las trabajadoras del sexo lo ha utilizado sólo con clientes y la inmensa mayoría de las mujeres con VIH y sida, sólo con su pareja sexual estable. La disposición de este grupo a seguir usando el CF es ampliamente mayoritaria. En las tres poblaciones estudiadas, el desconocimiento del CF es la razón más destacada para no haberlo usado. Las otras razones señaladas son la utilización de otro método anticonceptivo y la imposibilidad de conseguirlo. Entre las mujeres que no han usado nunca el CF, se verifica una amplia disposición a probarlo en sus relaciones sexuales futuras y se constata una clara disposición a usarlo por parte de trabajadoras del sexo. Finalmente, entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el CF, se observa una fuerte demanda por información como condición para probarlo o seguir usándolo.

- *Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe - Factores asociados al uso del condón femenino en Zimbabwe - (2005)*<sup>22</sup>. A partir de una muestra de 1.740 consumidoras sexualmente activas se realizó el estudio para evaluar los factores asociados con el uso constante del CF. Estas mujeres visitaron puntos de venta en las zonas urbanas de Zimbabwe que distribuyen preservativos, masculinos y femeninos. El estudio concluye que la percepción de accesibilidad y facilidad de uso puede alentar a las parejas para probar el CF, pero no puede conducir a un uso constante. Debido a las variables asociadas a su uso en relaciones matrimoniales y no matrimoniales es necesario posicionarlo según las diferentes poblaciones.
- *The female condom: knowledge, attitude, and willingness to use. The first Italian study - el condón femenino: conocimientos, actitudes y disposición al uso. El primer estudio italiano - (2007)*<sup>23</sup>: 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 CF. 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 CF era prácticamente desconocido. Los resultados muestran una respuesta rápida y positiva caracterizada por el interés y la apertura al CF, 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.
- *The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial - La eficacia del entrenamiento en habilidades del condón femenino en la educación del riesgo de VIH entre mujeres: un ensayo aleatorio controlado - (2008)*<sup>24</sup> Se evaluó la eficacia de la capacitación para aumentar el uso del preservativo femenino entre las mujeres.

22 Meekers, D y Richter, K. (2005). Factors Associated with Use of the Female Condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(1):30-37. Consultado el 16 de setiembre en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3103005.pdf> - traducción libre.

23 Spizzichino, L. Pedone, G. Gattari, P. Luzi, A. Gallo, P. Valli, R & Rezza, G. (2007), The female condom: knowledge, attitude, and willingness to use. The first Italian study. *Ann Ist Super Sanità* 2007 | Vol. 43, No. 4: 419-424. Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: [http://www.iss.it/binary/publ/cont/419%20-%20ANN\\_07\\_59\\_Spizzich.1201594781.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/419%20-%20ANN_07_59_Spizzich.1201594781.pdf) - traducción libre.

24 hoi KH et al., The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial, *American Journal of Public Health*, 2008, 98(10):1841-1848. Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: [http://www.supportworldwide.org/wp-content/uploads/2010/10/Efficacy-of-FC-Skills-Training\\_2008.pdf](http://www.supportworldwide.org/wp-content/uploads/2010/10/Efficacy-of-FC-Skills-Training_2008.pdf) - traducción libre.



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 CF y los actos sexuales protegidos, sin reducir el uso del condón masculino entre las mujeres.

- *Anal use of the female condom: does uncertainty justify provider inaction? - Uso anal del condón femenino: la incertidumbre justifica la inactividad del proveedor? - (2009)*<sup>25</sup>. A pesar de que existen datos limitados de seguridad y ausencia de datos sobre su eficacia, varios estudios han reportado que el CF está siendo utilizado para el sexo anal por hombres que tienen sexo con hombres. El estudio llevó a cabo entrevistas semi-estructuradas con 78 proveedores de servicios de salud contratados de diversos sistemas de atención de salud en Nueva York. Dos tercios de los proveedores informaron que no estaban seguros en cuanto a si el CF puede o debe ser utilizado para el coito anal; casi un tercio cree que cualquier cosa es mejor que nada para prevenir las ITS/VIH durante el sexo anal. La escasez de información sobre el uso del CF durante el sexo anal podría alentar a las personas a usarlo para esta práctica. El estudio indica que este hecho de desconocimiento, aunado a que los proveedores promueven su uso entre esta población, puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH y señala la necesidad de continuar las investigaciones en esta línea para contar con datos específicos.
- *Informe De Investigación Cualitativa: Promoción, Acceso Y Uso De Los Condones Femenino Y Masculino (2009)*<sup>26</sup>. La investigación se llevó a cabo con estudios de caso con hombres y mujeres en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca y profesionales en el área de salud. Se concluyó que la utilización del CF o masculino pasa por la percepción durante su uso en función de: si le gustó, si fue fácil de colocar, si no le afectó la obtención del placer (no necesariamente implica la obtención finalmente de un orgasmo) y la respuesta del compañero durante la experiencia. Se agrega que la sensación de seguridad que proporcione el método anticonceptivo es un elemento determinante para lograr la obtención de placer y por ende la aceptación del método. Se indica que para que las mujeres puedan ejercer poder en su relación de pareja en función de un objetivo de autocuidado y de protección de su cuerpo y el de su pareja deberá pasar por el diálogo, la negociación y una cesión de poderes que el hombre no siempre está dispuesto a vivir. La investigación demostró que sería un error dar por sentado el CF como un instrumento para promover la autonomía de las mujeres, pues debe plantearse en paralelo con estrategias concomitantes relacionadas a la concientización de las mujeres y hombres en general.

Las limitaciones que se reflejaron en el estudio se relacionan con la vivencia de la sexualidad placentera ligada a la reproducción especialmente en el caso de las mujeres en edad fértil. Sobresale entre las conclusiones la importancia de la primera experiencia de uso del CF y su relación con la primera consejería.

Respecto al personal de salud se concluye que todavía tienen que enfrentar algunos desafíos ligados a posicionamientos personales en relación a la salud sexual y salud reproductiva pero

25 Mantell, J. Kelvin, E. Exner, T. Hoffman, S. Needham, S. Stein, Z. (2009). Anal Use of the Female Condom: Does Uncertainty Justify Provider Inaction?. *AIDS Care*. 2009 September ; 21(9): 1185-1194. doi:10.1080/09540120902730005. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: <http://www.rectalmicrobicides.org/docs/Anal%20Sex%20and%20Female%20Condom%20AIDS%20Care%20PUBLISHED%20FINAL%20Sept%202009.pdf> - traducción libre.

26 Unfpa – Fundación Desafío - Msp. (2009). Informe De Investigación Cualitativa: Promoción, Acceso Y Uso De Los Condones Femenino Y Masculino En Quito, Guayaquil Y Cuenca. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: [http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon\\_femenino.pdf](http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon_femenino.pdf)

poseen una actitud abierta para enfrentar el desafío ligado a una estrategia integral en la cual se mejore la provisión y entrega de anticonceptivos en general.

- *Introducing female condoms to female sexworkers in Central America - Presentando el condón femenino a las trabajadoras sexuales en América Central - (2010)*<sup>27</sup>. 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.

### 3.3. ANTECEDENTES EN COSTA RICA.

Las estrategias de acceso al condón son una importante manera para poder garantizar los derechos sexuales y reproductivos. En el caso nacional se reseñan las siguientes iniciativas e investigaciones específicas sobre el CF:

- **“Voy Paso a Paso”<sup>28</sup> (1994)** constituyó la primera experiencia por parte del Ministerio Salud a través del departamento del control de sida y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) con la colaboración de la OMS, con el fin de introducir el CF.
- **“Aceptación del condón femenino entre trabajadoras del sexo en Costa Rica” (1998).**<sup>29</sup> En el estudio se midió la aceptación a corto plazo del CF entre trabajadoras del sexo mediante un módulo de aprendizaje sobre su uso y un módulo de implementación. Se programaron dos visitas de seguimiento. En la primera visita de seguimiento, un 51% de las mujeres reportaron sentimientos de gratitud sobre el CF, mientras que un 45% reportó que les era indiferente. Para la segunda visita los resultados no variaron mucho. 66% de las participantes prefirieron el CF sobre el condón masculino. Se detectó durante la primera fase del estudio, una dificultad de ponérselo (61%) y disconformidad (43%). Durante la segunda fase de estudio se redujo este

27 Mack, N. Grey, T, Amsterdam, A, Williamson, N. Matta, C (2010) Introducing Female Condoms to Female SexWorkers In Central America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2010, 36(3):149-156. Consultado el 16 de setiembre en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3614910.pdf> - traducción libre.

28 Zamora, A, Quirós, E, Fernández, M. (1996). *Voy paso a paso. Empoderamiento de las mujeres, negociación sexual y condón femenino*. San José: OMS, MS, INCIENSA, FUNDESIDA.

29 Madrigal J, Schifter J, Feldblum PJ. (1998). *Aceptación del condón femenino entre trabajadoras del sexo en Costa Rica*. Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES), San José, Costa Rica.

problema (22% y 25% respectivamente) y otros problemas relacionados con el uso, lo cual indica que el uso informado y la capacitación sobre el CF potencian su aceptabilidad.

Como se nota en los estudios citados anteriormente el interés por introducir y evaluar la aceptabilidad del CF ha estado patente en diferentes espacios culturales. El CF se presenta como una opción de seguridad para las mujeres, y es aceptado como tal generalmente por los grupos estudiados. Se nota una repetición de ciertos resultados en torno a la valoración de aspectos positivos y negativos del método, como por ejemplo cuestiones relacionadas con sus características, su comodidad y aspectos de salud, así como cuestiones psicológicas y sociales.

En cuanto a las estrategias metodológicas utilizadas en los estudios son diversas pero la mayoría de estudios prefieren el enfoque cualitativo o el cuantitativo, sin embargo, en el presente estudio se ha decidido por utilizar un enfoque mixto que permita obtener las ventajas de ambos abordajes y al mismo tiempo reducir las limitaciones de unas y otras técnicas, mediante la complementariedad de las mismas.

Por otra parte, la mayoría de los estudios presentados anteriormente exploran sobre todo los conocimientos y actitudes sobre el condón femenino pero pocos analizan y registran qué sucede con el uso del CF, y aquellos que lo hacen utilizan una cantidad mínima de condones y por lo tanto una cantidad mínima de usos para evaluar y el registro de dichas experiencias es poco sistemático. Es por ello que, el principal desafío metodológico del presente estudio ha sido el de aumentar al máximo el tiempo de exposición y la cantidad de experiencias de uso por parte de las mujeres y su pareja así como la mayor rigurosidad posible en el registro y evaluación de dichas experiencias, para obtener así información más precisa sobre su aceptabilidad en condiciones más o menos reales y cotidianas.



# 4. MARCO CONCEPTUAL



## 4.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO

El CF es un dispositivo de barrera que actúa entre el pene y la vagina, el cual provee protección efectiva contra ITS (incluyendo VIH y sida) y embarazos no planeados<sup>30</sup>. Se empezó a distribuir en Europa en el año 1992, y para el año siguiente la Administración de drogas y alimentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) aprobó el CF para su distribución y mercadeo<sup>31</sup>.

A partir de este momento se ha convertido en una herramienta eficaz en decenas de países para tratar de contrarrestar el avance del VIH y otras ITS.

Cerca de la mitad de las 39 millones de personas con VIH y sida son mujeres, de las cuales la mayoría, han sido infectadas por sus parejas estables. Cada vez más, mujeres jóvenes, amas de casa, estudiantes universitarias, entre otras, componen el perfil de la mujer con VIH<sup>32</sup>.

El CF fue pensado para superar las características del condón masculino y otorgarle autonomía de las mujeres para la decisión de su uso. Está hecho de poliuretano, un material más resistente que el látex del condón masculino. Es una funda, con anillos en ambos extremos, de mayor longitud y amplitud que el condón masculino. A continuación se destacan las características del CF, contrapuestas con las del condón masculino<sup>33</sup>:

**Tabla 1: Comparación entre el condón Masculino y Femenino**

Condón Femenino	Condón Masculino
Hecho de nitrilo sintético (sin latex)	Hecho de látex, algunos de poliuretano
Vienen lubricados	Pueden ser lubricados o no
Es compatible con lubricantes hechos a base de aceite o de agua	Solo soporta lubricantes a base de agua
Se inserta en la vagina	Se ajusta al pene
Puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual	Solo se puede colocar cuando el pene está erecto
El material soporta mejor las condiciones de luz, temperatura o humedad	Se deteriora rápidamente si no se almacena en condiciones adecuadas de luz, temperatura y humedad
Su precio es 3 veces mayor a su contraparte masculina	Precio bastante bajo
Cubre tanto los genitales externos e internos de la mujer y el pene del hombre	Cubre solo el pene y los genitales internos femeninos
Cadauca a los 5 años	
Permite el uso de espermicidas	

*Tabla de elaboración propia<sup>34</sup>*

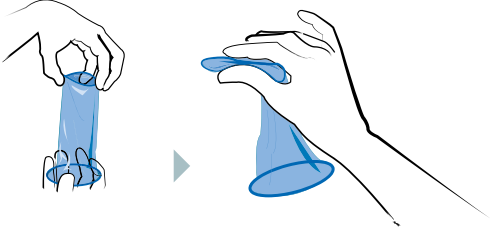
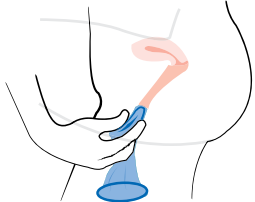
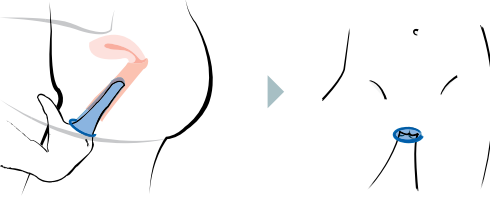
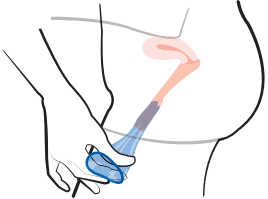
<sup>30</sup> Fondo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). The Female Condom: A guide for planning and programming. Suiza: RHR Publications.

<sup>31</sup> ibíd.

<sup>32</sup> Fondo de población de las Naciones Unidas (s.f.). HIV/AIDS, Gender and Male and Female Condoms.

## 4.2. USO DEL CONDÓN FEMENINO

A continuación se desglosan los pasos a seguir para un uso correcto del CF:

<p>1. El condón femenino tiene 2 anillos, el anillo de la parte cerrada (anillo interno) sirve de guía. Tomándolo del extremo cerrado se aprieta con el dedo índice y pulgar, de modo que quede estrecho (como un 8)</p>	
<p>2. En una posición cómoda, se introduce el aro interno dentro de la vagina.</p>	
<p>3. Se empuja el aro interno lo más profundamente posible, usando el dedo índice.</p>	
<p>4. Una vez retirado el pene, presionando el anillo externo se retuerce y se tira hacia afuera.</p>	

## 4.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El CF tiene una serie de ventajas con respecto al condón masculino. Las principales son<sup>35</sup>:

- Reduce el riesgo de adquirir alguna ITS en más de un 90%.
- Reduce embarazos no planeados en más de un 95%.
- Provee seguridad y control extra a las mujeres.

32 Fondo de Población de las naciones Unidas y PATH. (2006). Female Condom: A powerful tool for protection. Seattle.

33 Ibíd.

35 MedLine Plus. (2011). Condones Femeninos. Accesado el 21 de Setiembre del 2011, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004002.htm>

- A pesar de que su precio es mayor que el del condón masculino, provee una relación Costo-Efectividad lo suficientemente alto como para ser un método barato en comparación con el costo de atender personas con ITS.
- Protege los genitales internos y externos de la mujer y el pene masculino.
- Más resistente que el condón masculino.
- Permite el uso de espermicidas.

A su vez se han señalado algunas desventajas principalmente asociadas con estereotipos y resistencias masculinas<sup>36</sup>:

- El precio sigue siendo mayor que el del condón masculino.
- El ruido que produce puede resultar incómodo o molesto.
- Es antiestético.
- El hombre puede mostrarse reticente al perder el control sobre la decisión de usar un método de barrera.
- Se considera de difícil introducción (particularmente las primeras veces de uso).
- Su distribución es limitada.

#### 4.4. DESAFÍOS DE LA INCORPORACION DEL CONDÓN FEMENINO

El principal obstáculo que debe superar el CF para llegar a ser considerado por la población meta como una opción que contribuye al ejercicio de su sexualidad, no radica solamente en sus costos o en su estética. Tres son los ejes principales de los desafíos a superar<sup>37</sup>:

1. La distribución y disponibilidad: las casas fabricantes deben distribuirlo mejor y aumentar considerablemente las cantidades disponibles. Entre mayor sea el consumo, menor será el precio. A pesar de ser un dispositivo que salva vidas, las compañías que lo producen están en función de la ganancia, y mientras esta sea mínima, no habrá mayor producción.
2. El apoyo institucional: tanto los gobiernos locales, nacionales, las entidades regionales y organismos privados deben tomar partida, creando legislación que ayude a la distribución y disponibilidad del CF. La legislación debe ir en función de la promoción del dispositivo lo cual nos lleva directamente al tercer punto.
3. Se deben contrarrestar los estereotipos que se manejan al respecto dirigiendo, tanto al público femenino como al público masculino, campañas publicitarias, a nivel privado como público. La sensibilización masculina es un punto clave, pues incluso, se ha determinado que su resistencia está ligada a argumentaciones tan disimiles como “que las mujeres se van a volver promiscuas con el uso del CF”

<sup>36</sup> Ibíd.

<sup>37</sup> Fondo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). The Female Condom: A guide for planning and programming. Suiza: RHR Publications.





# 5. MARCO METODOLÓGICO



## 5.1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Para el presente estudio se intentó determinar cuáles eran las percepciones sobre el uso del CF y factores asociados que inciden en su uso como método de protección desde la experiencia de las mujeres mayores de 18 años y sus parejas en población transfronteriza de Upala y población de los servicios de salud en el área de San José.

## 5.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Determinar las percepciones sobre el CF para analizar los factores que inciden en su uso como método de protección, a partir de la experiencia de las mujeres y sus parejas en población transfronteriza de Upala y población de los servicios de salud en el área de San José.
- Orientar pautas para la creación de una estrategia de promoción, distribución y uso del CF que permita su acceso universal en la población costarricense.

## 5.3. TIPO DE ESTUDIO

Dado que no existen estudios preliminares o, como en este caso, los que existen en Costa Rica se han desarrollado en otras poblaciones, condiciones e incluso metodologías, este estudio se constituyó como exploratorio-descriptivo, pues permitió un acercamiento inicial sobre las percepciones asociadas al uso del CF. Además, se combinan abordajes y técnicas cuantitativas y cualitativas en un método mixto.

## 5.4. MOMENTOS METODOLÓGICOS

En esta sección se detallan los diferentes momentos metodológicos del estudio.

### 5.4.1. SELECCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD

Para el caso de Upala se captaron a las participantes de la investigación a través de los EBAIS de Upala centro, San José, Las Delicias y Villanueva de Upala. En el caso de San José, el estudio se llevó a cabo en la Clínica Catedral Noroeste y el Área de Salud Goicochea 2.

