

# EL PRESERVATIVO FEMENINO: UN NUEVO RECURSO PREVENTIVO Y ANTICONCEPTIVO

María Lameiras, Ana María Núñez, Yolanda Rodríguez, María Victoria Carrera

Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Vigo, España  
lameiras@uvigo.es

**EN LA ACTUALIDAD HAY MÁS DE CUARENTA MILLONES DE PERSONAS INFECTADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE REPRESENTA UNO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS IMPORTANTES A NIVEL MUNDIAL. ADEMÁS, EL NÚMERO DE MUJERES QUE QUEDAN EMBARAZADAS SIN DESEARLO AUMENTA CADA AÑO, ESPECIALMENTE EN EL COLECTIVO DE MUJERES JÓVENES.**

En 1993 la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana aprobó la comercialización del preservativo femenino con el nombre de *reality female condom* en los Estados Unidos (Femidon en Europa). Con la comercialización de este nuevo producto se dispone de un nuevo método de barrera con una doble finalidad preventiva y anticonceptiva para ser usado por la mujer. Si bien es cierto que las mujeres disponemos 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, permite también la anticoncepción, otorgando a priori a la mujer el control sobre ambos objetivos conjuntamente.

## **CARACTERÍSTICAS Y FORMA DE USO**

El preservativo femenino supone la combinación en su elaboración del diafragma y del preservativo masculino. Tiene una longitud aproximada de 17 centímetros de largo, de 0,42 a 0,53 milímetro de espesor y 7,8 centímetros en su diámetro más ancho. Consta de dos aros flexibles: uno interior, para garantizar su inserción y fijación en el fondo de la vagina; y otro exterior, con el que se cubren los

labios vaginales, impidiendo así el contacto directo del pene durante la penetración con los órganos femeninos tanto internos como externos (o con el ano). Está lubricado con un fluido inerte (dime-thicone) que facilita la inserción y los movimientos del pene durante el coito (WHO, 1997).

El preservativo femenino está elaborado de poliuretano, un material más resistente que el látex con que se elabora la mayoría de los preservativos masculinos, lo que implica que exista un potencial de ruptura menos frecuente. Además, el poliuretano presenta una mayor conductividad térmica que el látex, lo que permite una mayor sensibilidad; la abundante lubricación facilita su inserción; y su empleo reduce el posible dolor en la penetración al inicio del coito. Otras ventajas añadidas al preservativo femenino son que su utilización reduce la probabilidad de cáncer de cérvix y que el poliuretano no provoca cambios en la flora vaginal.

A diferencia de los preservativos masculinos elaborados con látex, el preservativo femenino puede ser usado con cualquier tipo de lubricantes (acuosos u oleosos) sin que se ponga en peligro su resistencia. Otra de las principales ventajas es que la inserción de este preservativo no está condicionada

a la erección, pudiendo ser colocado hasta con ocho horas de antelación a su uso, y su retirada no está determinada por la pérdida de erección, como el preservativo masculino, pudiendo ser retirado varias horas después de finalizar la actividad sexual (Mishra, 1997).

La eficacia de este método viene condicionada por la adecuada utilización, que supone seguir unas sencillas normas de uso. En primer lugar, en el momento de utilizar un preservativo femenino ha de abrirse el envoltorio teniendo cuidado con las uñas u otros objetos que puedan dañarlo involuntariamente. Una vez extraído de su envoltorio, el preservativo femenino ha de cogerse con los dedos pulgar y medio, colocando el dedo índice en el medio, e introducirse en la vagina (o ano) como si se tratara de un tampón. Una vez colocado, para garantizar su adecuada posición se introduce un dedo dentro del preservativo para ajustarlo bien en la entrada del útero (o dentro del ano), de igual forma que se colocaría un diafragma. El anillo externo debe quedar fuera tapando los labios vaginales mayores y menores (o la parte exterior del ano), así el pene no tiene contacto en ningún momento con los órganos sexuales de la pareja. Una vez finalizado el coito, para extraer el preservativo femenino se coge el anillo externo, se le da un par de vueltas para que no se vierta el semen al exterior y se tira con un movimiento seco. Una vez extraído, se deposita en la basura, nunca en el inodoro, ya que no es biodegradable.

### VIABILIDAD DE USO

Los estudios sobre este nuevo recurso preventivo se han centrado, por un lado, en determinar su efectividad y, por otro, su viabilidad de uso.

