

# Introducción del uso de los condones femeninos entre las trabajadoras sexuales en América Central

**CONTEXTO:** Los condones femeninos tienen un rol potencial en la reducción de la infección por VIH en trabajadoras del sexo en América Central. Se justifica la investigación sobre cómo introducir el uso de condones femeninos en esta población.

**MÉTODOS:** Se llevaron a cabo dos rondas de grupos focales con trabajadoras del sexo (115 en la primera ronda y 81 en la segunda) en El Salvador y Nicaragua en 2007–2008. Además, se realizaron entrevistas estructuradas con 95 trabajadoras del sexo y se observaron directamente las actividades de seis educadores en materia de salud.

**RESULTADOS:** Las mujeres reportaron que el diseño de los condones femeninos dificultaba el aprendizaje de su inserción y remoción. Cerca de un tercio de las participantes reportaron habérselo insertado por sí solas la primera vez. La mayoría de las mujeres reportaron haber practicado 2–10 veces antes de sentirse lo suficiente preparadas para usarlos con sus clientes. Las percepciones positivas incluyeron lubricación, tamaño, comodidad y resistencia. Las percepciones negativas incluyeron el tamaño grande del empaque, incomodidad física inicial y la posibilidad de que el dispositivo pudiera ahuyentar a los clientes. Las participantes prefirieron aprender a usar los condones femeninos con un folleto instructivo apoyado con capacitación dirigida por una instructora en su centro de trabajo. Ellas citaron como barrera para el uso del condón femenino la falta de conocimiento de hombres y mujeres sobre este tipo de condón; y recomendaron actividades educativas tanto para hombres como para mujeres. También recomendaron la distribución de condones femeninos en los lugares en donde están disponibles los condones masculinos.

**CONCLUSIONES:** Si se toman medidas para instruir a las trabajadoras del sexo sobre el uso del condón femenino en lugares en donde no se sentirán estigmatizadas; y si se cuenta con los suministros de manera fácil y consistente, parece probable la aceptación favorable del condón femenino entre las trabajadoras del sexo en América Central. Se recomienda ampliamente que los educadores en materia de salud usen herramientas promocionales como listas de verificación y mensajes estandarizados.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2011, pp. 31–39*

Por Natasha Mack,  
Thomas G. Grey,  
Alexis Amsterdam,  
Nancy Williamson y  
Claudia Interiano  
Matta

Natasha Mack es científica asociada nivel II de Family Health International, FHI, Durham, NC, EEUU. Thomas G. Grey fue investigador asociado nivel I, Alexis Amsterdam fue consultor y Nancy Williamson fue científica sénior, todos en FHI, durante la redacción de este artículo. Claudia Interiano Matta es gerente de operaciones de Mercaplan Central America, San Pedro Sula, Honduras.

El condón femenino podría desempeñar un papel importante en América Central para reducir la infección por VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes. Los estudios de aceptabilidad han demostrado que las trabajadoras sexuales de América Central están bien predispuestas a utilizar el condón femenino;<sup>1–3</sup> pero los programas no siempre han promocionado con éxito su uso a largo plazo. Por ejemplo, los esfuerzos de promoción realizados por la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés) produjeron diferentes resultados en diferentes países de la región: En Nicaragua, en 2005, sólo se distribuyeron 300 condones femeninos y el personal del programa informó que la aceptabilidad fue baja. En contraste, casi 12,000 condones se distribuyeron en El Salvador desde 2003 hasta 2005; tras agotar el suministro de condones femeninos, las trabajadoras sexuales siguieron preguntando cuándo iba a haber más condones disponibles.<sup>4</sup>

Dado que el condón femenino podría aumentar el número global de relaciones sexuales protegidas de las trabajadoras sexuales<sup>5–9</sup> y protegerlas de la ITS (incluido el

VIH) y el embarazo,<sup>6,10–14</sup> es necesario esforzarse por promocionar los condones femeninos de manera efectiva en este sector específico de la población<sup>15</sup>—especialmente porque la exposición a las campañas de publicidad masiva no garantiza necesariamente su uso.<sup>16,17</sup> Hasta ahora, los programas exitosos sobre el condón femenino para múltiples poblaciones han utilizado la capacitación de prestadores de servicios; mercadeo dirigido; comunicación cara a cara con las poblaciones meta; capacitación integral, incluida la práctica de la inserción y las habilidades de negociación con la pareja sexual; práctica con un modelo anatómico; incentivos para animar a las usuarias potenciales; testimonios de usuarias satisfechas; integración del uso de condón femenino en las comunicaciones de prevención del VIH e ITS; un suministro continuo de condones femeninos y distribución a bajo costo a través de los canales del sector público y privado.<sup>18–22</sup> Para fomentar la aceptación y el uso continuo, los programas deben hacer hincapié en el uso correcto y continuo de los condones femeninos, así como en las habilidades de negociación con la pareja sexual.<sup>12,23,24</sup>

Para que el acceso y la aceptación sean continuos a largo plazo, los programas deben crear y medir la demanda,<sup>18</sup> así como también garantizar un suministro constante de condones femeninos a través del apoyo de los gobiernos y donantes.<sup>25-27</sup> Los condones femeninos también deben ser accesibles; en los países donde el condón femenino está disponible, las mujeres han podido conseguir el dispositivo en farmacias, peluquerías, grupos de apoyo del VIH y SIDA, de sus pares, así como en clínicas de salud.<sup>27</sup>

Con el fin de sustentar las estrategias para promocionar el condón femenino entre las trabajadoras sexuales en América Central, realizamos una investigación formativa con trabajadoras sexuales en tres sitios en El Salvador y Nicaragua desde septiembre de 2007 hasta febrero de 2008. Nuestros socios en la implementación de esta investigación fueron PASMO y Mercaplan, Inc. Trabajamos junto con el personal de PASMO para identificar el área, identificar los sitios de reclutamiento y capacitación del personal del estudio acerca de la demostración sobre el uso del condón femenino. El personal de Mercaplan, Inc. recolectó los datos.

