



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autora:** Chisaguano Adame, Jeannette Patricia

**Tutor:** Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

Ambato – Ecuador

Abril, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014”**, de Jeannette Patricia Chisaguano Adame, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero de 2015

EL TUTOR

---

Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014**”, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Febrero de 2015

LA AUTORA

---

Chisaguano Adame, Jeannette Patricia

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

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

Ambato, Febrero de 2015

LA AUTORA

---

Chisaguano Adame, Jeannette Patricia

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014”**, de Jeannette Patricia Chisaguano Adame, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril de 2015

---

PRESIDENTE/A

---

1ER VOCAL

---

2DO VOCAL

## **DEDICATORIA**

La presente tesis y mi Carrera completa, se la dedico primeramente a DIOS por darme la vida, esperanza en las adversidades, por permitir aprender de la Medicina, para poder ejercer de forma auténtica una de las más hermosas de las profesiones. Todo lo aprendido lo brindaré a favor de toda persona que lo necesite. También agradezco a mis padres, por confiar en mí, por su amor y apoyo incondicional. También a mis hermanos, por sus palabras de aliento y perseverancia en medio de desvelos.

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento profesional y humano.

**Chisaguano Adame, Jeannette Patricia**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Jesús por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, por hacer realidad este sueño anhelado.

Al Tutor de esta tesis Dr. Vinicio Mera, le agradezco por el tiempo dedicado, su paciencia, y la orientación en cada uno de los capítulos, también a la Dra. Aida Aguilar por su asesoría incondicional desde el inicio hasta el final de este estudio, con mucha sabiduría y don humano que es un atributo digno de imitar.

Chisaguano Adame, Jeannette Patricia

## ÍNDICE

### A. PAGINAS PRELIMINARES

Portada.....	i
Aprobación del Tutor .....	ii
Autoría del Trabajo de Grado .....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria .....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice.....	viii
Resumen.....	xiv

### B. TEXTO

Introducción .....	1
--------------------	---

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.3 Análisis Crítico.....	6
1.4 Prognosis .....	7
1.5 Formulación del Problema .....	7
1.6 Preguntas Directrices.....	7
1.7 Delimitación .....	8
1.8 Justificación.....	8
1.9 Objetivos .....	9

1.9.1	Objetivo General .....	9
1.9.2	Objetivos Específicos .....	10

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1	Antecedentes Investigativos .....	11
2.2	Fundamentacion Filosófica .....	12
2.3	Fundamentación Legal .....	13
2.4	Categorías Fundamentales.....	16
2.5	Fundamentación Teórica .....	17
2.5.1	Preservativo Femenino.....	17
2.5.2	Educación Sexual .....	23
2.5.3	Derechos Sexuales y Reproductivos .....	33
2.5.4	Salud Sexual y Reproductiva .....	36
2.5.5	Medicina Preventiva.....	38
2.5.6	Prevención.....	38
2.5.7	Estrategias de Prevención .....	41
2.5.8	Infecciones de Transmisión Sexual.....	46
2.6	Hipótesis.....	54
2.7	Señalamiento de Variables de la Hipotesis .....	54
	Variable Independiente .....	54
	Variable Dependiente: .....	54

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1	Enfoque .....	55
3.2	Modalidad de la Investigación .....	55
3.3	Nivel de Investigación.....	55
3.4	Población y Muestra.....	56
3.5	Operacionalización de Variables.....	57

3.5.1	Variable Independiente .....	57
3.5.2	Variable Dependiente .....	58
3.6	Recolección y Analisis de la Información.....	59
3.6.1	Recolección de la Información .....	59
3.6.2	Procesamiento y Analisis de Datos .....	59

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

4.1	Características generales de la población .....	60
4.2	Características sociodemográficas .....	60
4.2.1	Edad.....	60
4.2.2	Lugar de Residencia.....	61
4.2.3	Religión.....	62
4.2.4	Autoidentificación Étnica.....	62
4.3	Antecedentes Ginecológicos .....	63
4.4	Conocimiento y Uso del Preservativo Femenino .....	65
4.5	Predisposición de Uso .....	69
4.6	Verificación de Hipótesis .....	74

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones .....	76
5.2	Recomendaciones .....	77

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1	Datos Informativos .....	78
6.1.1	Tema.....	78
6.1.2	Institución.....	78

6.1.3	Beneficiarios .....	78
6.1.4	Tiempo Estimado para la Ejecución .....	78
6.1.5	Equipo Responsable .....	79
6.1.6	Presupuesto .....	79
6.2	Antecedentes de la Propuesta .....	79
6.3	Justificación.....	80
6.4	Objetivos .....	81
6.4.1	Objetivo General .....	81
6.4.2	Objetivos Específicos.....	81
6.5	Análisis de Factibilidad .....	81
6.6	Fundamentación Científico – Técnica.....	82
6.6.1	¿Qué es el preservativo femenino? .....	82
6.6.2	¿Por qué un preservativo femenino? .....	83
6.6.3	Seguridad, eficacia y aceptabilidad.....	84
6.6.4	Consideraciones acerca de la reutilización del condón femenino... 84	
6.6.5	Importancia del conocimiento y uso del preservativo femenino ....	85
6.7	Análisis de Participación .....	86
6.8	Modelo Operativo.....	87
6.9	Administración de Recursos.....	89
6.10	Previsión de la Evaluación .....	89

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bibliografía .....	90
Citas Bibliográficas – Base de Datos U.T.A.....	98

## **ANEXOS**

Anexo 1 .....	99
Anexo 2 .....	100

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Diferencias preservativo masculino y femenino .....	22
<b>Tabla 2</b> Operacionalización variable independiente .....	57
<b>Tabla 3</b> Operacionalización variable dependiente .....	58
<b>Tabla 4</b> Ha usado alguna vez el condón femenino.....	68
<b>Tabla 5</b> Relación de las características de la población con la posibilidad de usar para prevenir infecciones de transmisión sexual.....	73
<b>Tabla 6</b> Relación entre el conocimiento y predisposición de uso del preservativo femenino como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual	74
<b>Tabla 7</b> Modelo operativo de la propuesta .....	88

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> Preservativo femenino.....	18
<b>GRÁFICO 2</b> Posturas para la colocación del condón femenino .....	20
<b>GRÁFICO 3</b> Pasos para colocar el condón femenino .....	20
<b>GRÁFICO 4</b> Estrategias de prevención.....	42
<b>GRÁFICO 5</b> Casos estimados de ITS curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis).....	47
<b>GRÁFICO 6</b> Edad de las estudiantes.....	60
<b>GRÁFICO 7</b> Residencia actual de las estudiantes.....	61
<b>GRÁFICO 8</b> Religión de las estudiantes .....	62
<b>GRÁFICO 9</b> Grupo étnico al que pertenecen las estudiantes.....	62
<b>GRÁFICO 10</b> Ha iniciado su vida sexual.....	63
<b>GRÁFICO 11</b> Actualmente, usa algún método anticonceptivo.....	64
<b>GRÁFICO 12</b> Finalidad de uso del método anticonceptivo .....	64
<b>GRÁFICO 13</b> Ha escuchado hablar sobre el preservativo femenino .....	65
<b>GRÁFICO 14</b> En dónde ha recibido la información sobre preservativo femenino .....	66
<b>GRÁFICO 15</b> Conocimiento de las universitarias sobre el preservativo femenino .....	67
<b>GRÁFICO 16</b> Razones para no haber usado nunca el condón femenino.....	68
<b>GRÁFICO 17</b> Recomendaría usar el condón femenino .....	69
<b>GRÁFICO 18</b> Usaría el preservativo femenino para prevenir infecciones de transmisión sexual.....	70
<b>GRÁFICO 19</b> Posibilidad de tener relaciones sexuales si su pareja no acepta que usted utilice el condón femenino.....	70
<b>GRÁFICO 20</b> Situación que le motivarían a utilizar el condón femenino.....	71
<b>GRÁFICO 21</b> Relación de la religión y la recomendación de uso del preservativo femenino.....	72
<b>GRÁFICO 22</b> Relación de la utilización actual de métodos de anticonceptivo en sus relaciones sexuales y la recomendación de uso del preservativo femenino ...	72
<b>GRÁFICO 23</b> Administración de recursos.....	89

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

**“CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014”**

**Autora:** Chisaguano Adame, Jeannette Patricia

**Tutor:** Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

**Fecha:** Febrero de 2015

**RESUMEN**

La importancia del control por parte de las mujeres de métodos anticonceptivos y aquellos que previenen las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA, es un tema que adquiere importancia en el marco del aumento de las mujeres afectadas por la epidemia. El objetivo de este trabajo, un estudio mediante encuestas, es identificar el conocimiento y el uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, utilizando una metodología cuantitativa. La muestra estuvo formada por 318 estudiantes de sexo femenino. Los resultados muestran que el 94,78% de encuestadas han oído hablar del preservativo femenino, pero nunca lo han usado. Las variables que lo sustentan son, porque no lo han visto y no saben usar. En cuanto a la disposición a usarlo, las variables más influyentes para las universitarias son recomendar su uso y usar en futuras relaciones sexuales como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual; además la situación que les motivaría a usar el condón femenino es tener más información del tema. Estos resultados adquieren una relevancia especial en las investigaciones centradas en reducir el aumento de

casos de infecciones de transmisión sexual en la población de mujeres universitarias y abren nuevas perspectivas alrededor de esta temática.

**PALABRAS CLAVES:** PRESERVATIVO\_FEMENINO, MÉTODOS\_ ANTICONCEPTIVOS, PREVENCIÓN\_INFECCIONES, TRANSMISIÓN\_SEXUAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CAREER OF MEDICINE

**“KNOWLEDGE AND USE OF FEMALE CONDOM AS PREVENTION STRATEGY OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN STUDENTS OF NURSING CAREER TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO, PERIOD JUNE - DECEMBER 2014”.**

**Author:** Chisaguano Adame, Jeannette Patricia

**Tutor:** Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

**Date:** February 2015

**SUMMARY**

The importance of control of contraceptive methods by women and those that prevent sexually transmitted infections, especially HIV/AIDS, it is a subject with so much importance in the context of increasing women affected by the epidemic. The object of this work, a study using surveys is to evaluate the knowledge and use of the female condom as a strategy for preventing sexually transmitted infections in students from the Technical University of Ambato, using quantitative methodology. The sample consisted of 318 female students. The results show that 94.78% of respondents have heard of the female condom, but I have never used. The variables that underlie it are, because they have not seen and do not know how to use. As for the willingness to use it, the most influential variables for university are recommending its use and use in future sex as a method of preventing sexually transmitted infections; well the situation would motivate them to use the female condom is more information on the subject. These results are particularly relevant in investigations focused on reducing the increase in cases of sexually transmitted infections in the population of college women and open new perspectives about this subject.

**KEYWORDS:** FEMALE\_CONDOM, CONTRACEPTIVE\_METHODS,  
PREVENTION\_SEXUALLY, TRANSMITTED\_INFECTIONS.

## INTRODUCCIÓN

Hasta muy recientemente el preservativo masculino ha sido el único método disponible para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y, en especial, para la infección por VIH, junto a su papel anticonceptivo, otorgando así al hombre un gran control sobre la protección y dejando a la mujer en una situación desventajosa, dado que el control no depende de ella y, en muchos casos y contextos, la negociación del uso del preservativo masculino es muy difícil. Sin embargo, desde 1993, en que la Food and Drug Administration Norteamericana (FDA) aprobó la comercialización del preservativo femenino. Si bien es cierto que las mujeres disponen de otros métodos anticonceptivos de alta aceptabilidad y elevada eficacia como la píldora; el preservativo femenino es el único método que junto a su papel preventivo de infecciones de transmisión sexual permite también la anticoncepción, otorgando a priori a la mujer el control sobre ambos objetivos conjuntamente.

El preservativo femenino está elaborado de nitrilo, un material más resistente que el látex con el que se elaboran los preservativos masculinos, lo que implica que exista un potencial de ruptura menos frecuente, tiene una mayor conductividad térmica y está dotado de abundante lubricación para facilitar su inserción. Además, reduce el dolor durante el coito y no provoca cambios en la flora vaginal, además de reducir la probabilidad de cáncer de cerviz. A diferencia de los preservativos masculinos, el preservativo femenino puede ser usado con cualquier tipo de lubricantes sin que se ponga en peligro su resistencia. Además, el hecho de que la inserción del preservativo femenino no está condicionada a la erección, pudiendo ser colocado hasta con ocho horas de antelación a su uso y su retirada no es dependiente de la pérdida de erección representa ventajas añadidas sobre el preservativo masculino.

Los estudios sobre este nuevo recurso preventivo se han centrado en determinar la efectividad y su viabilidad de uso. Aquellos trabajos que evalúan la seguridad del preservativo femenino la cifran en torno a un 98% vinculada a un uso correcto.

Las investigaciones llevadas a cabo, a nivel mundial confirman la mayor difusión en los últimos años del preservativo femenino, pero el uso continúa siendo escaso entre el colectivo de mujeres jóvenes.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 TEMA**

“CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014”.

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

Desde el lanzamiento internacional del preservativo femenino en 1993, la OMS ha destacado la importancia de promocionar este nuevo método como una herramienta alternativa en la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus parejas, destacando las características del método que le convierten en único: ofrece a la mujer el control de la doble protección contra embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, es seguro para la salud y no necesita ser recetado por profesionales médicos (Lameiras & Ricoy, 2011).

Una de las formas más efectivas de prevenir el contagio con infecciones de transmisión sexual (ITS) es mediante la práctica de sexo seguro. Relativamente pocas mujeres en el mundo han adoptado el condón femenino, que es actualmente

el único método anticonceptivo disponible usado por iniciativa de la mujer. (Mack & Amsterdam, 2011).

A pesar de haber estado en el mercado por más de una década, el abastecimiento de los condones femeninos son escasos en los países en desarrollo, y su uso continúa siendo reducido. Algunas investigaciones confirman la efectividad de los condones femeninos en la prevención del embarazo y de las ITS (Cecil, 2014).

Sin embargo, en el contexto de los programas a gran escala, los datos existentes sobre el impacto a largo plazo de la promoción y uso del condón femenino en el VIH/SIDA y otras ITS, son todavía limitados (Barrantes, 2012).

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que anualmente aparecen más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables, y aproximadamente 2,1 millones de nuevos individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (OMS, Infecciones de Transmisión Sexual, 2013). La ONUSIDA/OMS señala que cerca de la mitad de los 37,2 millones de adultos (15 a 49 años) que viven con el VIH son mujeres, representando el mayor porcentaje en África subsahariana, la violencia de género se ha identificado como una importante causa de las infecciones por VIH/SIDA entre las mujeres de esta región. Las estrategias de prevención deben abordar la desigualdad de poder entre el hombre y la mujer, y las normas y costumbres que sitúan a la mujer en una situación de mayor riesgo frente a la exposición al VIH (ONUSIDA, Datos estadísticos mundiales de VIH/SIDA, 2013).

Las mujeres cuentan con opciones limitadas para prevenir las ITS, aunque representan casi la mitad de la población infectada en el mundo. Además, son desde punto de vista biológico, más vulnerables a la transmisión por parte de un compañero infectado que los hombres, estando las mujeres jóvenes en el mayor nivel de riesgo. Más importante aún, factores económicos, sociales y culturales asociados a la falta de poder de las mujeres hacen que no sean viables, para

muchas de ellas las estrategias actuales para prevenir el VIH basadas en la abstinencia, la monogamia, el uso del condón, menos compañeros sexuales y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, pues a menudo carecen de la capacidad para negociar la práctica de sexo seguro. Existe por lo tanto una necesidad urgente de estrategias de prevención del VIH que les permitan a las mujeres tener un mayor control. El preservativo (o condón) femenino es el único método de sexo seguro controlado por las mujeres que está disponible. Si bien éste método es eficaz y relativamente aceptado por las mujeres, su utilidad está limitado por el costo, la actitud negativa de los hombres, sus propiedades anticonceptivas y los aspectos prácticos de su uso (Fernández & Manzur, Mujeres, sexualidad, cuidados, VIH-SIDA, 2012).

En el Ecuador, el uso del preservativo femenino no es habitual, peor aún intentar comprar uno, ya que no es conocido y prácticamente está ausente del uso y de las prácticas sexuales de los hombres y mujeres ecuatorianas. Entre enero y mayo del 2013 se ha diagnosticado a 1.897 pacientes en el grupo de ITS. De esa cifra, 1.437 son mujeres y 460 hombres. La mayoría de pacientes que padecen estos males (1.460) tiene entre 20 y 49 años (MSP, 2013).

La violencia doméstica y sexual constituye una enorme barrera para las mujeres que quieren acceder a anticonceptivos y tomar control de sus cuerpos y de su salud reproductiva. Las relaciones sexuales forzadas o sin protección colocan a las mujeres en situación de riesgo de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA. Sería posible prevenir muchas enfermedades de transmisión sexuales, si los hombres sistemáticamente utilizaran condones al entablar relaciones sexuales y se abstuvieran de tenerlas cuando la mujer padece dolores u otros problemas. Muchas mujeres tienen miedo pedir a sus compañeros que usen condones durante las relaciones sexuales, por temor a las reacciones violentas (Cantos, 2009).

Muchos de los problemas que se presentan en los y las jóvenes están asociados al inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples parejas, no uso de

anticonceptivos ni práctica de sexo seguro, consumo de alcohol y otras drogas ilícitas, así, relaciones sexuales riesgosas en las que se participa sin plena conciencia del hecho tienen consecuencias negativas como: embarazos no planificados ni deseados, hijos de padre desconocido y riesgo de contagio de ITS, agresión física, suicidios, abuso o violencia sexual, entre otros. (Saeteros & Piñero, 2013).

Sin duda, los estudiantes universitarios transitan por una etapa crucial del desarrollo, la juventud, que encara situaciones de vida trascendentales y es necesario poseer una adecuada educación sexual y esto se logra al tener conocimiento con suficiente profundidad sobre la prevención de enfermedades y de métodos de protección. Cuando faltan estos conocimientos, la ignorancia puede repercutir de manera significativa sobre la persona en cuestión, la pareja y la familia, y crear serios conflictos (Nuñez, 2009).

En este sentido, cobran vital importancia la incorporación de medidas de autocuidado y la adopción conjunta de conductas preventivas con la pareja sexual, que disminuyan el riesgo de ETS.

Estas preocupaciones no son ajenas a las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, cuyas opiniones son de vital importancia en el objetivo de dar sostenibilidad a las iniciativas de promoción del condón femenino como estrategia de prevención de la ITS y que contribuyen, a fortalecer la autonomía de las mujeres en el ámbito de las decisiones sexuales y reproductivas.

### **1.3 ANALISIS CRÍTICO**

La política de salud ha establecido múltiples programas como estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual uno de los métodos es el condón masculino y condón femenino que además son anticonceptivos.

Si bien el MSP ha implementado el condón femenino como método preventivo, y no se ha difundido su importancia, y al parecer las estudiantes de la carrera de Enfermería desconocen sus características, ventajas, desventajas y no saben cómo usarlo, por lo tanto se debe realizar la presente investigación para obtener la información requerida.

#### **1.4 PROGNOSIS**

Al no identificar el conocimiento y el uso del preservativo femenino no se puede sustentar las estrategias de prevención basadas en su utilización, dirigida no solo a las estudiantes de la carrera de Enfermería sino también a los y las estudiantes de las demás facultades de la Universidad Técnica de Ambato.

#### **1.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el conocimiento y uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, período junio-diciembre 2014?

#### **1.6 PREGUNTAS DIRECTRICES**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?

¿Cuál es la predisposición respecto al uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la población en estudio?

¿Cuáles son los medios de información disponibles que favorecen el conocimiento del preservativo femenino?

¿Cuál es la estrategia que permita mejorar los conocimientos y motivar el uso del condón femenino para la prevención de las infecciones de transmisión sexual?