### 5.4.2. SELECCIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD QUE PARTICIPARÍAN DEL ESTUDIO

A los(as) funcionarios de salud se les asignaron funciones tales como: identificar e invitar a posibles personas participantes a unirse al estudio; dar seguimiento al uso del CF (atender consultas, dudas, entre otras); apoyar el proceso de evaluación de la experiencia con respecto al uso del CF.

### 5.4.3. EVALUACIÓN CAP A FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD

Se aplicó un instrumento de Evaluación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en el CF y masculino, a los(as) funcionarios(as) de salud que participaron del estudio con un agregado para recopilar información específica con el fin de detectar vacíos de información, así como mitos o prejuicios que podrían afectar el acompañamiento que debieron brindar a las personas participantes del estudio.

Originalmente se planteó que, a partir de los resultados de este Estudio CAP, se organizaría la capacitación que se le brindó al personal de salud, procurando reforzar sus conocimientos sobre el tema y promover actitudes más positivas y respetuosas al respecto (ver Anexo 2). Sin embargo, esto no sucedió, lo cual se comentará en un apartado posterior.

### 5.4.4. CAPACITACIÓN A FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD

Se abordaron temas como: uso del CF y su relevancia para el cuidado de la mujer, de la salud sexual y la salud reproductiva, migración y salud sexual y salud reproductiva; uso correcto del CF; además de la relevancia y características del estudio.

### 5.4.5. PERSONAS PARTICIPANTES

Se contó con la participación de 107 mujeres: 65 de Upala y 74 de San José<sup>38</sup>. Además, quienes lo desearan podían invitar a sus compañeros sexuales a participar del estudio, sin embargo, por diversas limitaciones no se pudo contar con la participación masculina.

### 5.4.6. CONVOCATORIA Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

La convocatoria fue apoyada por la consulta médica de los EBAS, la invitación directa de los(as) ATAPs a mujeres identificadas como potenciales participantes (con disposición o interés), a través de la estrategia “bola de nieve” (mujeres que estaban interesadas en participar del estudio invitaban a otras mujeres) y mediante la promoción del equipo de investigación directamente en centros de salud ya sea con afiches informativos o puestos de información.

En San José la convocatoria fue apoyada por diversos grupos de mujeres convocadas por el INAMU que participaron voluntariamente.

Para el caso de Upala, la organización CENDEROS también apoyó para identificar posibles participantes, a través de la *Red de Mujeres Migrantes* y otras vías por medio de las cuales se relacionan con esta población.

### 5.4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Los criterios fundamentales para la inclusión de las mujeres (fundamentalmente para la utilización y prueba de los condones) del estudio fueron los siguientes:

---

<sup>38</sup> Inicialmente se había establecido un total muestral de 160 personas, 80 por cada zona. No obstante, debido a limitaciones metodológicas que se analizarán en un apartado específico, se muestra el dato real de mujeres que se enlistaron en el estudio.

- Mujeres activas sexualmente
- Mayores de 18 años
- Que actualmente estuviera usando algún método anticonceptivo. En caso de que no estuviera utilizando ninguno, debió estar dispuesta a iniciar su uso durante el estudio; o bien, estar dispuesta y consentir participar del estudio a pesar del riesgo de embarazo.

Si una mujer cumplía con los criterios anteriormente descritos, el único criterio que la excluiría de participar del estudio era ser víctima de violencia intrafamiliar o estar en alto riesgo de serlo, para lo cual se previó un momento de diagnóstico y valoración al respecto.

Para el caso de las parejas masculinas que participarían del estudio, el único criterio de inclusión era su deseo de participar.

#### 5.4.8. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

En primera instancia, previo a toda la ejecución metodológica, se hizo una presentación a los Comités de Ética (Upala y Goicochea) de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S) para la aprobación de todos los instrumentos relacionados con el trabajo de campo.

Todas las personas que participaron del estudio firmaron un Consentimiento Informado, el cual expuso claramente en qué consistía su participación en el estudio, posibles riesgos y beneficios (ver Anexo 1).

Se previó desde la elaboración del protocolo de investigación que en caso de que una mujer se encontrara en situación de violencia intrafamiliar en la valoración inicial para participar del periodo de prueba de condones, sería remitida, a las instancias locales que garantizaran su protección. Esta situación no se presentó dentro de la muestra.

#### 5.4.9. SESIÓN INFORMATIVA A POTENCIALES PARTICIPANTES Y SUS PAREJAS

Se invitó a las personas interesadas en participar del estudio a una sesión en la cual se les informaría respecto a las implicaciones del mismo, para que a partir de dichos elementos decidieran si participarían o no. Aquellas personas que accedieron, pasaron al siguiente momento de la metodología. En el caso de aquellas personas que se encontraran en relaciones estables se les instó a invitar a sus parejas a participar.

#### 5.4.10. EVALUACIÓN INICIAL

El propósito de esta evaluación fue recolectar información para poder orientar el proceso, incluyendo la capacitación, el seguimiento y la evaluación final. Esta evaluación se realizó a través de los siguientes instrumentos:

- Ficha de información personal:** incluía datos sociodemográficos básicos. Tal información fue utilizada para desarrollar estrategias de apoyo al proceso de información/sensibilización/capacitación que el estudio pretendió desarrollar (ver Anexo 3).
- Instrumento de valoración del riesgo de situaciones de violencia intrafamiliar (VIF):** permitió descartar que las mujeres participantes se encontraran en una situación de violencia intrafamiliar o en riesgo de estarlo, por lo cual serían excluidas de participar en el estudio y referidas a los servicios respectivos para recibir una atención integral (ver Anexo 4).

### 5.4.11. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

A partir de los resultados de la evaluación inicial y sobre todo los de la valoración de riesgo de VIF, se decidió quién cumplía con los criterios de inclusión del estudio. En muchos casos estos instrumentos fueron aplicados en una única sesión de trabajo.

### 5.4.12. DESARROLLO DE LAS CAPACITACIONES PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Estas abordaron temas como sexualidad integral; salud sexual y salud reproductiva; ITS y VIH; métodos de protección y prevención y uso correcto del condón masculino y femenino.

### 5.4.13. DISTRIBUCIÓN DE CONDONES MASCULINOS Y FEMENINOS

Al final de la sesión de capacitación, se les entregó a las personas participantes los condones femeninos y masculinos que necesitarían para el período de prueba de los mismos. A cada mujer se le entregaron 20 condones femeninos y 20 condones masculinos.

### 5.4.14. PERÍODO DE PRUEBA DE CONDONES

La consigna básica para las personas participantes del estudio fue que *“usaran durante TODOS sus encuentros sexuales orales y vaginales de las próximas tres semanas, el condón femenino. Sólo si el uso del condón femenino se complica, entonces use el condón masculino. Pero la siguiente vez, intente nuevamente utilizar el condón femenino”*.

Durante este período, se invitó a las personas participantes para que visiten el centro de salud respectivo para solicitar información o consultar cualquier duda y/o dificultad sobre el uso de los condones.

Sin embargo, a la mitad del período de prueba y uso de los condones, es decir a las 2 semanas, hubo un momento de seguimiento obligatorio para todas las personas que participaron del estudio.

### 5.4.15. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se evaluó la experiencia de las personas y parejas que utilizaron el CF durante las tres semanas de prueba. Para ello, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- a. **Instrumento individual:** un cuestionario que cada persona completó, describiendo su experiencia con el CF (ver Anexo 5).
- b. **Grupos focales:** con el fin de acceder a información diferente y más completa (véase anexo 6), se realizaron grupos focales con las mujeres.
- c. **Entrevistas individuales:** Por contar con poca asistencia los que serían grupos focales se convirtieron en algunos casos en entrevistas individuales, para aprovechar la información aunque fuera sólo una persona.
- d. **Llamadas telefónicas:** en el caso de las personas que no pudieron asistir a los grupos focales o entrevistas se les hizo una llamada telefónica para completar el instrumento individual por esta vía antes de perder la información.

#### 5.4.16. INSTRUMENTOS

- Instrumento de valoración de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre salud sexual, salud reproductiva y uso de condones. (CAP): Este cuestionario fue aplicado por el equipo de investigación. Se utilizaron como referencia los instrumentos e ítems de las siguientes investigaciones: Estudio De Percepción Del Condón Femenino En Poblaciones Focalizadas; y Evaluación del proyecto Giro 180 grados.
- Ficha general: Se utilizó para llevar un registro de las participantes en la fase de prueba del CF. La misma también fue utilizada para que, en caso de que las mujeres lo desearan, se les brindara seguimiento telefónico y monitoreo durante el periodo de prueba. Registraba el nombre completo de la persona, su número de teléfono, dirección y un apartado donde las mujeres indicaban si deseaban recibir acompañamiento telefónico a lo largo del periodo de uso de condones. Instrumento de valoración del Violencia Intrafamiliar: Dicho instrumento pretendió detectar y descartar a mujeres que pudieran estar en posibles situaciones de violencia intrafamiliar. Se usó el documento de valoración de riesgo implementado por el INAMU. Dicho instrumento se encuentra debidamente validado a nivel nacional.
- Guía de grupo focal: Pretendía definir las pautas para homologar los temas de los grupos focales en las dos zonas de estudio. Se utilizó como referencia el estudio realizado en Quito, Ecuador de la Fundación Desafío en colaboración con el UNFPA <sup>39</sup>.
- Escala cerrada de valoración de la experiencia: Considerando que quizá no todas las mujeres que participaran del estudio desearían acudir a los grupos focales se utilizó un cuestionario cerrado, el cual estuvo basado en la guía de grupo focal, para recolectar la información sobre uso y experiencia del periodo de prueba. Se utilizó como referencia el estudio realizado en Quito, Ecuador de la Fundación Desafío en colaboración con el UNFPA debidamente validado<sup>40</sup>. Esta escala tuvo que ser aplicada en algunos casos por vía telefónica dada la imposibilidad de las mujeres de asistir a grupo focal o entrevista.
- Instrumento CAP funcionarios: es una versión idéntica al CAP antes mencionado y aplicado a las mujeres participantes del estudio, más un agregado de preguntas abiertas que debieron responder y que intentó explorar conocimientos propios de la población. Los criterios de validez son los mismos que el CAP a participantes.

A cada una de las participantes se les asignó un expediente individual con todos los datos antes descritos.

<sup>39</sup> Unfpa – Fundación Desafío - Msp. (2009). Informe De Investigación Cualitativa: Promoción, Acceso Y Uso De Los Condones Femenino Y Masculino En Quito, Guayaquil Y Cuenca. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: [http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon\\_femenino.pdf](http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon_femenino.pdf)

<sup>40</sup> ibid



# 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS



## 6.1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

El siguiente apartado expone los resultados obtenidos en los Cuestionarios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

### 6.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

A continuación se muestran los datos socio-demográficos que caracterizan la muestra que respondió a los cuestionarios, reflejados en el siguiente cuadro.

**Cuadro 1: Características generales de la población**  
N=297

Grupo de edad	Porcentaje
18-32	48,5%
33-47	30,6%
48-62	19,9%
63-77	1,0%
<b>Nivel Escolar</b>	
Ninguno	4,0%
Primaria	37,7%
Secundaria	40,1%
Universitaria	17,5%
NR/NS	0,7%
<b>Trabaja</b>	
Si	37,4%
No	60,9%
NR/NS	1,7%
<b>País de Nacimiento</b>	
Costa Rica	77,1%
Nicaragua	20,5%
Colombia	1,0%
Panamá	0,3%
Otro	0,3%
NS/NR	0,7%
<b>Estado civil</b>	
Casada	32,3%
Unión Libre	27,3%
Divorciada	7,1%
Separada	4,4%
Viuda	1,0%
Soltera	27,9%

El cuadro 2 presenta el ingreso familiar mensual y la cantidad de personas que dependen de este.

**Cuadro 2: Ingreso familiar mensual y personas que dependen del ingreso**  
N=265

Ingreso Mensual Familiar	Cuántas personas dependen económicamente del ingreso familiar					Total
	1 personas	2 personas	3 personas	4 personas	Más de 5 personas	
De 0 a 200.000 colones	14	27	31	30	35	137
De 200.001 colones a 300.000 colones	5	7	13	11	8	44
De 300.001 colones a 400.000 colones	2	8	9	7	7	33
De 400.001 colones a 500.000 colones	0	5	7	6	1	19
De 500.001 colones en adelante	4	6	9	6	7	32
Total	25	53	69	60	58	265

El 46,1% de las participantes viven con un ingreso económico familiar de menos de 200.000 colones al mes, del cual dependen, en su mayoría más de una persona.

Un alto porcentaje de la muestra posee un ingreso familiar mensual inferior al salario mínimo, es decir, se encuentra en condiciones de pobreza o pobreza extrema. Por esta razón, toda política pública de salud o acción estratégica debe tomar en consideración el costo en cuanto a la accesibilidad a métodos anticonceptivos por parte de la población entrevistada que utiliza o frecuenta los servicios de salud en las zonas encuestadas. Lo anterior en concordancia con todos los instrumentos nacionales e internacionales que obligan a los estados a tomar parte en esto.

### 6.1.2. CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE PROTECCIÓN

En términos de información acerca de los métodos anticonceptivos, un 59.6% de la muestra reporta estar informada al respecto, como se ve en el cuadro 3.

**CUADRO 3: ¿Ha recibido usted información sobre la forma correcta de utilizar los métodos anticonceptivos?**  
N=297

	Porcentaje
Sí	59,6
No	30,6
NR/NS	9,8
Total	100,0

Según las mujeres encuestadas, la fuente de información más relevante viene de parte de los profesionales de la salud de la CCSS (37.1%), en segundo lugar a través de maestros y profesores (8.9%) y en tercer lugar por medio de la madre (6.6%). Es decir, las mujeres señalan que son los(as) profesionales de la salud de la CCSS los(as) convocados a cumplir con dicha tarea divulgativa e informativa, esto tiene impacto en cuanto a una posible estrategia de promoción.



**CUADRO 4: De quien ha obtenido la información del uso de anticonceptivos**  
N=297

	Porcentaje
Profesionales de la salud CCSS	37,1%
Maestros/profesores	8,9%
Madre	6,6%
Hospital o clínica privada	6,0%
Libros, folletos	5,1%
Cursos, talleres	5,1%
Medios de comunicación	4,9%
Amigos	4,6%
Médico privado	4,3%
Farmacia	3,1%
ONG	2,9%
Otros	2,9%
Pareja	2,0%
Otros familiares	2,0%
Padre	1,4%
Hermanos	1,1%
Psicólogo	1,1%
Sexólogo	0,9%

No se debe olvidar que la información se recolectó en los centros de salud y que probablemente existe una influencia del lugar de toma de información para este resultado.

El dato es acompañado de una deficiencia considerable en cuanto a la información recibida por estas mujeres sobre métodos anticonceptivos y sus posibles efectos secundarios, denotando una omisión por parte de los servicios de salud que indica un carácter prescriptivo de los métodos en detrimento del componente el informativo.

Este tipo de prestación de servicios no apunta a un empoderamiento a partir del saber y la toma de decisiones informadas. Los resultados sugieren una escasez de información integral sobre los métodos, que terminan equiparándose a cualquier receta médica que no fortalece la apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos que podría incidir en prácticas de riesgo en la muestra.

### 6.1.3. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En este apartado se resumen los principales datos con respecto al uso de métodos anticonceptivos. Respecto a la pregunta sobre la situación de pareja, la mayoría reporta tener una pareja estable (66.7%), como se ve en el cuadro 5.

**CUADRO 5: Situación actual de pareja de las participantes**

N=297

Situación de pareja	Porcentaje
Tiene pareja estable	66,7%
Tiene pareja(as) ocasional(s) o pasajera(s)	3,4%
No tiene pareja	29,3%
NR/NS	,7%
Total	100,0%

El promedio de la edad de inicio de relaciones sexuales de la muestra estudiada es alrededor de 17.9 años, con una desviación estándar de 3.62. Este dato revela la importancia de iniciar procesos de educación sobre métodos anticonceptivos y de protección desde edades tempranas del desarrollo e incrementar los mismos durante la etapa colegial.

**CUADRO 6: ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?**

N=276

Media	17,9674
Desv. típ.	3,62552

De las participantes que afirmaron estar usando algún método anticonceptivo o de protección, según el cuadro 7, destacan entre los métodos modernos: las pastillas anticonceptivas como el más usado (34,2%), seguido por métodos de barrera (condón masculino) (25,3%) y en tercer lugar la esterilización femenina (15,1%). Los métodos tradicionales o naturales solamente representan el 4.1% del total utilizado.

Según el porcentaje de uso único (es decir, quienes reportaron estar usando solamente un método) los modernos representan un 50% seguidos por los de barrera, en donde el condón masculino es el que sostiene dicho porcentaje, pues en toda la muestra, solamente dos mujeres reportaron haber usado el CF.

**CUADRO 7: Desglose de los métodos usados por las participantes que reportan usar uno o más métodos**

N=297

Método que usa moderno	Porcentaje
Modernos	
Pastillas	34,2%
Inyecciones	10,3%
Anticoncepción de Emergencia	3,4%
Diafragma	2,1%
DIU	0,0%
<b>Esterilización</b>	
Esterilización Femenina	15,1%
Ligadura de Trompas	2,7%
Esterilización Masculina	1,4%
<b>Barrera</b>	
Condón Masculino	25,3%
Condón Femenino	1,4%
<b>Tradicionales</b>	
Ritmo	2,7%
Billings	0,7%
Coito interrumpido	0,7%

**CUADRO 8: Desglose de métodos según porcentaje de uso único**

N=297

Metodo	Porcentaje
Métodos Modernos	50,0%
Métodos Barrera	27,5%
Métodos Esterilización	19,6%
Métodos Tradicionales	2,9%

Un 52.2% de la muestra no está utilizando ningún método anticonceptivo actualmente. Solamente un 13.3% de estas mujeres indica que es porque se desea un embarazo.

**CUADRO 9: ¿Por qué no está usando algún método anticonceptivo?**

N=105

Razones	Porcentaje
Otras	81,9%
Quiere embarazo	13,3%
Le hacen daño a la persona o a la pareja	1,9%
Pareja no quiere	1,9%
Se ha descuidado	1,0%
Total	100,0%

Del porcentaje de mujeres que no está utilizando un método y tienen disposición a utilizar alguno en los próximos 12 meses, se aprecia en la distribución del cuadro 8.

**CUADRO 10: Métodos que las participantes estarían dispuestas a usar en los próximos 12 meses.  
(para mujeres que no están usando alguno en la actualidad)**

N=44

Método	Porcentaje
Condón Masculino	29,1%
Pastillas	27,3%
Inyecciones	16,4%
Condón Femenino	10,9%
Esterilización Femenina	9,1%
DIU	5,5%
Esterilización Masculina	1,8%

Como se observa, el condón masculino es el método que las mujeres están más dispuestas a utilizar (29,1%), seguido por las pastillas anticonceptivas (27,3%).

Hay varios métodos que ni siquiera se toman en cuenta en esta valoración por parte de las mujeres: anticoncepción de emergencia, métodos vaginales, norplant, billings, ritmo y el retiro.

Se aprecia un grupo de mujeres dispuestas a probar el CF al corto plazo (10,9%). Este ítem registra la posible intención de uso del método que podría estar inducida por las características del instrumento y no una intención real e interiorizada de uso del CF.