Aquí informamos sobre los puntos de vista de las trabajadoras sexuales acerca de la clase de instrucción, los materiales educativos y los canales de comunicación que ellas consideran que fomentarian el uso del condón femenino. También informamos acerca de la actual promoción del condón femenino que realiza PASMO en los sitios del estudio, e identificamos las diferencias entre los sitios, así como las brechas en la difusión de los mensajes promocionales. Además, presentamos recomendaciones sobre las estrategias y los mensajes que pueden utilizar los planificadores de los programas para introducir el condón femenino en la población de trabajadoras sexuales de América Central.

## MÉTODOS

### Población de estudio

Las participantes en el estudio fueron 115 trabajadoras sexuales mayores de 18 años que trabajaban en Managua, Nicaragua; y en San Miguel y San Salvador, en El Salvador, quienes aceptaron verbalmente participar en dos rondas de grupos focales y en una entrevista estructurada. El reclutamiento intencional de trabajadoras sexuales se llevó a cabo en los lugares donde se producen los encuentros sexuales entre las trabajadoras sexuales y sus clientes. Las participantes debían auto-identificarse como trabajadoras sexuales, estar dispuestas a probar el condón femenino y tener planeado permanecer en la zona durante dos meses. Se incluyó en el proyecto a trabajadoras sexuales con una ubicación fija y también aquellas que no estaban asociadas con un establecimiento específico. También participaron seis educadores de salud, provenientes de PASMO, quienes trabajaron con regularidad con las trabajadoras sexuales en los sitios del estudio.

### Diseño del estudio

El estudio utilizó métodos cualitativos y cuantitativos. Se llevaron a cabo dos rondas de sesiones semi-estructuradas de grupos focales, con hasta 12 trabajadoras sexuales cada

uno, durante las cuales la persona encargada de moderar brindó capacitación sobre los condones femeninos y entregó una dotación de condones femeninos a cada participante. Se suministraron ilustraciones numeradas en el empaque de los condones femeninos. Las mujeres también recibieron un folleto ilustrado con instrucciones escritas en español. Las sesiones de los grupos focales se llevaron a cabo en español, se grabaron y se transcribieron textualmente. Los grupos se integraron de manera homogénea con base en la situación socioeconómica, para alentar a que las mujeres se expresaran libremente. Durante las entrevistas estructuradas con las trabajadoras sexuales se recolectaron datos cuantitativos. Las personas que recolectaron los datos también utilizaron una lista de verificación durante las observaciones directas de los educadores de salud, para documentar la forma en que promovían los condones femeninos.

Se condujeron doce sesiones de grupos focales en la primera ronda, con un promedio de 9.6 participantes por grupo; hubo 115 participantes en total (40 en San Salvador, 43 en San Miguel y 32 en Managua). Se llevaron a cabo noventa y cinco entrevistas estructuradas, con 36 participantes en San Salvador, 37 en San Miguel y 22 en Nicaragua. Se condujeron once sesiones de grupos focales en la segunda ronda, con un promedio de 7.4 mujeres por grupo. Hubo un total de 81 participantes en la segunda ronda (25 en San Salvador, 31 en San Miguel y 25 en Managua).

En la primera ronda de las sesiones de los grupos focales, solicitamos a las participantes que describieran su conocimiento actual, su primera impresión y las experiencias pasadas con respecto al condón femenino. Las personas a cargo de la moderación de los grupos focales utilizaron un modelo anatómico para demostrar el uso adecuado del condón femenino. Enseguida, se solicitó a las mujeres que deliberaran sobre las circunstancias en las que sería más probable que usaran el condón femenino, las ventajas potenciales y las desventajas del condón femenino, la posibilidad de usar el condón femenino en situaciones donde no podrían usar el condón masculino y los modos en que podrían negociar el uso del condón femenino con las diferentes clases de parejas sexuales. Al final de la primera ronda de sesiones de los grupos focales, entregamos a las participantes 21 condones femeninos y les pedimos que los usaran con la pareja o parejas de su elección.

Entre dos y cuatro semanas después de completar la primera ronda de sesiones grupos focales, las participantes se reunieron individualmente con el moderador del grupo focal para la entrevista estructurada. Se utilizó un cuestionario para obtener la información que las mujeres no se hubieran animado a debatir en un entorno grupal. Además, las participantes del estudio tuvieron la oportunidad de hacer preguntas adicionales sobre el modo de uso del condón femenino y de obtener más condones femeninos. Las participantes recibieron la misma cantidad de condones femeninos que habían utilizado entre la

primera sesión de grupo focal y la entrevista estructurada, típicamente entre 15 y 21 condones.

El cuestionario reunió información sobre la edad, el estado civil, la educación, el monto y la fuente de ingreso, las prácticas anticonceptivas actuales, el número y tipo de parejas sexuales y la cantidad de tiempo en que habían estado involucradas en el trabajo sexual. Para comprender el contexto del uso del condón masculino y femenino por parte de las mujeres, se preguntó a las participantes sobre sus conocimientos y percepciones sobre el riesgo de contraer ITS y VIH, así como sus percepciones sobre la protección que ofrecen los condones masculinos y femeninos frente a las ITS, el VIH y el embarazo. Se preguntó a las participantes sobre sus experiencias respecto al uso de los condones femeninos de muestra distribuidos durante la primera ronda de las sesiones de grupos focales, incluido el nivel de facilidad o dificultad para insertar o remover el condón, las circunstancias en las que eligieron usar el condón femenino por primera vez, la cantidad de condones femeninos que habían utilizado, los modos en que presentaron el condón femenino a diferentes tipos de parejas y las reacciones de sus parejas frente al condón femenino.

Entre cuatro y cinco semanas después de la entrevista estructurada, se llevó a cabo una segunda ronda de sesiones de grupos focales para debatir las experiencias de las participantes en cuanto al uso del condón femenino. Las participantes hablaron de sus impresiones generales acerca del condón femenino, sus experiencias en cuanto a su uso con diferentes tipos de parejas sexuales, los pros y contras al usarlo y algunas recomendaciones para alentar su uso entre sus pares. Al final de la segunda discusión del grupo focal, las mujeres recibieron 21 condones femeninos adicionales sin seguimiento.