## **1.7 DELIMITACIÓN**

### **DELIMITACIÓN ESPACIAL**

La investigación se realizará en la Universidad Técnica de Ambato.

### **DELIMITACIÓN TEMPORAL**

El estudio a investigar se lo va a realizar en el período junio - diciembre 2014

### **DELIMITACIÓN DE CONTENIDO**

Campo: Salud de la mujer

Área: Salud sexual y reproductiva

Aspecto: Prevención de infecciones de transmisión sexual

Objeto de Estudio: La investigación está dirigida a las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

## **1.8 JUSTIFICACIÓN**

El preservativo masculino ha sido tradicionalmente el único método disponible para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), y en especial, para el VIH, junto a su papel anticonceptivo, otorgando así al hombre un gran control sobre la protección y dejando a la mujer en una situación desventajosa, dado que el control no depende de ella y, en muchos casos y contextos, la negociación del uso del preservativo masculino es muy difícil.

La importancia del control por parte de las mujeres de métodos anticonceptivos y aquellos que previenen las infecciones de transmisión sexual, es un tema que adquiere interés en el marco del aumento de las mujeres afectadas por la epidemia del VIH/SIDA.

La falta de información para protegerse de las ITS y la actividad sexual sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, que afectan sobre todo a la población comprendida entre los 15 y los 24 años, constituyendo un verdadero problema de salud en estas edades. Esto motivó el estudio para identificar el conocimiento y uso del preservativo femenino como medio de protección hacia estas enfermedades.

En este sentido la Universidad Técnica de Ambato como centro de información impulsa la investigación científica con intervención comunitaria, es por ello que como futuros médicos del país pretendemos analizar esta problemática. Con esto ponemos en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación pre-profesional de tal forma que se retroalimente a las estudiantes y se logre una concientización sobre el tema, y además este estudio sirve de base para futuros investigadores interesados en el mismo.

Por lo expuesto, las beneficiarias serán las estudiantes de la carrera de Enfermería e indirectamente el Departamento de Bienestar Estudiantil y Asistencia Universitaria (DIBESAU).

El presente trabajo de investigación fue factible realizar por contar con los recursos: humanos, económicos, logísticos, bibliográficos, y con la colaboración del área donde se realiza el estudio, además de la predisposición de la investigadora para llevarlo a cabo.

## **1.9 OBJETIVOS**

### **1.9.1 OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Identificar el conocimiento y uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las

estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, período junio – diciembre 2014.

### **1.9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Describir las características sociodemográficas de las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.
- ✓ Determinar la predisposición que tienen las estudiantes con respecto al uso del condón femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Analizar los medios de información disponibles que favorecen el conocimiento del preservativo femenino.
- ✓ Elaborar un plan de promoción del preservativo femenino como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Lameiras S. et al. CONOCIMIENTO Y VIABILIDAD DE USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES

El objetivo de este trabajo, un estudio de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas transversal, es evaluar el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios utilizando una metodología cuantitativa.

La muestra estuvo formada por 225 chicas y 105 chicos. Los resultados muestran que casi la mitad de los sujetos han oído hablar del preservativo femenino, pero el 98,8% nunca lo ha usado. Las variables que predicen los beneficios asociados al uso del preservativo femenino son, para los chicos, las actitudes frente a la sexualidad y para las chicas la disposición a probarlo y los costes. En cuanto a la disposición a usarlo, las variables más influyentes para los chicos son disposición a hablar con la pareja, la disposición a participar y la utilización de métodos anticonceptivos y, para las chicas, la disposición a recomendar el preservativo femenino y estar de acuerdo en que la mujer lo utilice. Estos resultados adquieren una relevancia especial en las investigaciones centradas en reducir el aumento de embarazos no deseados y casos de VIH/SIDA en la población de mujeres y abren nuevas perspectivas alrededor de esta temática.

## Fernández M. et al. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y VIABILIDAD DE USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

En esta investigación se presenta una evaluación diagnóstica a partir de las creencias, conocimiento, accesibilidad, actitud y viabilidad del uso del preservativo femenino, como punto de partida para el diseño e implementación de programas de promoción del método. Se desarrolla a través de un estudio de caso, con un enfoque cualitativo y con la participación de 9 grupos de discusión, formados por un total de 83 jóvenes y adultos de edades comprendidas entre 19 y 42 años.

Entre los resultados más destacables identificamos que el preservativo femenino es poco conocido, escasamente utilizado y con una accesibilidad principalmente condicionada por su elevado precio e insuficiente difusión. Los agentes de educación formal e informal son los que promueven, de forma moderada, el acceso al método.

Destacan actitudes neutras hacia el mismo. La evaluación diagnóstica revela la necesidad de diseñar e implementar intervenciones educativas encaminadas a la promoción del uso del método.

### **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación tiene un enfoque: Epistemológico, ya que la investigación va ir estrechamente ligada con todo el conocimiento científico que se pueda tener del problema. Axiológico, porque para realizar este proyecto se necesita de una adecuada interacción con la comunidad y todos sus integrantes a más de la verdadera comprensión de los conocimientos acerca del problema con la que contará la población a ser estudiada.

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

### **EL CONGRESO NACIONAL**

Considerando:

Que el numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental,...;

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia." (Nacional, 2010)

### **LEY ORGÁNICA DE SALUD**

Del derecho a la salud y su protección:

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e transigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables.

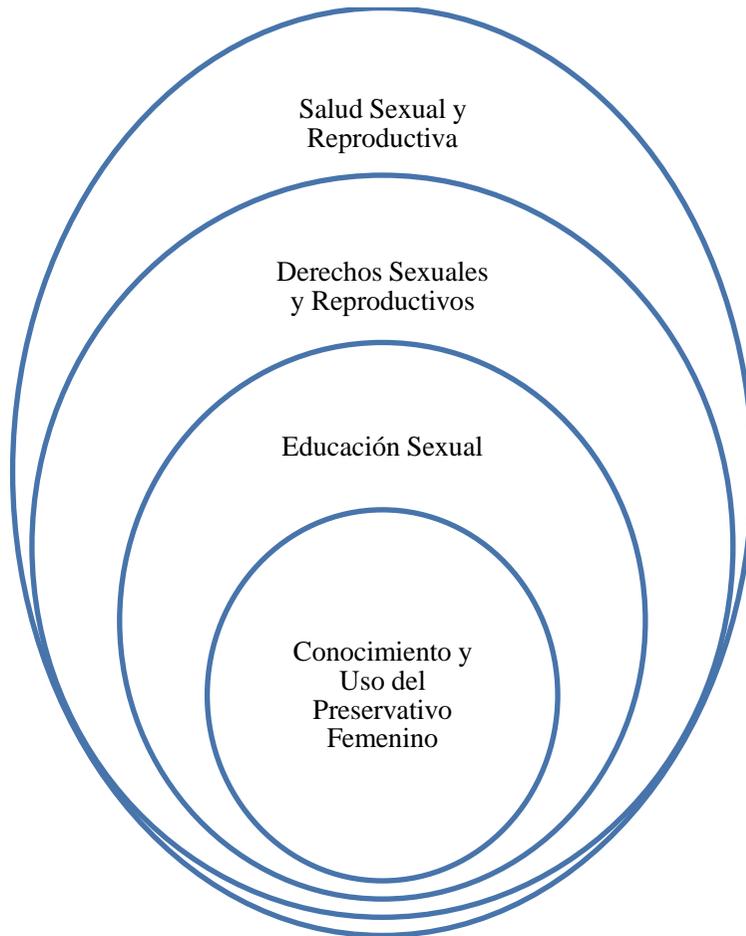
De la salud sexual y la salud reproductiva:

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

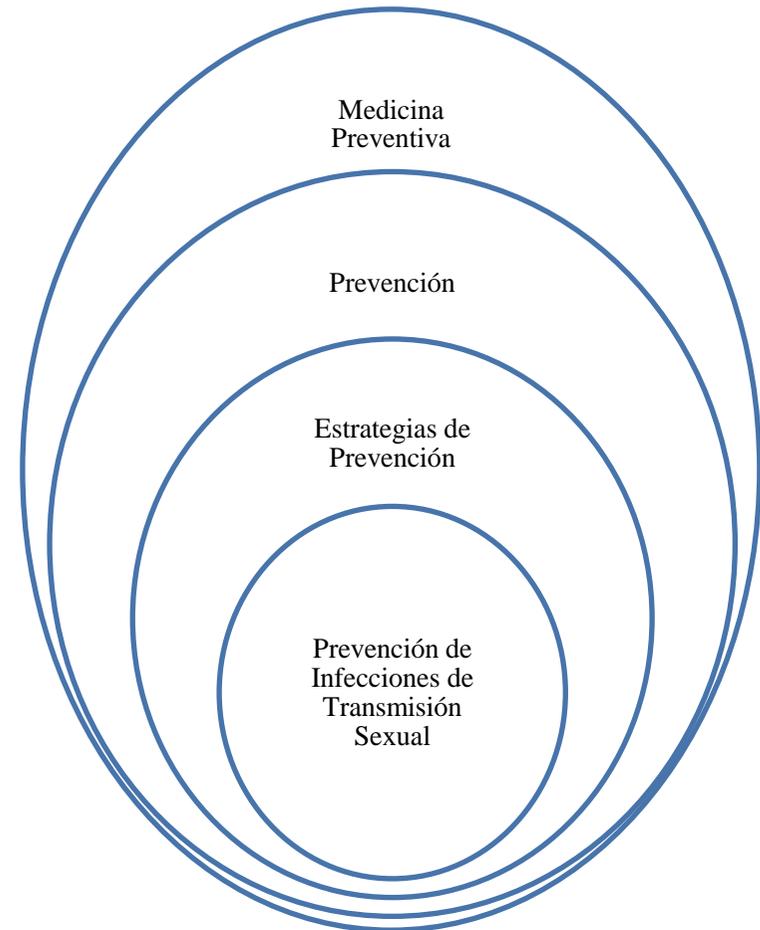
Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra (Constitución, 2010).

## 2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES



**VARIABLE  
INDEPENDIENTE**



**VARIABLE  
DEPENDIENTE**

## **2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.5.1 PRESERVATIVO FEMENINO**

El preservativo femenino, condón femenino o condón vaginal es un método anticonceptivo de barrera de uso vaginal alternativo al preservativo masculino (Cecil, 2014).

Sin embargo, desde 1993, año en el que la Food and Drug Administration Norteamericana (FDA) aprobó la comercialización del preservativo femenino bajo el nombre de Reality Female Condom, se dispone de un método con una doble posibilidad preventiva y anticonceptiva para ser usado por la mujer. Actualmente existen dos generaciones de preservativos femeninos. Los primeros (Female Condom 1 -FC1-) son elaborados de poliuretano, un material más resistente que el látex (material con el que se elaboran la mayoría de los preservativos masculinos). La segunda generación de preservativos femeninos (Female Condom 2 -FC2-), elaborados con polímero de nitrilo, son muy similares a los anteriores, con la diferencia de que este nuevo material permite la reducción de los costes de producción, lo que supone una reducción del precio del producto, a la vez que mantiene el mismo nivel de protección. (Baltimore, 2005).

En el año 2012, la Comisión de las Naciones Unidas sobre productos básicos de supervivencia para mujeres y niños seleccionó los condones femeninos como uno de sus 13 productos básicos de supervivencia, catalizando los esfuerzos interinstitucionales para superar diversas barreras específicas que actualmente impiden que las mujeres de los países desarrollados se beneficien de este fármaco (Cecil, 2014).

#### **2.5.1.1 Características:**

El preservativo o condón femenino (CF) es una funda transparente de nitrilo con un anillo flexible en ambos extremos, como un pequeño túnel de 17 cm. de largo y 7,8 cm. de diámetro, cerrado en uno de los extremos (Peters & Jansen, 2010).

## GRÁFICO 1 Preservativo Femenino



**Fuente:** (Beksinska, 2013)

Su diseño proporciona mayor protección a la mujer contra las enfermedades de transmisión sexual, como la de VPH-virus del papiloma humano- y por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); pues impide el contacto de los genitales masculinos y del semen (donde se encuentran los espermatozoides) con la vagina y genitales femeninos externos, limitando el acceso al óvulo, y evita el embarazo (Services, 2013).

Se calcula que su efectividad es de 88 % a 98 % si se utiliza correctamente. Además del CF de poliuretano, existe el de nitrilo - segunda generación- desde 2007. Ambos resultan más resistentes que los condones de látex masculinos, tienen un potencial de roturas menos frecuentes, mayor protección física (sexo protegido) y comodidad, así como un período de conservación más largo, aun cuando las condiciones de almacenamiento sean desfavorables (Carballo & Gutiérrez, 2010).

El CF consta de una transparente funda pre lubricada que no contiene espermicidas, con dos anillos, uno interior y cerrado, que permite la colocación fácil dentro de la vagina, y el otro con un diámetro más grande, abierto y más flexible, que facilita cubrir los labios y clítoris, impide que el condón se introduzca demasiado en la vagina y que pierda posición (Barrantes, 2012).

El CF fue creado atendiendo la vulnerabilidad de la mujer, ya que le permite ejercer sus derechos sexuales, decidir y tener control sobre su seguridad. Anteriormente, con el condón masculino, la decisión de tener sexo protegido recaía en el hombre, quien en ocasiones no tomaba en cuenta a la mujer y sus derechos. Con el CF la mujer puede tomar su propia decisión con mayor libertad (García & Cortés, 2010).

### **2.5.1.2 Mecanismo de Acción**

Evita que el semen entre en contacto con la vagina e impide el paso de los espermatozoides, además de que no permite el paso de otros microorganismos.

### **2.5.1.3 Colocación**

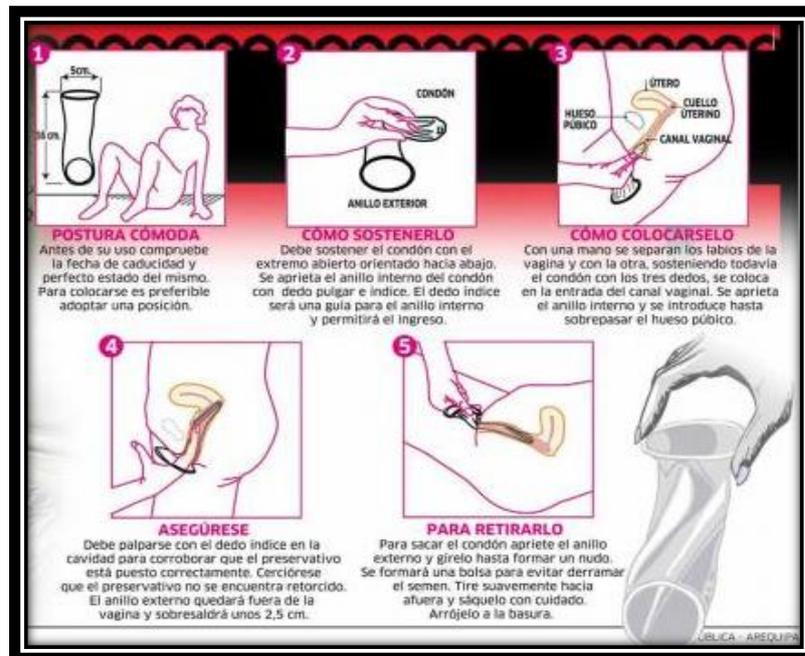
- ✓ Elija la postura más cómoda para su colocación.
- ✓ No hace falta esperar a la erección del pene como ocurre con los preservativos del hombre; antes de su uso compruebe su fecha de caducidad, abrir el envoltorio cuidadosamente para no dañarlo, inicie juntando el anillo interior desde la parte externa del preservativo para introducirlo en la vagina.
- ✓ Una vez en la vagina se coloca el dedo índice dentro del preservativo para avanzar pasando el nivel del hueso del pubis y alcance el fondo, igual como se coloca un óvulo vaginal, teniendo cuidado con los posibles objetos cortantes (uñas, anillos...).
- ✓ El anillo externo y un pequeño segmento del CF quedan por fuera para impedir el contacto de los genitales masculinos, especialmente raíz del pene y testículos, y piel del área genital de la mujer, sitios susceptibles de contagio por virus del papiloma humano, entre más causantes de ETS.
- ✓ Una vez terminado el coito se le da un par de vueltas al anillo externo para que no se salga el semen. Tire suavemente hacia afuera y sáquelo con cuidado y arrójelo a la basura (Uribe, 2012).

## GRÁFICO 2 Posturas para la colocación del condón femenino



Fuente: (Alba & Luciano, 2011)

## GRÁFICO 3 Pasos para colocar el condón femenino



Fuente: (Cecil, 2014)

### 2.5.1.4 Notas

Nunca debe usarse un preservativo masculino a la vez que un condón vaginal o femenino. Para efectividad y protección adicional contra el embarazo, puede recurrir a un gel espermicida.

Se recomienda usarlo una única vez pero se está estudiando su posible reutilización.

Al sacar el preservativo, envuélvalo con un pedazo de papel higiénico y tírelo a la basura, nunca al inodoro.

Si al usar el condón presentase alguna irritación o malestar, consulte de inmediato con su médico (Schiappacasse, 2011).

#### **2.5.1.5 Ventajas del uso del preservativo femenino**

- ✓ Cubre gran parte de los órganos genitales femeninos externos.
- ✓ Tiene una barrera más amplia que los condones masculinos.
- ✓ Protege mejor contra las enfermedades de transmisión sexual, como pueden ser el SIDA, el Virus del papiloma humano o la hepatitis B entre otras ya que cubre gran parte de los órganos genitales femeninos externos y constituye una barrera más amplia que los condones masculinos. De manera similar, trabajadoras del sexo comercial en Tailandia, usan condones femeninos cuando sus clientes se rehúsan a usar condones masculinos. En un establecimiento de ese estudio, la protección adicional proporcionada por los condones femeninos resultó en una disminución estadísticamente significativa en las ITS, en comparación con el uso de condones masculinos (Blumenthal & Hopkins, 2006).
- ✓ El preservativo femenino no presiona el pene, como el condón masculino.
- ✓ Se puede usar con cualquier tipo de lubricante.
- ✓ Puede colocarse 8 horas antes de la relación sexual.
- ✓ Supone una alternativa para aquellas personas que tienen alergia al látex.
- ✓ No requiere receta médica.
- ✓ No tiene efectos secundarios hormonales.
- ✓ No afecta en la fertilidad.
- ✓ Puedes usarlo con la menstruación.

### 2.5.1.6 Desventajas del uso del preservativo femenino

- ✓ Es más caro que el condón masculino.
- ✓ Si no te lo colocas bien su efectividad desciende.
- ✓ No es muy agradable para la vista, es un poco anti-estético.
- ✓ Puede disminuir la estimulación del clítoris.

**Tabla 1 Diferencias preservativo masculino y femenino**

Preservativo Masculino	Preservativo Femenino
Método de barrera que proporciona protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los embarazos no deseados.	Método de barrera que proporciona mejor protección frente a las ITS y los embarazos no deseados.
Hecho de látex.	Hecho de nitrilo.
Pueden venir ya lubricados o no.	Vienen ya lubricados.
El de látex sólo permite el uso de lubricantes solubles en agua. El lubricante se pone en la parte exterior del preservativo.	Pueden añadirse lubricantes solubles en agua o en aceite. El lubricante se coloca en el interior del preservativo.
Cubre el pene.	Se inserta en la vagina.
Debe colocarse cuando el pene está erecto.	Puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. No requiere que el pene esté erecto.
Debe quitarse inmediatamente después de la eyaculación.	No necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación.
Cubre la mayor parte del pene y protege los genitales internos de la mujer	Cubre los genitales externos e internos de la mujer
El látex puede deteriorarse si no se almacena en las condiciones de luz y humedad adecuadas	El nitrilo no se deteriora por cambios de temperatura o humedad

**Fuente:** (Beksinska, 2013)

Los preservativos masculino y femenino no deben usarse conjuntamente porque la fricción puede ocasionar fallos en el producto (Beksinska, 2013).