**CUADRO 11: Conocimientos de métodos anticonceptivos y protección MUJERES (N=297)**

Variales	Preservativo masculino	Inyecciones anticonceptivas	Pastillas	DIU, espiral o T de cobre	Esterilización femenina	Vasectomía	Preservativo femenino	Métodos vaginales	Método billings	Anticonceptivos de emergencia	Norplant
Totales	94,9%	92,3%	91,6%	83,2%	81,5%	79,1%	64,0%	52,2%	47,1%	31,6%	15,5%
<b>Edad</b>											
18-32	47,1%	45,5%	44,1%	37,7%	37,4%	36,4%	33,7%	21,9%	18,9%	16,5%	6,4%
33-47	28,6%	28,3%	29,3%	27,9%	26,9%	26,9%	17,8%	18,5%	18,9%	9,8%	5,1%
48-62	18,2%	17,5%	17,2%	16,5%	16,2%	14,8%	11,8%	11,1%	8,4%	4,7%	4,0%
63-77	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,7%	0,7%	1,0%	0,7%	0,0%
<b>Ubicación</b>											
San José	47,5%	47,1%	45,1%	45,8%	45,5%	43,1%	37,7%	35,7%	23,2%	19,9%	10,4%
Upala	47,5%	45,1%	46,5%	37,4%	36,0%	36,0%	26,3%	16,5%	23,9%	11,8%	5,1%
NR/NS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Nivel educativo</b>											
Ninguno	3,70%	3,7%	3,7%	3,0%	3,0%	3,0%	2,4%	1,3%	2,0%	1,7%	0,7%
Primaria	34,70%	34,3%	34,3%	31,3%	30,6%	30,3%	19,2%	15,8%	15,5%	4,7%	3,0%
Secundaria	38,70%	37,4%	38,7%	32,3%	32,0	30,3%	27,9%	21,5%	16,2%	15,2%	5,7%
Universitaria	17,20%	16,5%	14,5%	16,5%	15,8%	15,2%	14,1%	13,1%	13,1%	10,1%	6,1%
NR/NS	0,70%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%

El cuadro 11 refleja el conocimiento que tienen las participantes sobre métodos anticonceptivos según edad, ubicación y nivel educativo.

En general, hay un alto conocimiento de los métodos de anticoncepción y protección, tanto en las mujeres Upala y las de San José. Y los más conocidos son el preservativo masculino (94,9%), las pastillas (91.6%) y las inyecciones (92, 3%).

Se puede apreciar en el cuadro 11 que el conocimiento aumenta con respecto a la edad en orden descendente, es decir, entre más jóvenes son las personas, más conocen sobre los métodos anticonceptivos.

Esto se refleja de forma inversa con respecto al nivel educativo, donde el conocimiento aumenta en primaria y secundaria acentuando la necesidad de incidir en procesos informativos dirigidos a la ciudadanía.

El lugar de procedencia no tuvo relación con el conocimiento sobre métodos de protección ya que los porcentajes se muestran similares.

El cuadro 12 muestra las motivaciones para el uso por parte de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos actualmente. Las variables fueron agrupadas en las categorías presentadas a continuación debido a que de acuerdo a los ítems individuales del instrumento original los resultados se dispersaban y no aportaban un dato conciso. Además, cada mujer entrevistada podía señalar varias opciones.

**CUADRO 12: Desglose de los métodos según las motivaciones para su uso**  
N=297

Metodo	Prevenir Embarazos	Prevenir ITS	Prevenir VIH y sida	Otra
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Métodos Modernos	71,6%	13,6%	11,4%	3,4%
Métodos Esterilización	67,7%	6,5%	3,2%	22,6%
Métodos Barrera	45,6%	30,9%	22,1%	1,5%
Métodos Tradicionales	14,3%	42,9%	28,6%	14,3%

Los métodos utilizados mayoritariamente por las mujeres participantes son las pastillas anticonceptivas, esterilización femenina y condón masculino. Sin embargo, aunque la interacción de métodos como pastillas y condón es lo ideal para elevar la seguridad frente a embarazos, transmisión del VIH y sida y otras ITS, las mujeres los perciben como métodos excluyentes o innecesarios, lo cual, más bien, incide en prácticas de riesgo.

Todos los métodos son, en primera instancia, utilizados para la prevención de embarazos. Lo importante a resaltar es que aunque la protección efectiva contra ITS y VIH y sida sólo la ofrecen los métodos de barrera, hay un pequeño porcentaje de mujeres que reportaron usar métodos de otro tipo (modernos, esterilización, o tradicionales) para protegerse de ITS o VIH y sida poniendo en evidencia la falta de acceso a la información con la que cuentan estas personas.

#### 6.1.4. VIH Y SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El apartado evalúa el conocimiento de la muestra sobre VIH y sida e ITS, así como las actitudes acerca de este tema dentro de la muestra estudiada.

##### 6.1.4.1. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH

Con respecto al conocimiento sobre formas de transmisión de VIH se adjunta en el cuadro 13 que muestra los datos comparativos por grupos de edad, ubicación y nivel educativo. Aquí se muestra el porcentaje que respondió positivamente a la pregunta respectiva.

**CUADRO 13: Conocimiento de formas de transmisión del VIH según edad, ubicación y nivel educativo  
MUJERES (N=297)**

Variable	Sexo oral sin protección	Relaciones sexuales sin protección	Leche materna
Total	56,2%	94,3%	38,7%
<b>Edad</b>			
18-32	55,6%	94,4%	41,7%
33-47	60,4%	97,8%	42,9%
48-62	49,2%	88,1%	23,7%
63-77	100,0%	100,0%	66,7%
<b>Ubicación</b>			
San José	56,4%	91,3%	32,2%
Upala	56,1%	97,3%	45,3%
<b>Nivel educativo</b>			
Ninguno	100,0%	100,0%	83,3%
Primaria	63,4%	94,6%	37,5%
Secundaria	43,7%	95,0%	34,5%
Universitaria	59,6%	90,4%	40,4%
NR/NS	50,0%	100,0%	50,0%

Aproximadamente la mitad de la muestra (56.2%) no considera que el sexo oral sea una vía de transmisión del virus del VIH y sida, esta tendencia se incrementa en la pregunta sobre la leche materna como una vía de transmisión ya que solamente un 38.7% respondió correctamente a esta afirmación. En este sentido el nivel educativo parece que marca una transición positiva entre primaria y secundaria. El grupo de personas con ningún estudio es muy pequeño como para poder comparar sus porcentajes con los demás grupos.

##### 6.1.4.2. ACTITUDES RESPECTO AL VIH Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE ADQUIRIR UNA ITS.

A continuación se observan los datos sobre la percepción que tienen las mujeres de su propio riesgo de contraer VIH y sida en relación con otras mujeres.

**CUADRO 14: Percepción de adquisición de VIH y sida según edad, ubicación y nivel educativo**  
**MUJERES (N=297)**

Variables	Con mayor riesgo	Con igual riesgo	Con menor riesgo
Total	8,8%	33,1%	58,1%
<b>Edad</b>			
18-32	4,2%	17,3%	26,8%
33-47	2,5%	9,9%	18,3%
48-62	2,1%	6,0%	12,0%
63-77			1,1%
<b>Ubicación</b>			
San José	3,2%	14,4%	33,1%
Upala	5,6%	18,7%	25,0%
<b>Nivel educativo</b>			
Ninguno	0,7%	0,7%	2,5%
Primaria	4,2%	12,4%	21,2%
Secundaria	2,8%	15,5%	21,9%
Universitaria	1,1%	4,6%	12,4%

El cuadro 14 nos muestra que hay una tendencia general de la población a considerarse con menor riesgo de adquirir una ITS.

Las mujeres participantes reportan una percepción baja en el riesgo de adquirir ITS, VIH y sida. Esto lleva a pensar que, en general, tienen ideas incorrectas en cuanto a salud sexual y reproductiva pues, entre otras cosas, consideran que las pastillas anticonceptivas protegen de la transmisión de ITS. Sólo un 13,3% de la muestra no está utilizando ningún método de planificación familiar o protección debido a su interés en un embarazo, única razón que justifica abstenerse de protección. Para el resto de mujeres este dato sugiere nociones erradas sobre tal temática.

La principal fuente de información sobre los métodos anticonceptivos y de protección reportada por las mujeres entrevistadas son los y las profesionales de la salud de la C.C.S.S.

No se puede ignorar el porcentaje de mujeres que reportan confianza en los funcionarios de esta institución para conocer sobre estas temáticas. Por tanto, es preciso que desde las instituciones de salud se visualice el rol trascendental en la promoción y divulgación de derechos sexuales, derechos reproductivos y prácticas seguras en materia de educación sexual.

Es de consideración que más del 50% de la muestra no identifica dos de las tres formas de transmisión del VIH y sida por contacto sexual. Solamente reconocen el sexo sin protección como una vía para adquirirlo. A este respecto se muestra un mayor desconocimiento de la leche materna y el sexo oral sin protección como vías de transmisión del VIH y sida, en la zona de Upala con respecto a San José. Aunque en la investigación no se recopiló información que reflejen diferencias estructurales entre ambas zonas, esto puede deberse a diferencias culturales y educativas entre tales sectores, lo cual



resalta la necesidad de elaborar políticas públicas y estrategias de IEC sobre métodos de protección y de formación en salud sexual y reproductiva dirigidas a zonas rurales.

En contraste, casi la totalidad de las mujeres reconoce que el sexo sin protección puede constituir una vía de transmisión, lo cual indica que, a nivel de conocimientos, se ha hecho un trabajo importante en este tema. No obstante, no se han vinculado a prácticas asociadas a otros ítems antes descritos, como por ejemplo, el uso sistemático del condón.

#### 6.1.4.3. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A continuación se observan los datos con respecto a la percepción de riesgo y la existencia de alguna ITS en las mujeres entrevistadas.

**CUADRO 15: Percepción de riesgo ante una ITS según edad, ubicación y nivel educativo  
MUJERES (N=297)**

Variables	Con mayor riesgo	Con igual riesgo	Con menor riesgo
Total	11,4%	33,1%	55,1%
<b>Edad</b>			
18-32	6,3%	17,1%	24,4%
33-47	3,1%	9,4%	18,8%
48-62	2,4%	6,6%	10,8%
63-77			1,0%
<b>Ubicación</b>			
San José	3,8%	14,6%	32,1%
Upala	8,0%	18,5%	23,0%
<b>Nivel educativo</b>			
Ninguno	0,7%	0,7%	2,4%
Primaria	6,3%	12,6%	18,9%
Secundaria	4,5%	15,4%	20,3%
Universitaria	0,3%	4,5%	13,3%

**CUADRO 16: Participantes que han reportado presencia de ITS al menos una vez  
MUJERES (N=297)**

Variables	No ha presentado ITS	Ha presentado ITS al menos una vez
Total	82,90%	17,10%
<b>Edad</b>		
18-32	39,3%	9,3%
33-47	26,4%	5,7%
48-62	16,8%	1,8%
63-77	0,4%	0,4%
<b>Ubicación</b>		
San José	45,4%	4,6%
Upala	37,5%	12,5%
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno	2,2%	1,8%
Primaria	29,1%	8,3%
Secundaria	34,9%	5,4%
Universitaria	16,5%	1,8%

En el cuadro 15 se aprecia que la mayoría de mujeres se percibe con menor riesgo que el resto de la población. En esta categoría se visualiza una diferencia de casi 10 puntos porcentuales entre San José y Upala.

Sin embargo, el cuadro 16 sugiere que las personas entre 18 a 32 años han tenido una ITS al menos una vez. El porcentaje de transmisión aumenta en personas universitarias y de San José.

### 6.1.5. MÉTODOS DE PREVENCIÓN

En este apartado se exploran los conocimientos por parte de las mujeres participantes, sobre el uso de métodos de protección.

El cuadro 17 refleja los conocimientos sobre las vías de protección ante las ITS. Mayoritariamente se reconoce el condón masculino como un método para protección (82.5%), mientras que casi la mitad de la muestra (47%) considera la fidelidad como la vía de prevención.

**CUADRO 17: Conocimientos sobre formas de protección contra ITS  
N=297**

Forma de Protección	Porcentaje
Uso de Condón	82,5
Siendo fiel	47,1
Evitando relaciones con personas desconocidas	34,3
Absteniéndose de las relaciones sexuales	30,3
Otros	4,0

El cuadro 17 nos indica que casi un alto porcentaje de la muestra identifica al menos una forma de prevención de ITS.

#### 6.1.5.1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL USO DEL CONDÓN MASCULINO

En este apartado se estudian los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres participantes con respecto al uso del condón masculino, su valoración del método y las razones para su utilización.

Como muestra el cuadro 18, un 64.2% ha utilizado el condón alguna vez en la vida. Sin embargo, el 35,8% de la muestra nunca han utilizado un condón masculino.

El cuadro 18 muestra los conocimientos sobre el uso del condón según diferentes subgrupos.

**CUADRO 18: Conocimiento del uso del preservativo masculino según edad, ubicación y nivel escolar MUJERES (N=297)**

Variables	El condón debe colocarse antes de que se produzca la erección	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos
Total	62,0%	56,2%
<b>Edad</b>		
18-32	54,9%	61,1%
33-47	67,0%	53,8%
48-62	69,5%	49,2%
63-77	100,0%	33,3%
<b>Ubicación</b>		
San José	59,1%	57,7%
Upala	64,9%	54,7%
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno	75,0%	66,7%
Primaria	75,0%	51,8%
Secundaria	58,0%	58,8%
Universitaria	40,4%	59,6%
NR/NS	50,0%	0

Se refleja que independientemente del cruce de variables realizado, más de la mitad de las mujeres, independientemente de su condición, presentan nociones erradas sobre el uso del condón masculino, tanto en su colocación como en la forma de manipulación.

Por último se presenta la valoración que incorpora elementos tanto sobre conocimientos así como actitudes del condón masculino que realizaron las mujeres que han utilizado este método al menos una vez.

**Cuadro 19: Características del condón masculino**

<b>N=165</b>	<b>Porcentajes</b>
Cómodo	32,7
Más o menos	29,7
Incómodo	37,6
<b>N=170</b>	
Inseguro	13,5
Más o menos	37,1
Seguro	49,4
<b>N=159</b>	
Difícil de poner	8,2
Más o menos	16,4
Fácil de poner	75,5
<b>N=170</b>	
Necesario	84,1
Más o menos	8,2
Innecesario	7,6
<b>N=163</b>	
Caro	11,0
Más o menos	39,3
Barato	49,7

El cuadro 19 demuestra que las mujeres que utilizan el condón masculino lo consideran un método seguro en un 49,4%. Las mujeres consideran que el método es fácil de poner y necesario.

La mayoría considera que es un método incómodo o más o menos incómodo, lo cual da luz acerca de la división entre lo práctico y lo psicológico en la relación sexual, lo cual puede influir en su uso.

Pese a que las mujeres reportan un uso irregular e inadecuado del condón masculino, el 53% de la muestra percibe menor riesgo de adquirir una ITS y el 55,6% se perciben en menor riesgo de infección al VIH y sida. Las correlaciones realizadas en este estudio sugieren que lo anterior está fuertemente asociado a la condición de estabilidad con una pareja.

En cuanto a prácticas del condón masculino el cuadro 20 muestra que el 64,2% de las mujeres ha utilizado al menos una vez el condón masculino y un 35,8% no lo ha usado nunca, es decir una tercera parte del total de las mujeres encuestadas.

**CUADRO 20: ¿Ha hecho uso del condón masculino alguna vez en la vida?**

N=285

Respuesta	Porcentaje
Sí	64,2%
No	35,8%
Total	100,0%

Cuando se pregunta sobre la fecha de vencimiento del preservativo un 45% de la muestra válida reporta no verificarla nunca. Además, solo 28,1% de las mujeres que sí utilizan el condón masculino lo hacen en todos sus encuentros sexuales.

**CUADRO 21: ¿Con que frecuencia utiliza o ha utilizado el condón masculino en sus relaciones sexuales?**

N=171

Respuesta	Porcentaje
Casi nunca	29,2%
Siempre	28,1%
Casi siempre	22,8%
Menos de la mitad de las veces	12,9%
Aproximadamente la mitad de las veces	7,0%
Total	100,0%

**CUADRO 22: ¿Se ha fijado en la fecha de vencimiento del preservativo?**

N=171

Respuesta	Porcentaje
Nunca	45%
Todas las veces	43,9%
Algunas veces	8,2%
Casi nunca	2,9%
Total	100%

Estos cuadros sugieren una falta de conocimiento sobre el uso correcto del condón masculino en las mujeres encuestadas que incide en prácticas erróneas sobre su uso. “No fijarse en la fecha de vencimiento” o utilizar este método inconstantemente podría asociarse al hecho de que lo consideren poco efectivo.

A partir de esta información queda evidenciado que las estrategias de promoción deben ser cuidadosamente valoradas ya que subjetiva, social y/o cognitivamente se alude al núcleo fundamental

sobre el cual se consolida una relación de pareja para las mujeres y parejas que participaron de este estudio, a saber la confianza hacia el o la otra.

La variable “confianza” adquiere un valor en sí misma al ser considerada por las mujeres como parte de un conjunto indivisible del cual forma parte la fidelidad y el amor en las relaciones de pareja, haciendo que el uso de condones no se asocie a la promoción de la salud ni a los derechos sino a la infidelidad o la promiscuidad.

En adelante se debe insistir tanto para la persona lectora como para cualquier profesional interesado(a) en retomar estrategias de promoción de la salud, que la introducción de los condones como un elemento no cotidiano de la relación de pareja podría alterar dramáticamente la dinámica de pareja por cuanto alude a lo que se mencionó anteriormente, a la sospecha de duda o cuestionamiento a la vida sexual monógama, y que este estudio sorteó en alguna medida ya que desde el inicio se aclararon sus fines investigativos.

Aunque el 82,5% reconoce el condón como vía de protección, sólo el 25,3% lo utiliza en sus relaciones sexuales y de este porcentaje solo el 26,6% lo utilizan en todos sus encuentros sexuales. Esto indica que el condón sigue siendo concebido por un alto porcentaje de la muestra como una alternativa para las relaciones casuales o fuera del marco de las relaciones de pareja estables.

Con respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, la frecuencia se acerca al 100% en cada uno de ellos positivamente. Sin embargo, los métodos se usan mayoritariamente para prevención de embarazos y no para protección de ITS (pues la mayoría de ellos sólo ofrecen esta protección).

En las tablas de distribución se ve claramente que el conocimiento en población joven ha ido en aumento. Esta tendencia se mantiene en la transición primaria-secundaria, en donde en esta última incrementa el grado de información.

Las preguntas se formularon en relación con haber escuchado o conocer sobre el método, lo cual no significa que estas mujeres tengan claridad sobre su uso correcto, sus contraindicaciones o efectos secundarios. Es rescatable que el nivel de conocimiento va en aumento, pero no debe descartarse la imperante necesidad de profundizar en estos temas y sobre todo gestar estrategias de incidencia en el ámbito de las actitudes y prácticas.