Para determinar si existieron diferencias en los sitios del estudio en cuanto a la promoción del condón femenino, que pudieran explicar las diferencias en la aceptación del mismo, el personal del estudio realizó observaciones estructuradas de las sesiones de educación en salud reproductiva conducidas por seis educadores de salud de PASMO, con el fin de documentar las formas en que estaban promocionando el condón femenino entre grupos de trabajadoras sexuales en sus lugares de trabajo. En San Salvador, un educador de salud fue observado dos veces y otros dos fueron observados una vez cada uno. Los sitios de observación incluyeron una locación en la calle, un salón de belleza y dos burdeles. En San Miguel, dos educadores de salud fueron observados durante dos sesiones cada uno. Los sitios de observación incluyeron una locación en la calle, un club nocturno y dos burdeles. En Managua, se realizaron cuatro observaciones con el mismo trabajador comunitario de salud. Los cuatro sitios de observación incluyeron un bar y tres burdeles.

El personal utilizó una lista de verificación para documentar si los educadores de salud habían cubierto cada uno de los 37 temas. Los temas incluyeron información general sobre el riesgo de ITS, VIH y embarazo; los métodos anticonceptivos; información sobre consejería y prue-

**CUADRO 1. Características selectas de las trabajadoras sexuales que participaron en las sesiones de grupos focales sobre el condón femenino en El Salvador y Nicaragua, 2007–2008**

Característica	Todas	El Salvador		Nicaragua
	(N=95)	San Salvador (N=36)	San Miguel (N=37)	Managua (N=22)
Mediana de la edad	26 (18–51)	27 (18–41)	26 (18–51)	27 (19–48)
Mediana de la cantidad de hijos	3 (1–9)	3 (1–4)	3 (1–9)	3 (1–6)
Mediana de los años de educación	7 (0–14)	8 (0–14)	6 (0–12)	7 (0–14)
Mediana de edad al inicio como trabajadora sexual	19 (12–40)	20 (14–30)	19 (14–40)	19 (12–37)
Mediana del ingreso mensual* (en dólares)	\$360	\$309	\$507	\$200
Rango de ingreso mensual (en dólares)	\$28–\$1,500	\$100–1,100	\$100–1,500	\$28–\$499
Uso de algún anticonceptivo (%)	93	94	100	77

\*Incluye todas las formas de ingreso. Nota: Las cifras entre paréntesis corresponden a rangos.

bas de ITS y VIH; y consejería sobre el uso de los condones masculinos y femeninos.

Antes del inicio del estudio, el protocolo de estudio fue aprobado por los Consejos Institucionales de Revisión de Abt Associates y Family Health International, así como también por los Ministerios de Salud de El Salvador y de Nicaragua.

#### **Análisis de los datos**

Se analizaron las transcripciones utilizando el programa de análisis de datos cualitativos QSR NVivo 7.0. Las transcripciones se codificaron de acuerdo con la pregunta, el objetivo de la investigación y los temas emergentes. Los cuestionarios de la entrevista estructurada se completaron a mano, se ingresaron en el programa Epi Info Versión 6.04d DOS y se analizaron cuantitativamente mediante SAS 9.1 para Windows. Las respuestas a las preguntas abiertas se codificaron utilizando una hoja de cálculo y luego se ingresaron en la base de datos de SAS para su análisis. Las observaciones directas de los educadores de salud se registraron en el cada sitio en forma manual, se capturaron en archivos electrónicos y se analizaron mediante observación directa.

## **RESULTADOS**

### **Características de la muestra**

Los 95 participantes en la entrevista estructurada tenían en general características demográficas similares en los tres sitios del estudio (Cuadro 1). La mediana de la edad en todos los sitios fue 26, la mediana del número de hijos fue tres y la mediana de la cantidad de años de escolaridad fue siete. Las mujeres con la situación socioeconómica más alta eran las más jóvenes (mediana de la edad: 22), mientras que las mujeres con la situación socioeconómica más baja eran las de mayor edad (mediana de la edad: 31, no se muestra en el cuadro).

En general, la mediana de edad en la que las encuestadas habían comenzado a dedicarse al trabajo sexual fue 19 años. Alrededor de un tercio de las mujeres tenían otro empleo además del trabajo sexual (no se muestra en el

cuadro), siendo las mujeres de Managua las que menos probabilidades presentaron de tener otro trabajo. En todos los sitios, fue menos probable que las mujeres del grupo socioeconómico más alto tuvieran un empleo adicional. Las mujeres de San Miguel reportaron un mayor ingreso mensual que las mujeres de otros sitios (Cuadro 1); y tuvieron mayor probabilidad de reportar que tenían otro trabajo. Las mujeres del grupo socioeconómico más alto ganaban aproximadamente el doble que aquellas del grupo más bajo (no se muestra).

El uso de métodos anticonceptivos entre las participantes del estudio fue alto. Fue del 77% entre las mujeres en Managua, donde la prevalencia fue la más baja, pero casi universal entre las participantes en El Salvador. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres reportaron estar usando el condón masculino o femenino para evitar el embarazo (no se muestra). Casi un tercio de las mujeres en San Salvador informaron que habían sido esterilizadas. La esterilización también fue común en San Miguel, pero no así en Managua.

Sólo una participante del estudio indicó que nunca había oído sobre la ITS y el VIH. La mayoría de las mujeres en los dos sitios en El Salvador informaron que les preocupaba mucho contraer el VIH, pero pensaban que estaba totalmente en sus manos protegerse de la infección. Un menor número de mujeres en Managua tenía estas convicciones; aproximadamente tres cuartas partes de las participantes estaban muy preocupadas acerca de la infección por VIH, pero sólo la mitad creía que la protección contra las ITS estaba totalmente en sus manos.