## **2.5.2 EDUCACIÓN SEXUAL**

La educación en general y, dentro de esta, la educación sexual (llamada por algunos autores/as educación afectiva y sexual), fundamentada en un principio de respeto a los derechos humanos, en un conocimiento científico-profesional, acogida con una actitud propositiva de sexualidad y amparada en una ética relacional, es factor esencial para que una sociedad fortalezca sus principios democráticos, de paz, libertad, igualdad, tolerancia y solidaridad (Vargas F. , 2012).

La educación sexual, hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2010).

Para Frederic Boix, la educación sexual puede definirse como: “El conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima” (Fernández C. , Educación sexual integral, 2012).

La educación sexual sobre la reproducción describe el proceso en el cual nace un nuevo ser humano, lo cual incluye: el embarazo, la fecundación, el desarrollo del embrión y del feto, y el trabajo de parto. Generalmente también incluye temas

como las conductas sexuales, las enfermedades de transmisión sexual (más apropiadamente llamadas infecciones de transmisión sexual) y su prevención (sexo seguro), el uso y funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos y la interrupción del embarazo o aborto (Vargas F. , 2012).

### **2.5.2.1 Contexto Educativo**

Es importante transmitir el conocimiento de la diversidad entre los seres humanos, los distintos modos de organizar la vida social, así como los roles y relaciones entre mujeres y varones y las diferentes formas de organización familiar (Rosales, 2009).

Desde el 2008 la UNESCO comenzó a desarrollar programas que mejoren la orientación sexual impartida en las aulas educativas. El programa implementado por la UNESCO ha considerado las variables que pueden presentar cada grupo de individuos a los que se dirige la educación sexual, dichas variables son estudiadas por un grupo de expertos en áreas como: la antropología, la sociología, la epidemiología, la demografía, la psicología y el trabajo social. De los estudios realizados por la UNESCO destacan: “Orientaciones Técnicas Internacionales sobre la Educación sexual” y “Estudio del costo y la relación costo/eficacia de los programas de educación sexual”, el primero se encuentra dirigido a profesionales y a personas responsables de la toma de decisiones de los sectores de salud y educación para facilitar el desarrollo e implementación de materiales y programas impartidos en las escuelas. El segundo estudio proporciona información que demuestra lo conveniente que es invertir en los programas escolares de educación sexual ya que es un elemento fundamental para prevenir el VIH (Mirta & Hurrell, 2011).

Una educación sexual integral debe promover el reconocimiento del cuerpo como totalidad con necesidades de afecto, cuidado y valoración (Barragán, 2010).

### 2.5.2.2 Contexto Geográfico

La existencia de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual (como el VIH-sida) ha dado un sentido de urgencia a la educación sexual prácticamente en todo el planeta. Países muy poblados como China, India y Corea del Norte promueven políticas de educación sexual acerca de la planificación familiar y el control de la natalidad; muchas naciones africanas, sobre todo aquellas en las que el sida se considera una epidemia, intentan promover una educación sexual que permita su prevención mediante la utilización de métodos anticonceptivos como el preservativo o condón (Vargas F. , 2012).

Algunos organismos internacionales, como la International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar) ven un beneficio global gracias a los programas de educación sexual, tanto en el control de la natalidad como en la igualdad sexual y en la reducción de las infecciones de transmisión sexual (Montero, 2011).

En muchos países todavía tiene importancia la virginidad femenina, y la educación sexual impartida en las escuelas promueve la abstinencia como el único método para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Estas prácticas educativas chocan con cifras que muestran una alta incidencia de embarazos no deseados en adolescentes en esos países.

En los Estados Unidos, con cifras extraordinariamente altas en las tasas de embarazos en adolescentes (levemente por debajo de las de Haití), se debate si la libertad sexual en los adolescentes es algo positivo o negativo, y si la información sobre el uso de métodos anticonceptivos (como el preservativo o condón, la píldora anticonceptiva, el anillo vaginal o los anticonceptivos de emergencia) reducen o incrementan las posibilidades de embarazos o ETS en los jóvenes (Fernández & Manzur, Mujeres, sexualidad, cuidados, VIH-SIDA, 2012).

### **2.5.2.3 Etapas en el Desarrollo Social y Sexual**

#### **2.5.2.3.1 De 0 a 1 años**

La sexualidad en un niño recién nacido está íntimamente vinculada a la relación con sus padres, su vivencia a través de los cuidados y las caricias de sus progenitores. A través de ellos se crean lazos afectivos que serán necesarios para el desarrollo social y sexual de los niños.

#### **2.5.2.3.2 De 1 a 3 años y medio**

En la segunda etapa, el niño tiene un estrecho vínculo con su familia, lo que hace que su pensamiento se vaya enriqueciendo. En esta etapa se oponen a las reglas que imponen sus padres, como una forma de afianzar su independencia. Además se experimentan más sensaciones de placer al controlar los esfínteres y a evacuar, con lo que empiezan a conocer su cuerpo, lo que necesitan y lo que les produce placer (Ramos, 2013).

#### **2.5.2.3.3 De 3 años y medio a 6 años**

La tercera etapa se caracteriza por la exploración del mundo, tanto a nivel físico como social, con lo que refuerzan los vínculos con su familia y amigos. Por ello, comienzan a descubrir su sexualidad, y surge aquí el primer periodo de enamoramiento hacia el progenitor del sexo opuesto o en algunos casos incluso hacia el del mismo sexo (complejo de Edipo y complejo de Electra). Por otro lado, aprenden a relacionarse con otros y a ensayar sus roles sociales, así como a identificar su propio sexo.

Es importante que los padres no coaccionen las conductas que puedan ser del sexo opuesto.

#### **2.5.2.3.4 De 6 a 9 años**

En la cuarta etapa comienza el crecimiento físico que se va equilibrando con el desarrollo afectivo, permitiendo en los niños que surja el interés por conocer y saber sobre el mundo y sus fenómenos. Esto favorece el aprendizaje escolar y el desarrollo de habilidades culturales. De la misma manera, es fundamental el reconocimiento de las personas de su entorno hacia ellos, y cómo afecta esto a la concepción de su propia imagen.

El interés sexual se centra en el conocimiento del cuerpo y de los órganos sexuales. Los juegos sexuales, mixtos o entre miembros del mismo sexo, forman parte de esta etapa y son un elemento clave para la formación de la identidad sexual. Los valores de la sociedad y de la familia sobre la sexualidad son determinantes en esta etapa (Domínguez, 2011).

#### **2.5.2.3.5 Juventud - de 10 a 24 años**

La juventud, según la OMS, se extiende desde los 10 a los 24 años e incluye la pubertad, la adolescencia inicial o preadolescencia (de los 10 a los 14 años), la adolescencia media o tardía (de los 15 a los 19) y la juventud plena (de los 20 a los 24 años) (Iglesias, 2013).

##### **✓ Pubertad, adolescencia inicial o preadolescencia**

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Las hormonas sexuales se activan en esta etapa y determinarán los cambios físicos y psicológicos. Al principio, el cuerpo sufre un crecimiento acelerado. Después surgen una serie de cambios en las formas del cuerpo: a las chicas les crecen las caderas y los pechos, les sale vello en la pelvis, y a los chicos les cambia la voz, les crecen los genitales y les sale vello en el pubis. Hay cambios en la apariencia, pero psicológicamente aún no han madurado. Las niñas se desarrollan antes que los niños aproximadamente un año. Es la etapa de la rebeldía con los

padres. En esta etapa se alcanza la madurez biológica, pero aún no está completada generalmente la madurez psicológica y social. En este periodo se experimentan emociones contradictorias. Por una parte, aún no se han abandonado ciertos caracteres de la niñez, y a la vez comienzan a experimentar sensaciones propias del adulto.

### ✓ **Adolescencia**

En la adolescencia, se dan muchos cambios en los jóvenes muchos de esos son físicos, psicológicos y biológicos. En muchos casos los jóvenes empiezan a tener ideas sobre su aspecto físico y quieren parecerse a los modelos que aparecen en las revistas o en los medios públicos por eso surgen ciertas enfermedades por ejemplo la anorexia. La búsqueda de una identidad propia es la tarea central. Se crean conflictos e inseguridades. Los conflictos con los padres son numerosos, ya que suelen presionarle y empujarle a tomar decisiones según sus definiciones. Los jóvenes hacen duras críticas a la sociedad y a sus padres. Se crean amistades sólidas. En este momento los jóvenes comienzan a establecer relaciones de pareja. Los padres deben establecer una serie de normas de forma consensuada con sus hijos. A partir de ahí los jóvenes pueden tomar sus propias decisiones siempre que respeten los valores y normas de las personas.

### ✓ **Juventud plena**

Los seres humanos que se encuentran entre los 20 y 24 años de edad son maduros en cuanto a crecimiento y desarrollo psicológico, pero son diferentes a los demás mayores por ser inexpertos en el mundo adulto, al que entran con entusiasmo, dinamismo y creatividad que los compensan; y, mantienen aún una gran facilidad para el cambio lo que facilita el aprendizaje y la adquisición de conocimientos e información a velocidad, todo lo cual se expresa en su activa y muchas veces creativa participación social. Al finalizar el período, ya tienen estudios terminados (a excepción

de las carreras profesionales muy largas). Tienen trabajo y tienen o han tenido relaciones de pareja: pocos se han casado. Tienen en miras adquirir responsabilidades de familia propia. Actualmente se observa, especialmente en los jóvenes con estudios superiores, caracteres psicológicos de competencia y de logros altísimos y un distanciamiento de proyectos de familia propia. En cuanto a los estereotipos sexuales, presentan un nuevo modelo de relaciones de pareja y forma de ver el "mundo", que se les presenta más amplio y más exigente (Morales, 2011).

#### **2.5.2.4 Sexualidad Humana**

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. Los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud (Aguayo, 2013).

Egremy define a la sexualidad como la "Construcción bio-socio-psicológica que nos permite establecer relaciones con los demás desde el eje sexo-genérico".

La OMS define como "sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos y creencias, actitudes, valores, conductas prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir estas dimensiones, no obstante no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y espirituales" (García E. , 2012).

Aunque existen componentes característicos a todos los seres humanos que conforman la sexualidad, no se puede hablar de una sexualidad única, sino que existen tantas sexualidades como seres humanos en el mundo porque cada uno de nosotros posee una construcción individual de su sexualidad. La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En la especie humana, la mujer lleva culturalmente el peso de la preservación de la especie (Belén & Anmuth, 2013).

En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

#### **2.5.2.4.1 Orientación e identidad sexual**

Además de la unión sexual y emocional entre personas de diferente sexo (heterosexualidad), existen relaciones emocionales y sexuales entre personas del mismo sexo (homosexualidad o androfilia y genofilia) que aunque tengan una larga tradición (ya existían en la antigua Grecia y en muchas otras culturas) en algunos sectores siguen siendo valoradas en la actualidad negativamente y son incluso motivo de discriminación social (De León & A., 2014).

La identidad sexual es la conciencia propia e inmutable de pertenecer a un sexo u otro, es decir, el saberse y sentirse varón o mujer. En la definición de la identidad sexual están implicados multitud de factores, entre los que podemos destacar el psicológico, social y biológico y dentro de este último el gonadal, cromosómico, genital y hormonal. En realidad hay 78 factores distintos que se diferencian en

sentido masculino o femenino en cualquier persona (Fernández & Manzur, Mujeres, sexualidad, cuidados, VIH-SIDA, 2012).

En la mayoría de las ocasiones, los hombres nacen con genitales masculinos y los cromosomas XY, mientras que las mujeres poseen genitales femeninos y dos cromosomas X. Sin embargo existen personas que no pueden ser clasificadas por estos factores, ya que poseen combinaciones de cromosomas, hormonas y genitales que no siguen las definiciones típicas que se han relacionado con el hombre y la mujer. De hecho, algunas investigaciones sugieren que uno de cada cien individuos puede nacer con rasgos intersexuales, o lo que vulgarmente se conoce como hermafrodita (Belén & Anmuth, 2013).

#### **2.5.2.4.2 Instinto**

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Hoy, sin embargo, la psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida.

El psicoanálisis diferencia la noción de instinto para el ser humano y considera la sexualidad en un sentido más amplio que el genital ya que el deseo sexual humano no se superpone con el instinto de reproducción (Arias, 2013).

#### **2.5.2.4.3 Expresiones y desarrollo del comportamiento sexual**

En el límite de las formas ampliamente aceptadas de conductas sexuales, se encuentran las llamadas *expresiones del comportamiento sexual*; como la masturbación, homosexualidad, éstas hasta no hace poco tiempo eran consideradas parafilias o perversiones de personas degeneradas o moralmente degradadas en gran parte por la influencia religiosa en la sociedad. La evolución en los usos y costumbres y el ensanchamiento del margen de tolerancia ha hecho

que estas conductas se admitan como válidas en el marco de los derechos hacia una sexualidad libre.

Sólo en los casos de malestar o de conflicto del propio individuo con sus tendencias, o en aquellos en los que se pone en riesgo la integridad física y moral de terceros, podemos hablar de trastornos sexuales y en estos casos se encuentra la necesidad de tratamiento psicoterapéutico e incluso farmacológico (Huelva, 2012).

La mayor parte de las culturas tienen normas sociales sobre la sexualidad. Por ejemplo, muchas culturas definen la norma sexual como una sexualidad que consiste únicamente en actos sexuales entre un hombre y una mujer casados. Los tabúes sociales o religiosos pueden condicionar considerablemente el desarrollo de una sexualidad sana desde el punto de vista psicológico (Belén & Anmuth, 2013).

#### **2.5.2.4.4 Religión y sexo**

El Cristianismo afirma que, reducida a la genitalidad, la sexualidad degrada a la persona; que debe abarcar a toda la persona y no sólo a una parte de la misma. Que la sexualidad es una realidad positiva creada por Dios como expresión de amor y unión entre un hombre y mujer. Que se encarna dentro del acuerdo matrimonial. Su visión es polémica, ya que no suele reconocer o no suele enfrentarse a otros aspectos de la sexualidad, como la homosexualidad, la masturbación o el uso del preservativo.

#### **2.5.2.4.5 Prácticas sexuales**

##### **Masturbación**

Es la estimulación que, con objeto de conseguir excitación y placer sexual o incluso el orgasmo, realiza un individuo en su propio cuerpo o en el de otro, sobre todo en los órganos sexuales.

## **Coito**

Se define como coito la introducción del pene en la vagina o en el ano de otra persona, llamándose coito vaginal o coito anal respectivamente.

## **Sexo oral**

El sexo oral es una práctica sexual en la que una o más personas estimulan los órganos genitales de otra con los labios y con la lengua. Suele llamarse cunnilingus, si es en la vulva; felación, si es en el pene, y anilingus, si es en el ano.

## **Sexo anal**

El sexo anal es una práctica sexual que involucra la introducción del pene o de juguetes sexuales en el propio ano o en el ano de otra persona (Hurtado & Pérez, 2012).

### **2.5.3 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Contienen el derecho a que tanto las parejas como los individuos puedan gozar su sexualidad sin riesgo de embarazos no deseados ni de contraer enfermedades de transmisión sexual y SIDA, a que pueden decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de los hijos, así como disponer de la información y medios para gozar de todos estos derechos (Vásquez & Caba, 2009).

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan están: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976); Convención Internacional para la Eliminación de

Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995) (ONUSIDA, Derechos sexuales y reproductivos, 2010).

La aparición de la infección por VIH y el SIDA condujo a modificaciones importantes en todos los campos humanos. Uno de los cuestionamientos que la infección trajo consigo, hace referencia a los derechos sexuales de las personas. Estos surgen, en parte, a raíz de la intolerancia de los equipos de salud y de la sociedad como un todo frente a las minorías sexuales. Se ha planteado que tales derechos son:

- ✓ Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- ✓ Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- ✓ Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- ✓ Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual
- ✓ Respeto a la opción de la reproducción
- ✓ Elección del estado civil
- ✓ Libertad de fundar una familia
- ✓ Libertad de decidir sobre el número de hijos, el esparcimiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos.
- ✓ Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- ✓ A la igualdad de sexo y género.
- ✓ Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
- ✓ Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- ✓ Libertad de elegir compañero(a) sexual.

- ✓ Elegir si se tienen o no relaciones sexuales
- ✓ A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
- ✓ Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- ✓ A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- ✓ A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.
- ✓ A disponer de opciones con mínimo riesgo.
- ✓ Derecho a disponer de servicios de salud adecuados.
- ✓ A recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades
- ✓ A recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos se pueden resumir en una frase: Toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene, o no hijos y relaciones sexuales. Son los derechos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva.

1). Los derechos sexuales: Incluye el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia.

Supone unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual.

2). Los derechos reproductivos: son ciertos derechos humanos ya reconocidos en tratados y documentos internacionales y otros todavía no reconocidos, entre ellos: El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho alcanzar el nivel más

elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

Los derechos sexuales y reproductivos, suponen otros derechos básicos:

La salud sexual: que se refiere al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales. Por esto, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva: entendida como un estado de bienestar general físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencias, en tórnos a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso a unos métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos que consideren para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos (Vargas M. , 2011).

#### **2.5.4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La Salud Sexual y Reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir cuándo hacerlo o no hacerlo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el Derecho del hombre y la mujer de obtener información y servicio de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros,

eficaces, accesibles 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 la pareja la máxima posibilidad de tener hijos/as sanos/as (Fescina, 2011).

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia" (OPS/OMS, 2014).

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 el bienestar reproductivos 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 meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (UNFPA, 2010).

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 180 países aceptaron como meta que antes del año 2015 debía lograrse el acceso universal a los servicios de salud de la reproducción y a la información al respecto.

El área de salud sexual y reproductiva, aparte de ser un área programática del UNFPA, juega un papel importante en la promoción de la igualdad de género.

Uno de los puntos principales es la prevención de la mortalidad materna a través del apoyo para programas y modelos de prevención de morbilidad y mortalidad materna. Otros enfoques temáticos de esta área son la integración de la perspectiva de género a programas de prevención de VIH, con énfasis en programas para los y las jóvenes, así como programas que vinculan los temas de transmisión del VIH y la violencia sexual (Abracinskas, 2012).

### **2.5.5 MEDICINA PREVENTIVA**

Es la especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la Salud pública, en la que interviene esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos.

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria. Tiene distintas facetas según la evolución de la enfermedad, y se pueden distinguir cuatro tipos de prevención en medicina (Morán, 2013).

### **2.5.6 PREVENCIÓN**

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad. En la historia natural de las enfermedades se pueden distinguir tres periodos: prepatogénico, patogénico y de resultados.

Periodo Prepatogénico: Comienza con la exposición a factores de riesgo o etiológicos, y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Estos factores de riesgo pueden ser no modificables (edad, sexo) o, por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que es posible llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos.

Periodo Patogénico: Se distinguen habitualmente dos estadios o fases: presintomática (sin síntomas ni signos de la enfermedad) y clínica. Durante la primera ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal y, en la segunda, estas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente.

Periodo de Resultados: Son las consecuencias del avance de la enfermedad inducida por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación).

Según la OMS: La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Zurro, 2012).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

#### **2.5.6.1 Prevención Primaria**

Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

“Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

#### **2.5.6.2 Prevención Secundaria**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening).

“En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

### **2.5.6.3 Prevención Terciaria**

Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura (Vignolo & Vacarezza, 2011).

## **2.5.7 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN**

### **2.5.7.1 Ejes Centrales**

El trabajo en Prevención tiene relación con todos los objetivos estratégicos propuestos por la Comisión Nacional del SIDA; sin embargo, la mayoría de sus acciones se enmarcan en la disminución de la transmisión del VIH/SIDA y de la discriminación de las personas que viven con el virus del SIDA.