Pese a que un 60.9% de la muestra reporta haber usado del condón masculino aún no se puede hablar de un uso correcto del método por la inconstancia y errores en su manipulación. El 28.3% de la muestra evalúan el condón masculino como un método seguro y el 48.1% como necesario, sin embargo el 20.9% lo reporta como incómodo, lo que podría reflejar que el condón está supeditado no al conocimiento sobre su efectividad sino a su evaluación como método que impide experimentar el placer en la relación sexual.

## 6.2. CONDÓN FEMENINO: EXPERIENCIA DE USO

A continuación se presentan los datos obtenidos en los instrumentos destinados a la evaluación de la experiencia de uso del condón femenino. Es preciso aclarar que la información combina los resultados de los grupos focales como del instrumento cerrado.

La muestra participante fue de 107 mujeres, de las cuales 90 de ellas usaron el condón al menos en una ocasión. El promedio de uso del CF fue de 4,5 veces durante el período de prueba de tres semanas.

### 6.2.1. RESULTADOS

Vale la pena aclarar que en los resultados que se presentan a continuación, no existen diferencias significativas entre las mujeres de Upala y las de San José; es decir, los resultados son comunes a todas ellas, independientemente de su lugar de residencia o nivel educativo, entre otros.

**Previo a la experiencia de uso, el CF suscita impresiones o sentimientos como miedo, angustia y ansiedad derivados de sus características físicas relacionados a diferentes factores:**

- El tamaño y la forma del CF les hace pensar que su introducción en la vagina es compleja, pues ignoran que esta cavidad es elástica con capacidad receptiva del método.
- El anillo interno también genera ansiedades y cuestionamientos debido a que las mujeres se preguntan si es posible que pueda introducirse en la vagina sin provocar molestia.
- Algunas mujeres reportan el temor de sufrir laceraciones en la vagina a causa del anillo interno, pues pensaron que este podría incrustarse en las paredes vaginales.
- Debido al tamaño y las características del anillo, las participantes consideran que la colocación y la manipulación del CF son más complicadas que las del condón masculino.

**Posterior al uso una alta cantidad de mujeres evalúan el CF positivamente.** Un 67,8% de las mujeres indicó haberle gustado la experiencia de uso del CF. por las siguientes razones:

**CUADRO 23: VENTAJAS**  
N=90

Ventajas	Porcentaje
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%
Es fácil de colocar	64,7%
Se puede retirar hasta el final de la relación sexual	64,7%
A mi pareja le gusta utilizarlo	57,6%
Se puede colocar al inicio de la relación sexual	55,3%
Puede ser incorporado en los juegos sexuales	52,9%
Su apariencia es agradable	45,9%
Aumentó el placer en la relación sexual	27,1%
Ninguna	5,9%

Otros datos obtenidos durante los grupos o entrevistas focalizadas fueron:

- Se experimenta mayor “naturalidad” durante la relación sexual pues minimiza la sensación de un método de barrera en la vagina.
- Es más cómodo, seguro y resistente que el condón masculino.
- No tiene olor.

El dato que encabeza los resultados anteriores es respaldado por aquellos relacionados a la pregunta sobre cuánto tiempo antes se colocó el CF: el 59.3% de las mujeres reportaron haber colocado el CF al inicio de la relación sexual, el 17.4% justo antes de la penetración y el 19.8 % lo colocaron 1, 2 o 4 horas antes del acto sexual.

#### CUADRO 24: ¿Cuánto tiempo antes se colocó el condón femenino?

N=86

Momento en que se colocó el CF	Porcentaje
Al inicio de la relación sexual	59,3
Antes de la penetración	17,4
1 hora antes	12,8
2 horas antes	5,8
Otro	3,5
4 horas antes	1,2
Total	100,0

Entre las ventajas del CF destacadas como la prevención de alergias y el no tener olor fueron profundizadas en los instrumentos cualitativos y muchas reportaron como mayor limitación para el uso del condón masculino su olor “desagradable” y la reacción alérgica que provoca en los órganos genitales bajo la forma de irritación o salpullido, la cual se reduce totalmente con el uso del CF.

**Un pequeño porcentaje de las mujeres señala aspectos negativos asociados al uso del CF como las siguientes:**

- El hecho de que el CF cubra los genitales externos es percibido como un asunto poco estético o que minimiza la atracción y excitación de la mujer hacia su pareja.

El CF provoca una sensación de malestar o “rareza” al utilizarlo o tenerlo introducido en la vagina. Por lo general estas sensaciones de “rareza” hacen referencia a la primera vez en que se utilizó el método ya que como se aprecia en el cuadro 25, existe una tendencia a que la dificultad de uso disminuya en cada experiencia de uso del método.



**CUADRO 25: Dificultad de uso según las primeras veces de prueba**

	Dificultad la primera vez	Dificultad la segunda vez	Dificultad la tercera vez	Dificultad la última vez
Dificultad	N=88	N=70	N=56	N=43
No fue difícil, para nada	38,6	74,3	87,5	90,7
Fue un poco difícil	36,4	15,7	8,9	9,3
Fue difícil	17,0	10,0	3,6	0,0
Fue muy difícil	8,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Algunas de las mujeres que reportan sensaciones negativas acerca del condón, no llegaron a utilizarlo nunca o lo utilizaron sólo una vez.** Las mujeres que durante los grupos focales se mostraron más resistentes o solo suministraron información negativa del uso del CF no llegaron a hacer uso de este método durante el período de prueba, al punto en que algunas de ellas no llegaron ni siquiera a sacarlo del empaque.

*“a mí no me gustó, muy incomodado. Por eso ni siquiera me atreví a usarlos.”<sup>41</sup>*

A la hora de profundizar sobre estas desventajas las mujeres señalan la dificultad de colocarlo (cuadro 26) como la principal con un 39,7%, seguido del hecho que a la pareja no le haya gustado con 33,3% y la disminución del placer en la relación sexual que representa un 30,2%.

**CUADRO 26: DESVENTAJAS**

N=90

Desventajas	Porcentaje
Es difícil de colocar	39,7%
A mi pareja no le gusta utilizarlo	33,3%
disminuyó el placer en la relación sexual	30,2%
Ninguna	22,2%
No puede ser incorporado en los juegos sexuales	20,6%
Se puede retirar hasta el final de la relación sexual	20,6%
Se puede colocar al inicio de la relación sexual	19,0%
Se puede colocar antes de la relación sexual	17,5%
Interfiere con la penetración	17,5%
El material del cual está hecho funciona para personas alérgicas al látex	15,9%

Al hacer referencia a las sensaciones que provocó el CF antes del acto sexual, el cuadro 27 indica que un 39% de la muestra reportó incomodidad, sin embargo, un 29,8% indicó haber sentido seguridad. Las sensaciones de ardor y dolor fueron las menos señaladas, con un 4,8% y un 3,6% respectivamente.

<sup>41</sup> A partir de este punto, las referencias que tengan este mismo estilo corresponden a citas textuales de las mujeres que participaron en los grupos focales y/o entrevistas de evaluación de la experiencia de uso del CF.

**CUADRO 27: ¿Qué sensaciones le provocó el condón antes del acto sexual?**

N=90

Sensaciones	Porcentaje
Incomodidad	39,3%
Seguridad	29,8%
Miedo	15,5%
Vergüenza	15,5%
Ninguna	15,5%
Inseguridad	7,1%
Ardor	4,8%
Dolor	3,6%

**Algunas de las sensaciones displacenteras también refieren a la incertidumbre del uso correcto del método.** Para algunas mujeres, tanto al momento de la introducción del CF como durante su uso, la experiencia placentera o cómoda del método se vio afectada por dos grandes tipos de preocupaciones:

- No saber si el condón estaba bien puesto. A ésta se le asocian ideas distorsionadas sobre la anatomía femenina, como por ejemplo, que todo lo que entra a la vagina corre el riesgo de no salir pues se considera una cavidad infinita del cuerpo humano que tiende a la succión.
- Pensar que durante la relación sexual el CF se iba a desacomodar. Esta idea toma fuerza durante la primera experiencia de uso y tiende a la disminución con la práctica.

**La complejidad de los factores físicos, sociales, psicológicos y cognitivos que integran la sexualidad humana y su interacción, llevan a vivencias negativas en las primeras experiencias del uso del CF en mujeres que lo utilizaron en reiteradas ocasiones.** Algunas mujeres reportaron haber sentido una irritación en su primera experiencia con el CF. Se concluye, con base en la información recopilada, que esto no tiene relación directa con el uso del método en sí.

Por el contrario, se hipotetiza que intervienen elementos psicológicos como el estrés, la ansiedad o la angustia que origina la introducción del CF por lo que es probable que la lubricación se redujera y provocara irritación. Así mismo, las mujeres indican que el repudio social hacia la vivencia de la sexualidad femenina como una vía de placer, autocuidado y exploración componen las resistencias que repercuten en la lubricación o distensión muscular necesaria para la introducción de cualquier elemento en la vagina.

Las tendencias se invierten con respecto a las sensaciones durante el acto sexual. Así, acorde al cuadro 28 la seguridad se vuelve la sensación más reportada con un 36,6% y la incomodidad pasa al segundo lugar con un 31,3%.

**CUADRO 28: Que sensaciones le provocó el CF durante el acto sexual**  
N=90

Sensaciones	Porcentaje
Seguridad	36,3%
Incomodidad	31,3%
Ninguna	21,3%
Miedo	12,5%
Vergüenza	8,8%
Inseguridad	6,3%
Ardor	3,8%
Dolor	1,3%

Al hacer una evaluación general de la experiencia de uso del CF sistematizada en el cuadro 29, el 65,9% de las mujeres que lo usaron al menos una ocasión aseguran haberse sentido satisfechas y un 61% indican haberse sentido seguras, lo que, en general, otorga una calificación positiva hacia el método.

**CUADRO 29: ¿Cuáles son sus sensaciones después de haber utilizado el condón femenino?**

N=90

Sensaciones	Porcentaje
Satisfecha por la experiencia	65,9%
Segura por la protección del condón	61,2%
Inconforme por la experiencia	14,1%
Ninguna	7,1%
Insegura por la protección del condón	4,7%

**El uso regular del CF es determinado por la primera experiencia de uso.** La primera experiencia de manipulación e introducción del CF es fundamental para el uso habitual del método. En esta línea, si este primer uso no repercute de manera “traumática”<sup>42</sup> para la mujer y/o su pareja las probabilidades utilizar el CF en el futuro se incrementan significativamente.

*“hay que superar la primera vez de uso, que es lo que causa incomodidad y vergüenza”*

*“yo lo recomiendo, hay que quitar el temor de la primera vez, probado y recomendando”*

Las mujeres señalan que aquí entran en juego aspectos como la calidad de la capacitación del uso del CF, el tiempo antes de la relación sexual que se utilizó para la introducción del condón, así como prejuicios sobre la sexualidad y la anatomía femenina. La asimilación del CF a partir de interiorizarlo como un método que genera confianza y certeza sobre su uso mitiga los sentimientos o ideas negativas en las mujeres. Estos dos factores (el uso constante y la sensación de saber usarlo) provocan que se

<sup>42</sup> El término “traumático” utilizado en este apartado es una referencia literal recopilada en los grupos focales. Esta noción implica una serie de eventos negativos usados a la hora del uso del condón femenino.

vivan más plenteramente cada una de las relaciones sexuales, impactando directamente la vivencia de la sexualidad y el disfrute en cada relación.

**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.** Las mujeres participantes durante el estudio dicen que la utilización del CF en reiteradas ocasiones permite adquirir un grado de experticia en su introducción y manipulación que facilita su uso en las siguientes ocasiones. Además, las sensaciones de incomodidad o molestia tienden a disminuir significativamente con la experiencia. Esta disminución de sensaciones displacenteras provoca en las mujeres que lo incorporen en su vida sexual cotidianamente.

Con respecto al placer durante la relación sexual, la mayoría de las mujeres reportan vivencias positivas. Según el cuadro 30 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.

**CUADRO 30: Placer de la participante durante la relación sexual**

N=90

Nivel de placer	Porcentaje
Le permitió sentir placer pero fue difícil acostumbrarse a la sensación	39,3%
Le permitió sentir placer sin dificultad	33,3%
No hubo ninguna diferencia	21,4%
Fue tan incómodo y desestimulante que se interrumpió el acto sexual	10,7%
No le permitió sentir placer	6,0%

**Se identificó que la pareja favorece el uso constante del CF en tanto no desestime la apropiación de derechos de la mujer.** Los casos donde la promoción del CF se notó contundentemente en el discurso de las mujeres fueron aquellos en los cuales las participantes reportaron que sus parejas promueven de alguna manera los derechos de las mujeres en el ámbito de la relación de pareja, como por ejemplo: derecho a libertad y autonomía sexual; a la integridad y seguridad del cuerpo; a la privacidad sexual; al placer sexual; a las elecciones reproductivas libres y responsables, entre otros. Esta participación viene reforzada por el conocimiento sobre la importancia de la protección sexual por parte de los pares masculinos.

Las mujeres participantes señalan que requieren de la aprobación o negociación con su pareja tanto para la primera experiencia como para incorporar el CF en su vida cotidiana, de forma que esta decisión no depende netamente de ellas.

*“Al mío (refiriéndose a la pareja) le dio risa...”*

*“El mío se reía y dice: diay démole... diay démole a ver que (risas)...”*

*“Vieras que como que no habla mucho... porque yo le dije... qué le parece y él me dijo: di...está bien... está bien... deben sentir diferencia... me imagino que ellos se sienten todos apretados cuando usan el de ellos y con este es todo lo contrario...di este, no tuvo*

*problemas para nada... y yo le dije... lo seguimos usando y él me dijo diay si si... es cuestión de acostumbrarse... me dijo..."*

*"si él se siente bien, ya es ganancia para mí". "yo no lo hubiera usado, si él no hubiera querido"*

Así mismo, hay un sector del grupo de mujeres, aunque mínimo, que discontinuó el uso del CF debido a la negativa de la pareja hacia su uso.

*"mi marido dijo de una vez que "botara esa cochinada, porque me va a quedar grande"*

*"a él no le gustó, no es igual. Yo creo que es la falta de costumbre, seguro no es por lo incómodo, sino porque simplemente no le gustó. Es muy vergonzoso"*

**La interpretación negativa del uso del CF a lo interno de la relación de pareja está asociada a conceptos como infidelidad o promiscuidad.** Tanto para las mujeres como para sus parejas es difícil repensar el uso de condones como un medio de protección ya que generalmente lo asocian a la infidelidad o promiscuidad en la persona. De esta forma, las participantes hacen énfasis y recomiendan el CF como una muy buena alternativa para las mujeres que no tienen pareja estable, visualizándolo como una vía de protección tanto de ITS como de embarazos.

Sin embargo, aún cuando consideran menor riesgo de infecciones con una pareja estable, expresan la incertidumbre con respecto a la fidelidad de su pareja, por lo que no descartan su uso dentro de relaciones fijas pero lo recomiendan con mayor ahínco para las "otras" mujeres que no tienen estabilidad dentro de sus relaciones de pareja.

Según lo reportado por las mujeres participantes en el cuadro 31, el 57,6% de sus parejas indican sentirse satisfechos y el 35,3% seguros. No obstante, las sensaciones negativas en este grupo aumentan, pues el 23,3% se sintió inconforme con la experiencia de uso, según lo percibido por las mujeres.

### CUADRO 31: ¿Cómo reaccionó su pareja luego del uso del condón femenino?

Reacciones / Sensaciones	Porcentaje
Satisfecho por la experiencia	57,6%
Seguro por la protección del condón	35,3%
Inconforme por la experiencia	23,5%
Ninguno	11,8%
Inseguro por la protección del condón	5,9%

**Hay que distinguir dos niveles en la percepción negativa a lo interno de la pareja durante el uso del método.** En primer lugar el nivel en que efectivamente la pareja no gusta del uso del CF y en segundo lugar, el prejuicio de la mujer cuando asume que a su pareja no le va a agradar la propuesta de utilizarlo.

**Desde el punto de vista de las mujeres el CF no disminuye las sensaciones placenteras de sus parejas.**

El reporte de las sensaciones de las parejas como se ve en el cuadro 32 muestra que no hay una limitante para la obtención de placer.

### CUADRO 32: Placer de la pareja de la participante durante la relación sexual según la apreciación subjetiva de las mujeres participantes

N=90

Nivel de placer	Porcentaje
Le permitió sentir placer sin dificultad	32,9%
Le permitió sentir placer pero fue difícil acostumbrarse a la sensación	29,3%
No hubo ninguna diferencia	20,7%
Fue tan incómodo y desestimulante que se interrumpió el acto sexual	11,0%
No le permitió sentir placer	9,8%

El consenso, la mutua decisión y la exaltación de las ventajas del CF es la vía que las mujeres identifican para implementar en la relación de pareja su uso. El CF se constituye como una vía para que hombres y mujeres tomen la iniciativa en los métodos de protección, pero las mujeres reconocen que la mejor forma para asegurar su uso pasa por el consenso y la mutua decisión. Esta vía minimiza la sensación de pérdida de control que tienen los hombres.

*“Si la pareja lo quiere a uno lo quiere en todo sentido y lo cuida también”.*

*“No es una cuestión de decidirlo sino de consensuarlo con la pareja.”*

*“Este tema, aunque nosotros vemos como un tema de empoderamiento de la mujer, no podemos tomar esta decisión todavía. Si no hay que jugar un poco con las ventajas para los hombres que tiene el condón femenino, como por la colocación de que no hay que parar el acto sexual para ponérselo. Es un tema que hay que trabajar en pareja. Entonces no tiene que ser un tema que se le recargue a la mujer, sino brindar información al hombre para que él mismo vea la importancia de su uso, hay que vendérselo de esta forma a las mujeres.”*

Los hombres y las mujeres aceptan más fácilmente el CF, cuando tienen como experiencia previa de uso del condón masculino. La aceptación del CF pasa por las experiencias previas en el uso del condón masculino, ya sea motivado por iniciativa de la mujer o su pareja en tanto se han interiorizado las prácticas sexuales seguras y se han asociado al conocimiento y uso de los métodos de barrera.

En todos los aspectos las mujeres señalan múltiples ventajas del CF en comparación con el condón masculino. Es contundente en todas las mujeres la preferencia de uso del CF sobre el condón masculino. A este último método se asocian toda clase de limitaciones con respecto a su utilización y sensaciones recurrentes de malestar. Así, comparando ambos condones, las mujeres posicionan al femenino por encima del masculino. Según lo reportado por las participantes en el estudio, la mayor ventaja del CF mencionada por sus parejas es que, a diferencia del masculino, no hace presión constante sobre el pene al momento de la penetración.

Con respecto a la posibilidad de volver a utilizar el CF se indica según el cuadro 33 que un 84,3% de las mujeres respondieron afirmativamente, lo cual se ve reforzado por un 72,1% de las participantes que reportan interés en seguir utilizándolo en todas sus relaciones sexuales (ver cuadro 34).

**CUADRO 33: ¿Volvería a utilizar el condón?**

N=89

	Porcentaje válido
Si	84,3%
No	15,7%
Total	100,0

**CUADRO 34: ¿Le gustaría seguir utilizando el condón femenino en todas sus relaciones sexuales?**

N=84

	Porcentaje válido
Si	72,1%
No	17,9%
Total	100,0

Algunas mujeres reconocen que la naturalidad asociada al condón masculino es producto de la costumbre y de la inserción del método como un producto de uso cotidiano. Señalan que la naturalidad en el uso del CF es posible si se empieza a introducir paulatinamente en las esferas individual, social e institucional, como es el caso del condón masculino el cual ha adquirido estatus de producto de uso popular. Los datos del apartado anterior reflejan justamente que no es un método muy usado pero al menos es ampliamente conocido por la población.