### **Inserciones iniciales del condón femenino**

Todas las participantes con una sola excepción informaron en las entrevistas estructuradas que se habían insertado al menos un condón femenino entre la primera sesión del grupo focal y la entrevista estructurada llevada a cabo de 2 a 4 semanas más tarde. Para cuando ocurrió la segunda ronda de sesiones de grupos focales, las participantes habían utilizado un promedio de 12 de los 21 condones femeninos que habían recibido durante la primera ronda; en total, se utilizaron aproximadamente 1,140 condones femeninos durante ese período.

Las mujeres informaron que el diseño del condón femenino dificultó su inserción y remoción. En comparación con las mujeres de los otros sitios, una mayor proporción de mujeres de Managua reportó que les resultó difícil insertarse el condón femenino.

Antes de intentar usar el condón femenino, varias mujeres dijeron que pensaron que sería difícil (o imposible) de insertar, y aún después de usarlo, continuaron sintiéndose de ese modo. Como lo explicaron dos participantes:

“Estuve casi una hora. No salía del baño.”—*Managua, ronda 2*

“Es molesto la primera vez. Es complicado porque uno no sabe y nadie le explica a uno cómo debe ponérselo; qué parte queda adentro y qué parte queda afuera. La primera vez es muy difícil insertar la parte que queda adentro.”—

### *San Salvador, ronda 1*

Las reacciones iniciales de las mujeres fueron negativas con respecto al anillo interno, que, según dijeron, les causó molestias físicas durante la inserción, mientras que el condón femenino estaba colocado y durante la remoción. Por ejemplo, una mujer dijo:

“El anillo interno es lo que me molestaba. La primera vez y hasta la quinta vez. Me dije a mí misma: ‘¿Cuándo va a dejar de dolerme?’ Sentí muchas molestias.”—*Managua, ronda 2*

Cerca de un tercio de las participantes que respondieron a la pregunta (28 de 94) dijeron que la primera vez que se insertaron el condón lo intentaron a solas como práctica. En las discusiones del grupo focal, la mayoría de las entrevistadas dijeron que las mujeres deben practicar solas para acostumbrarse a la inserción y remoción. Ellas indicaron la necesidad de practicar entre 2 y 10 veces antes de sentirse lo suficientemente preparadas para usarlo con una pareja. Las mujeres recomendaron que se debe brindar mayor capacitación sobre el modo de uso del condón femenino, debido a que fue difícil aprender a usarlo por sí solas. A pesar de las dificultades iniciales, casi todas las participantes dijeron que una vez que se acostumbraron, el condón femenino fue fácil de insertar y cómodo de usar.

Las participantes reportaron que les llevó algún tiempo decidir si les gustaba o no el condón femenino. Cuando se les preguntó cuánto tiempo les había llevado tomar la decisión, la mayoría respondió que entre 3 y 10 usos. Después de usar el condón femenino durante el intervalo entre la primera ronda de las sesiones de grupo focal y la entrevista estructurada, poco más de la mitad (52 de 94) de las participantes que respondieron, dijeron que preferían el condón femenino sobre el condón masculino. Aproximadamente una de cada nueve dijo que dependía del tipo de pareja sexual (no se muestra).

### **Impresiones respecto al condón femenino**

Un atributo positivo del condón femenino que citaron las participantes fue la comodidad tanto para hombres como para mujeres, debido a que el condón femenino estaba bien lubricado. Ellas dijeron que esto hizo que fuera menos probable que se rompiera, descartó la necesidad de comprar lubricante extra e hizo que el condón femenino fuera menos irritante que los condones masculinos. Las mujeres se quejaron de que, a causa de la sequedad del condón masculino, ellas padecían infecciones de las vías urinarias e irritación con síntomas de ardor y sensación de raspado. Por ejemplo, una participante comentó:

“No te irrita. Cuando tienes sequedad vaginal, el condón [masculino] se rompe o te raspa y debes utilizar un lubricante. Con este condón femenino, el lubricante no es necesario.”—*Managua, ronda 2*

Algunas mujeres informaron que ellas y sus parejas sexuales sintieron como si no estuvieran usando un condón cuando utilizaban el condón femenino:

“Si algunos clientes no quieren utilizar el condón mas-

culino, ahora nos podemos proteger nosotras mismas con el condón femenino. Y se siente bien porque algunos clientes dicen que no notan la presencia del condón.”—*San Miguel, ronda 2*

Las mujeres describieron que su gran tamaño permite adaptarse a todos los tamaños de penes, reduciendo con ello el riesgo de que el condón se rompa o se salga de su lugar; y permite también el uso cuando el pene del hombre no está erecto. Las mujeres valoraron el hecho de poder insertarse el condón femenino con anticipación, debido a que esto les permite asegurarse de que van a estar protegidas en las relaciones con hombres que no usan condones masculinos. Una participante indicó:

“Además, nos lo podemos poner con anticipación. Por ejemplo, si un cliente llega y nosotras ya sabemos que no le gusta usar condón, podemos ir al baño media hora antes y ponernos el condón.”—*San Miguel, ronda 1*

Las mujeres también describieron que el diseño del condón femenino ofrece mayor protección que el condón masculino debido a que cubre “la parte externa de la vagina” y los labios exteriores de modo que no hay contacto directo con los genitales de su pareja. Ellas dijeron que creían que el condón femenino les brindaba mayor protección que el condón masculino contra las ITS y el embarazo.

Las mujeres también tuvieron percepciones positivas con respecto al material del condón femenino. Ellas dijeron que parece ser más fuerte y grueso, lo que hace que sea menos probable que se rompa, en comparación con el condón masculino y les da una mayor sensación de seguridad. Algunas mujeres señalaron que prefieren el aroma del condón femenino en comparación con el del condón masculino.