Todas las estrategias y líneas de acción se fundamentan en estudios epidemiológicos, comportamentales y de opinión, que se realizan permanentemente; en la vigilancia epidemiológica y en el uso de otras fuentes de información; de esta manera, se mantiene un sistema activo de evaluación y retroalimentación para su diseño y ajustes.

Los ejes centrales de las intervenciones en prevención son:

- ✓ Gestión De Riesgo, determinada por el conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones de las personas y en la implementación de estrategias de auto cuidado.

- ✓ Vulnerabilidad, situación personal determinada por el insuficiente o nulo control sobre el propio riesgo de adquirir el VIH/SIDA o por los problemas de acceso a una atención adecuada.

Los conceptos de gestión de riesgo y de vulnerabilidad corresponden a niveles diferentes. El riesgo se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual; en cambio, la vulnerabilidad está dada fundamentalmente por la inequidad y desigualdad social. De esta manera, estos dos conceptos se plasman en las Estrategias de Prevención impulsadas por CONASIDA en estos dos niveles:

- ✓ A nivel de la Persona, con quien se busca facilitar y posibilitar la gestión de riesgo de sus conductas individuales.
- ✓ A nivel de la Sociedad, donde se intenta disminuir la vulnerabilidad, reduciendo el impacto de la inequidad y la desigualdad social.

#### GRÁFICO 4 Estrategias de Prevención



**Fuente:** (Minda, 2011)

El trabajo, a partir de estos dos ejes centrales, se ha enfocado en los procesos individuales y colectivos en conjunto con las personas y no para las personas. Esto significa participación activa en los procesos y toma de decisiones en todas las líneas de trabajo. Los principios fundamentales que guían este trabajo son:

- ✓ El respeto a la diferencia, que implica el establecimiento de relaciones igualitarias y respetuosas de las características, comportamiento y estilos de vida de las personas.
- ✓ El desarrollo de una identidad social e individual, donde las personas puedan consolidar la imagen de sí mismas, se sientan pertenecientes a un colectivo y tengan espacios para desarrollar aprendizajes.
- ✓ El desarrollo de la afectividad, reconociendo desde la Salud Pública la importancia de las emociones en el encuentro interpersonal, en el autocuidado y en el cuidado mutuo. También la necesidad del contacto físico y del diálogo.
- ✓ La utilización del diálogo, como una vivencia consciente de los procesos de crecimiento, desarrollo y transformación personal.

#### **2.5.7.1.1 A.- Gestión de Riesgo**

El Proceso de gestión de riesgo corresponde al conjunto de fenómenos involucrados en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias de autocuidado. Constituye un proceso dinámico, que permite reevaluarlo constantemente. La gestión de riesgo implica una serie de momentos que las personas requieren vivenciar y asumir de manera progresiva, de forma tal que le facilite el desarrollo de la autonomía y el compromiso con las conductas preventivas desarrolladas. Estos momentos son:

- ✓ Diagnóstico o autodiagnóstico del riesgo.
- ✓ Creación o recreación de soluciones pragmáticas, adecuadas al contexto de vida.
- ✓ Decisión de llevar la solución a cabo.
- ✓ Desarrollo y ejecución de destrezas y habilidades.
- ✓ Llevar a cabo la decisión.

Esta sistematización del proceso de gestión de riesgo, nos permite apreciar cómo la información en sí misma no es suficiente para que se desarrollen conductas preventivas.

#### **2.5.7.1.2 B.-Vulnerabilidad**

Se ha definido la vulnerabilidad en el contexto del VIH/SIDA como el tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir la infección y, para quienes ya viven con el virus, no tener o tener acceso limitado a asistencia o apoyo adecuado. La vulnerabilidad es resultado de muchos factores, de origen personal y social. Las dimensiones de la vulnerabilidad son:

- ✓ Dimensión individual: Capacidad de realizar la gestión del riesgo, para lo que se requiere acceso a información adecuada y contar con soportes de apoyo personalizado para el desarrollo de destrezas y habilidades.
- ✓ Dimensión social: Acceso a condiciones sociales y culturales que apoyen la gestión del riesgo. Los condicionamientos de género, la discriminación, las normas sociales y las resistencias culturales a los cambios, son elementos que intervienen directamente en esta dimensión.
- ✓ Dimensión económica: Posibilidad de evitar o disminuir el riesgo en la medida que se tenga acceso a una atención oportuna y adecuada, situación asociada a la capacidad económica de las personas o a su acceso a seguros sociales. Esta dimensión se relaciona con el acceso al trabajo, la estabilidad laboral, el sistema previsional y a un salario justo.
- ✓ Dimensión política: Prioridad que las políticas públicas le dan al VIH/SIDA y la capacidad de representación política de la población más afectada.

Las personas pueden presentar un nivel de vulnerabilidad condicionado por una de estas dimensiones o por una combinación de ellas (Minda, 2011).

## **Vulnerabilidad y Discriminación**

En relación al VIH/SIDA, las personas discriminadas por la sociedad:

- ✓ Tienen menor acceso y menor apoyo adecuado a la satisfacción de sus necesidades, más aún si dichas necesidades no son ni siquiera reconocidas.
- ✓ Se aíslan de los sistemas de atención de salud por temor al maltrato y al rechazo. Esta menor posibilidad de acceso a los servicios actúa negativamente frente a la adherencia a los controles y cuidados, deteriorando su calidad de vida.
- ✓ Tienen dificultad para organizarse, lo que limita la posibilidad de desarrollar programas de autoayuda y autocuidado.
- ✓ Pierden oportunidades de socializar aprendizajes, logros y dificultades entre sus pares, lo que dificulta ostensiblemente sus relaciones sociales.
- ✓ Al alejarse de sus redes de apoyos familiares, sociales y laborales, detienen y dificultan sus procesos de desarrollo personal.
- ✓ Tienen menos oportunidades de desarrollar habilidades de comunicación y, por tanto, menos posibilidades de ser asertivos al defender sus derechos.
- ✓ El miedo al aislamiento y la marginación dificulta su acceso y permanencia en el trabajo, por lo que sobrevienen las dificultades económicas, produciéndose un grave deterioro de la satisfacción de sus necesidades básicas.

### **2.5.7.2 ROL DE CONASIDA EN LA PREVENCIÓN**

El Rol de la Comisión Nacional del SIDA frente a la Prevención se ha definido como:

“Ser facilitador del proceso de aprendizaje de la gestión del riesgo, en las personas y en los grupos de personas, compartiendo los conocimientos necesarios y apoyando el desarrollo de destrezas y habilidades de cada una de ellas, para que lleven el proceso a cabo en plena libertad”.

El quehacer de la Comisión contempla, además, un trabajo intersectorial permanente, específicamente con aquellos sectores públicos y privados que influyen directamente con su labor en las diferentes dimensiones de la vulnerabilidad (OMS, Estrategia Mundial de Prevención y Control de ITS, 2010).

### **2.5.8 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las Infecciones de Transmisión Sexual o ITS son infecciones que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual íntimo, es decir, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Hombres y mujeres pueden contraer las ITS sin importar la edad, si se tienen relaciones sexuales sin protección con personas infectadas. En estos casos la única protección efectiva es el uso correcto y consistente del condón. Las ITS son causadas por bacterias, virus, parásitos y hongos (Jesam, 2011).

Algunas ITS se pueden propagar por contacto sexual cutáneo. Los organismos causantes de ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos. Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Por consiguiente, el concepto de “infección de transmisión sexual” es más amplio que el de “enfermedad de transmisión sexual” (ETS). Los síntomas comunes de las ETS incluyen flujo vaginal, secreción uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son

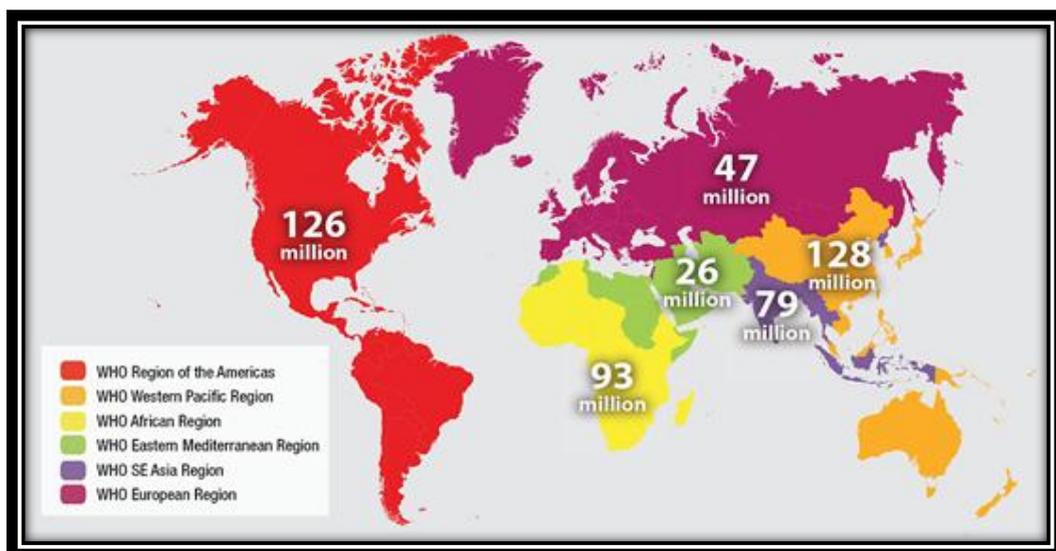
infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento (Gaitán, 2013).

### 2.5.8.1 Magnitud del problema

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica (MacPhail, 2009).

Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el HSV2. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes (OMS, Infecciones de Transmisión Sexual, 2013).

**GRÁFICO 5 Casos estimados de ITS curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis).**



**Fuente:** (OMS, Infecciones de Transmisión Sexual, 2013)

En Europa, se dan 47 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual curables cada año, sin contar el SIDA.

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH. La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.

Anualmente, la infección del VPH provoca 530.000 casos de cáncer cervicouterino y 275.000 defunciones. ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad (OMS, Infecciones de Transmisión Sexual, 2013).

#### **2.5.8.2 Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual**

##### **Asesoramiento y enfoques conductuales**

Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen:

- ✓ Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH.
- ✓ Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos.
- ✓ Intervenciones dirigidas a grupos de poblaciones claves y vulnerables, incluidos adolescentes, trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables.

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones (Salvador, 2012).

### **Métodos de Barrera**

Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en el marco de los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los preservativos masculinos (Eguiluz & Torres, 2013).

#### **2.5.8.3 Diagnóstico de las Infecciones de Transmisión Sexual**

En los países de altos ingresos se utilizan ampliamente pruebas de diagnóstico de ITS muy precisas. Esas pruebas son particularmente útiles para diagnosticar infecciones asintomáticas. Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos las pruebas de diagnóstico generalmente no están disponibles. Cuando lo están, suelen ser costosas y geográficamente inaccesibles; además, con frecuencia, los pacientes tienen que esperar mucho tiempo (o deben regresar) para recibir los resultados. En consecuencia, el seguimiento puede ser difícil y la atención o el tratamiento pueden quedar incompletos.

El único análisis de sangre rápida y económica actualmente disponible en relación con una ITS es el de la sífilis. Este análisis ya se realiza en algunos entornos de recursos limitados. El análisis es preciso, los resultados se pueden obtener en 15 o 20 minutos, y es posible realizarlo fácilmente con una capacitación básica. Estos

análisis rápidos han dado lugar a un aumento del número de embarazadas que se examinan para detectar una posible sífilis. Sin embargo, aún es necesario redoblar esfuerzos en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, a fin de asegurar que todas las embarazadas puedan realizar un análisis de la sífilis.

Con respecto a otras ITS, se están desarrollando algunos análisis rápidos que podrían mejorar el diagnóstico y tratamiento de esas infecciones, especialmente en entornos de recursos limitados.

#### **2.5.8.4 Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual**

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS.

Tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomonirosis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis únicas existentes.

Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.

Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento. El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas orales e inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos convierten a la gonorrea en un organismo polifarmacorresistente. En cuanto a otras ITS, la resistencia a los antimicrobianos es menos común pero también existe, y por lo tanto la prevención y el tratamiento tempranos son cruciales.

En los países de ingresos bajos y medianos el tratamiento se centra en la gestión del síndrome, basada en la identificación de grupos coherentes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes), sin recurrir a pruebas de laboratorio. Este enfoque, que suele depender de algoritmos clínicos, permite al personal sanitario diagnosticar una determinada infección sobre la base de los síndromes observados.

La gestión de los síndromes es sencilla, asegura un tratamiento rápido en el día y evita pruebas de diagnóstico costosas o no disponibles. No obstante, este enfoque pasa por alto las infecciones que no presentan ningún síndrome, que son la mayoría de la ITS en todo el mundo.

### **Vacunas y Otras Intervenciones Biomédicas**

Para prevenir dos de las ITS (hepatitis B y virus del papiloma humano) hay vacunas seguras y muy eficaces disponibles. Esas vacunas ha supuesto importantes avances en la prevención de las ITS. La vacuna contra la hepatitis B se incluye en los programas de inmunización infantil en el 93% de los países, y se estima que ha prevenido unos 1,3 millones de defunciones por hepatopatía crónica y cáncer.

La vacuna contra el VPH está disponible como parte de los programas de inmunización sistemática en 45 países, en su mayoría de ingresos altos y medianos. Si se lograra una cobertura del 70% con la vacuna contra el VPH, en el próximo decenio se podrían prevenir las defunciones de más de 4 millones de mujeres, de países de ingresos bajos y medianos, en los que se registran la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino.

La investigación orientada al desarrollo de vacunas contra el herpes y el VIH está adelantada, pero todavía no hay vacunas experimentales para ninguna de esas infecciones. La investigación sobre vacunas contra la clamidiasis, la gonorrea y la tricomoniasis está en las fases iniciales de desarrollo.

Otras intervenciones biomédicas para prevenir algunas ITS incluyen la circuncisión masculina de adultos y el empleo de microbicidas.

En los hombres, la circuncisión reduce el riesgo de infección con el VIH adquirida por vía heterosexual en aproximadamente un 60%, y proporciona alguna protección contra otras ITS, entre ellas el herpes y el VPH.

El gel de tenofovir, un microbicida que podría evitar activamente que las mujeres contrajeran el VIH, alcanzó en 2010 la fase de “prueba de concepto” en ensayos clínicos. Se están realizando otras investigaciones clínicas para respaldar la aprobación reglamentaria de su seguridad y eficacia.

Los esfuerzos actuales para contener la propagación de las ITS no son suficientes. A pesar de los considerables esfuerzos realizados para identificar intervenciones simples que puedan reducir los comportamientos sexuales de riesgo, los cambios de esos comportamientos siguen suponiendo un desafío complejo. Las investigaciones han demostrado la necesidad de centrar la atención en poblaciones cuidadosamente definidas, consultar ampliamente con las poblaciones destinatarias identificadas e incorporarlas en las actividades de diseño, aplicación y evaluación (OMS, Estrategia Mundial de Prevención y Control de ITS, 2010).

Los servicios de detección y tratamiento de las ITS siguen siendo inadecuados. Las personas que necesitan servicios de detección y tratamiento de ITS deben afrontar numerosos problemas. Estos incluyen la escasez de recursos, la estigmatización, la calidad insuficiente de los servicios y el limitado o inexistente seguimiento de las parejas sexuales.

En muchos países, los servicios de ITS se proporcionan separadamente y no están disponibles en el ámbito de la atención primaria de salud, la planificación familiar y otros servicios sanitarios ordinarios.

En numerosos entornos los servicios no pueden detectar infecciones asintomáticas dado que carecen de personal idóneo, capacidad de laboratorio y suficientes suministros de medicamentos adecuados.

Las poblaciones marginadas que registran las tasas más altas de ITS, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales, consumidores de drogas inyectables, reclusos, poblaciones nómadas y adolescentes, con frecuencia carecen de acceso a servicios de salud apropiados.

#### **2.5.8.5 Respuesta de la OMS**

La OMS desarrolla normas y pautas mundiales para tratar y prevenir las ITS; fortalece los sistemas de vigilancia y seguimiento, incluidos los relativos a la gonorrea farmacorresistente, y dirige el establecimiento del programa mundial de investigaciones sobre ITS.

La labor de la Organización se rige por los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6, la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2006, y la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, de 2010, que destaca la necesidad de adoptar un conjunto integral de intervenciones esenciales, incluida la información y los servicios de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (OMS, Infecciones de Transmisión Sexual, 2013).

La OMS colabora con los países para:

- ✓ Reforzar los servicios eficaces de lucha contra las ITS, con inclusión de:
  - Gestión de casos de ITS y asesoramiento.
  - Pruebas y tratamiento de la sífilis, en particular para las embarazadas
  - Vacunación contra la hepatitis B y el VPH.

- ✓ Promover estrategias orientadas a fortalecer la prevención de los efectos de las ITS, con inclusión de:
  - Servicios de ITS integrados en los sistemas de salud existentes
  - Promoción de la salud sexual
  - Evaluación de la carga de morbilidad derivada de las ITS
  - Seguimiento de la resistencia de las ITS a los antimicrobianos y respuesta pertinente.
  
- ✓ Apoyar el desarrollo de nuevas tecnologías de prevención de las ITS, tales como:
  - Pruebas de diagnóstico de ITS en el lugar de atención
  - Otros medicamentos contra la gonorrea
  - Vacunas y otras intervenciones biomédicas contra las ITS.  
(Sandoval & Díaz, 2010).

## **2.6 HIPÓTESIS**

El conocimiento y el uso del preservativo femenino mejorará las estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, período junio – diciembre 2014.

## **2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS**

**Variable Independiente:** El conocimiento y uso del preservativo femenino.

**Variable Dependiente:** Estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 ENFOQUE

Se trata de una investigación con un enfoque cuantitativo; porque confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en la población en estudio.

#### 3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

##### DE CAMPO

La investigadora acudió a las aulas de clases de las estudiantes para obtener información primaria, por lo que, el estudio se apoya en datos reales que provienen de encuestas dirigidas a las mismas y así corroborar la hipótesis.

#### 3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

**Nivel Descriptivo.-** Porque la investigación identificó el conocimiento y el uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual entre las estudiantes de la carrera de Enfermería.

**Diseño Transversal.-** Porque estudia la prevalencia de los conocimientos y uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las ITS por parte de las estudiantes de enfermería lo que servirá de base para el diseño de la propuesta.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN**

Estuvo conformada por 337 estudiantes de sexo femenino matriculadas en la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, de las cuales 318 respondieron la encuesta

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Estudiantes mujeres.
- Estudiantes legalmente matriculadas en la carrera de Enfermería.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Estudiantes que no asisten a clases el día de la aplicación de la encuesta.
- Estudiantes que no firman el consentimiento informado.

#### **CRITERIOS ÉTICOS**

- Confidencialidad: Se garantizó a las estudiantes que la información obtenida a través de las encuestas iba a ser accesible sólo para los interesados en el trabajo de investigación, recalando además el anonimato de los cuestionarios y respetando la individualidad al momento de contestar las preguntas, sin que exista manipulación de terceras personas para sus respuestas.
- Anonimato: Los cuestionarios no solicitaron el nombre de las estudiantes dentro de los datos informativos.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1 Variable Independiente: CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Conocimiento y Uso del Preservativo Femenino: Es el conjunto de información, ideas, prejuicios y utilidad que le dan las estudiantes según sus características sociodemográficas sobre el preservativo femenino.	Características sociodemográficas  Conocimiento  Utilidad	Edad Grupo étnico Religión Residencia habitual  Conceptos Funciones  Uso	¿Qué factores sociodemográficos presentan las estudiantes encuestadas?  ¿Ha escuchado hablar sobre el condón femenino? ¿Material del condón femenino? ¿El condón femenino protege de las infecciones de transmisión sexual? ¿Usted ha usado alguna vez el condón femenino en sus relaciones sexuales?	Encuestas Cuestionario

**Tabla 2 Operacionalización Variable Independiente**

**Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

**3.5.2 Variable Dependiente:** ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>TÉCNICA E INSTRUMENTO</b>
Estrategia de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual: Acciones planificadas para evitar las infecciones por contacto sexual	Estrategias de Prevención	Predisposición de tener sexo seguro	¿Recomendaría el uso del condón femenino? ¿Usaría el preservativo femenino para prevenir infecciones de transmisión sexual? ¿Situación que le motivarían a probar o seguir usando el condón femenino?	Encuestas Cuestionario

**Tabla 3 Operacionalización Variable Dependiente**  
**Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

## **3.6 RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

### **3.6.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para la recolección de datos se elaboró una encuesta (Anexo 2) en la cual se incluye:

- ✓ Características sociodemográficas
- ✓ Antecedentes Ginecológicos
- ✓ Conocimiento y uso del preservativo femenino
- ✓ Predisposición a usar el preservativo femenino

Previo consentimiento de las autoridades y docentes de la institución donde se aplica el estudio; ya que la encuesta fue aplicada en horas de clases, se procedió a recoger la información para obtener los datos requeridos en la investigación.