Las mujeres reportan el CF como un elemento con el que reconocen y potencian su derecho a ejercer la sexualidad, esto se ve reflejado en frases como:

*“Si los hombres tienen el suyo, nosotras también tenemos derecho a tener nuestro método”.*

Las mujeres perciben que el CF, por ser una alternativa sobre la que ellas pueden decidir y utilizar por sí mismas, destaca sobre el condón masculino. Las mujeres indican que gracias a la posibilidad de poder manipular y colocar el CF bajo su propia responsabilidad se aseguran que éste no ha sido dañado al momento de la relación. Esto, porque algunas de ellas indican, según experiencias previas, que sus parejas han roto o mal utilizado el condón masculino provocando embarazos no deseados, como una vía de ejercer control en el ámbito de la intimidad y la sexualidad.

*“Yo lo tomo así: si no hay protección no se tienen relaciones sexuales”. “Si uno no se cuida como mujer, nadie la va a cuidar”.*

*“si él no quiere eso, pues entonces que me deje ponerlo, sino que vaya a dormir y después hablamos, la seguridad es para mí, no para él. La que lava pañales soy yo, no él”.*

*“una pareja que tuve, rompió una vez el condón masculino para que quedara embarazada, pero el femenino no, pues me aseguro de que esté bien”.*

**El CF minimiza el riesgo de infección en las prácticas sexuales de las mujeres.** En los grupos focales y entrevistas se identificaron prácticas sexuales riesgosas como por ejemplo, la colocación del condón masculino antes de la eyaculación y no al inicio de la relación sexual, haciendo que el CF sea una buena opción si se coloca previo al inicio del acto sexual.

Hay consenso en el hecho de que las mujeres tienen una falta de información acerca de ITS y las vías de protección pues durante las capacitaciones y los grupos focales ellas reportaban desconocimiento de la diferencia entre los métodos de barrera y los métodos de planificación familiar.

Ellas sugieren que la educación sexual debe darse desde etapas más tempranas, a través de información adecuada hacia niños, niñas y adolescentes. Esta educación puede impactar a largo plazo las prácticas de salud sexual y salud reproductiva en la población adulta, propiciando una sexualidad más responsable en la sociedad. De hecho, una propuesta común de las mujeres fue dirigir la educación sexual a población en edad escolar y colegial, debido a su necesidad de conocer acerca de los métodos anticonceptivos y de protección, pues esta es una población en riesgo y el tema es poco cubierto por políticas institucionales para su prevención.

*“La exploración de mis partes íntimas se me enseñó desde pequeña y fue fundamental para cuidar mi salud y mi sexualidad. Se debe actuar con la población infantil si se quiere impactar en los hábitos de salud sexual de las personas.”*

**En los grupos focales se reportó que el condón permitió generar tanto la interiorización de elementos sobre salud sexual y salud reproductiva de las mujeres como una necesidad de ellas mismas para tomar medidas y protegerse.** Muchas mujeres, una vez que logran interiorizar la sensación de autocuidado e iniciar un proceso de reconocimiento de sus derechos con respecto a su sexualidad, aumentan la sensación de seguridad.

A nivel de grupos focales, estas ideas son representadas en expresiones como: *“Sería bueno para las mujeres”* *“Es una alternativa para las mujeres”*. Este reconocimiento hacia el colectivo “de las mujeres”, y no tanto hacia su propia individualidad, parece operar como una vía producto de la resistencia que genera el tema de la sexualidad femenina y la censura que atraviesa la femineidad. Empero, es evidente la necesidad de pensar en estrategias de promoción del uso del CF, ya que éste método permite en ellas mayor control en la toma de decisiones, más participación en sus relaciones y mejoras significativas en la vida sexual.

*“el varón anda mucho de bandido por ahí, entonces nosotras podemos cuidarnos solas de las enfermedades o de un embarazo”.*

**El CF se convierte en una vía de acceso a la femineidad de las mujeres participantes.** Uno de los principales hallazgos de la experiencia de uso del CF fue la posibilidad de éste para favorecer un retorno a la femineidad de las mujeres participantes, no solo reconocer los órganos genitales (internos y externos) sino que ese contacto con su corporalidad les permite conectarse con su ser mujer. Esto último en el contexto de que socialmente tal construcción pasa permanentemente por la vía de la censura y la represión que exige el patriarcado y la masculinidad hegemónica.

Se notó que las mujeres que participaron del periodo de prueba pasan por un proceso de empoderamiento y apropiación de su ser mujer cuando tiene contacto con el CF



*“Uno se siente más mujer. En el sentido en que el hombre es siempre el que manda más. Como que uno “agarra” más coraje. Uno toma la iniciativa, uno mismo toma la iniciativa”.*

Muchas de ellas viven con cierto repudio inicial algunas situaciones que implican la colocación del CF y que atañen a su ser mujer, como las siguientes:

- Tener contacto con los propios flujos vaginales.
- Tener que tocarse la vagina.
- Tener que introducirse algo en la vagina.
- El tema de la discreción al utilizarlo.
- El temor a hablar de la sexualidad.

En este sentido, muchas mujeres reconocen que el conocimiento de su cuerpo viene mediado por la percepción de sus parejas:

*“Los hombres conocen mejor la vagina que las mismas mujeres”*

Lo anterior tiene implicaciones importantes para la toma de decisiones con respecto al uso del condón y que les hace pensar que este “repudio” inicial tiene relación directa con la negación que se les impone sobre su propio cuerpo y la necesidad de apropiarse de sus derechos.

*“El condón es un medio para conocerse a sí misma. Es un medio para conocernos y estar en contacto contigo misma. Si la mujer se tocara se evitarían muchas cosas de salud, sabría que hay y qué no debería de estar ahí. Fue una experiencia importante en cuanto a mi formación, y a darme cuenta de los tabús que tengo en mi cuerpo y que influyen en las cosas que yo hago con mi cuerpo. Me permitió hacer una reflexión con respecto a cómo trato mi cuerpo.”*

*“Como que más uno se pone a jugar y se conoce más su cuerpo, porque uno digamos... el hombre se pone eso y ya pasa...pero con eso (CF) uno tiene que verse más abajo... porque uno lo pone y se lo deja ahí y hay que tratar de sostenerlo para que no se le vaya”*

**Las campañas de promoción del CF deben centrarse en la divulgación de sus características, ventajas y capacitaciones sobre su uso.** Al ser interrogadas sobre las vías de promoción del CF las mujeres sugieren que las campañas hagan referencia a las características del CF así como de sus ventajas.

*“La caja debería tener propaganda con los pasos del uso, fotos del condón, ojalá “rosado”, para que sea completamente femenino”.*

**Las campañas de divulgación y promoción del CF deben abocarse a incorporar a los hombres como una población meta.** Las mujeres opinan que toda promoción del CF debe ser dirigida en primera instancia hacia las mujeres pero que igualmente se aboque a la inclusión de los hombres en el proceso pues de lo contrario se entraría en un escenario conflictivo para la negociación y consenso.

**Se debe hacer hincapié en la efectividad de los condones como el único método que previene la transmisión de ITS.** Ellas insisten en que las mujeres deben tener claridad en el tema de las ITS y el uso de condones como la única vía para mantener una sexualidad activa que prevenga la transmisión de estas. Sugieren que esta propaganda sea dinámica y que permita la interacción entre los y las profesionales de la salud, otros actores sociales y comunitarios y las mujeres y hombres que deseen conocer sobre el CF y no limitarse al medio escrito.

**Pese a que es fundamental que las campañas asocien el condón al concepto de salud también debe remitir al tema del erotismo y la sensualidad en las relaciones sexuales.** Las mujeres participantes señalan que si se quiere introducir el condón en la esfera de lo público se debe emparentar con los conceptos de placer, erotismo y sensualidad.

**La presentación del condón sigue generando obstáculos en la promoción del método.** Algunas mujeres consideran que el empaque no sólo es muy grande sino que remite a concepciones médicas desestimulando el erotismo de la relación sexual.

*“creo que hay que hacerlo más llamativo, atractivo. Como los masculinos, con colores y sabores. Quizá un papelito, explicativo, como el que tienen los masculinos”*

**Las mujeres reconocen que la aceptación inicial del CF se fundamentó en la capacitación recibida.** Las capacitaciones iniciales durante este estudio significaron para las mujeres un espacio para minimizar los miedos, ansiedades y angustias asociadas al uso del condón. Les permitió evacuar dudas y esclarecer los mitos que se construyen en torno al método concluyendo que la calidad de la capacitación es un pilar primordial en el uso del CF por parte de las mujeres.

**La promoción en el uso de condones debe involucrar otros y otras profesionales de las áreas de salud (no sólo los(as) profesionales en medicina) y abordar también las implicaciones sociales y psicológicas de la sexualidad.** Las mujeres identifican que la labor de promoción, divulgación, información y acompañamiento en temas de planificación familiar, salud sexual y salud reproductiva puede ser ejercida también por parte del personal de enfermería y los y las ATAPS. Para todos los ámbitos de salud las mujeres señalaban que se debe incorporar las dimensiones sociales y psicológicas de la mujer para impactar certeramente en la promoción integral de condones.

# 7. REFLEXIONES FINALES



## 7.1. REFLEXIONES METODOLÓGICAS

Debido a la riqueza metodológica que el estudio permitió desplegar se ha destinado un apartado específico para su análisis.

En primer lugar de manera positiva destaca el hecho de la apertura por parte de las mujeres para reflexionar sobre su propia sexualidad y las diferentes barreras sociales y culturales que se entretienen en torno a su ser mujer.

No existe razón para pensar, que en replicas futuras, las mujeres que voluntariamente participen en este tipo de investigaciones, no se expresarán de manera abierta y aportando una riqueza discursiva que nutrirá todo el documento; sin importar el contexto social del cual provengan y sus implicaciones en términos de clase social, nivel educativo, etc.

Toda limitación en cuanto a la censura o resistencia a ciertos temas de discusión debe ser abordada y trabajada desde la facilitación. Esta última, deberá comprender los tiempos y el ritmo de cada grupo o entrevista y facilitar, más que espacios de recolección de información, debates y reflexiones que lleguen a impactar, aunque sea mínimamente, la subjetividad de las mujeres participantes.

La investigación dio pie a varias lecciones aprendidas en el sentido metodológico. Dada la dinámica de captación y promoción del método y de las mujeres se nos permite reflexionar sobre los siguientes temas:

1. Hubo dificultades en la aplicación de cuestionarios a los(as) funcionarios(as) de los servicios de salud. Inicialmente, el protocolo de investigación pretendía abarcar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud (las y los médicos, enfermeros y enfermeras y los y las ATAPS) de los diferentes centros de salud partiendo del supuesto que podrían completar la información con facilidad. Esto no sucedió en la práctica ya que ningún CAP fue llevado a término. Se hipotetiza que esta población está inmersa en un sistema que los y las censura para hablar abiertamente sobre sexualidad y las prácticas de protección. No son figuras ontologizadas en su oficio al servicio de la salud y deben ser vistas como una población que más allá de la prescripción médica del método y el ámbito biologicista del cuerpo, requiere sensibilización hacia el tema y que probablemente puedan estar incurriendo en prácticas de riesgo. Desde la mirada externa se espera que estos(as) profesionales conozcan a fondo los métodos y sepan ampliamente sobre su uso, además se perciben como portadores(as) y prestadores(as) de salud. Esta última razón podría tomar peso para no responder al CAP, pues podría significar mostrarse y develarse ante el otro como población en riesgo. Habría que tomar en cuenta además el cansancio que pudo haber generado completar un cuestionario

tan largo, sumado a que como se apunta, se podría pensar que ellas y ellos no necesitan completar algo así porque no necesitan medir su riesgo.

2. Se previó en todo momento metodológico, la participación masculina, por parte de las parejas de las mujeres convocadas al período de prueba. Sin embargo, esta colaboración fue nula ya que ninguno de ellos asistió a las convocatorias, aun cuando parte de las mujeres reportaron haberlos invitado. Tal falta de inclusión del hombre en temas de sexualidad señala la necesidad de sensibilizarlos para una participación más activa en políticas de salud sexual pero también la necesidad de generar espacios a los cuales los hombres tengan acceso real a partir de sus condiciones y particularidades de vida (horarios, intereses, motivaciones, etc). Esto también podría hacer referencia a prácticas asociadas a la cultura patriarcal y la vivencia de la sexualidad desde la masculinidad hegemónica<sup>43</sup>.
3. Durante la fase de recolección de información, se previó la realización de grupos focales para explorar desde la grupalidad las percepciones sobre el uso del condón femenino. Empero, por problemas de asistencia a los grupos convocados no todos llegaron a realizarse en cuanto tales. Fue necesario modificar en algunos lugares la estrategia de recolección y llevar a cabo entrevistas individuales con las mujeres que sí asistieron. Esto, más que una limitación, potenció el análisis discursivo ya que dejó ver la dimensión personal del fenómeno y puso en relieve la subjetividad al momento del uso, lo cual enriqueció los resultados dando la posibilidad de contrastar la dimensión grupal y la subjetiva de manera más amplia y formar un criterio sobre el comportamiento de la aceptabilidad del condón en ambos niveles. Esto nos lleva a ver que la grupalidad algunas veces podría no favorecer que todas las mujeres expresen sus opiniones y vivencias.
4. Un dato que resalta en todo momento es que, a lo largo de las capacitaciones de uso (primer momento de captación de mujeres para el periodo de prueba), todos los grupos se comportaron de manera tan similar que permite esclarecer una dinámica en torno al uso de condones femeninos y quizá hasta algunas nociones sobre sexualidad y sus posibles alternativas de resolución:
  - a. Al inicio de las capacitaciones las mujeres tenían un estado de atención dispersa. Entre ellas se miraban con desconcierto y desinterés e incluso haciendo notar que la capacitación no representaba ningún interés. Fue preciso desde la facilitación de los talleres focalizar la atención de las participantes invitándolas a opinar y ser parte de los momentos de aprendizaje sobre los condones o bien que compartieran sus vivencias y/o imaginarios en torno a los métodos anticonceptivos y de protección.
  - b. Posterior a este periodo de focalización de la atención se volvía a levantar la resistencia, expresada en un segundo momento como una desaprobación generalizada hacia el método. Estos episodios implicaban cuestionamientos sobre la eficacia y funcionalidad del CF. Se apreciaba que toda esta información está asociada a conocimientos errados en materia de sexualidad que incidía en las actitudes desaprobatorias hacia el uso de condones. Al mismo tiempo, quedaba claro que existían en los grupos vacíos e ideas equivocadas en cuanto a los métodos de barrera que también repercutían negativamente en su aceptabilidad. Para contener esta situación se trabajaron las preguntas e inquietudes,

43 Véase: Campos, Á. (2007) Así aprendimos a ser hombres. 1a ed. San José, Costa Rica: Oficina de Seguimiento y Asesoría de Proyectos OSA, S.C. (Serie: Pautas para facilitadores de talleres de masculinidad en América Central, v.1)

que en algunos casos no reflejaban más que su angustia formulada como negación y desaprobación frente a la sexualidad y la vivencia de ésta por ellas mismas.

- c. Como tercer y último momento, las mujeres aceptaban probar el método al menos por curiosidad o bien porque interiorizaron algunas nociones sobre prácticas sexuales seguras. A su vez, hay influencia del colectivo en la decisión de participar durante el periodo de prueba, sin embargo, esto no determina el uso del condón femenino en su

experiencia personal. Es decir, a nivel metodológico la grupalidad contribuye a sostener la participación de las mujeres en el periodo de prueba, pero anula la participación de algunas de ellas en los grupos focales. Como se menciona anteriormente esto enriqueció los resultados del estudio al ser abordados de forma individual.

5. Este proceso, en su análisis más general, lleva a concluir que los mitos sobre sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos así como la construcción de la sexualidad femenina desde la masculinidad hegemónica impactan negativamente en las actitudes hacia los condones y las prácticas de uso. Como lección aprendida los(as) profesionales a cargo de la promoción integral de condones y en general sobre sexualidad, deben comprender que el tema suscita en todo momento resistencias asociadas a los conceptos mencionados y que éticamente deben ser abordados en función de minimizar estas concepciones e introducir una cultura de uso que promueva actitudes y prácticas seguras y placenteras en hombres y mujeres. Actitudes de desidia o apatía, incluso un posicionamiento desde la resistencia solo acarrearán una actitud promotora de prácticas riesgosas que atentan contra la salud integral de las personas. Este señalamiento no debe ser visto hacia un grupo específico, sino a todo profesional o personal relacionado en el más mínimo grado de vinculación con temas de sexualidad y derechos humanos con todas las poblaciones
6. El material recopilado en grupos focales lleva a pensar en la necesidad de políticas públicas y programas que incluyan a los servicios de salud y educación en la promoción y formación con respecto a métodos anticonceptivos y de protección desde edades escolares. Esto reflejado en la edad de inicio de una vida sexualmente activa. Los(as) profesionales en salud son vistos como una fuente de información veraz y confiable en relación a esta temática, por lo que deben ser partícipes de una posición ética de formación de esta población específica, abandonando su labor meramente prescriptiva de métodos anticonceptivos. Esto se reforzó en la experiencia de los grupos focales, siendo una solicitud explícita de las mujeres participantes.

## 7.2. CONCLUSIONES GENERALES

A partir de la información recolectada, se puede concluir de modo más general, lo siguiente:

- La percepción del condón masculino, está asociada a la infidelidad y a la promiscuidad, lo cual se traduce en prácticas de riesgo que llevan a la ausencia o mal uso del mismo. De igual manera, con respecto a la infidelidad, existe una tendencia que correlaciona fuertemente la condición de tener una pareja con la autopercepción de estar en menor riesgo de adquirir una ITS, por ello, la idea de utilizar métodos de planificación familiar está centrada en prevenir embarazos.
- Se deben trabajar las razones sociales y los roles de género que construyen la femineidad de manera tal que el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos calen profundamente en el imaginario colectivo favoreciendo el uso de condones de manera natural para las mujeres.
- Al no existir para las mujeres una marcada diferencia a nivel de conocimientos entre métodos de prevención de ITS y métodos de planificación familiar, los condones no son identificados en su particularidad como métodos de protección dual.
- Tuvo un peso importante en este estudio el concepto de placer más allá de la dimensión de orgasmo en la aceptabilidad de los condones. La población demanda que toda estrategia tienda a fomentar dicho concepto (placer) y no focalizarlo exclusivamente en el ámbito de la salud. Esto cobra sentido si se analiza la sexualidad humana en función del placer y no de la reproducción.
- Existe una valoración positiva del CF, expresada en su aceptación como un método seguro que brinda una vía de acceso a los derechos de la mujeres y a la construcción de su femineidad.
- En todas las etapas de la investigación se refleja la demanda de información veraz y científica en temas de sexualidad y la percepción que tienen las mujeres de los(as) profesionales de la C.C.S.S. como las personas capacitadas para la divulgación y promoción de la sexualidad en su dimensión física, psicológica y social, de ahí la importancia que desde el sector salud se pongan en práctica las políticas existentes en materia y que desde el sector educación se promuevan políticas públicas que consideren la educación sexual como tema prioritario en el país.
- La apuesta por la promoción sobre el uso de condones por parte del personal de salud es quizá una de las lecciones aprendidas más importantes del estudio. Los(as) diferentes profesionales involucrados(as) en el engranaje institucional tiene la capacidad de incidir sobre hábitos y prácticas sexuales seguras así como en la divulgación de la información. Son un sector que cuenta con una gran credibilidad por parte de las mujeres y quienes además representan figuras de autoridad en materia de salud integral.
- Pese a lo anterior, no es posible obviar que el personal de salud también maneja estereotipos y concepciones erradas sobre sexualidad que podrían obstaculizar la promoción adecuada en el uso de los condones. Según sugieren los resultados de este estudio, la posibilidad de incidir realmente en el uso de condones requiere la dedicación profesional que promueva y enfatice sobre los diferentes métodos de prevención y anticonceptivos y que trasmitan a la población información precisa, detallada y veraz sobre cada uno de ellos a través de recurso humano especializado. Aun así, es alentador el panorama que existe para introducir el CF en las diferentes áreas y centros de salud.