En las sesiones de grupo focal muchas mujeres reportaron reacciones negativas con respecto a la apariencia y el gran tamaño del condón femenino; y señalaron la dificultad para disimular el tamaño grande del empaque:

“Me asusté y dije: ‘Esta cosa extraña es tan grande. ¿Cómo la voy a usar?’”—*San Miguel, ronda 1*

“Para mí, todo está bien. El único problema es que el empaque es tan grande y mi mamá no sabe la clase de trabajo que tengo. Entonces ¿cómo los escondo?”—*San Miguel, ronda 1*

Algunas mujeres además señalaron algunos síntomas físicos como barreras para el uso del condón femenino, que incluyen molestias (especialmente al principio), hemorragia, ardor y reacciones alérgicas.\* La pérdida de la oportunidad de ganar más dinero de los clientes que solicitan relaciones sexuales sin condón también fue considerada una barrera para el uso del condón femenino.

### Acceso

El acceso fue citado como un obstáculo para el uso del condón femenino en el futuro, incluyendo la poca disponibilidad del dispositivo y el posible precio de venta al público sin subsidio de US\$2–3 por condón femenino. Las mujeres recomendaron que se vendan y distribuyan

ampliamente en los mismos lugares donde se venden condones masculinos y al mismo precio que el condón masculino o sin cargo.

En las entrevistas estructuradas, las mujeres dijeron que preferirían que los condones femeninos se distribuyeran en farmacias, clínicas y hospitales y lugares de trabajo. Las mujeres de Managua preferían marcadamente la distribución en farmacias, mientras que las mujeres de San Miguel y San Salvador expresaron su preferencia por la distribución en clínicas y hospitales. Sólo las mujeres de San Salvador mencionaron los bares, clubes y hoteles como puntos importantes de distribución para los condones femeninos. Otros puntos de venta mencionados fueron supermercados, moteles, estaciones de servicio, centros de masajes, lugares donde se vende condones masculinos y “en todos los lugares donde sea posible”.

### Educación

En las discusiones del grupo focal y las entrevistas estructuradas se preguntó a las mujeres cuál sería la mejor forma para que sus pares aprendieran a usar el condón femenino, incluyendo las mejores modalidades de instrucción, la definición de qué instrucción se debe brindar y por quién, dónde realizar la capacitación y qué materiales instructivos ayudarían a las mujeres a aprender a usar el condón femenino.

Las mujeres dieron respuestas variadas sobre el mejor modo de aprender a usar el condón femenino. Cuando se preguntó en las entrevistas estructuradas si el folleto ilustrado con instrucciones escritas era suficiente para que una mujer aprenda a usar el condón femenino, 34 de 36 mujeres en San Salvador, 31 de 37 mujeres en San Miguel y 17 de 22 en Managua dijeron que sí. En las sesiones de grupos focales, algunas mujeres dijeron que podría ser difícil para las mujeres con bajo nivel de alfabetización aprender por sí solas a partir de un folleto y que las ilustraciones claras y numeradas similares a las que se muestran en el empaque serían esenciales para las mujeres que no saben leer. Sin embargo, otras mujeres, incluidas algunas que se consideran a sí mismas con un bajo nivel de alfabetización, dijeron que, de hecho, podrían aprender a través de un folleto.

Muchas mujeres indicaron en las discusiones del grupo focal que aunque era posible aprender de un folleto, preferirían o sería mejor recibir capacitación dirigida por un instructor. Las instructoras de sexo femenino fueron preferidas. La mayoría de las mujeres de los grupos focales recomendaron, como la capacitación ideal, una demostración con un modelo anatómico o una sesión educativa informal o charla, similar a aquellas llevadas a cabo por los educadores de salud de PASMO. El número recomendado de sesiones de capacitación varió entre uno y cinco. Los instructores posibles incluyeron educadores de salud, ginecólogos y farmacéuticos. La preferencia hacia la

\*Dos mujeres reportaron individualmente sangrado, ardor y reacciones alérgicas.

**CUADRO 2. Cantidad de observaciones referentes a los temas tratados por los educadores de salud, en sesiones educativas grupales, según el sitio**

Tema	San Salvador, El Salvador	San Miguel, El Salvador	Managua, Nicaragua
<b>INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO E ITS</b>			
1 Revisaron el riesgo de las mujeres frente a las ITS y el VIH	4	4	3
2 Revisaron el riesgo de las mujeres de quedar embarazadas	3	4	2
3 Revisaron la información básica sobre el VIH y SIDA (e.g., el VIH es el virus que causa el SIDA. El SIDA no tiene cura.)	4	4	3
4 Analizaron el uso de los anticonceptivos (sin incluir los condones) para evitar el embarazo	4	4	1
5 Refirieron a las mujeres a lugares donde pudieran conseguir un método anticonceptivo (sin incluir los condones)	4	3	3
6 Analizaron el uso de dos métodos para doble protección (usar un condón junto con otro método para evitar el ITS, VIH y embarazo)	3	4	3
7 Conversaron acerca de las pruebas y el tratamiento de las ITS	4	4	4
8 Hicieron referencia al sitio donde pueden hacerse la prueba de ITS	4	4	3
9 Conversaron sobre hacerse la prueba del VIH	4	4	1
10 Hicieron referencia al sitio para recibir consejería y pruebas (para el VIH)	4	4	1
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL CONDÓN MASCULINO</b>			
11 Preguntaron si la mujer siempre logra usar los condones masculinos con los clientes nuevos	3*	4	1
12 Preguntaron si la mujer siempre logra usar los condones masculinos de manera consistente con los clientes habituales	3*	4	1
13 Preguntaron si la mujer siempre logra usar los condones masculinos con parejas que no le pagan, tales como novios o esposos	3*	4	1
14 Ofrecieron a la mujer condones masculinos	4	4	3
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL CONDÓN FEMENINO</b>			
15 Indicaron que el condón femenino es una alternativa cuando no se usan condones masculinos	3*	4	2
16 Analizaron los modos de negociar el condón femenino con su pareja sexual	3*	4	3
17 Conversaron sobre los beneficios del uso del condón femenino	3*	4	3
18 Mencionaron que el condón femenino se puede usar sin que la pareja sexual lo sepa	3*	4	2
19 Mencionaron que el condón femenino se puede usar cuando la pareja sexual está bajo los efectos de drogas o alcohol	3*	4	1
20 Mencionaron que los condones femeninos están hechos con poliuretano y no con látex	4	3*	1
21 Mencionaron que los condones femeninos son delgados pero muy resistentes	4	4	2
22 Mencionaron que los condones femeninos se presentan en un sólo tamaño y se adaptan a todas las mujeres	4	4	2
23 Invitaron a la mujer a practicar la inserción del condón femenino antes de usarlo con una pareja sexual	4	4	1
24 Explicaron que después de practicar a muchas mujeres el condón femenino les resulta fácil de insertar	4	4	2
25 Mencionaron que el anillo interno del condón femenino va por encima del hueso púbico	4	4	2
26 Mencionaron que la mujer puede sentir el anillo interno si el condón femenino no está insertado correctamente	4	4	1
27 Mencionaron que si sienten dolor o molestias, el condón femenino no está insertado correctamente	4	4	1*
28 Mencionaron que el anillo externo del condón femenino queda fuera de la vagina	4	4	2
29 Mencionaron que el pene se introduce dentro del condón femenino	4	4	2
30 Mencionaron que la mujer debe usar un condón femenino nuevo para cada acto sexual	4	4	3
31 Mencionaron que se pueden usar lubricantes con los condones femeninos	4	4	4
32 Mencionaron que los condones femeninos pueden hacer que la relación sexual sea más placentera debido a que se calientan durante el uso	2	0	1
33 Mencionaron que los condones femeninos se pueden insertar hasta ocho horas antes de tener relaciones sexuales	1	0	1
34 Mencionaron que los condones femeninos pueden prevenir el embarazo si se utilizan siempre	3	4	2
35 Mencionaron que los condones femeninos pueden reducir el riesgo de contraer ITS y VIH si se utilizan siempre	4	4	3
36 Preguntaron si la mujer tenía alguna duda sobre los condones femeninos	4	4	1
37 Ofrecieron a la mujer condones femeninos	4	4	1