### **3.6.2 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Para el análisis de la información se siguieron los pasos:

- ✓ Se procedió a revisar los instrumentos para garantizar que estaban llenados adecuadamente.
- ✓ Tabulación de datos: Se elaboraron tablas de datos en Excel, considerando las variables estudiadas.
- ✓ Se realizó el respectivo análisis de dichos datos en el programa Epi Info 7
- ✓ Se elaboraron gráficas y tablas, para una mejor interpretación y análisis de los datos.
- ✓ Realización de la prueba de Chi cuadrado para valorar relación existente entre variables.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

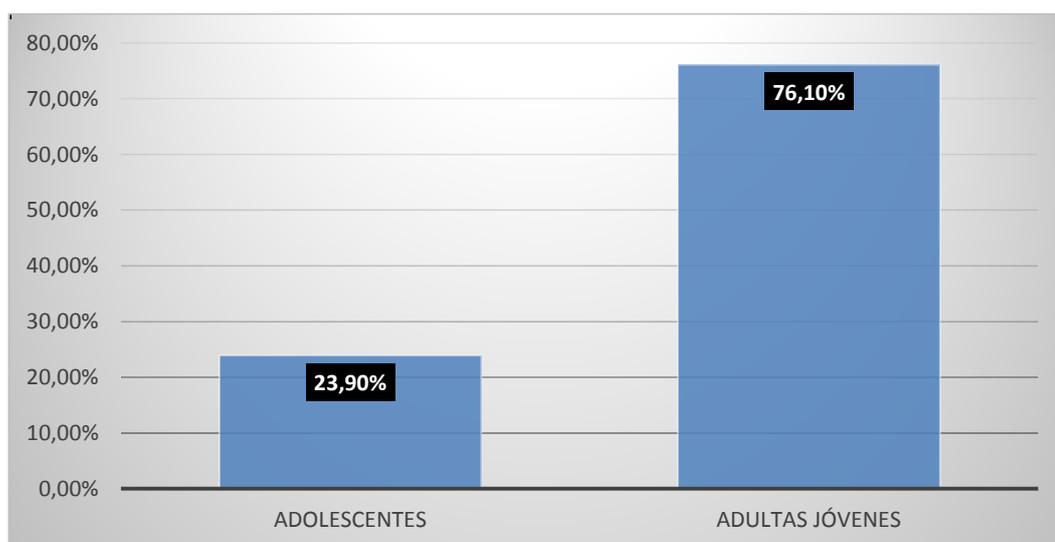
#### 4.1 Características generales de la población

En el período de investigación se identificó 337 estudiantes de sexo femenino de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato en el período junio – diciembre 2014; de las cuales 19 fueron excluidas por no asistir a clases el día que se aplica la encuesta, de manera que los resultados de este informe corresponden a 318 estudiantes.

#### 4.2 Características sociodemográficas

##### 4.2.1 Edad

**GRÁFICO 6** Edad de las estudiantes



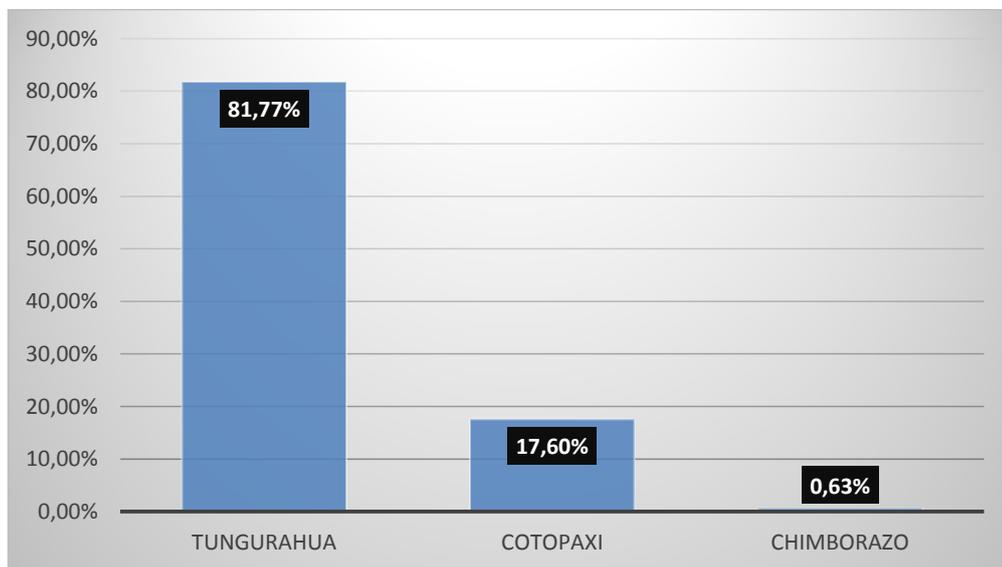
**Fuente:** Datos de las estudiantes – U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

El estudio estuvo conformada por adolescentes de 18 y 19 años de edad constituyendo el 23,90% (76 estudiantes), el resto de la población son adultas jóvenes de 20 a 29 años de edad que representan el 76,10% (242 estudiantes). La media de edad es de 23,5 años y la desviación estándar de 2,26 (Gráfico 6). Teniendo cierta relación con los datos del estudio realizado en la comunidad universitaria de la Universidad de Vigo sobre el tema, promocionando el uso del preservativo femenino; teniendo una edad media de 23,18 años en las mujeres (Fernández M. , 2010).

Hay que tomar en cuenta que en el Ecuador, la mayoría de pacientes que padecen infecciones de transmisión sexual (1.437 son mujeres) tiene entre 20 y 49 años de edad (MSP, 2013).

#### 4.2.2 Lugar de Residencia

**GRÁFICO 7 Residencia actual de las estudiantes**

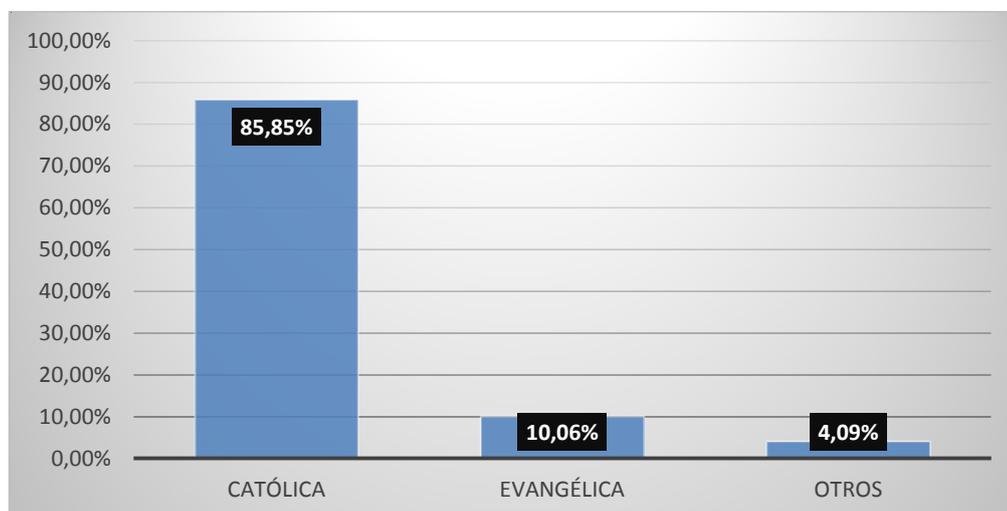


**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

La residencia actual mayoritaria de las participantes es la provincia de Tungurahua (257 estudiantes) de los cuales el 63,52% (202 estudiantes) residen en la ciudad de Ambato. (Gráfico 7).

### 4.2.3 Religión

**GRÁFICO 8 Religión de las estudiantes**

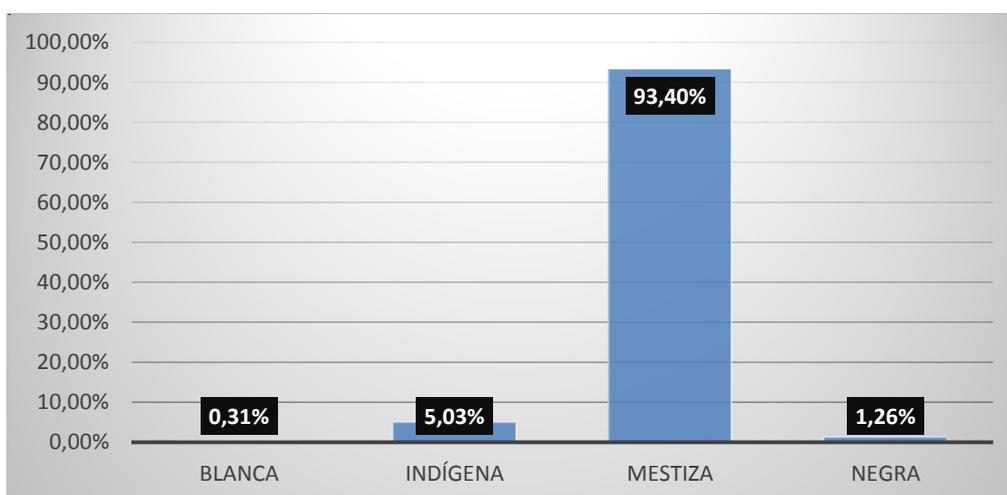


**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

El 85,85% (273) declaran ser católicas y el resto son evangélicas y de otras religiones. (Gráfico 8). En un estudio ejecutado en Murcia en la Universidad Federal del Ceará sobre conocimientos de los estudiantes del área de salud en anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual el 62,4% de las estudiantes eran católicas (Falcão & Vieira, 2009).

### 4.2.4 Autoidentificación Étnica

**GRÁFICO 9 Grupo étnico al que pertenecen las estudiantes**



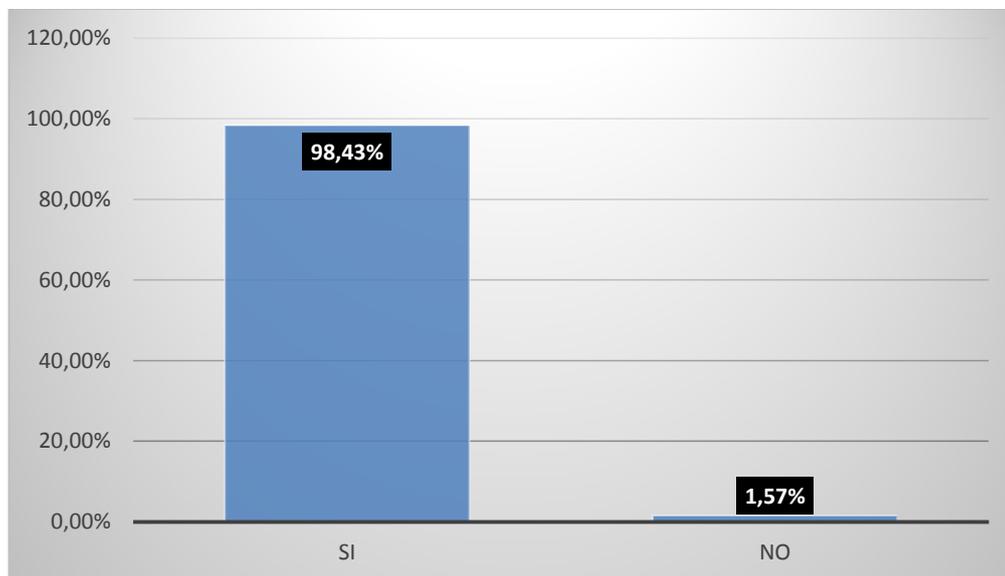
**Fuente:** Datos de estudiantes – U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

En el estudio el 93,40% de las estudiantes declararon ser mestizas y el 6,29% se autoidentificaron como indígenas y negras (Gráfico 9).

Considerando que las cifras del Censo INEC 2010 en que el 50,9% de mestizos corresponde a mujeres, autoidentificándose como blancas en el menor porcentaje de la población ecuatoriana (6,1%) (INEC 2011).

### 4.3 Antecedentes Ginecológicos

**GRÁFICO 10 Ha iniciado su vida sexual**

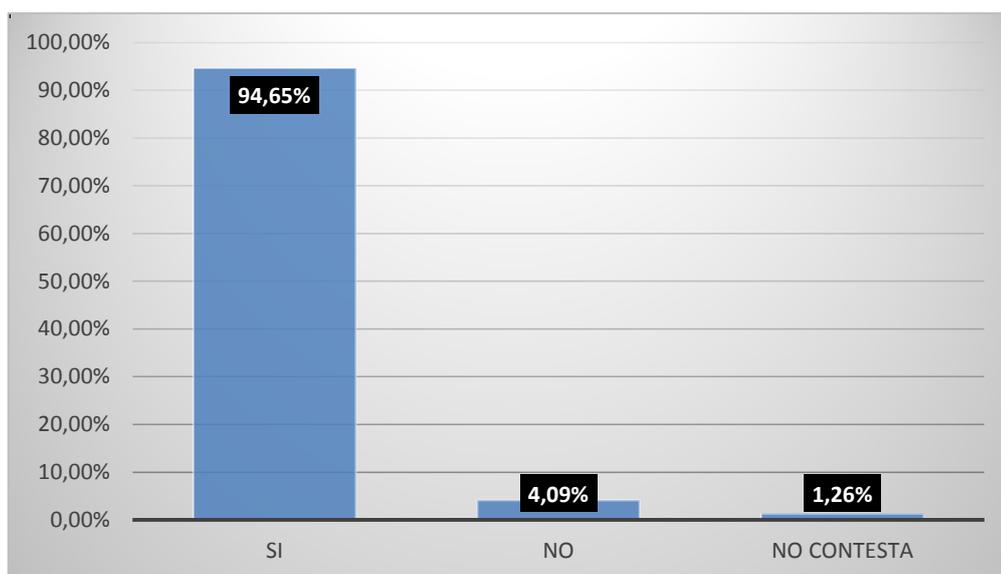


**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Entre las participantes el 98,43% que corresponde a 313 universitarias ya ha iniciado su vida sexual (Gráfico 10).

A diferencia de otro estudio realizado en Murcia en estudiantes del área de salud, han iniciado su vida sexual el 59,5% de las mujeres (Falcão & Vieira, 2009).

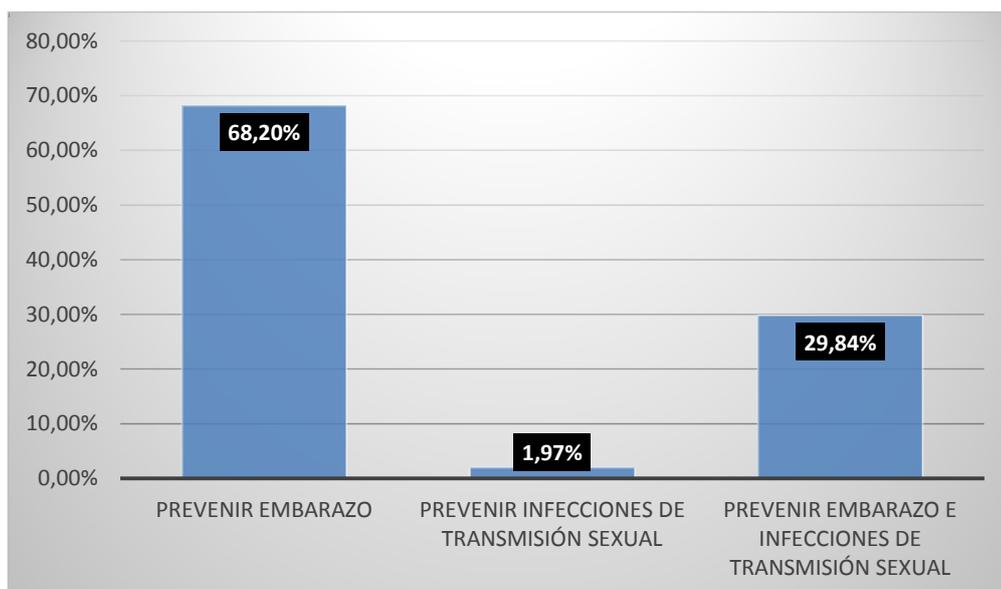
**GRÁFICO 11 Actualmente, usa algún método anticonceptivo**



**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Entre las participantes actualmente el 94,65% (301) usa algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales (Gráfico 11). Estos datos son superiores a los encontrados en el estudio de percepción del condón femenino en poblaciones focalizadas que el 84,2% de las estudiantes utiliza algún método anticonceptivo (Demoscópica, 2010).

**GRÁFICO 12 Finalidad de uso del método anticonceptivo**



**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

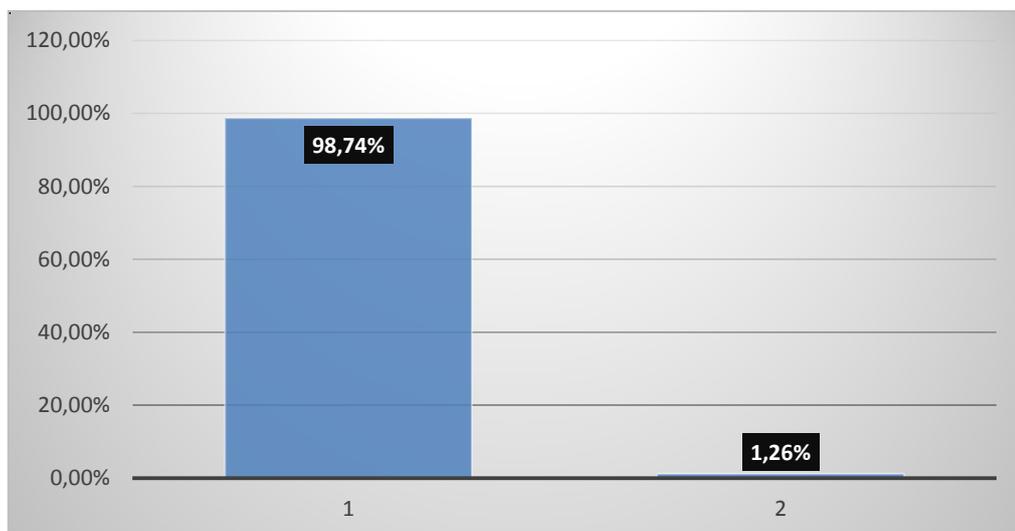
De las universitarias que usan algún método de protección en sus relaciones sexuales en su mayoría correspondiendo al 68,20% (208) lo utilizan con la finalidad de prevenir embarazos (Grafico 12).

Esta motivación ha sido identificada en el estudio realizado en Colombia por Camacho D. y Varela Y. según los hallazgos, la razón que lleva a las mujeres universitarias a utilizar el método de protección en sus relaciones sexuales es el evitar embarazos (68,8%) (Camacho & Y., 2014).

En otra publicación sobre estudiantes universitarios frente a las infecciones de transmisión sexual, todos se manifiestan activos sexualmente y se protegen del embarazo, no de las ITS (Montes, 2013).