### 7.3. RECOMENDACIONES

Terminado el presente estudio es pertinente realizar algunas recomendaciones a las instancias de salud, de educación y a la sociedad en general:

1. Se destacó como una necesidad ineludible la promoción de estrategias educativas con respecto a los temas de ITS, VIH y sida. Se recomiendan que estas abarquen una educación integral que contemplen las esferas más básicas de la socialización como la familia, reforzada por políticas públicas y programas dirigidos al sistema educativo iniciando en etapas tempranas.
2. Se deben plantear planes de acción dirigidos a los diferentes niveles de atención en salud, que repercutan en la concientización de la población acerca de la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia debe garantizar información adecuada, constante y universal hacia la población y a la vez una sociedad participativa en temas de salud y sexualidad.
3. Esta información debe ser capaz de revertir las consecuencias de los mitos en torno a la protección en el contexto de la sexualidad y fomentar el uso correcto de métodos de barrera, como el condón femenino, eficientes en la prevención de embarazos no planeados, así como para prevenir la transmisión de ITS, VIH y sida.
4. Es necesario incidir en todos los niveles anteriormente planteados con una política inclusiva de la población masculina.
5. En el reto de la información correcta sobre temas de sexualidad, se presenta como una posibilidad el articular redes comunitarias de mujeres que se avoquen para la divulgación y promoción del CF. Las líderes comunitarias pueden representar un protagonismo en la capacitación cercana y directa de las personas, que garantiza, según los resultados expuestos, una mayor identificación de estas y por tanto un puente que encamine la información hacia actitudes y prácticas seguras sin anular que estas iniciativas puedan ser exitosas en población masculina como segundo momento.
6. Se recomienda directamente a las autoridades del Ministerio de Salud y la C.C.S.S. crear estrategias que impulsen el uso integral de condones y garanticen su acceso universal sostenido en un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos.





# REFERENCIAS

Asociación Demográfica Costarricense (2004). Derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Informe de resultados. San José Costa Rica.

Choi KH et al. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial, *American Journal of Public Health*, 98(10):1841-1848. Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: [http://www.supportworldwide.org/wp-content/uploads/2010/10/Efficacy-of-FC-Skills-Training\\_2008.pdf](http://www.supportworldwide.org/wp-content/uploads/2010/10/Efficacy-of-FC-Skills-Training_2008.pdf)

DEMOSCOPIA (2005). Estudio De Percepción Del Condón Femenino En Poblaciones Focalizadas. Informe Final. Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/853aofe1263820d8e04001011e010893.pdf>

Ministerio de Salud (2010). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR). San Jose Costa Rica.

Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *The Female Condom: A guide for planning and programming*. Suiza: RHR Publications.

Fondo de población de las Naciones Unidas (s.f.). *HIV/AIDS, Gender and Male and Female Condoms*.

Fondo de Población de las naciones Unidas y PATH. (2006). *Female Condom: A powerful tool for protection*. Seattle.

Galvão, L. Juan Díaz, J. Mobley, S. Cabral, F. Marchi, N. Fruet, M. (2001). Acceptability Of The Female Condom After A Social Marketing Campaign In Campinas, Brazil. *Population Council/Horizons*. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/fcbrazilsum.pdf>

Gollub, E. Stein, Z. y El-Sadr, W. (1995). Short-Term Acceptability of the Female Condom Among Staff and Patients at a New York City Hospital. *Family Planning Perspectives*, 27:155-158, 1995). Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2715595.pdf>

<http://www.unfpa.org/hiv/programming.htm> - Comprehensive Condom Programming

<http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development>. Accesado el jueves 15 setiembre de 2011. . ICPD - International Conference on Population and Development, párrafo 3. <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development>. accesado el jueves 15 setiembre de 2011.

Mack, N. Grey, T, Amsterdam, A, Williamson, N. Matta, C (2010) Introducing Female Condoms to Female SexWorkers In Central America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3):149-156. Consultado el 16 de setiembre en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3614910.pdf>

Madrigal J, Schifter J, Feldblum PJ. (1998). Aceptación del condón femenino entre trabajadoras del sexo en Costa Rica. Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES), San José, Costa Rica.

Mantell, J. Kelvin, E. Exner, T. Hoffman, S. Needham, S. Stein, Z. (2009). Anal Use of the Female Condom: Does Uncertainty Justify Provider Inaction?. *AIDS Care*. September; 21(9): 1185-1194. doi:10.1080/09540120902730005. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: <http://www.rectalmicrobicides.org/docs/Anal%20Sex%20and%20Female%20Condom%20AIDS%20Care%20PUBLISHED%20FINAL%20Sept%202009.pdf>

MedLine Plus. (2011). Condomes Femeninos. Accesado el 21 de Setiembre del 2011, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004002.htm>

Meekers, D y Richter, K. (2005). Factors Associated with Use of the Female Condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 31(1):30-37. Consultado el 16 de setiembre en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3103005.pdf>

Ministerio de Salud (2001). Plan de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta nacional al VIH y sida en Costa Rica: 2011-2015. Documento sin Publicar. San José. Costa Rica

Sanigest S.A. (en revisión. Estrategia de Acceso Universal y Efectiva a Condomes Masculinos Y Femeninos. Ministerio de Salud y UNFPA. San José Costa Rica.

Spizzichino, L. Pedone, G. Gattari, P. Luzi, A. Gallo, P. Valli, R & Rezza, G. (2007), The female condom: knowledge, attitude, and willingness to use. The first Italian study. *Ann Ist Super Sanità*, 43 (4): 419-424. Consultado el 16 de setiembre de 2011 en: [http://www.iss.it/binary/publ/cont/419%20-%20ANN\\_07\\_59\\_Spizzich.1201594781.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/419%20-%20ANN_07_59_Spizzich.1201594781.pdf)

Valverde O, Richard G, Solís A. (2011). Frontera y salud en América Latina: Migración, VIH – SIDA, Violencia Sexual y Salud Sexual y Reproductiva. México: Instituto Nacional de Salud Pública de México.

UNFPA – Fundación Desafío. (2009). Informe de Investigación Cualitativa: Promoción, Acceso y Uso de los Condomes Femeninos y Masculinos en Quito, Guayaquil y Cuenca. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: [http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon\\_femenino.pdf](http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon_femenino.pdf)

UNFPA – Fundación Desafío - Msp. (2009). Informe De Investigación Cualitativa: Promoción, Acceso Y Uso De Los Condomes Femenino Y Masculino En Quito, Guayaquil Y Cuenca. Consultado el 19 de setiembre de 2011 en: [http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon\\_femenino.pdf](http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/condon_femenino.pdf)

Zamora. A, Quirós. E, Fernández, M. (1996). Voy paso a paso. Empoderamiento de las mujeres, negociación sexual y condón femenino. San José: OMS, MS, INCIENSA, FUNDESIDA.

## (Footnotes)

1 Basada en la tabla de la página 13 del documento: Fondo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *The Female Condom: A guide for planning and programming*. Suiza: RHR Publications.

# ANEXOS



# CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL – UNFPA

**TITULO:** Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino en Población transfronteriza Habitante de Upala y población urbana de San José

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** LUIS FELIPE BARRANTES ARIAS

**TELEFONO DISPONIBLE 24 HORAS:** LUIS FELIPE BARRANTES ARIAS 83490971

## 1. EXPLICACIÓN GENERAL AL PARTICIPANTE

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO. Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación.

Este estudio trata sobre el uso del condón femenino y las ventajas y desventajas que puede tener su uso, según la opinión de las mismas mujeres que lo utilizarán.

Se espera aprender sobre los motivos que pueden tener las mujeres para utilizarlo o no utilizarlo, y partir de esta información, tratar de que se corrijan las situaciones que faciliten su uso en las personas que lo requieran.

Aproximadamente 80 mujeres tomarán parte en este estudio y algunas de estas se acompañarán de su pareja si así lo desean.

Su participación en este estudio **es voluntaria**. Su decisión de participar o no, **no afectará sus derechos como asegurado de la Caja**. Con su decisión, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal. Si usted decide participar en este estudio, **es libre de cambiar de opinión y retirarse** en el momento que usted así lo quiera.

Si usted recibiera algún tipo de subsidio económico por concepto de transporte no estaría adquiriendo ninguna responsabilidad con el estudio ni la limita para retirarse en el momento que así lo decida.

## 2. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

*Si usted decide participar en el estudio, usted participará en los siguientes procedimientos:*

- ✓ Recibirá una charla sobre: Derechos Sexuales y Reproductivos y sobre el uso correcto del Condón Femenino (Mitos y verdades)
- ✓ Posterior a la charla se le entregarán 20 condones femeninos y 20 condones masculinos para ser usados en sus relaciones sexuales. La primera opción es usar el condón femenino, pero en caso de que esto no sea posible (por cualquier causa), puede usar el condón masculino (NUNCA USE LOS DOS AL MISMO TIEMPO).
- ✓ Quince días después de la charla, se le citará a una reunión donde podrá aclarar dudas.
- ✓ Nuevamente, quince días después, se le citará a una reunión final, donde llenará un formulario. Este formulario recogerá información sobre lo que usted piensa del condón femenino, o sea, recogeremos su opinión sobre este método de protección. Toda la información será estrictamente confidencial.

## 3. POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS (Requisito para todos los casos)

*Todas las investigaciones realizadas internacionalmente han demostrado la eficacia del condón femenino. Este representa un importante método para la prevención de embarazos no planeados y la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida. Su efectividad aumenta si se utiliza correctamente y si además se utiliza en TODAS las relaciones sexuales. Sin embargo, si es mal utilizado existen riesgos. Por esta razón, el personal de salud está dispuesto a brindarle un método alternativo de control de natalidad al condón femenino en caso de que usted no estuviera utilizando alguno en este momento, y además le estaremos brindado condones masculinos como otra opción de protección.*

*Si usted decide participar de este estudio sin estar utilizando otro método anticonceptivo, debe saber que las posibilidades de quedar embarazada podrían aumentar (por estar apenas aprendiendo a utilizar el condón femenino) y por lo tanto usted es responsable de dichas consecuencias. Ni el investigador ni ningún otro ente involucrado en esta investigación tendrían responsabilidad alguna de dicha situación.*

## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL – UNFPA

*En caso de que usted o su pareja tengan dificultades con el uso del condón femenino o masculino, y por ejemplo, se produzca una rotura del condón o situación similar, los miembros del equipo de investigación o personal de salud le estarán brindando la información y servicios oportunos para reducir al máximo los riesgos para usted y para su pareja.*

### 4. INVESTIGACIONES QUE INCLUYEN ENCUESTAS O CUESTIONARIOS

*Algunas de las preguntas del cuestionario o de la encuesta que se le van a hacer pueden incomodarlo. Usted puede escoger si contesta o no una o varias de las preguntas que lo hagan sentir incómodo.*

### 5. CASOS DE EMBARAZO

El uso del condón femenino o masculino no representa riesgo para bebé en caso de estar embarazada.

### 6. POSIBLES BENEFICIOS PARA LA PARTICIPANTE

*Usted puede no recibir ningún beneficio por su participación en este estudio. Sin embargo, su participación puede ayudarnos a comprender las situaciones que se pueden mejorar para lograr una mejor distribución de los métodos anticonceptivos, especialmente el condón femenino además, con su participación en el estudio usted será capacitada sobre el uso del condón femenino, derechos sexuales y reproductivos, lo cual, aparte del conocimiento que recibirá le dará mayor independencia y empoderamiento sobre su sexualidad.*

### 7. OTRAS OPCIONES PARA EL PARTICIPANTE

*Existen otros métodos anticonceptivos que además le ayudan a prevenir las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo el condón masculino, Su doctor o alguno de los miembros del equipo investigador le explicará a usted los riesgos y beneficios de este método.*

*Una alternativa para usted puede ser no participar en este estudio.*

### 8. PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

*El investigador y el Comité LOCAL de Bioética en Investigación (CLOBI-CCSS) mantendrán los registros relacionados con este estudio de manera privada, hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias. **De ser así, nunca se utilizará su nombre.***

### 9. COSTO POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

*No se le cobrará a usted por ninguna de las visitas clínicas, charlas o material que se le entregue.*

### 10. CASOS DE LESIÓN O CUIDADOS DE EMERGENCIA

*Usted participará en este estudio bajo la supervisión del Dr. Luis Diego Murillo y Luis Felipe Barrantes Arias. Los procedimientos se realizarán en su centro de salud u otro hospital de la zona. Si usted sufre una lesión o se enferma, como resultado de su participación en este estudio, se le ofrecerá el tratamiento que sea necesario, aunque el riesgo del uso de este producto es mínimo.*

### 11. NUEVA INFORMACIÓN GENERADA DURANTE EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

*Durante el estudio, puede que aparezcan nuevos detalles acerca de los riesgos o beneficios de participar en él. De ser así, esta información se le dará a usted. Usted puede decidir no seguir participando en el estudio, desde el momento en que reciba esta nueva información. Si a usted se le da nueva información, y decide continuar en el estudio, se le solicitará que firme el consentimiento.*

**12. CIRCUNSTANCIAS POR LAS CUALES PUEDE TERMINARSE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

*Usted puede ser retirado del estudio, por una o más de las siguientes razones:*

- a) Porque no sigue las instrucciones del investigador.*
- b) Se detectan efectos adversos serios al uso de los productos (condones)*
- c) Se detectan situaciones familiares malas, producto de la participación en el estudio.*

*En cualquier caso, el investigador le propondrá otras opciones para continuar con su control de planificación familiar o prevenir las infecciones de transmisión sexual.*

**13. DECLARACIÓN DE INTERÉS**

*Los investigadores en este estudio no tienen ningún interés económico en el desarrollo o comercialización del producto que está siendo estudiado.*

**14. PERSONAS A LAS CUALES PUEDE ACUDIR EL PARTICIPANTE**

*Usted puede llamar a Luis Felipe Barrantes Arias al teléfono 83490971 si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.*

*Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con la Dra. Vanessa Torres Calderón, vice-presidente del Comité Local de Bioética del Hospital y Área de Salud de Upala, de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se encuentra localizado en las instalaciones del Hospital de Upala, al teléfono 2470 0058.*

**15. ACUERDO**

*Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.*

\_\_\_\_\_ a.m. / p.m.

Nombre del participante      Cédula      Firma      Fecha      Hora

\_\_\_\_\_ a.m. / p.m.

Nombre del testigo      Cédula      Firma      Fecha      Hora

*Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.*

\_\_\_\_\_ a.m. / p.m.

Nombre del investigador/      Cédula      Firma      Fecha      Hora

Persona que obtiene el Consentimiento

¿De cuánto es el ingreso familiar mensual?	1. ( ) De 0 hasta 200,000 colones 2. ( ) De 200,001 hasta 300,000 colones 3. ( ) De 300,001 hasta 400,000 colones 4. ( ) De 400,001 hasta 500,001 5. ( ) De 500,001 en adelante 99.( ) NR/NS
¿Quién(es) aporta(n) el ingreso familiar?  <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Usted 2. ( ) Conyugue o pareja 3. ( ) Hijos 4. ( ) Padre Madre 5. ( ) Otra persona _____ 99.( ) NR/NS
¿Cuántas personas que dependen económicamente del ingreso familiar?	1. ( ) 0 2. ( ) 1 3. ( ) 2 4. ( ) 3 5. ( ) 4 6. ( ) Más de 5 99.( ) NR/NS

## SECCIÓN 2

### Infecciones de transmisión sexual

PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS
¿Cómo definiría usted su actual situación de pareja?	1. ( ) Tiene Pareja estable 2. ( ) Tiene pareja(s) ocasional(es) o pasajera(s) 3. ( ) Tiene pareja estable y también parejas ocasionales 4. ( ) No tiene pareja 99.( ) NR/NS
¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?	<b>ANOTAR:</b> _____
En relación al riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS), ¿Usted considera que tiene mayor, igual o menor riesgo en comparación con la mayoría de las personas?	1. ( ) Con mayor riesgo 2. ( ) Con igual riesgo 3. ( ) Con menor riesgo 99.( ) NR/NS
Específicamente en cuanto al riesgo de contraer Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ¿Se considera usted en mayor, menor, o igual riesgo que el promedio de la población?	1. ( ) Con mayor riesgo 2. ( ) Con igual riesgo 3. ( ) Con menor riesgo 99.( ) NR/NS
<b>205 ¿De cuáles enfermedades venéreas o de transmisión sexual ha oído usted hablar?</b>	
<b>MARQUE SÍ/ESPONTÁNEO SI LA PERSONA LA MENCIONA ANTES, PARA CADA INFECCIÓN NO MENCIONADA PREGUNTE: ¿habla alguna vez de...(infección)?</b>	<b>A. Gonorrea:</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99.( ) NR/NS <b>B. Sífilis:</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99.( ) NR/NS <b>C. Chancro:</b> 1. ( ) Si/espontaneo





## CUESTIONARIO CAP

(Cuestionario #: \_\_\_\_\_)

CIUDAD: \_\_\_\_\_

Centro de Salud: \_\_\_\_\_

TIPO DE POBLACIÓN:

1 (  ) MUJER CONTROL

2 (  ) MUJER PERIODO PRUEBA

Costa Rica

2011

## CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES (CAP) SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y EL CONDÓN FEMENINO.

Señora, señorita:

El siguiente cuestionario intenta explorar los conocimientos, prácticas y actitudes que tienen las mujeres mayores de 18 años sobre salud sexual, salud reproductiva y el condón femenino.

A partir de su participación contribuye a la adquisición de nuevas informaciones que permitirán, tanto al Ministerio de Salud como al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), enfocar esfuerzos y estrategias orientados a garantizar un mejor acceso a la salud sexual y reproductiva y a la prevención de conductas sexuales de riesgo.

El cuestionario es absolutamente **anónimo** y la información que usted brinde se tratará bajo estricta **confidencialidad**. Observe que no se le pide su nombre ni alguna otra señal con la cual se le pueda identificar. Es importante recalcar que toda la información se analizará como un conjunto total de información y no a manera de casos individuales.