\* Falta una observación.

capacitación dirigida por un instructor se confirmó en las entrevistas estructuradas: La mayoría de las mujeres en San Salvador y más de la mitad en San Miguel y Managua respondieron que podrían aprender a usar el condón femenino con un folleto instructivo apoyado con la capacitación dirigida por un instructor.

En las discusiones del grupo focal, también preguntamos a las mujeres si podrían aprender a insertarse el condón femenino con base en las ilustraciones del em-

paque. Algunas mujeres dijeron que era posible aprender de manera independiente siguiendo las ilustraciones. Sin embargo, la mayoría de las mujeres indicó que las ilustraciones del empaque no brindan suficiente información como para que una mujer aprenda a usar el condón femenino por sí sola.

Cuando en las entrevistas estructuradas se les preguntó si consideraban que videos instructivos serían adecuados para enseñar a las mujeres a usar el condón femenino,

33 de 36 mujeres en San Salvador respondieron que los videos instructivos solos o los videos instructivos apoyados con capacitación adicional serían suficientes. Diecinueve de 37 mujeres en San Miguel y 16 de 22 mujeres en Managua contestaron que los videos instructivos solos serían suficientes, mientras que 13 de 37 mujeres y 14 de 22 en esas ciudades, respectivamente, recomendaron los videos instructivos apoyados con capacitación adicional (se permitió más de una respuesta).

Las mujeres de todos los grupos y sitios también expresaron su preferencia por la capacitación en sus lugares de trabajo, para evitar faltar a su trabajo y para su comodidad. Esto se confirmó en las entrevistas estructuradas. A pesar de esta preferencia, las mujeres participantes en las sesiones de los grupos focales enumeraron una amplia gama de lugares para llevar a cabo la capacitación, incluidos los supermercados, centros de salud, hospitales, escuelas nocturnas, lugares donde las mujeres realizan el trabajo sexual, fábricas, salones de belleza, discotecas, hoteles, moteles, salones de masaje, farmacias y organizaciones no gubernamentales (ONG). En todos los sitios del estudio, las mujeres que integraban el grupo de situación socioeconómica más alta indicaron una preferencia menor que las mujeres de otros grupos, con respecto a las sesiones de capacitación individual y grupal en clínicas y ONG. Además, algunas mujeres en todos los grupos expresaron temor a la discriminación o estigma por acudir a una sesión de capacitación en una ONG, o si la sesión en la ONG incluía a mujeres que no realizaran trabajo sexual. A continuación se incluyen algunos ejemplos de lo que las mujeres dijeron:

“Yo no iría. No sé . . . me da vergüenza.”—*Managua, ronda 2*

“Si fuera un grupo de trabajadoras sexuales, sí. Si los grupos son mixtos, entonces no. Porque hay discriminación.”—*San Miguel, ronda 2*

Cuando les preguntamos cómo se debería promocionar el condón femenino entre sus pares, algunas mujeres sugirieron que las actividades educativas o las charlas que tratan sobre la salud sexual podrían incorporar la instrucción y promoción del condón femenino. Muchas mujeres mencionaron a los educadores y la televisión como buenos canales para brindar instrucción y promocionar el condón femenino. Un grupo de Managua recomendó una campaña de mercadeo con anuncios televisivos y cartelera publicitarias, similar a la campaña de la marca de condón masculino Vive. La mayoría de las mujeres dijo que el condón femenino debería promocionarse en todas partes, de modo que pueda llegar a ser tan conocido como el condón masculino.

Cuando les preguntamos sobre las barreras en el uso del condón femenino, las mujeres de todos los sitios mencionaron la falta general de exposición a la información sobre el dispositivo. Las mujeres dijeron que había gente que nunca había oído hablar del condón femenino; o que habían oído pero no lo habían visto; o que, posiblemente, lo habían visto pero nunca lo habían usado. Las mujeres di-

jeron que creyeron que poca gente (incluidas ellas mismas y el público en general) había usado un condón femenino. En las sesiones de los grupos focales se señaló la falta de exposición, conocimientos y concientización de los clientes respecto al condón femenino. Las mujeres dijeron que debido a que los hombres no están familiarizados con el condón femenino, ellos pueden creer que es inseguro o negarse a usarlo por ignorancia o inseguridad. Para vencer esta falta de exposición al tema, las mujeres recomendaron enérgicamente que la información se suministre tanto a mujeres como a hombres en la población general.