#### 4.4 Conocimiento y Uso del Preservativo Femenino

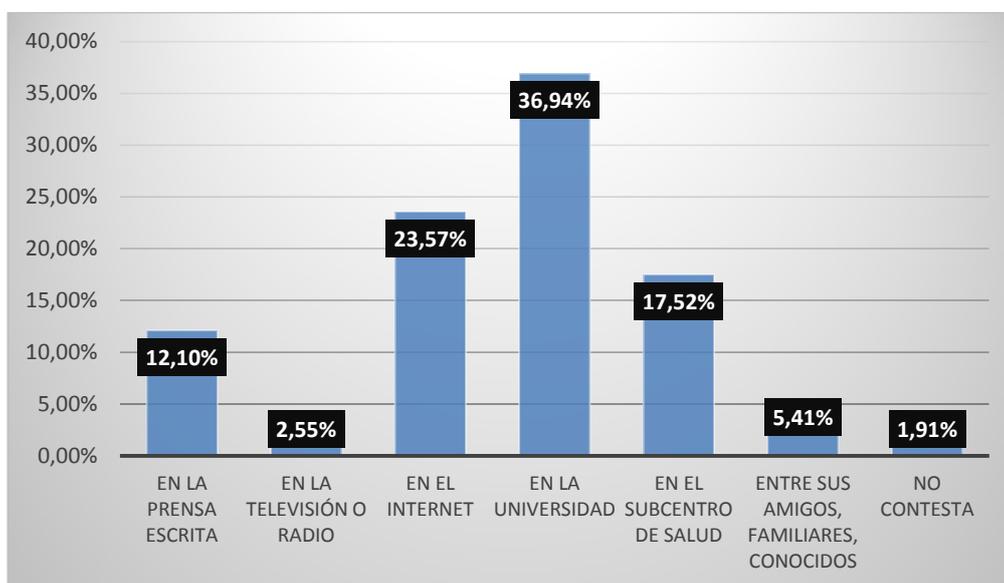
**GRÁFICO 13 Ha escuchado hablar sobre el preservativo femenino**



**Fuente:** Datos de estudiantes – U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Se identifica que el 98,74% (314) de las universitarias han escuchado hablar del preservativo femenino (Gráfico 13). Relacionándose con estudios centrados en la viabilidad de uso del preservativo femenino en la que, la mayoría de los jóvenes (95%) han oído hablar del preservativo femenino. (Fernández M. , 2010).

**GRÁFICO 14 En dónde ha recibido la información sobre preservativo femenino**

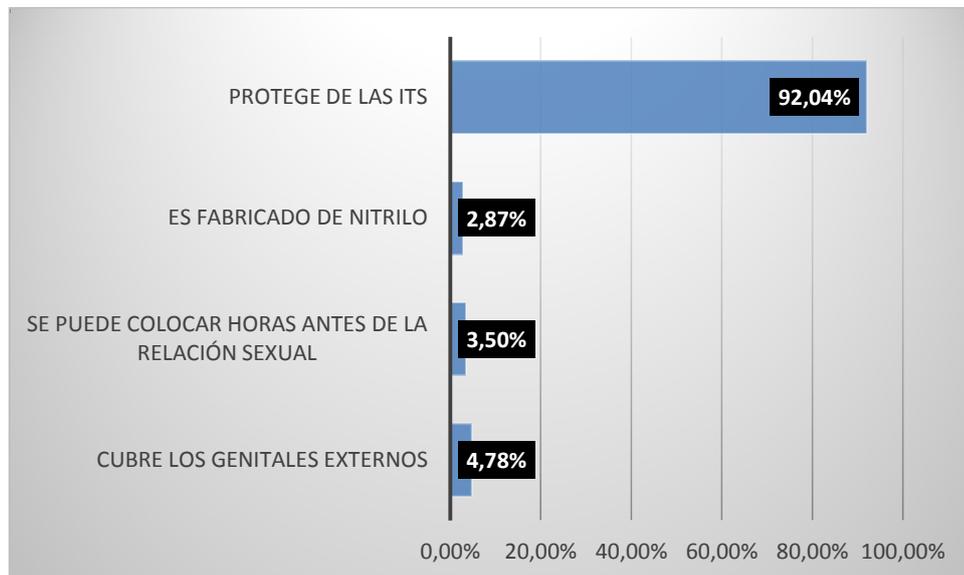


**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

De las encuestadas que han escuchado hablar del condón femenino, el 36,94% (116) han obtenido su información en la Universidad, teniendo un rol importante los medios de comunicación (prensa escrita, internet, televisión y radio) que en conjunto representan el 38,22% (120) destacando que las estudiantes forman parte del área de salud (Gráfico 14).

En un estudio realizado sobre percepción del condón femenino en estudiantes universitarios refieren que el 39,60% han obtenido su información en el mismo lugar (Demoscópica, 2010).

### GRÁFICO 15 Conocimiento de las universitarias sobre el preservativo femenino



**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

En la población investigada se denota que el 92,04% (289) señalan que el condón femenino a más de ser anticonceptivo, protege de las infecciones de transmisión sexual, mientras que hay una deficiencia en cuanto al conocimiento de las características del mismo, ya que del total de población sólo el 4,78% (15) afirma que el preservativo femenino cubre los genitales externos (Grafico 15).

Estos datos deben ser tomados en cuenta pues Fernández M. en su estudio realizado en Minatitlán establecía los conocimientos que poseen los estudiantes universitarios sobre el método, los cuales son escasos (55%) (Fernández M. , 2010).

Asimismo, en otro estudio existe mucho desconocimiento sobre el tema, porque a la hora de la verdad se conoce la existencia, pero no se sabe mucho de ellos. (Carrera & Rodríguez, 2011)

En un estudio realizado en los universitarios del área de salud de la Universidad Federal del Ceará, se cuestionó primeramente si el preservativo femenino es considerado solamente como método de contracepción. Respondieron de forma

correcta, diciendo que la expresión era falsa ya que el 92,7% de los alumnos de enfermería, el 80,6% de los alumnos de farmacia y el 78,2% de los alumnos de odontología, sumando el 83,8% del total de alumnos (Falcão & Vieira, 2009).

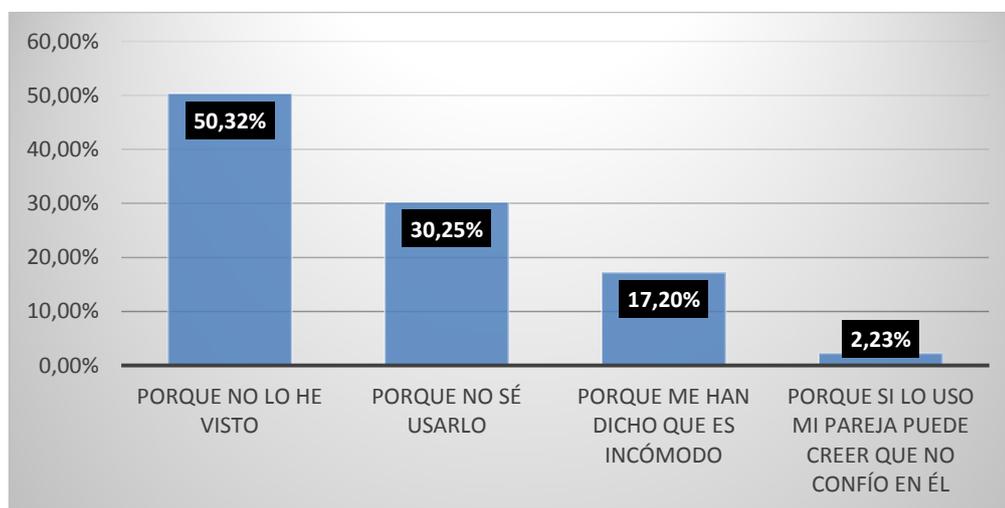
**Tabla 4 Ha usado alguna vez el condón femenino**

	Frecuencia	Porcentaje
NO	314	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>314</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A.

**Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

**GRÁFICO 16 Razones para no haber usado nunca el condón femenino**



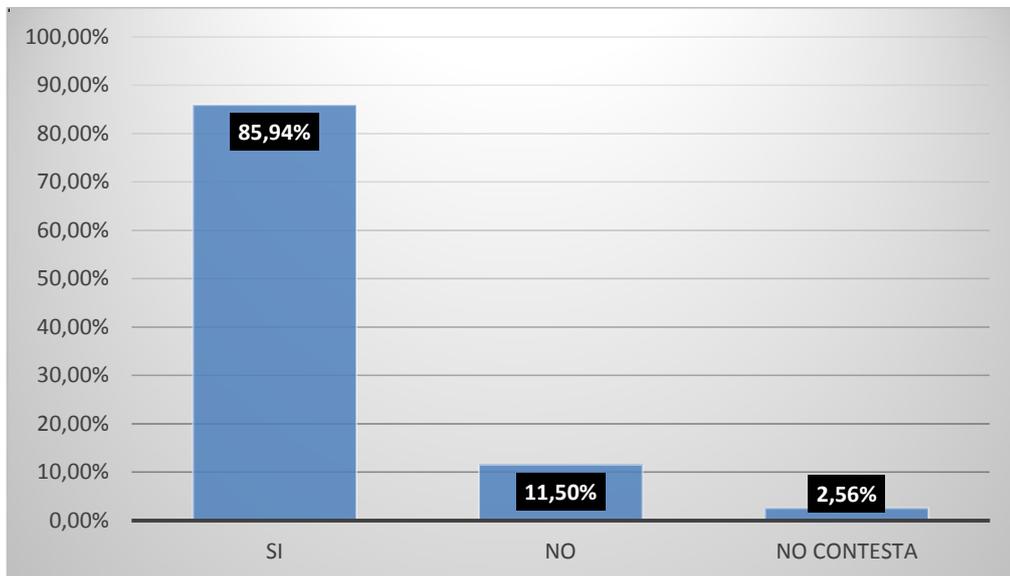
**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Entre las universitarias que no han usado nunca el condón femenino correspondiendo al 100% de la población que ha escuchado hablar sobre el tema (314); entre las razones que atribuyen a la no utilización de este método de protección destacan el no haberlo visto y el no saber usarlo que corresponde al 80,57% de la población (Gráfico 16).

Estos datos son similares con un estudio sobre percepción del condón femenino en poblaciones focalizadas en la que el 100% de la población universitaria nunca ha utilizado alguna vez el condón femenino teniendo como razón principal no conocerlo (68,30%) (Demoscópica, 2010).

#### 4.5 Predisposición de Uso

**GRÁFICO 17** Recomendaría usar el condón femenino

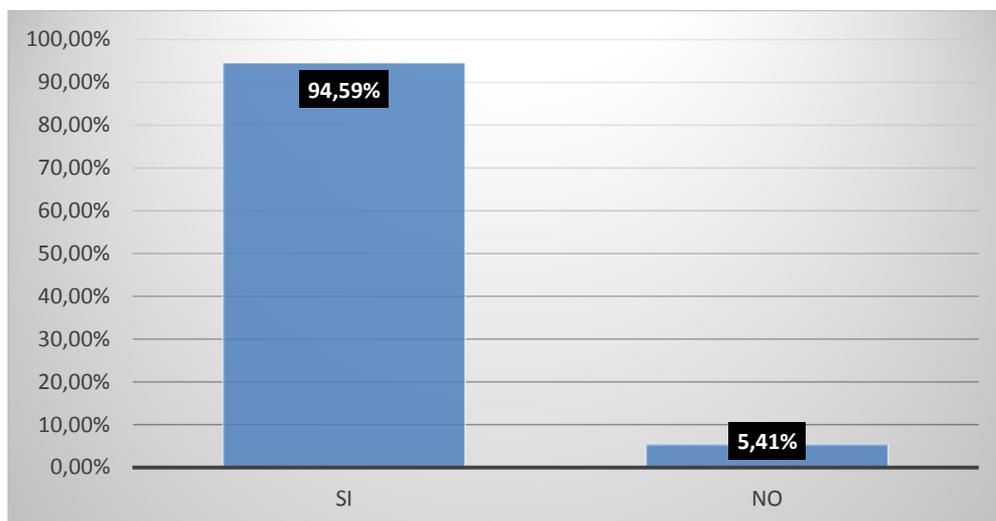


**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

De las universitarias encuestadas el 85,94% (270) recomendarían el uso del preservativo femenino (Gráfico 17).

En otra investigación efectuada en España corrobora lo anteriormente referido, muestra que los universitarios en su mayoría tienen la disposición a recomendar el preservativo femenino (a mayor disposición para recomendar el preservativo femenino, más disposición a utilizarlo) (Nuñez, 2009).

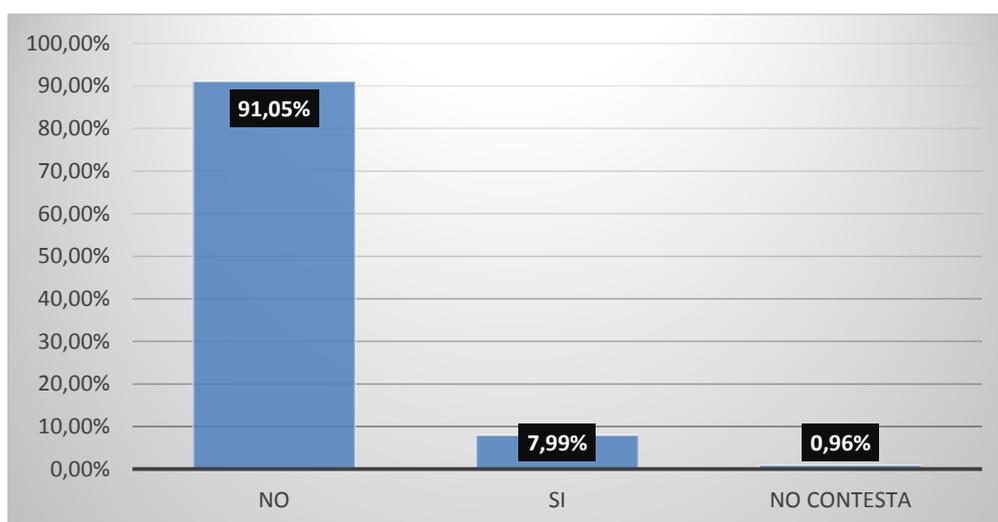
**GRÁFICO 18 Usaría el preservativo femenino para prevenir infecciones de transmisión sexual**



**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Entre las estudiantes se identificó que el 94,59% (297) si usarían el condón femenino si alguna vez contrajesen infecciones de transmisión sexual, mientras que tan sólo el 5,41% no están dispuestas a usarlo (Gráfico 18).

**GRÁFICO 19 Posibilidad de tener relaciones sexuales si su pareja no acepta que usted utilice el condón femenino**



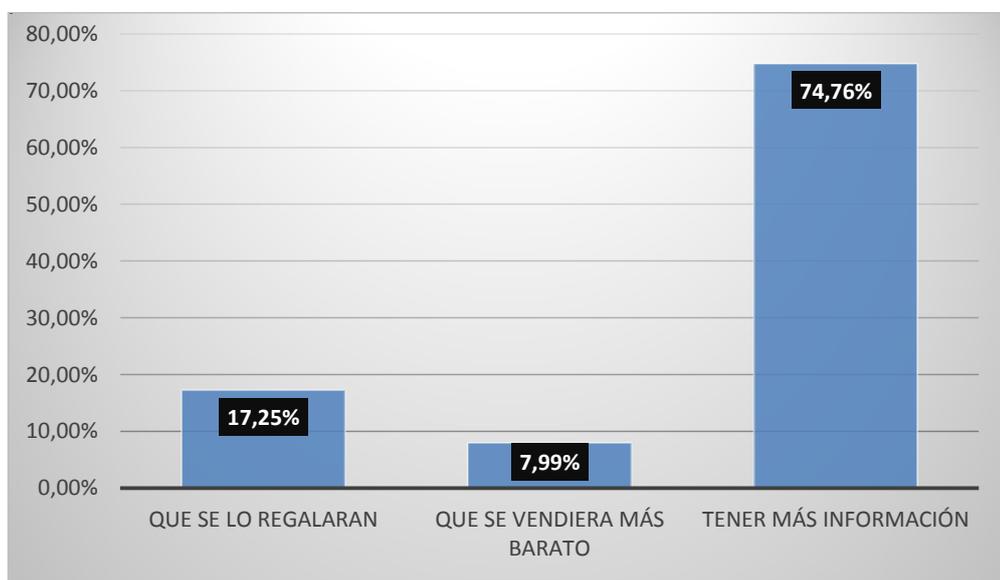
**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

El 91,05% indican que no tendrían relaciones sexuales si su pareja no acepta que utilice el condón femenino (Gráfico 19).

Históricamente, la falta de autonomía de las mujeres ha constituido una de las principales barreras a la protección de su salud; estos datos se proyectan a la posibilidad de que la mujer tome mando sobre sus relaciones sexuales.

La introducción de éste método de barrera controlados por la mujer resulta en el uso de una amplia gama de métodos de prevención y una significativa reducción de sexo no protegido (Alba & Luciano, 2011).

**GRÁFICO 20 Situación que le motivarían a utilizar el condón femenino**

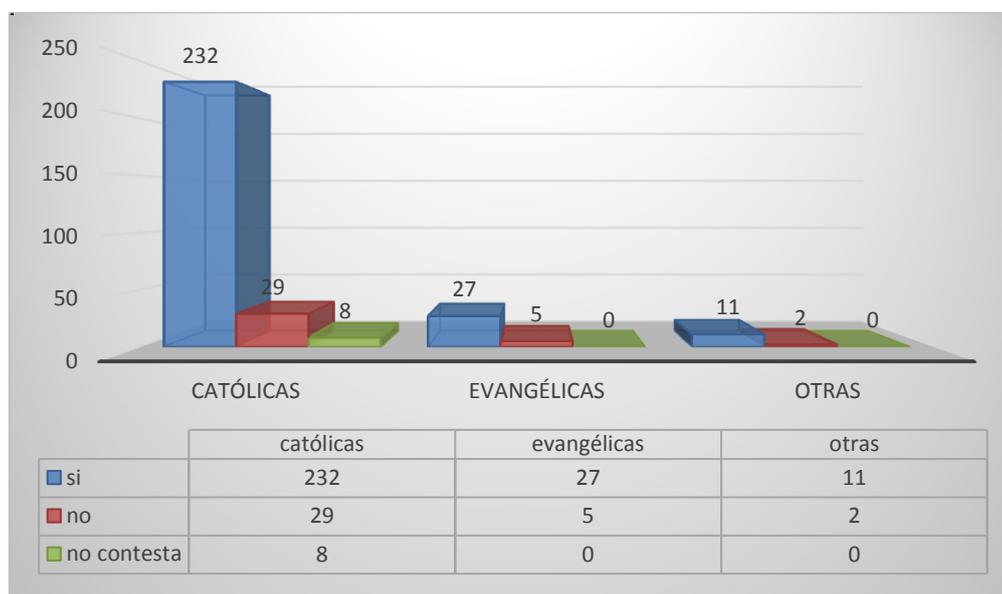


**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Al indagar sobre los requerimientos para incrementar el uso del condón femenino, el 74,76% indica necesario una mayor información. Esta es una necesidad sentida por las estudiantes locales y también reportada en el estudio sobre la percepción del condón femenino, en que el 67,6% de los estudiantes desea tener más información sobre el tema (Gráfico 20).

La promoción del CF (Condón Femenino) puede complementar las intervenciones dirigidas a modificar actitudes sobre el riesgo individual y colectivo en mujeres de la población general y grupos específicos, al tiempo que se les ofrece el CF como una opción de doble protección (Alba & Luciano, 2011).