Para llenar el cuestionario usted contará con la ayuda de un encuestador o encuestadora. Le solicitamos contestar cada pregunta con absoluta confianza y sinceridad. En la medida en que sus respuestas sean sinceras podremos darnos una idea sobre los conocimientos y actitudes que poseen las mujeres costarricenses con respecto al tema abordado, lo que permitirá tener la información que contribuya a planificar un programa de capacitación ajustado a su realidad y a sus necesidades.

Su participación es totalmente voluntaria y no debe existir ningún tipo de presión para que usted complete el cuestionario. En el momento en que se sienta incomoda o desee interrumpir el cuestionario sientase en la libertad de hacerlo, esto no le traerá ninguna consecuencia.

### Instrucciones (para uso del aplicador):

Se debe completar el cuestionario con lápiz o lapicero marcando una X entre los paréntesis.

Algunas preguntas permiten la posibilidad de marcar varias opciones, lo cual se le indicará mediante una leyenda en mayúscula contenida en el mismo ÍTEM.

Algunas preguntas son consideradas filtro, esto quiere decir que dependiendo de su respuesta se le indicará saltar a otra pregunta, lo que significa que algunas preguntas quedarán incompletas. Esto se le indicará con una leyenda a la par de la opción marcada de la siguiente manera (PASE A LA PREGUNTA #...).

SECCIÓN 1		
Datos socio-demográficos		
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS
101	¿Cuál es su edad?	ANOTE LA EDAD: _____
102	Anote el sexo de la persona entrevistada	1. ( ) Masculino 2. ( ) Femenino 99. ( ) NR/NS
103	¿Cuál es su nivel escolar?	1. ( ) Ninguno 2. ( ) Preparatoria 3. ( ) Enseñanza especial 4. ( ) Primaria Incompleta 5. ( ) Primaria Completa 6. ( ) Secundaria incompleta 7. ( ) Secundaria completa 8. ( ) Estudios universitarios incompletos 9. ( ) Estudios Universitarios Completos 10. ( ) Estudios ParaUniversitarios 99. ( ) NR/NS
104	¿Estudia actualmente?	1. ( ) Si 2. ( ) No 99. ( ) NR/NS
105	¿Trabajo usted la semana pasada recibiendo a cambio un salario en dinero o en especie?	1. ( ) Si 2. ( ) No (PASE A LA PREGUNTA #107) 99. ( ) NR/NS
106	¿Cuál es su ocupación o el tipo de trabajo que usted realizó la semana pasada?	1. ( ) Profesional Académico 2. ( ) Gerente o Jefe 3. ( ) Técnico Medio 4. ( ) Funcionario público Nivel Superior 5. ( ) Funcionario público Nivel Medio 6. ( ) Dependiente u Obrero 7. ( ) Independiente 8. ( ) Servidora Doméstica 9. ( ) Orden Público (Policía, Bombero, Transito, Cruz Roja) 10. ( ) Otra: _____ 99. ( ) NR/NS
107	¿En qué país nació usted?	ANOTE: _____
108	¿Cuál es su estado civil?	1. ( ) Casada 2. ( ) Unión Libre 3. ( ) Divorciada 4. ( ) Separada 5. ( ) Viuda 6. ( ) Soltera 99. ( ) NR/NS

		2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS D. Herpes: 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS E. VIH/sida: 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS F. Papiloma: 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS G. Otra: _____
206	¿Sabe usted como puede una persona protegerse de estas enfermedades?  <b>PUEDA MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Usando condón 2. ( ) Evitando relaciones con personas desconocidas 3. ( ) Siendo fiel 4. ( ) Absteniéndose de tener relaciones Sexuales 5. ( ) Otras _____ 99. ( ) NR/NS
208	¿Alguna vez ha tenido una ITS?	1. ( ) No <b>(PASE A LA PREGUNTA #301)</b> 2. ( ) Sí 99. ( ) NR/NS
209	¿Ha presentado en más de una ocasión una ITS?	1. ( ) Sí - Cuantas veces _____ 2. ( ) No 99. ( ) NR/NS

### SECCIÓN 3

#### Conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH y el sida

A continuación le voy a leer una serie de afirmaciones. Quisiera que me indicara para cada una de ellas si en su opinión la frase es cierta o falsa.

301	El VIH se puede transmitir al practicar el sexo oral sin protección.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
302	El condón masculino debe colocarse antes de que se produzca la erección.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
303	El VIH se puede transmitir al usar el mismo servicio sanitario de una persona infectada.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
304	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
305	La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH/SIDA es con un examen de sangre específico.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS

El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
El riesgo de transmisión del VIH se reduce si se tienen relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
El VIH puede transmitirse a través de la leche materna.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS
La persona que tiene el VIH siempre muestra un aspecto enfermizo.	1. ( ) Cierto 2. ( ) Falso 99. ( ) NR/NS

a leerle otra serie de afirmaciones que se refieren a formas diferentes de pensar y sentir. Pero en este caso quisiera que elija una opción entre **TOTALMENTE DE ACUERDO, ALGO DE ACUERDO, ALGO EN DESACUERDO o TOTALMENTE EN DESACUERDO** con cada una de las frases. No existen respuestas correctas o incorrectas, cada persona tiene sus propios puntos de vista, lo que quiere decir es que usted manifieste lo que piensa y siente.

N	TOTALMENTE DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	NR/NS
¿Tiene razones para creer que tengo la infección con el VIH/sida inmediatamente la prueba.	1	2	3	4	99
Si conoce bien a la pareja no es necesario usar el condón.	1	2	3	4	99
¿Solo las personas infectadas con el VIH deberían aislarse en algún lugar especial.	1	2	3	4	99
¿Sería fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH.	1	2	3	4	99
¿Una persona con VIH/SIDA es siempre un homosexual.	1	2	3	4	99
¿No uso el condón con personas que todavía no conozco bien.	1	2	3	4	99
¿Sería muy difícil tener una amistad íntima con una persona con VIH/SIDA.	1	2	3	4	99
¿No aceptaría a una persona con VIH/SIDA ni como vecino.	1	2	3	4	99
¿Aunque yo sea fiel, mi pareja podría infectarme del VIH/SIDA.	1	2	3	4	99

324- El País debe velar por la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA.		1	2	3	4	99
<b>PREGUNTAS Y FILTROS</b>			<b>CATEGORÍAS Y CODIGOS</b>			
325	¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH?	1. ( ) Sí 2. ( ) No (PASE A LA PREGUNTA # 401) 99.( ) NR/NS				
326	¿Se ha hecho alguna vez la prueba del VIH/SIDA?	1. ( ) Sí 2. ( ) No (PASE A LA PREGUNTA # 401) 99.( ) NR/NS				
327	¿Hace cuánto tiempo se hizo la última prueba del VIH/SIDA?	1. ( ) Menos de 1 mes 2. ( ) De 2 a 3 meses 3. ( ) De 4 a 6 meses 4. ( ) De 7 meses a 1 año 5. ( ) Más de un año 99.( ) NR/NS				
328	No tiene que decirme el resultado de esa prueba, solo ¿podría decirme si usted conoce ese resultado?	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS				

#### SECCIÓN 4

##### Métodos anticonceptivos y de protección

Ahora me gustaría hablar sobre planificación familiar ¿de cuáles métodos de planificación familiar ha oído hablar? Marque en 401 cada método mencionado espontáneamente. Haga la pregunta 401 para cada método no mencionado espontáneamente, y marque aquellos que logra reconocer. Luego haga las preguntas 402 y 403 para cada método donde los números 1 ó 2 de la pregunta 701 estén marcados.

Preguntas	401. ¿Ha oído hablar alguna vez del (método)	402. ¿Ha usado usted o la persona con la que tiene relaciones sexuales alguna vez (método) SOLO SI HA OIDO	403. Sabe dónde obtener (método)
01. Pastillas o píldoras anticonceptivas	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
02. Anticoncepción de emergencia	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
03. DIU espiral o T de cobre	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
04. Inyecciones, anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
05. Condón o preservativo masculino	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
06. Condón o preservativo femenino	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
07. Métodos vaginales espumas, cremas, óvulos o diafragma	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
08. Norplant o implantes de 5 años en el brazo	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
09. Esterilización femenina o ligadura	1. ( ) Sí	1. ( ) Sí	1. ( ) Sí

para no tener más hijos	2. ( ) No 99.( ) NR/NS	2. ( ) No 99.( ) NR/NS	2. ( ) No 99.( ) NR/NS
10.Vasectomía u operación del hombre para no tener más hijos	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS
11.Método de Billings o control de la temperatura o moco cervical para saber los días fértiles de la mujer	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99.( ) NR/NS

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS
404	¿Actualmente utiliza algún método de protección contra ITS o embarazos en sus relaciones sexuales?	1. ( ) No <b>PASE A LA PREGUNTA # 415)</b> 2. ( ) Sí 99. ( ) NR/NS
405	¿Cuál método de protección está utilizando en sus relaciones?	1. ( ) Anticoncepción de Emergencia 2. ( ) Coito Interrumpido 3. ( ) Condón Femenino 4. ( ) Condón Masculino (preservativo masculino) 5. ( ) Diafragma 6. ( ) DIU (T de cobre) 7. ( ) Ligadura de trompas 8. ( ) Pastillas anticonceptivas (píldoras) 9. ( ) Ritmo 10. ( ) Método de Billings 11. ( ) Inyecciones 12. ( ) Esterilización Femenina 13. ( ) Esterilización Masculina 99. ( ) NR/NS
406	¿La iniciativa de utilizar este método de protección de quien ha sido?	1. ( ) Suya 2. ( ) De su(s) pareja(s) 3. ( ) De usted y de su(s) pareja(s) 99.( ) NR/NS
407	En general, ¿el método o los métodos de protección que utiliza, básicamente lo usa para? <b>(PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES)</b>	1. ( ) Prevenir embarazos 2. ( ) Prevenir la adquisición o transmisión de ITS 3. ( ) Prevenir la adquisición o transmisión de VIH y sida 4. ( ) Otra: _____ 99. ( ) NR/NS
408	¿Cuál es la razón principal por la que escogió este método? <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Fácil de usar 2. ( ) Es muy efectivo 3. ( ) Previene ITS y VIH/Sida 4. ( ) No puedo usar otros 5. ( ) Fue recomendación médica 6. ( ) A mi pareja le gusta 7. ( ) No tiene efectos secundarios 8. ( ) Por razones de salud 9. ( ) Es barato 10. ( ) Fácil de conseguir 11. ( ) Otro _____ 99. ( ) NR/NS
409	¿Ha tenido algún problema al usar este método anticonceptivo? <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Sin problemas 2. ( ) Problemas de salud 3. ( ) Pareja desaprueba 4. ( ) Acceso/disponibilidad 5. ( ) Alto costo 6. ( ) Incómodo

		7. ( ) Otro _____ 99. ( ) NR/NS	
410	¿Dónde obtiene habitualmente su método de protección?  <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Compra en Farmacias 2. ( ) EBAIS, Clínicas de la CCSS, ATAPS 3. ( ) Compra el producto en establecimiento de compra de productos varios (Minisúper, pulpería, supermercado) 4. ( ) Otro: _____ 99. ( ) NR/NS	
411	¿Cuán seguro considera usted el método o combinación de métodos que utiliza actualmente?	1. ( ) Muy seguro (PASE A LA PREGUNTA # 412) 2. ( ) Seguro (PASE A LA PREGUNTA # 412) 3. ( ) Regularmente seguro (PASE A LA PREGUNTA # 413) 4. ( ) Inseguro (PASE A LA PREGUNTA # 414) 5. ( ) Muy inseguro (PASE A LA PREGUNTA # 414) 99. ( ) NR/NS	
412	¿Cuáles son las razones para considerar que su método o combinación de métodos de protección es seguro o muy seguro?	1. ( ) Porque da confianza, seguridad 2. ( ) Porque ha tenido experiencias positivas con el método 3. ( ) Porque protege 4. ( ) Porque otros le han recomendado el producto 5. ( ) Porque ha recibido información profesional sobre su uso efectivo 99. ( ) NR/NS	(PASE A 419)
413	¿Cuáles son las razones para considerar que su método de protección es regularmente seguro?	1. ( ) Poco eficaz, inseguro 2. ( ) Porque puede fallar o romperse 3. ( ) Igual hay riesgo de adquirir ITS o VIH 4. ( ) Ha conocido de casos de 5. ( ) Mala calidad del producto 6. ( ) Dificultades en su uso 7. ( ) Otras _____ 99. ( ) NR/NS falla del método	(PASE A 419)
414	¿Por qué razón considera que dicho método de protección es inseguro o muy inseguro?	1. ( ) Posible falla o rotura 2. ( ) Porque existe un alto riesgo de embarazo aun con su uso 3. ( ) Requiere cuidados especiales o monitoreo constante 4. ( ) Otras _____ 99. ( ) NR/NS	(PASE A 419)



**SECCION SOLO PARA AQUELLO QUE MARCARON NO EN EL ITEM 404**

<p><b>415</b></p>	<p>¿Por qué no está usando algún método de planificación familiar?</p> <p><b>SECCION SOLO PARA AQUELLO QUE MARCARON NO EN EL ITEM 404</b></p>	<p>1. ( ) Quiere embarazo                  2. ( ) Le hacen daño a la persona o a pareja                  3. ( ) Religión                  4. ( ) Pareja no quiere                  5. ( ) Se ha descuidado                  6. ( ) Le da vergüenza                  7. ( ) Otra _____                  8. ( ) tiene dificultades para acceder a anticonceptivos                  99. ( ) NR/NS</p>
<p><b>416</b></p>	<p>¿En los próximos doce meses, piensan usted o la persona con la que tiene relaciones sexuales usar algún método de planificación familiar?</p>	<p>1. ( ) Si                  2. ( ) No.....(PASE A LA PREGUNTA # 419)                  99.( ) NR/NS</p>
<p><b>417</b></p>	<p>¿Qué método preferiría o están pensando usar?</p> <p><b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b></p>	<p>1. ( ) Pastillas                  2. ( ) DIU                  3. ( ) Anticoncepción de emergencia                  4. ( ) Inyecciones                  5. ( ) Condón masculino                  6. ( ) Condón femenino                  7. ( ) Vaginales                  8. ( ) Norplant/Implante                  9. ( ) Esterilización femenina                  10. ( ) Esterilización masculina                  11. ( ) Billings                  12. ( ) Ritmo                  13. ( ) Retiro                  14. ( ) Otro _____                  99. ( ) NR/NS</p>
<p><b>418</b></p>	<p>Si en este momento quisiera planificar, ¿dónde iría usted a obtener un método de planificación?</p> <p><b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b></p>	<p>1. ( ) CCSS                  2. ( ) EBAIS                  3. ( ) Hospital público                  4. ( ) Clínica pública                  5. ( ) Hospital privado                  6. ( ) Clínica privada                  7. ( ) Consultorio privado                  8. ( ) Farmacia                  9. ( ) Amigas/os                  10. ( ) En la casa                  11. ( ) Médico de empresa                  12. ( ) Otro _____                  99. ( ) NR/NS</p>

PARA TODAS LAS PERSONAS

419	¿Ha recibido usted información sobre la forma correcta de utilizar los métodos anticonceptivos?	1. ( ) Si 2. ( ) No(PASE A LA PREGUNTA # 421) 99. ( ) No responde(PASE A LA PREGUNTA # 421)
420	¿Dónde ha obtenido la información sobre la forma correcta de utilizar estos métodos?  <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Madre 2. ( ) Padre 3. ( ) Hermanos/as 4. ( ) Pareja 5. ( ) Otros familiares 6. ( ) Maestros/as o profesores 7. ( ) Amigos/as 8. ( ) Profesionales de la salud de la CCSS 9. ( ) Hospital o clínica privada 10. ( ) Médico/a privado/a 11. ( ) Farmacia 12. ( ) Psicólogo/a 13. ( ) Sexólogo/a 14. ( ) Medios de comunicación 15. ( ) Libros, folletos 16. ( ) Cursos, talleres 17. ( ) Organizaciones de la sociedad civil 18. ( ) Otros _____ 99. ( ) NR/NS
421	¿Ha recibido usted información sobre las posibles consecuencias secundarias de los métodos anticonceptivos?	1. ( ) Si 2. ( ) No 99. ( ) NR/NS

SECCIÓN 5

CONDÓN MASCULINO

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS
501	¿Ha hecho uso del condón masculino alguna vez en la vida?	1. ( ) No(PASE A LA PREGUNTA # 511) 2. ( ) Sí 99. ( ) NR/NS
502	¿Ha hecho uso del condón masculino en los últimos 12 meses?	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99. ( ) NR/NS
503	Que motivo(s) tiene para usar condón masculino?  <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) Prevenir embarazos 2. ( ) Prevenir la adquisición o transmisión de infecciones de transmisión sexual 3. ( ) Prevenir la adquisición o transmisión de VIH/SIDA 4. ( ) Prevenir la transmisión de VIH/SIDA 5. ( ) Otra: _____ 99. ( ) NR/NS
504	En las relaciones sexuales, ¿quién decide el uso del condón masculino?	1. ( ) Usted 2. ( ) Su pareja 3. ( ) En algunas ocasiones usted y en otras su pareja 99. ( ) NR/NS
505	¿Con quién utiliza o ha utilizado el condón masculino?	1. ( ) Solo con su pareja sexual estable 2. ( ) Solo en relaciones sexuales ocasionales 3. ( ) Con su pareja estable y también en relaciones ocasionales 99. ( ) NR/NS
506	¿Se ha fijado en la fecha de vencimiento del preservativo?	1. ( ) Todas las veces 2. ( ) Algunas veces 3. ( ) Casi nunca 4. ( ) Nunca

		99. ( ) NR/NS
507	¿Con que frecuencia utiliza o ha utilizado el condón masculino en sus relaciones sexuales?	1. ( ) Siempre (PASE A LA PREGUNTA # 509) 2. ( ) Casi siempre (PASE A LA PREGUNTA # 508) 4. ( ) Aproximadamente la mitad de las veces (PASE A LA PREGUNTA #508) 5. ( ) Menos de la mitad de las veces (PASE A LA PREGUNTA #508) 6. ( ) Casi nunca (PASE A LA PREGUNTA # 508) 99. ( ) NR/NS
508	¿Por qué razón no ha utilizado el preservativo con mayor frecuencia?  <b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b>	1. ( ) No sé bien cómo usar el preservativo 2. ( ) Me es difícil conseguirlos 3. ( ) Me da vergüenza ir a comprarlos 4. ( ) No he tenido a mano en el momento necesario 5. ( ) No quiero que mis padres me los encuentren en la casa 6. ( ) Temo que mi pareja reaccione mal 7. ( ) Mi pareja no quiere usarlos 8. ( ) Considero que es incómodo su uso 9. ( ) Me reduce el placer 10. ( ) Otros/Especifique: _____ 99. ( ) NR/NS
509	En su opinión el preservativo es:	A continuación se presenta un grupo de adjetivos que califican el uso del preservativo. En cada caso, usted encontrará dos adjetivos contrarios (por ejemplo cómodo-incómodo), y una opción intermedia (más o menos). Por favor escoja una de las tres opciones (los extremos o el más o menos), <u>y de una respuesta en cada línea</u>