### **Promoción actual del condón femenino**

Las observaciones estructuradas de los educadores en materia de salud de PASMO se llevaron a cabo en todos los sitios del estudio (Cuadro 2). Casi todas las sesiones educativas de salud en San Salvador mencionaron la mayoría de los 37 temas educativos. Asimismo, la mayoría de las sesiones educativas de salud observadas en San Miguel mencionaron la mayoría de los 37 temas educativos. Sin embargo, en Managua, se mencionaron 15 de los 37 temas en sólo una de las cuatro sesiones.

### **ANÁLISIS**

Este estudio se llevó a cabo con el fin de ayudar a los gerentes del programa a desarrollar estrategias de promoción del condón femenino entre las trabajadoras sexuales en América Central. Para sustentar las estrategias del programa, buscamos conocer acerca de las preferencias de las trabajadoras sexuales de América Central con respecto al aprendizaje sobre cómo usar el condón femenino y sus puntos de vista respecto de los factores que podrían afectar su aceptación. También, tratamos de documentar la actual promoción del condón femenino a cargo de PASMO en El Salvador y Nicaragua, para identificar las diferencias según el sitio, así como las brechas en cuanto a la promoción.

La dificultad relativa en la inserción del condón femenino experimentada por las mujeres de Managua se debe a los menores años de escolaridad de las mujeres de Managua; y podría indicar que las trabajadoras sexuales de Managua podrían requerir una educación más intensiva sobre salud reproductiva y el uso del condón femenino que la que reciben actualmente. Esto queda confirmado por los resultados de las observaciones directas, que indican que los educadores de salud en Managua necesitan capacitación adicional para ayudarles a cubrir toda la información esencial que las mujeres necesitan para usar el condón femenino. Una lista de puntos clave como la lista de verificación utilizada en las observaciones puede ser útil.

Nuestro estudio identificó tres requisitos previos a la aceptación de los condones femeninos por parte de las trabajadoras sexuales de América Central, que podrían ser útiles para los planificadores del programa. Un requisito previo fue que las mujeres necesitan estar expuestas y conocer el condón femenino. El segundo requisito previo fue que las mujeres requieren ayuda para adquirir las ha-

bilidades mecánicas necesarias para usar el condón femenino. Esto concuerda con los hallazgos de un ensayo aleatorio controlado en el que se demostró que la capacitación aumenta el uso del condón femenino y los actos sexuales protegidos.<sup>28</sup>

Con base en las respuestas de las participantes del estudio, tenemos varias recomendaciones sobre la forma en que los programas pueden abarcar los primeros dos pre-requisitos: adquirir conocimientos y habilidades mecánicas. Las preferencias de las mujeres sobre educación incluyeron de 1 a 5 capacitaciones dirigidas por educadoras de salud, ginecólogos o farmacéuticos, apoyadas con material impreso ilustrado y demostraciones con un modelo anatómico. Las sesiones de capacitación no deben incluir a mujeres que no sean trabajadoras sexuales y se deben llevar a cabo en el lugar de trabajo de las mujeres o en las clínicas de salud y farmacias. Las personas encargadas de la capacitación deben poner énfasis en que es necesario practicar para usar el condón femenino. Se recomienda que las mujeres practiquen la inserción y remoción del condón femenino al menos dos veces antes de usarlo durante el coito con una pareja sexual; y que usen el condón femenino entre 3 y 10 ocasiones en que practiquen el coito, antes de poder determinar si les agrada o no usarlo.

Los esfuerzos de promoción deben estar dirigidos a hombres y mujeres del público en general para aumentar la exposición del condón femenino entre los clientes de las trabajadoras sexuales, quienes estarían desatendidos por las campañas de mercadeo dirigido a las trabajadoras sexuales. Es posible que el aumentar la familiaridad de los hombres con los condones femeninos pueda ayudar a las trabajadoras sexuales a negociar el uso del condón femenino con sus clientes.

El tercer requisito previo para la aceptación del condón femenino es el acceso seguro y conveniente a un suministro de condones femeninos. Las participantes en el estudio recomendaron que se dispusiera de un suministro constante de condones femeninos en los lugares donde el estigma es menos probable que sea un problema, especialmente en farmacias, clínicas, hospitales y lugares de trabajo, así como en bares y hoteles. Las participantes en el estudio también recomendaron que el personal del programa brinde información esencial sobre el condón femenino a las y los prestadores de servicios y a otras personas en los puntos de distribución. Estos resultados concuerdan con otras evaluaciones y recomendaciones sobre la programación del condón femenino en países en vías de desarrollo.<sup>20,22,27,29</sup> También se debe destacar que para que haya un suministro constante de condones femeninos disponibles para su distribución, es necesario que los programas se involucren en la planificación a largo plazo y dialoguen con los donantes para tratar el tema del suministro irregular de condones femeninos, un problema que ha complicado la aceptación del condón femenino desde su inicio.<sup>25,27</sup>

Otra recomendación del estudio es que los mensajes clave para la promoción del condón femenino entre las tra-

bajadoras sexuales en América Central pudieran estandarizarse para aumentar su aceptación. El mensaje principal para las mujeres que usan el condón femenino por primera vez es que aprender a usar el condón femenino es un desafío y lleva tiempo, como se ha indicado en otros estudios.<sup>21,29</sup> La comunicación de este mensaje es esencial porque las mujeres pueden darse por vencidas antes de sentirse cómodas usando el condón femenino.