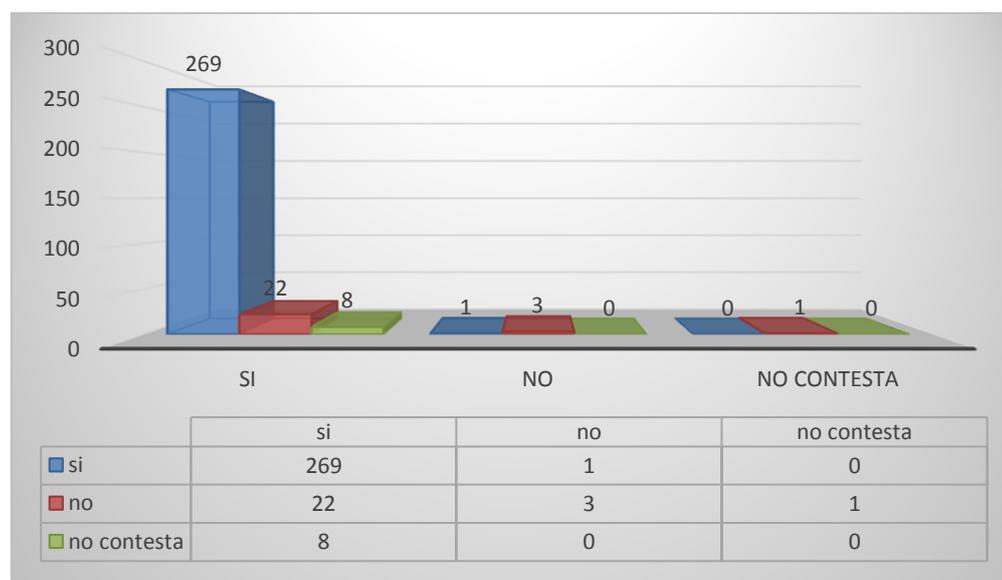
**GRÁFICO 21 Relación de la religión y la recomendación de uso del preservativo femenino**



**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Al relacionar la religión y la recomendación del uso del preservativo femenino se puede decir que no existe diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,74$ ) entre ambos grupos (Gráfico 21).

**GRÁFICO 22 Relación de la utilización actual de métodos de anticonceptivo en sus relaciones sexuales y la recomendación de uso del preservativo femenino**



**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Al relacionar la utilización actual de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales y la recomendación de uso del preservativo femenino se puede decir que existe diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,00$ ) entre ambos grupos, lo que indica que este grupo de personas están mayormente predispuestas a recomendar el uso de este método de protección (Gráfico 22).

**Tabla 5: Relación de las características de la población con la posibilidad de usar para prevenir infecciones de transmisión sexual**

VARIABLE		Si (%)	No (%)	P
EDAD	Adolescentes	71 (95,95)	3 (4,05)	0,55
	Adulta Joven	226 (94,17)	14 (5,83)	
RESIDENCIA	Tungurahua	245 (95,33)	12 (4,67)	0,21
	Cotopaxi	50 (90,91)	5 (9,09)	
	Chimborazo	2 (100)	0	
RELIGIÓN	Católica	253 (94,05)	16 (5,95)	0,30
	Evangélica	32 (100)	0	
	Otros	12 (92,31)	1 (7,69)	
AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	Mestiza	279 (94,58)	16 (5,42)	0,97
	Indígena	13 (92,86)	1 (7,14)	
	Negra	4 (100)	0	
	Blanca	1 (100)	0	

**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A. **Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

La tabla anterior indica que no existen diferencias significativas entre las características de la población con respecto a la posibilidad de usar el preservativo femenino en caso de contraer infecciones de transmisión sexual (Tabla 6).

#### 4.6 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

H1: El conocimiento y el uso del preservativo femenino mejorará las estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, período junio – diciembre 2014.

H0: El conocimiento y el uso del preservativo femenino no mejorará las estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato período junio – diciembre 2014.

**Tabla 6 Relación entre el conocimiento y predisposición de uso del preservativo femenino como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual**

	Si	No	TOTAL
Saben	277	12	289
No saben	20	5	25
TOTAL	297	17	314

**Fuente:** Datos de estudiantes - U.T.A.  
**Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

Se observó OR= 5,77 (IC: 1,84 – 18,00).

Existe una probabilidad de 5,77 veces de que las estudiantes que conocen que el preservativo femenino protege de las infecciones de transmisión sexual entre las que estarían dispuestas a utilizarlo, frente a aquellas que no lo conocen y no lo usarían.

Existiendo diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0,05$

**Decisión:**

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1) la cual plantea que: “El conocimiento y el uso del preservativo femenino mejorará las estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, período junio – diciembre 2014”.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- Según las características sociodemográficas de la población, en relación a la edad se percibe que la mayoría de las participantes son adultas jóvenes, y la mayor edad encontrada fue de 29 años. Se resalta también una edad mínima de 18 años, caracterizando a esas personas como adolescentes. Además un alto porcentaje reside actualmente en la provincia de Tungurahua, sobretodo en la ciudad de Ambato y en cuanto a creencias religiosas con un predominio de católicas.
- Aunque el 98,74% de las universitarias han escuchado hablar del preservativo femenino obteniendo la mayoría su información en la Universidad; nunca lo han usado. Entre las razones que atribuyen a la no utilización de este método de protección destacan el no haber visto el condón femenino y el no saber usarlo.
- En relación al conocimiento del preservativo femenino como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual la mayoría lo afirma, mientras que hay deficiencia en relación a las características específicas del mismo, tal como puede percibirse en algunas de las manifestaciones en cuanto al material de fabricación, el poder colocarse horas antes de la relación sexual y que cubre los genitales externos. Indudablemente, los escasos esfuerzos de difusión y distribución influyen directamente en el precario conocimiento del método, realizados por los medios de salud.

- Entre las universitarias que usan algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales la mayoría lo hacen con la finalidad de prevenir embarazos. Además, en este mismo grupo hay mayor predisposición a recomendar el uso del condón femenino ( $p=0,00$ ), principalmente porque no tienen experiencia y requieren mayor información.
- La mayoría de las universitarias recomienda el uso del preservativo femenino, además indican estar dispuestas a utilizarlo para prevenir infecciones de transmisión sexual, situación explicable por estudiar una carrera de salud.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda diseñar un programa de información, educación y comunicación a las estudiantes sobre el preservativo femenino como estrategia de prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Es necesario realizar nuevas investigaciones en estudiantes de otras carreras de ésta Universidad que permitan la aplicación de estrategias multipropósito a través del Departamento de Bienestar Estudiantil y Asistencia Universitaria (DIBESAU) con objetivos preventivos y promocionales para una sexualidad sana ya que los primeros resultados de este estudio serán puerta de entrada a otras investigaciones.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1 TEMA**

Plan de promoción del preservativo femenino como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

##### **6.1.2 INSTITUCIÓN**

La propuesta se realizará en la Universidad Técnica de Ambato

##### **6.1.3 BENEFICIARIOS**

Estudiantes universitarias de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

##### **6.1.4 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN**

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante, en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente su correcta utilización y distribución para la que se realicen constantes evaluaciones y modificaciones.

### **6.1.5 EQUIPO RESPONSABLE**

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por:

- ✓ El investigadora quien dará a conocer y organizará la propuesta
- ✓ DIBESAU de la Universidad Técnica de Ambato
- ✓ Decano de la Facultad Ciencias de la Salud
- ✓ Coordinadora de la carrera de Enfermería
- ✓ Docentes

### **6.1.6 PRESUPUESTO**

La propuesta tiene como presupuesto un total de 350 dólares que será invertidos en el diseño de la propuesta, en la promoción masiva a nivel de la población estudiantil de la carrera y en la capacitación focalizada a las estudiantes de Enfermería, en el uso de afiches, folletos, videos, condones femeninos, etc.

## **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

Pese a que la mayoría de las estudiantes de la carrera de Enfermería, saben que el condón femenino, a más de ser un método anticonceptivo protege de las infecciones de transmisión, no lo han usado nunca, debido a que no lo han visto y no saben usarlo por tal motivo es importante ofrecer un taller que permita mejorar los conocimientos y el uso sistemático del preservativo femenino.

Cabe señalar que las estudiantes que usan métodos anticonceptivos están mayormente predispuestas a usar el condón femenino, debido a que existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0,00$ ) al relacionar estos dos grupos.

La situación relevante que motivaría a las universitarias usar el preservativo femenino es tener más información sobre el tema.

Al realizar esta investigación se pretende enfatizar cual es la importancia de mejorar los conocimientos y promover el uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La importancia de esta propuesta se ve reflejada en la medida que ayudará a las estudiantes a reforzar el conocimiento y promover el uso de manera adecuada del preservativo femenino y pueda servir como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual, y a su vez mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta que la mujer tomará el control de sus relaciones sexuales; por lo que se implementará un plan de promoción del condón femenino en la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato. Además, es necesario que las estudiantes de carreras de salud pongan en práctica sus conocimientos, iniciando las acciones preventivas en su propia persona, respondiendo así a la premisa de que el mejor modelo para la población debe ser los(as) profesionales de salud.

Un elemento facilitador es la posibilidad que abre la legislación actual en salud y la política sanitaria del Ecuador para las mujeres, favoreciendo un cambio significativo en las relaciones de género, en particular en lo que respecta a las decisiones de su salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (identidad sexual, determinar el número de hijos, derecho a la información, a relaciones placenteras, etc.). Con la predisposición de usar el condón femenino, la mujer tiene la oportunidad de decidir sobre su propia sexualidad y los riesgos que ésta implica, la decisión en este ámbito ahora no quedaría al arbitrio unilateral del hombre como ha sido hasta ahora, con ello la mujer ahora tendría la posibilidad de ejercer sus derechos y aumentar sus opciones de autocuidado, mediante la contribución conjunta de los servicios de salud y la Universidad y particularmente del Departamento de Bienestar Estudiantil y Asistencia Universitaria de la U.T.A. (DIBESAU).

Otro aspecto importante que justifica la propuesta es su utilidad práctica, pues puede extenderse en el tiempo a todas las facultades de la Universidad y añadirse a las estrategias de prevención que se desarrollan en el DIBESAU.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **6.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Elaborar un plan de promoción del preservativo femenino como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual en las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

### **6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Diseñar material educativo que respalde la capacitación y provea información a las estudiantes.
- ✓ Establecer el plan de capacitación y formación para promover el uso del preservativo femenino.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, además del apoyo de los profesionales de la salud que forman parte de la institución.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato.

La actual propuesta esta direccionada a la población mujer universitaria, además será respaldada legalmente por la Constitución de la República del Ecuador y Ley Orgánica de Salud.

Desde el punto legal es una propuesta factible basándose en la Ley Orgánica de Salud título I artículo 3°.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

**Principio de Universalidad:** Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

**Principio de Participación:** Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

**Principio de Coordinación:** Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

**Principio de Calidad:** En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales (ley No. 2006-67).

## **6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO – TÉCNICA**

### **6.6.1 ¿Qué es el preservativo femenino?**

Es un método anticonceptivo de barrera de uso vaginal alternativo al preservativo masculino. Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas antes de las relaciones sexuales. A diferencia del preservativo masculino no queda ajustado a tensión, y por la humedad y temperatura propias de la vagina se adhiere cómodamente y su

presencia es casi inapreciable. El preservativo femenino tiene la ventaja de que es la mujer quien lo controla.

### **6.6.2 ¿Por qué un preservativo femenino?**

La creciente feminización de la infección por el VIH/sida se debe al peso cada día mayor de la transmisión heterosexual en la epidemia. La transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas asciende al 27%, pero adquiere especial relevancia en las mujeres, donde representa el 44% de los casos de sida. Esto evidencia las dificultades que a menudo tienen las mujeres a la hora de protegerse a sí mismas (Oliveira, Kerber, Barros, & Wachholz, 2012).

Las mujeres pueden exponerse al VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) debido a sus conductas, las de sus maridos o sus parejas. Con frecuencia, los mensajes para prevenir la infección por el VIH/sida (fidelidad mutua, número limitado de parejas o uso consistente del preservativo masculino) son difíciles de poner en práctica, especialmente cuando las mujeres no están en condiciones de decidir sobre sus relaciones sexuales.

Ello hace necesario que los mensajes y las medidas preventivas, se adapten a las necesidades y a los valores específicos de las mujeres. El preservativo femenino, además de posibilitar que las mujeres inicien la adopción de medidas de protección y por tanto de protegerse a sí mismas, les facilita la decisión y el control sobre sus relaciones sexuales. Es el único método disponible para ser usado por las propias mujeres.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA) apoyan firmemente el preservativo femenino como una opción más en respuesta a las necesidades de salud reproductiva y sexual de hombres y mujeres (López, 2011).

### **6.6.3 Seguridad, eficacia y aceptabilidad**

Los datos de la guía de planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2007 indican que, cuando los condones femeninos se usan correctamente en cada acto sexual, son unos cinco los embarazos producidos por cada 100 mujeres en el primer año. Si bien los estudios de eficacia anteriores han sido llevados a cabo con el condón femenino FC1 (retirado del mercado), la OMS y la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (USFDA, por sus siglas en inglés) han determinado que el FC2 es equivalente al FC1, en base a estudios preclínicos y clínicos.

En la actualidad, el condón femenino FC2 se usa como control en estudios para evaluar la eficacia y aceptabilidad de modelos más recientes de condones. Por ejemplo, un estudio cruzado aleatorio publicado en el año 2012 evaluó el rendimiento funcional, seguridad y aceptabilidad de tres CF nuevos: Woman's Condom, Cupid™ y VA w.o.w® (actualmente no se encuentra a la venta). El estudio se llevó a cabo en China y Sudáfrica y concluyó que los tres condones nuevos no son inferiores al FC2 y funcionan tan bien como este último. Los condones femeninos son el único método seguro y eficaz para la prevención del VIH que depende de la iniciativa de la mujer. Estudios de 40 países muestran tasas de aceptabilidad de entre el 37 y 93 por ciento (OMS. & UNFPA, 2012).

El condón femenino tiene una efectividad de entre el 75% y el 82% en el uso habitual. Cuando se utiliza correctamente todo el tiempo, el condón femenino tiene una efectividad del 95%.

### **6.6.4 Consideraciones acerca de la reutilización del condón femenino**

La OMS recomienda utilizar un preservativo masculino o femenino nuevo en cada relación sexual que conlleve un riesgo de embarazo no planeado o de infección por transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. Dado que el acceso a los preservativos femeninos puede ser limitado y que se ha señalado su reutilización,

la OMS ha convocado dos consultas para abordar los aspectos relativos a dicha reutilización.

Sobre la base de estas consultas, la OMS no recomienda ni promueve la reutilización de los preservativos femeninos. Reconociendo la urgente necesidad de elaborar estrategias de reducción de riesgos para las mujeres que no pueden acceder o no acceden a estos nuevos tipos de preservativo, los participantes en la consulta elaboraron un proyecto de protocolo para el manejo y la preparación seguros de los preservativos femeninos a los efectos de su reutilización.

Este protocolo se basa en los mejores datos científicos disponibles, pero su seguridad no se ha estudiado exhaustivamente y todavía no se ha evaluado su eficacia para su uso en humanos.

Habida cuenta de la diversidad de contextos culturales y sociales y de circunstancias personales en las que la reutilización del preservativo femenino puede ser aceptable, factible y segura, y dado que el equilibrio entre riesgos y beneficios varía según el contexto, la decisión final de apoyar o no la reutilización del preservativo femenino debe ser adoptada en última instancia a nivel local.

La OMS sigue apoyando la investigación sobre la reutilización del preservativo femenino y difundirá la información pertinente, los resultados de los estudios realizados en la materia y directrices para los encargados de formular políticas a medida que se disponga de más datos al respecto (OMS, Preservativo femenino, 2014).

#### **6.6.5 Importancia del conocimiento y uso del preservativo femenino**

El conocimiento y uso del preservativo femenino permite ser un método de prevención de las infecciones de transmisión sexual, además otorga a la mujer llevar el control de sus relaciones sexuales enfatizando su autonomía para lograr una salud sexual y reproductiva.

## **6.7 ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN**

Dentro de los involucrados en el problema se encuentra las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato y estudiantes de la carrera de Enfermería que acudan a mencionada institución.

## 6.8 MODELO OPERATIVO

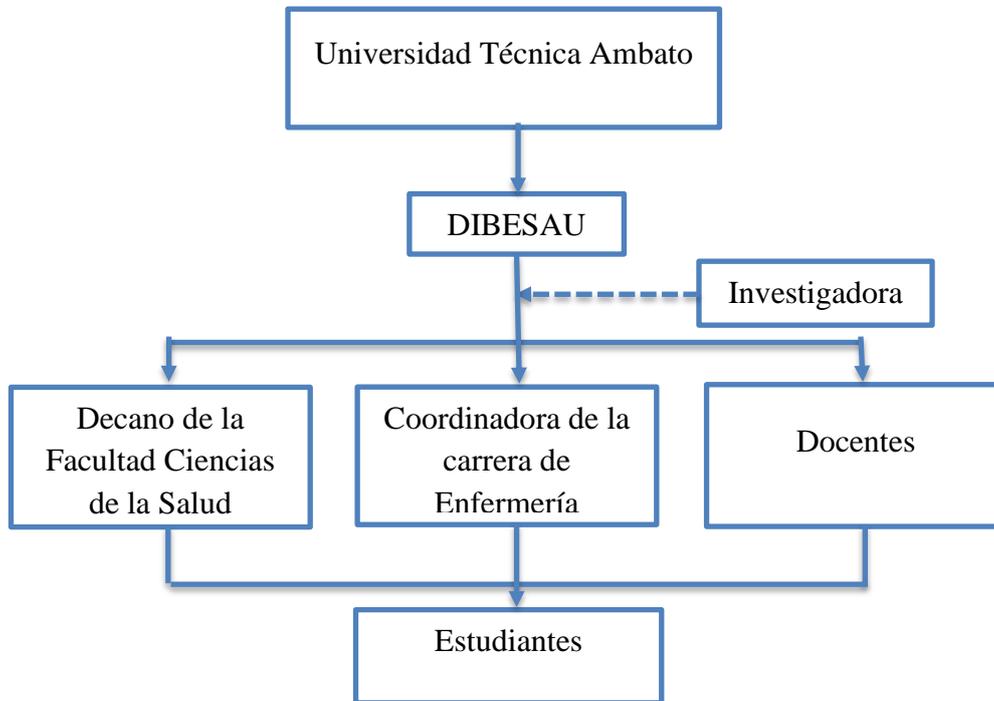
<b>FASES</b>	<b>ETAPAS</b>	<b>METAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>PLANIFICACIÓN</b>	Solicitar autorización para la ejecución de la propuesta. Selección de material bibliográfico. Elaboración de materiales.	Obtener la autorización para la ejecución de la propuesta. Difundir y socializar el plan de intervención educativa al 100%	Presentar la propuesta a las autoridades. Planificar con la directora del DIBESAU Realizar informativos a entregarse.	30 dólares	Jeannette Chisaguano Colaboradores	3 semanas
<b>EJECUCIÓN</b>	Ejecutar el plan de promoción del preservativo femenino a los estudiantes	Desarrollar 8 talleres y capacitaciones en el 100% de las estudiantes. Elaborar y probar el material educativo Edición final y entrega del material educativo a las estudiantes de la carrera.	Realizar conferencias y talleres.	300 dólares	Jeannette Chisaguano Colaboradores	4 semanas

<b>EVALUACIÓN</b>	Evaluación del cumplimiento de la propuesta	Valoración de los conocimientos sobre el preservativo femenino	Test de evaluación para las estudiantes y participantes. Lista de chequeo para la evaluación de forma y contenido del material educativo.	20 dólares	Jeannette Chisaguano Colaboradores	2 semanas
-------------------	---	--	--	------------	------------------------------------	-----------