509.1	1- ( ) Cómodo	2-( ) Más o menos	3- ( ) Incómodo
509.2	1- ( ) Inseguro	2-( ) Más o menos	3- ( ) Seguro
509.3	1- ( ) Difícil de poner	2-( ) Más o menos	3- ( ) Fácil de poner
509.4	1- ( ) Necesario	2-( ) Más o menos	3- ( ) Innecesario
509.5	1- ( ) Caro	2-( ) Más o menos	3- ( ) Barato

510	La última vez que tuvo relaciones sexuales (anales, vaginales u orales), ¿utilizo el condón?	1. ( ) Sí 2. ( ) No 99. ( ) NR/NS
-----	--	---

**SALTE A LA SECCION 6**

**SOLO PARA AQUELLO QUE MARCARON NO EN LA PREGUNTA 501**

<p><b>511</b></p> <p>¿Cuáles son sus razones para no haber usado nunca condón masculino?</p> <p><b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b></p>		<p>1. ( ) Por su olor</p> <p>2. ( ) Porque con la pareja no hay riesgo de adquirir V</p> <p>3. ( ) Porque es incomodo</p> <p>4. ( ) Porque es solo para gente joven</p> <p>5. ( ) Porque interrumpe el acto sexual</p> <p>6. ( ) Porque no le agrada</p> <p>7. ( ) Porque no le da suficiente confianza</p> <p>8. ( ) Porque no lo conoce</p> <p>9. ( ) Porque no sabe usarlos</p> <p>10. ( ) Porque Sí lo uso la pareja puede creer que no confía en ella o él</p> <p>11. ( ) Porque utiliza otro método anticonceptivo</p> <p>12. ( ) Otros (indique por favor) _____</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>
<p><b>512</b></p>	<p>¿Tiene disposición a utilizar condón masculino en sus futuras relaciones sexuales?</p>	<p>1. ( ) Sí</p> <p>2. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>
<p><b>513</b></p>	<p>¿Con qué frecuencia puede usted tener preservativos?</p>	<p>1. ( ) Siempre que lo necesita</p> <p>2. ( ) La mayoría de las veces</p> <p>3. ( ) Solo de vez en cuando</p> <p>4. ( ) Muy pocas veces</p> <p>5. ( ) Nunca</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>

**SECCIÓN 6**

**CONDÓN FEMENINO**

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS
<p><b>601</b></p>	<p>¿Sabe de la existencia del Condón Femenino?</p>	<p>1. ( ) No (<b>PASE A LA PREGUNTA # 614</b>)</p> <p>2. ( ) Sí</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>
<p><b>602</b></p>	<p>¿En qué lugar o medio en que vio o escuchó sobre el condón femenino?</p> <p><b>PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES</b></p>	<p>1. ( ) En revista o prensa escrita</p> <p>2. ( ) En el centro de salud</p> <p>3. ( ) En televisión o radio</p> <p>4. ( ) En algún centro universitario o para universitario</p> <p>5. ( ) Familia, amigos o conocidos</p> <p>6. ( ) En el trabajo</p> <p>7. ( ) Otros: _____</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>
<p align="center"><b>603 ¿Qué características que conoce del condón femenino? (PUEDE SEÑALAR VARIOS)</b></p>		
<p><b>MARQUE SÍ/ESPONTÁNEO SI LA PERSONA LA MENCIONA LUEGO, PARA CADA CARACTERÍSTICA NO MENCIONADA PREGUNTE:</b></p> <p>¿Ha oído hablar de que...(característica)?</p>	<p><b>A. Cubre los genitales externos</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>B. Cuesta casi 4 veces más caro que el condón masculino</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p>	

	<p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>C. Da mayor responsabilidad y empoderamiento a la mujer</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>D. Es caro</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>E. Es como una bolsa o saco</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>F. Es de poliuretano</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>G. Usarlo depende de una misma</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>H. No se vende farmacias</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>I. Se coloca en la vagina</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>J. Se puede colocar hasta 8 horas antes</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>K. Sirve para una sola relación sexual</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>L. Tiene anillos, uno interno y uno externo</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p> <p><b>M. No conoce ninguna</b></p> <p>1. ( ) Si/espontaneo</p> <p>2. ( ) Si/reconocido</p> <p>3. ( ) No</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>
--	---

604	¿Ha usado el condón femenino alguna vez en la vida?	<p>1. ( ) No (PASE A LA PREGUNTA # 614)</p> <p>2. ( ) Sí</p> <p>99. ( ) NR/NS</p>
-----	---	---

605	¿Cuántas veces ha usado el condón femenino?	Indicar:_____
606	¿Cómo evaluaría la experiencia con el condón femenino la primera vez que lo usó?	1. ( ) Muy buena (PASE A LA PREGUNTA # 608) 2. ( ) Buena (PASE A LA PREGUNTA # 608) 3. ( ) Ni buena ni mala 4. ( ) Mala 5. ( ) Muy mala 99. ( ) NR/NS
607	¿Cuáles son sus razones por las que tuvo una mala experiencia con condón femenino?	Anotar:_____
608	¿Cómo obtuvo el condón femenino la última vez que utilizó?	1. ( ) Un regalo de terceros 2. ( ) Lo obtuvo en el centro de salud 3. ( ) Otro:_____ 99. ( ) NR/NS

**609¿Cuáles aspectos menos le agradaron del condón femenino?**

<p><b>MARQUE SÍ/ESPONTÁNEO SI LA PERSONA LO MENCIONA LUEGO, PARA CADA CARACTERÍSTICA NO MENCIONADA PREGUNTE: ¿Ha oído hablar de que...(aspecto)?</b></p>	<p><b>A. Al no verlo, no sabe Sí se ha roto o no</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>B. Dificulta la obtención de placer</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>C. Es incomodo</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>D. Es muy grande</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>E. Los anillos</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>F. Trae mucho lubricante</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>G. Suena durante el acto sexual</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>H. Temor a que se vaya para dentro</b> 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p><b>I. Ninguna</b></p>
--	--

- 1. ( ) Si/espontaneo
- 2. ( ) Si/reconocido
- 3. ( ) No
- 99. ( ) NR/NS

J. .Otros: \_\_\_\_\_

**610¿Cuáles aspectos más le agradaron del condón femenino?**

**MARQUE SÍ/ESPONTÁNEO SI LA PERSONA LA MENCIONA LUEGO, PARA CADA ASPECTO NO MENCIONADO PREGUNTE: ¿Ha oído hablar de que es...(aspecto)?**

- A. Cubre los genitales externos**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- B. Es higiénico**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- C. Es más resistente que el condón masculino**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- D. Es útil cuando se tiene sexo ocasional**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- E. Le permitió decidir sobre su uso, se sintió empoderada**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- F. Los anillos que posee**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- G. No produce alergia**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- H. Permite caminar, bailar o hacer cualquier actividad con él puesto**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- I. Protege de ITS**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- J. Protege de VIH/SIDA**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No
  - 99. ( ) NR/NS
- K. Se podía colocar antes**
  - 1. ( ) Si/espontaneo
  - 2. ( ) Si/reconocido
  - 3. ( ) No

		99. ( ) NR/NS L. Otras: _____
611	Con quién ha utilizado condón femenino de preferencia	1. ( ) Solo su pareja sexual estable 2. ( ) Solo en relaciones sexuales ocasionales 3. ( ) Con su pareja estable y también en relaciones ocasionales 99. ( ) NR/NS
612	¿Tiene disposición a seguir usando condón femenino en futuras relaciones sexuales?	1. ( ) No 2. ( ) Sí 99. ( ) NR/NS

613 ¿Cuáles son las principales ideas con que se asocia el condón femenino?

<p style="text-align: center;"><b>MARQUE SÍ/ESPONTÁNEO SI LA PERSONA LA MENCIONA LUEGO, PARA CADA ASPECTO NO MENCIONADO PREGUNTE: ¿Lo asocia con...(idea)?</b></p>	<p>A. ( ) Bolsa o saquito 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>B. ( ) Comercio sexual 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>C. ( ) Condón masculino 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 9. ( ) NR/NS</p> <p>D. ( ) Curiosidad 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>E. ( ) Desconfianza en la pareja 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>F. ( ) Mayor poder de decisión de la mujer 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>G. ( ) Prevención de embarazo 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>H. ( ) Prevención del VIH/SIDA 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p> <p>I. ( ) Seguridad, sexo seguro 1. ( ) Si/espontaneo 2. ( ) Si/reconocido 3. ( ) No 99. ( ) NR/NS</p>
--	--



- J. ( ) Sexo ocasional  
 1. ( ) Si/espontaneo  
 2. ( ) Si/reconocido  
 3. ( ) No  
 99. ( ) NR/NS
- K. ( ) Ninguna  
 1. ( ) Si/espontaneo  
 2. ( ) Si/reconocido  
 3. ( ) No  
 99. ( ) NR/NS
- L. ( ) Otra

**SALTE A LA PREGUNTA 620**

**SECCION SOLO PARA LAS QUE MARCARON QUE NO EN EL ÍTEM 601 O 604**

614	¿Cuáles son sus razones para no haber usado nunca el condón femenino?	1. ( ) Porque no ha podido conseguirlo 2. ( ) Porque no me dan confianza suficiente 3. ( ) Porque no los conozco 4. ( ) Porque utilizo otro método anticonceptivo 5. ( ) Porque son muy caros 6. ( ) Porque creo que no se siente placer o se pierde sensación 7. ( ) Porque Sí lo uso mi pareja puede creer que no confío en él 8. ( ) Porque creo que es incomodo 9. ( ) Otra: _____ 99. ( ) NR/NS
615	¿Tiene disposición a probar el condón femenino en sus futuras relaciones sexuales?	1. ( ) Sí 2. ( ) No (PASE A LA PREGUNTA # 620) 99. ( ) NR/NS
616	¿Con cuanta frecuencia con que estaría dispuesta a utilizar el condón femenino en sus relaciones sexuales?	1. ( ) Siempre 2. ( ) Casi siempre 3. ( ) A veces 4. ( ) Depende de la primera experiencia 99. ( ) NR/NS
617	¿Que la motivaría a probar o seguir usando el condón femenino? (PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES)	1. ( ) Contar con más información 2. ( ) Que lo regalaran 3. ( ) Que lo vendieran más barato 4. ( ) Que sea seguro y efectivo 5. ( ) Curiosidad 6. ( ) Comodidad 7. ( ) Otros: _____ 99. ( ) NR/NS
618	¿Con quién usaría el condón femenino de preferencia en el futuro?	1. ( ) Solo con su pareja sexual estable 2. ( ) Solo en relaciones sexuales ocasionales 3. ( ) Con su pareja estable y en relaciones ocasionales 99. ( ) NR/NS
619	¿Con cuanta facilidad cree que pueda tener acceso al Condón Femenino?	1. ( ) Muy fácil 2. ( ) Fácil 3. ( ) Ni fácil ni difícil 4. ( ) Difícil 5. ( ) Muy difícil 99. ( ) NR/NS

PARA TODAS LAS MUJERES

620	Cuanto estaría dispuesto(a) a pagar por una unidad de condón femenino	Indicar_____
621	¿Qué lugares considera son más apropiados para vender o distribuir el condón femenino?	1. ( ) Agrupaciones como ONG u otras instancias que trabajen el tema de salud sexual reproductiva 2. ( ) Bares, tabernas u otros centros de reunión social 3. ( ) Centros de salud 4. ( ) Farmacias 5. ( ) Lugares de comercio sexual 6. ( ) Moteles u hoteles 7. ( ) Supermercados 8. ( ) Universidades 9. ( ) Otros:_____ 99. ( ) NR/NS
622	¿Cómo percibe la cantidad de información sobre el Condón femenino?	1. ( ) Mucha información 2. ( ) Algo de información 3. ( ) Poca información 4. ( ) No hay información 99. ( ) NR/NS
623	¿Qué tipo de información necesitaría para sentirse informada o mostrar interés en usar el condón femenino?	1. ( ) Características del producto 2. ( ) Capacitación sobre su uso 3. ( ) Nivel de eficacia 4. ( ) Lugares de venta 5. ( ) Conocerla experiencia de terceros 6. ( ) Certificaciones del producto 7. ( ) Precio 8. ( ) No necesita más información 9. ( ) Otra:_____ 99. ( ) NR/NS
624	¿Tiene interés en recibir información sobre el condón femenino?	1. ( ) Sí 2. ( ) No ( <b>TERMINA EL CUESTIONARIO</b> ) 99. ( ) NR/NS
625	¿Qué lugares y medios preferidos para recibir información del condón femenino?	1. ( ) ONG u otras instancias relacionados al tema de SS/SR 2. ( ) Centros de enseñanza superior 3. ( ) Centros de salud 4. ( ) Farmacias 5. ( ) Prensa escrita o revistas 6. ( ) Radio 7. ( ) Televisión 8. ( ) Vía pública 9. ( ) Otras:_____ 99. ( ) NR/NS

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**UNFPA – Caja Costarricense de Seguro Social**  
**Ficha De Ingreso**  
**Estudio De Aceptabilidad Del Condón Femenino En Población Transfronteriza**  
**Habitante De Upala Y Población Urbana De San José**

1. Nombre Completo

---

2. Dirección exacta del domicilio

---

3. Números de teléfono donde se le pueda localizar

---

4. ¿Desea que nos contactemos con usted para brindarle apoyo durante el proceso de prueba?

Si ( )

No ( )

---

**UNFPA – Caja Costarricense de Seguro Social**  
**Ficha De Ingreso**  
**Estudio De Aceptabilidad Del Condón Femenino En Población Transfronteriza**  
**Habitante De Upala Y Población Urbana De San José**

1. Nombre Completo

---

2. Dirección exacta del domicilio

---

3. Números de teléfono donde se le pueda localizar

---

4. ¿Desea que nos contactemos con usted para brindarle apoyo durante el proceso de prueba?

Si ( )

No ( )

**UNFPA – Caja Costarricense de Seguro Social**  
**Lista de comprobación para mujeres agredidas - (Walker)**  
**Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de**  
**Upala y población urbana de San José**

1. ¿Tiene que saber dónde está usted todo el tiempo?
2. ¿La acusa constantemente de serle infiel?
3. ¿Desestimula sus relaciones con su familia y amigo(as)?
4. ¿Quiere que usted deje de trabajar o estudiar?
5. ¿La crítica por pequeñas cosas?
6. ¿Se enoja con facilidad especialmente cuando está intoxicado por alcohol o bajo el efecto de drogas?
7. ¿Controla todas las finanzas del hogar y la hace rendir cuentas por cada centavo que usted gasta?
8. ¿Se niega a mantener un trabajo y la obliga a pagar todas las cuentas?
9. ¿La insulta o la humilla en frente de otras personas?
10. ¿Destruye sus propiedades personales o las cosas que usted quiere?
11. ¿Exige tener relaciones sexuales cuando usted no lo desea?
12. ¿Le pega, da puñetazos, cachetadas, empujones, le jala el pelo, la sacude, le tuerce los brazos o las piernas o la muerde a usted o a sus hijos(as)?
13. ¿Amenaza con lastimarla a usted o a sus hijos(as)?
14. ¿La amenaza o utiliza armas contra usted o sus hijos(as)?
15. ¿La obliga o fuerza a realizar actos sexuales en los que usted no está de acuerdo?

**Podemos considerar que nos encontramos frente a una mujer agredida cuando hay más de cinco (5) respuestas afirmativas o cuando la respuesta a cualquiera de las preguntas 12,13,14 ó 15 es afirmativa.**

**UNFPA – CCSS**  
**Ficha De Percepción Del Uso Del Condón Femenino – Mujeres**  
**Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza**  
**habitante de Upala y población urbana de San José**

¿Qué pensaba del condón femenino, antes de usarlo?

¿Tuvo alguna conversación con su pareja u otra persona al respecto?, por favor cuéntenos. (que dudas tenía)

¿Cómo se dio la decisión para usar el condón femenino?

¿Le agrada el aspecto del condón femenino?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

¿Le causa dificultad colocarse el condón femenino en la vagina?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ POCO \_\_\_\_\_ MUCHO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

¿Con cuánto tiempo de anticipación a la relación sexual se colocó el condón femenino?

a) 8 horas \_\_\_\_\_ b) 4 horas \_\_\_\_\_ c) dos horas \_\_\_\_\_ d) una hora \_\_\_\_\_

e) antes de la penetración f) otro \_\_\_\_\_

**4.- Indique por favor:**

a) ¿Su pareja interviene en la colocación?

b) ¿Es erótico o excitante hacerlo?

c) ¿Hubo estimulación Previa?

d) ¿Hubo excitación, lubricación?

e) ¿Hubo caricias, besos?

**¿Qué sensación le provocó el condón antes del acto sexual, cuando estaba en el interior de la vagina (marque con una X)**

a) Incomodidad                      b) seguridad                      c) Inseguridad

d) Recelo                      e) Vergüenza                      f) Ninguna

g) Corta la relación, la pasión del momento

**Explique sus respuestas.**

**¿En el momento del acto sexual qué sensación le provocó (marque con una X):**

a) Nada en especial                      b) Incomodidad                      c) Inseguridad                      d) Seguridad

e) Siente placer sin dificultad                      f) El no quiso continuar                      g) No le permitió sentir placer

h) Fue fácil introducir el pene                      i) Usted interrumpió el acto sexual porque se inhibió su placer sexual por el uso del condón

**Explique la respuesta**

**¿Tuvo dificultad para retirarse el condón de la vagina? Marque con una X**

a) Difícil retirárselo                      b) Es fácil hacerlo                      c) Fue doloroso

**¿Se retiró rápidamente?**    SI\_\_\_\_\_                      NO\_\_\_\_\_

**¿Lo dejó algún tiempo luego de terminada la relación sexual?**    SI\_\_\_\_\_                      NO\_\_\_\_\_

**¿Fue fácil desecharlo?**

**¿Cómo lo hizo?**

**¿Le quedo alguna sensación en la vagina? Explique**

**¿Cómo se siente después de haber utilizado el condón femenino? ( Marque con una X)**

- a) Avergonzada                      b) Insegura de la protección                      c) Segura de la protección  
d) Fastidiada                      e) Inconforme                      f) Satisfecha

Explique porque?

**¿Lo volvería utilizar? Explique por favor**

**¿Cómo reacciono su pareja luego del uso del condón femenino? (Marque con una X)**

- a) Inseguro de la protección                      b) Seguro de la protección                      c) Fastidiado                      d) inconforme                      e) satisfecho

**¿Le gustaría seguir utilizando en sus relaciones sexuales el condón femenino? (Marque con una X)**

SI \_\_\_\_\_                      NO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

**¿Cuál es la mayor diferencia entre usar el condón femenino y el masculino?**

En el momento en que se coloca el condón el hombre o la mujer

En el juego sexual

En la penetración

Posterior cuando se acaba el acto



La realización y publicación de este estudio han sido posibles gracias al financiamiento del Proyecto AECID-UNFPA “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, incluida la prevención del VIH y la violencia en género, en poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes”, así como al apoyo de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) y The HIV/AIDS Branch del Fondo de Población de Naciones Unidas.



UNFPA  
Fondo de Población de las Naciones Unidas

MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES  
COLOMBIA

AECID