Este estudio tuvo diversas limitaciones. Debido al reducido tamaño de la muestra en cada sitio no fue posible llegar a conclusiones estadísticamente significativas a partir de los datos de la entrevista estructurada. Una segunda limitación es que fue difícil retener a las participantes del estudio a lo largo de los tres eventos de recolección de datos. Finalmente, las limitaciones en el financiamiento impidieron realizar un análisis más extenso de los datos obtenidos en la discusión del grupo focal.

### Conclusión

Sobre la base de los datos obtenidos en las sesiones de grupos focales y la entrevista estructurada, anticiparíamos una respuesta favorable hacia el condón femenino entre las trabajadoras sexuales en América Central, si se toman medidas para instruir a las mujeres sobre el uso del condón femenino en lugares en donde no sientan estigmatizadas y si se cuenta con los suministros de manera fácil y consistente. Se recomienda ampliamente que los educadores en materia de salud usen herramientas promocionales tal como listas de verificación y mensajes estandarizados. Tal y como lo sugirieron las participantes en el estudio, se podría esperar un éxito aún mayor del condón femenino en América Central si la promoción también se llevara a cabo entre la población en general.

### REFERENCIAS

1. Pintin C y Hernández Lazo EG, *Aceptación y Uso del Condón Femenino*, San Salvador, El Salvador: Flor de Piedra, 2004.
2. Caal M, Valverde O y Pedrique B, *Aceptabilidad del condón femenino entre trabajadoras comerciales del sexo de la ciudad de Guatemala*, 2002, <[http://74.125.155.132/scholar?q=cache:A2pSpYbaOX4J:scholar.google.com/&hl=en&as\\_sdt=400000000000](http://74.125.155.132/scholar?q=cache:A2pSpYbaOX4J:scholar.google.com/&hl=en&as_sdt=400000000000)>, consultado el 10 de febrero de 2010.
3. Madrigal J, Schifter J y Feldblum PJ, Female condom acceptability among sex workers in Costa Rica, *AIDS Education and Prevention*, 1998, 10(2):105-113.
4. Melendez G, Organización Panamericana de Mercadeo Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala, comunicación personal, 4 de junio de 2006.
5. Deniaud F, Dynamics of female condom acceptability among prostitutes and young women in Abidjan, Ivory Coast, *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1997, 25(12):921-932.
6. Fontanet AL et al., Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial, *AIDS*, 1998, 12(14):1851-1859.
7. Welsh MJ et al., Condom use during a community intervention trial in Kenya, *International Journal of STD and AIDS*, 2001, 12(7):469-474.
8. Musaba E et al., Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia, *Sexually Transmitted Diseases*, 1998, 25(5):260-264.
9. Thomsen SC et al., A prospective study assessing the effects of intro-



ducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya, *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(5):397-402.

10. French PP et al., Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women, *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(5):433-439.

11. Drew WL et al., Evaluation of the virus permeability of a new condom for women, *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17(2):110-112.

12. Hoke TH et al., Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex workers, *International Journal of STD and AIDS*, 2007, 18(7):461-466.

13. Soper DE et al., Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom, *Sexually Transmitted Diseases*, 1993, 20(3):137-139.

14. Farr G et al., Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom, *American Journal of Public Health*, 1994, 84(12):1960-1964.

15. Vijayakumar G et al., A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence, *International Journal of STD and AIDS*, 2006, 17(10):652-659.

16. Agha S, Intention to use the female condom following a mass-marketing campaign in Lusaka, Zambia, *American Journal of Public Health*, 2001, 91(2):307-310.

17. Hoffman S et al., The future of the female condom, *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(3):139-145.

18. Warren M y Philpott A, Expanding safer sex options: introducing the female condom into national programmes, *Reproductive Health Matters*, 2003, 11(21):130-139.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS), *The Female Condom: A Guide for Planning and Programming*, Ginebra: OMS, 2000.

20. Peterson K et al., *Smarter Programming of the Female Condom: Increasing Its Impact on HIV Prevention in the Developing World*, Boston, MA, EEUU: FSG Social Impact Advisors, 2008.

21. Telles Dias PR, Souto K y Page-Shafer K, Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil, *AIDS and Behavior*, 2006, 10(4 Suppl.):S67-S75.

22. Mantell JE, Scheepers E y Karim QA, Introducing the female condom through the public health sector: experiences from South Africa,

*AIDS Care*, 2000, 12(5):589-601.

23. Artz L et al., Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics, *American Journal of Public Health*, 2000, 90(2):237-244.

24. Van Devanter N et al., Effect of an STD/HIV behavioral intervention on women's use of the female condom, *American Journal of Public Health*, 2002, 92(1):109-115.

25. Oxfam International y World Population Fund, Failing women, withholding protection, *Oxfam Briefing Paper*, La Haya: los Países Bajos: Oxfam International y World Population Fund, 2008, No. 115.

26. Brown GF, Raghavendran V y Walker S, *Planning for Microbicide Access in Developing Countries: Lessons from the Introduction of Contraceptive Technologies*, Silver Spring, MD, EEUU: International Partnership for Microbicides, 2007.

27. Center for Health y Gender Equity (CHANGE), *Saving Lives Now: Female Condoms and the Role of U.S. Foreign Aid*, Takoma Park, MD, EEUU: CHANGE, 2008.

28. Choi KH et al., The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial, *American Journal of Public Health*, 2008, 98(10):1841-1848.

29. Population Council y Liverpool VCT, Care & Treatment, *Female-Initiated Prevention: Integrating Female Condoms into HIV Risk-Reduction Activities in Kenya*, Nairobi, Kenia: Population Council, 2009.

### Agradecimientos

Este trabajo fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (U.S. Agency for International Development, USAID) a través del contrato GPO-1-07-04-00007-0, otorgado a Abt Associates, Population Services International, PSI y Family Health International. La filial centroamericana de la Organización Panamericana de Mercadeo Social (Pan American Social Marketing Organization, PSI) brindó apoyo de campo y Mercaplan, Inc. realizó la recolección de todos los datos. Los puntos de vista de la autora no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID.

Contacto con la autora: nmack@fhi.org