**Tabla 7 Modelo Operativo de la Propuesta**  
**Elaborado por:** Jeannette Chisaguano Adame

## 6.9 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS

GRÁFICO 23 Administración de Recursos



Elaborado por: Jeannette Chisaguano Adame

## 6.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Una vez aprobada la propuesta se realizará una pre-evaluación a los estudiantes de la carrera de Enfermería, luego se implementará la capacitación y los talleres, al final de los mismos se realizarán una post-evaluación. Se valorará el cumplimiento de la meta a través del registro de los estudiantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LINKOGRAFÍA

- Álvarez, P., & et al. (2010). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Recuperado el 25 de Enero de 2015, de Normas y Protocolos de Atención Integral a los y las Adultos Mayores: [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas\\_y\\_protocolos.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf)
- Abracinskas, L. e. (2012). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de [http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas\\_anticoncepcion\\_uruguay.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_anticoncepcion_uruguay.pdf)
- Aguayo, e. a. (2013). *Talleres sobre sexualidad, paternidad y cuidado con hombres jóvenes*. Obtenido de <http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Manual-Sexualidad-Paternidad-Hombres-Jovenes-CulturaSalud-EME-2013.pdf>
- Alba, W., & Luciano, D. (Marzo de 2011). *El condón femenino: una pieza clave en el rompecabezas*. Obtenido de [http://spanish.dvcn.org/uploads/client\\_76/files/factsheetCFfinalMarzo6.pdf](http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/factsheetCFfinalMarzo6.pdf)
- APV/A. (2013). *Condón femenino*. Recuperado el 2014, de <http://www.redeser.org/condonfeme.pdf>.
- Arias, S. (Febrero de 2013). *Sexualidad*. Recuperado el 2014, de [http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files\\_mf/viienjsexualidadversi%20C3%B3nfinal.pdf](http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/viienjsexualidadversi%20C3%B3nfinal.pdf)
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 28 de Junio de 2014, de [asamblea nacional.gov.ec: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion-2008.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion-2008.pdf)
- Baltimore. (30 de Septiembre de 2005). *Female Health Company anuncia la disponibilidad internacional del preservativo femenino de segunda generación a un precio significativamente menor*. Obtenido de

<http://search.proquest.com/docview/447324295/192026133EE14255PQ/2?accountid=36765>

Barragán, F. (2010). *Programa de educación afectivo-sexual*. Recuperado el 2014, de <http://www.educagenero.org/ESJunta/Secundaria/tomo%20I%20general.pdf>

Barrantes, L. (Mayo de 2012). *Estudio de aceptabilidad del condón femenino*. Recuperado el 2014, de <http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/salud-sexual-y-reproductiva/salud-sexual-y-reproductiva-1/123-estudio-de-aceptabilidad-del-condon-femenino-en-poblacion-transfronteriza-habitante-de-upala-y-pobla/file>

Beksinska, M. e. (Septiembre de 2013). *Condón femenino*. Obtenido de [http://condoms4all.org/wp-content/uploads/2013/09/UAFC-female-condom-product-brief\\_Spanish.pdf](http://condoms4all.org/wp-content/uploads/2013/09/UAFC-female-condom-product-brief_Spanish.pdf)

Belén, R., & Anmuth, L. (Junio de 2013). *Sexualidad Humana*. Recuperado el 2014, de <http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/2601/Avances%202013%20en%20Sexualidad%20Humana.pdf?sequence=6>

Blumenthal, P., & Hopkins, J. (2006). *El condón femenino*. Obtenido de [http://www.path.org/publications/files/EOL\\_22\\_2\\_sp.pdf](http://www.path.org/publications/files/EOL_22_2_sp.pdf)

Camacho, D., & Y., P. (Marzo de 2014). *Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la costa caribe colombia*. Obtenido de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19%281%29\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19%281%29_5.pdf)

Cantos, D. (15 de Junio de 2009). *Estudio sobre aceptación y condiciones de uso del preservativo femenino*. Recuperado el 2014, de [http://www.scout.es/downloads2/Estudio\\_preservativo\\_femenino.pdf](http://www.scout.es/downloads2/Estudio_preservativo_femenino.pdf)

Carballo, L., & Gutiérrez, A. (12 de Octubre de 2010). *Conocimiento de los métodos anticonceptivos en los estudiantes de DEI CUR-CHONTALES*. Recuperado el 2014, de

[https://www.unan.edu.ni/dir\\_invest/web\\_judc/cur\\_chontales/Enfermeria/Conocimiento\\_metodos\\_anticonceptivos\\_enfer13.pdf](https://www.unan.edu.ni/dir_invest/web_judc/cur_chontales/Enfermeria/Conocimiento_metodos_anticonceptivos_enfer13.pdf)

- Carrera, V., & Rodríguez, Y. (2011). *Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino*. Obtenido de [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5783/Evaluacion\\_diagnostica\\_sobre\\_conocimiento.pdf?sequence=1](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5783/Evaluacion_diagnostica_sobre_conocimiento.pdf?sequence=1).
- Cecil, H. (Marzo de 2014). *Condón femenino*. Recuperado el Junio de 2014, de [http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user\\_upload/RHSC\\_tech\\_briefs\\_PDFs/Spanish/rhsc-brief-female-condom\\_A4\\_SPANISH.pdf](http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/RHSC_tech_briefs_PDFs/Spanish/rhsc-brief-female-condom_A4_SPANISH.pdf)
- Constitución. (22 de Diciembre de 2010). *Función Legislativa*. Recuperado el 2014, de [http://www.bioetica.org.ec/c\\_ley\\_salud.pdf](http://www.bioetica.org.ec/c_ley_salud.pdf)
- De León, D., & A., S. (Septiembre de 2014). *Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública mexicana*. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1556081350/2B59AD81D94C46A5PQ/3?accountid=36765>
- Demoscópica. (2010). *Estudio de Percepción del Condón Femenino*. Obtenido de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/853a0fe1263820d8e04001011e010893.pdf>
- Domínguez, L. (2011). *La adolescencia y la juventud*. Recuperado el 2014, de [http://www.conductitlan.net/notas\\_boletin\\_investigacion/50\\_adolescencia\\_y\\_juventud.pdf](http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/50_adolescencia_y_juventud.pdf)
- Eguiluz, C., & Torres, P. (Julio de 2013). *Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU.* Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1447242319/39D5BF649C914224PQ/1?accountid=36765>
- Falcão, J., & Vieira, F. (2009). *Conocimientos de los estudiantes del área de salud sobre anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000100009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000100009&script=sci_arttext)

- Fernández, C. (2012). *Educación sexual integral*. Recuperado el 2014, de <http://portal.educacion.gov.ar/secundaria/files/2013/03/Cuaderno-ESI-Secundaria-2-webpdf.pdf>
- Fernández, C., & Manzur, J. (2012). *Mujeres, sexualidad, cuidados, VIH-SIDA*. Recuperado el 2014, de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000144cnt-2013-06\\_preservativo-femenino-resumen-ejecutivo-web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000144cnt-2013-06_preservativo-femenino-resumen-ejecutivo-web.pdf)
- Fernández, M. (2010). *Promocionando el uso del preservativo femenino*. Recuperado el 2014, de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-353.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-353.pdf)
- Fescina, R. (2011). *Salud sexual y reproductiva*. Obtenido de [www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&task...](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task...)
- Gaitán, H. (2013). *Guía de práctica clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual*. Obtenido de [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/ITS/GPC\\_Prof\\_Sal\\_ITS.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/ITS/GPC_Prof_Sal_ITS.pdf)
- García, E. (2012). *Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes*. Recuperado el 2014, de [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3974532.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3974532.pdf)
- García, R., & Cortés, A. (2010). *Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes*. Recuperado el 2014, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi03106.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.pdf)
- Huelva, G. (2012). *Sexualidad, género y relaciones de pareja*. Recuperado el 2014, de <http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/Apuntes/programas/Sexualidad/sexualidad.pdf>
- Hurtado, F., & Pérez, M. (2012). *Educación para la sexualidad con bases científicas*. Recuperado el 2014, de [http://www.flases.net/boletines/educacion\\_para\\_la\\_sexualidad.pdf](http://www.flases.net/boletines/educacion_para_la_sexualidad.pdf)
- Iglesias, J. (2013). *Desarrollo del adolescente*. Obtenido de <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

- Jesam, C. (2011). *Infecciones de transmisión sexual*. Obtenido de [http://www.icmer.org/temasdestac\\_infecctransmsexual.htm](http://www.icmer.org/temasdestac_infecctransmsexual.htm)
- Kata, F. (Mayo de 2011). *La violencia de género aumenta el riesgo del VIH/SIDA para la mujer en los países del África subsahariana*. Obtenido de <http://www.prb.org/SpanishContent/2011/gender-based-violence-hiv-sp.aspx>.
- Lameiras, M., & Ricoy, M. (2011). *Evaluación del uso del preservativo femenino promovido desde un programa de educación para la salud: un enfoque cualitativo*. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200013)
- López, P. (Marzo de 2011). *El preservativo femenino, la opción desconocida para tener relaciones sexuales seguras*. Obtenido de <http://www.rtve.es/noticias/20110328/preservativo-femenino-opcion-mas-desconocida-para-tener-relaciones-sexuales-seguras/420274.shtml>.
- Mack, N., & Amsterdam, A. (2011). *Introducción del uso de condones femeninos entre trabajadoras sexuales en América Central*. Recuperado el 2014, de <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3703111S.pdf>
- MacPhail, C. e. (06 de Febrero de 2009). *Managing men: women's dilemmas about overt and covert use of barrier methods for HIV prevention*. Obtenido de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691050902803537#abstract>
- Maribal, G., & Alfaro, N. (2012). *Infecciones de transmisión sexual en estudiantes*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos94/infecciones-transmision-sexual-adolescentes/infecciones-transmision-sexual-adolescentes.shtml>.
- Minda, A. (2011). *Estrategia de Prevención*. Recuperado el 2014, de [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategia\\_de\\_prevenccion\\_CONASIDA.pdf](http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategia_de_prevenccion_CONASIDA.pdf)
- Mirta, M., & Hurrell, S. (2011). *Educación sexual*. Recuperado el 2014, de <ftp://ftp.me.gov.ar/vs/EducacionSexualEnFamilia.pdf>

- Montero, A. (2011). *Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia*. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001000001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001000001&script=sci_arttext)
- Montes, A. (2013). *Estudiantes universitarios frente a las infecciones de transmisión sexual*. Obtenido de [http://www.correspondenciasy analisis.com/es/pdf/ms/3\\_estudiantes\\_universitarios.pdf](http://www.correspondenciasy analisis.com/es/pdf/ms/3_estudiantes_universitarios.pdf)
- Morales, K. (2011). *Teorías del desarrollo humano*. Recuperado el 2014, de [http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/p psico/psico2/pseII/MD1/MD1-L/teorias\\_desarrollo.pdf](http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/p psico/psico2/pseII/MD1/MD1-L/teorias_desarrollo.pdf).
- Morán, J. (2013). *Medicina Preventiva*. Recuperado el 2014, de <http://www.hospitalcruces.com/pdfs/hospital-universitario/HospitalUCruces-45-MedicinaPreventiva.pdf>
- MSP. (2013). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado el 2014, de <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/Nacional>, C. (22 de Diciembre de 2010). *Ley orgánica de salud*. Recuperado el 2014, de [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/E C/ley\\_organica\\_de\\_salud.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/E C/ley_organica_de_salud.pdf)
- Nuñez, A. (Enero de 2009). *Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles*. Recuperado el 2014, de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33770114.pdf>
- Oliveira, F., Kerber, N., Barros, A., & Wachholz, V. (2012). *El uso del preservativo femenino por las profesionales del sexo*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/enfermeria2.pdf>.
- OMS. (2010). *Estrategia Mundial de Prevención y Control de ITS*. Recuperado el 2014, de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf)
- OMS. (2013). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Recuperado el 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- OMS. (2014). *Preservativo femenino*. Recuperado el 2014, de [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/female\\_condom/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/female_condom/es/).

- OMS., & UNFPA. (2012). *Preservativo Femenino*. Obtenido de [http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preservativos%20Femininos%20Especificaciones%20Generales\\_2012\\_0.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preservativos%20Femininos%20Especificaciones%20Generales_2012_0.pdf).
- ONUSIDA. (2010). *Derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado el 2014, de [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172254\\_recurso\\_1.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172254_recurso_1.pdf)
- ONUSIDA. (2013). *Datos estadísticos mundiales de VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>
- OPS/OMS. (2014). *Salud sexual y reproductiva*. Obtenido de <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm>
- Peters, A., & Jansen, W. (Mayo de 2010). *The female condom: the international denial of a strong potential*. Obtenido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=b9b21735-8d84-482e-94ae-4edeee52f42a%40sessionmgr4003&hid=4204&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=51435576>
- Ramos, M. (30 de Octubre de 2013). *DESARROLLO psicomotor en el preescolar*. Obtenido de <http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-preescolar-2-5-anos/desarrollo-psicomotor-en-el-preescolar-2-5-anos>.
- Rosales, A. (15 de Diciembre de 2009). *Teaching Sexualities and Gender in Mexican Universities*. Obtenido de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19317610903344772#abstract>
- Saeteros, C., & Piñero, J. (30 de Mayo de 2013). *Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios*. Recuperado el 2014, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500010&script=sci_arttext)
- Salud, L. d. (Septiembre de 2012). *Ley Orgánica De Salud (Online)*. Recuperado el 26 de Junio de 2014, de <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/2012/09/salud.pdf>

- Salvador, G. (13 de Febrero de 2012). *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Obtenido de [http://www.medicina21.com/Articulos-V73-Enfermedades\\_de\\_Transmision\\_Sexual\\_Introduccion.html](http://www.medicina21.com/Articulos-V73-Enfermedades_de_Transmision_Sexual_Introduccion.html)
- Sandoval, L., & Díaz, J. (2010). *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Recuperado el 2014, de [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2010/ago\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2010/ago_01_ponencia.html)
- Schiappacasse, V. (2011). *Métodos de barrera*. Obtenido de [http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/metodos\\_barrera.pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/metodos_barrera.pdf)
- Services, D. o. (2013). *Preservativo femenino*. Recuperado el 2014, de [http://www.familypact.org/Providers/Client-Education-Materials/2014-4\\_FemaleCondom\\_SPN\\_2-15ADA.pdf](http://www.familypact.org/Providers/Client-Education-Materials/2014-4_FemaleCondom_SPN_2-15ADA.pdf)
- UNFPA. (2010). *Educación de la sexualidad y salud sexual*. Recuperado el 2014, de <http://www.clinicasabortos.com/metodos-anticonceptivos/preservativo-femenino/sub31>
- Uribe, I. (Junio de 2012). *Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes*. Recuperado el 2014, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2012000100031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2012000100031&script=sci_arttext)
- Vargas, F. (2012). *Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194124704004.pdf>
- Vargas, M. (2011). *Derechos humanos*. Recuperado el 2014, de [http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu\\_Vargas.pdf](http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf)
- Vásquez, M., & Caba, E. (2009). *Salud y derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado el 2014, de [http://pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_derechos\\_sexuales\\_y\\_reproductivos.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf)
- Vignolo, J., & Vacarezza, M. (2011). *Niveles de Atención*. Recuperado el 2014, de [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion\\_14/bibliografia\\_complementaria\\_14.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf)
- Zurro, M. (2012). *Prevención y Promoción de Salud*. Recuperado el 2014, de [http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap\\_muestra/af\\_012\\_ope\\_bal.pdf](http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS U.T.A.

**PROQUEST:** Baltimore. (30 de Septiembre de 2005). *Female Health Company anuncia la disponibilidad internacional del preservativo femenino de segunda generación a un precio significativamente menor.* Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/447324295/192026133EE14255PQ/2?accountid=36765>.

**PROQUEST:** Eguiluz, C., & Torres, P. (Julio de 2013). *Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU.* Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1447242319/39D5BF649C914224PQ/1?accountid=36765>.

**PROQUEST:** De León, D., & A., S. (Septiembre de 2014). *Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública mexicana.* Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1556081350/2B59AD81D94C46A5PQ/3?accountid=36765>.

**EBSCO HOST:** Peters, A., & Jansen, W. (Mayo de 2010). *The female condom: the international denial of a strong potential.* . Obtenido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=b9b21735-8d84-482e-94ae-4edeee52f42a%40sessionmgr4003&hid=4204&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=51435576>.

**INFORMAWORLD:** Rosales, A. (15 de Diciembre de 2009). *Teaching Sexualities and Gender in Mexican Universities.* Obtenido de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19317610903344772#abstract>.

**INFORMAWORLD:** MacPhail, C. e. (06 de Febrero de 2009). *Managing men: women's dilemmas about overt and covert use of barrier methods for HIV prevention.* Obtenido de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691050902803537#abstract>

## ANEXOS

### ANEXO 1. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto mi voluntad de participar en la investigación: “CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, PERÍODO JUNIO – DICIEMBRE 2014”, realizada por el Srta. Jeannette Patricia Chisaguano Adame, egresada de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Habiendo sido informada, conozco en detalle el propósito y objetivos de la misma, se me ha explicado que mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

He podido hacer las preguntas que me han permitido aclarar mis dudas y conozco que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Firma: \_\_\_\_\_

Por tanto, doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 ENCUESTA EJECUTADA EN LA MUESTRA



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

Estimada estudiante, la presente encuesta tiene como objetivo identificar el conocimiento y uso del preservativo femenino como estrategia de prevención de las infecciones de transmisión sexual, el mismo que es parte del trabajo de investigación que estoy llevando a cabo como requisito previo a la obtención del título de Médico General.

Solicito de la manera más atenta su colaboración y que las preguntas sean contestadas de la manera más SINCERA posible. Se guardará su identidad y datos que usted manifieste.

**Responda para llenar los espacios vacíos según corresponda y marque una sola respuesta con una (X) en las preguntas que tengan opciones:**

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:.....
2. Residencia actual:.....
3. Raza: Mestiza:  Indígena:  Blanca:  Negra:
4. Religión: Católica:  Evangélica:  Otros:

## ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

5. Ha iniciado su vida sexual?

Si  Edad:.....

No

6. Actualmente, usa algún método anticonceptivo?

Si

No

7. Finalidad de uso del método anticonceptivo

Prevenir embarazo

Prevenir infecciones de transmisión sexual

Prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual

8. Ha tenido infecciones de transmisión sexual?

Si

No

## CONOCIMIENTO Y USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO

9. Ha escuchado hablar sobre el condón femenino?

Si

No  (No continuar con la encuesta)

10. En dónde?

a. En la prensa escrita

b. En la televisión o radio

c. En el internet

d. En la universidad

e. En el subcentro de salud

f. Entre tus amigos, familiares, conocidos

11. Material del condón femenino?

Látex

Nitrilo

No sabe

12. El condón femenino además de prevenir embarazos, considera usted que también protege de las infecciones de transmisión sexual?

Si

No

13. Ha usado alguna vez el condón femenino?

Si  (pase a la pregunta 15-16-17)

No  (pase a la pregunta 14)

14. Razones para no haber usado nunca el condón femenino?

a. Porque no lo he visto

b. Porque no se usarlo

c. Porque me han dicho que es incomodo

d. Porque si lo uso mi pareja puede creer que no confío en él

15. Con qué finalidad usó el condón femenino?

Para prevenir embarazos

Para prevenir infecciones de transmisión sexual

Para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual

16. Con quién utilizó el condón femenino?

Pareja sexual estable

Pareja sexual ocasional

Pareja sexual estable y ocasional

17. Cómo lo obtuvo la vez que utilizó el condón femenino?

En la farmacia

En el subcentro de salud

Lo regalaron

### **PREDISPOSICIÓN DE USO**

18. Recomendaría el uso del condón femenino?

Si

No  ¿Por qué?.....

19. Si contrajeses alguna Infección de Transmisión Sexual o el VIH, usarías el condón femenino?

Si

No

20. Tendría relaciones sexuales si su pareja no acepta que usted utilice el condón femenino

Si

No

21. Situación que le motivaría a probar o seguir usando el condón femenino

Tener más información

Que se vendiera más barato

Que se lo regalaran