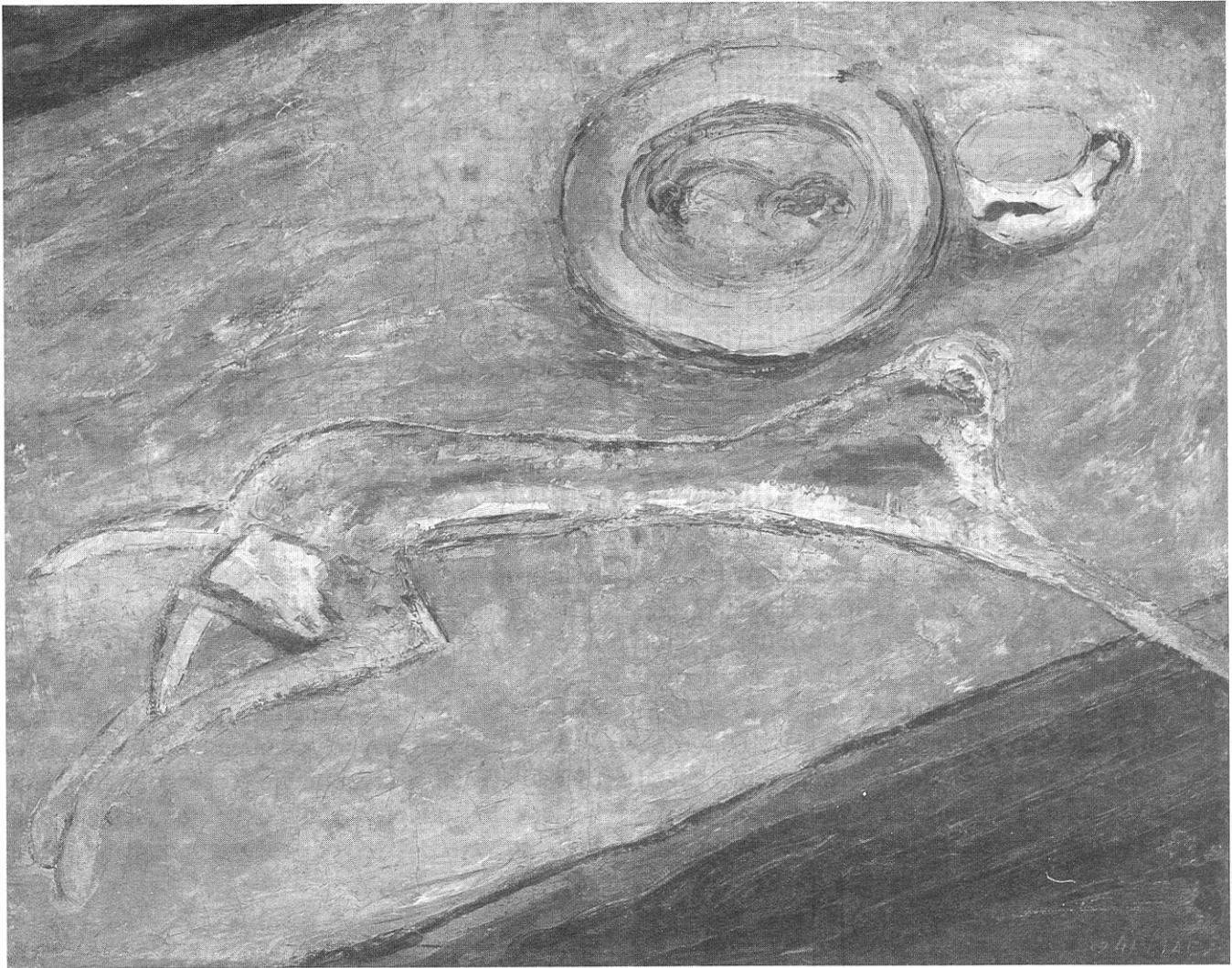
Aquellos trabajos encaminados a evaluar la seguridad-efectividad del preservativo femenino la cifran en torno a 98 %, vinculada a un único uso correcto (Farr *et al.*, 1994). Si bien es cierto que el preservativo femenino ha sido elaborado para un único uso, los altos costes y baja disponibilidad, especialmente en zonas de alta prevalencia de la infección por VIH, han planteado la posibilidad del reuso. En recientes investigaciones encaminadas a evaluar esta cuestión, se demuestra que con el cuidado de lavar con agua y jabón el preservativo femenino una vez usado no se alterarían las

propiedades básicas del material hasta incluso después de diez usos (Beksinska *et al.*, 2001; Pettifor *et al.*, 2000). De ser posible el reuso, supondría una gran ventaja al rebajar el coste que supone un coito protegido y contribuir así a favorecer su utilización, ya que es el alto coste una de las principales limitaciones a las que se alude para justificar su escasa difusión. Sin embargo, es necesario destacar que del bajo uso de este método anticonceptivo y preventivo también es responsable la escasa difusión que todavía existe de dicho método. Difusión que los poderes políticos y organizaciones sociales que trabajan en pro de la salud deben asumir a través de campañas mediáticas informativas promotoras de su conocimiento y uso.

Por otro lado, los estudios diseñados para analizar la *viabilidad de uso* del preservativo femenino, se han centrado en estudiar conocimientos, actitudes y comportamientos de uso (Neilands y Choi, 2002). Las investigaciones disponibles, relativamente recientes, se han diversificado en dos grandes ejes: diferentes colectivos y diferentes lugares geográficos.

En relación con los diferentes colectivos evaluados, hay que señalar que principalmente son:

- *Usuaris de droga por vía parental*, por constituir una de las poblaciones más vulnerables al contagio del VIH con buena disposición de uso (El-Basse *et al.*, 1998; Jones *et al.*, 2001).
- *Mujeres que ejercen la prostitución*, por su exposición a múltiples parejas sexuales. Los resultados obtenidos de estos estudios revelan que las participantes que han probado el preservativo femenino están satisfechas con el uso del mismo y muestran una buena disposición a seguir utilizándolo, sobretodo con sus clientes (Busza y Baker, 2004; Sacaria *et al.*, 2003).
- *La población de mujeres jóvenes y adolescentes*, por representar el colectivo de mayor exposición tanto al VIH como a otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como a embarazos no deseados (EnD) (Hoffman, *et al.*, 2003; Choi, Wojcicky y Valencia-García, 2004). Los resultados extraídos de los estudios realizados con esta población en países occidentales muestran que, a pesar de que un alto porcentaje ha oído hablar de este método (95 %), es un método escasamente



utilizado (Lameiras *et al.*, 2006; Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón y Agudelo, en prensa; Marshall *et al.*, 2002).

En cuanto a los diferentes lugares geográficos, el grueso de las investigaciones desarrolladas en torno al preservativo femenino se concentra:

- *En mujeres de países con las tasas más altas de incidencia de SIDA en los continentes africano y asiático* (Agha y Van Rossem, 2002; Adeokun *et al.*, 2002), ya que en el continente asiático más de veinticinco millones de personas viven con el VIH y en la zona de Asia meridional y suroriental más de siete millones de personas. Además, la principal vía de contagio ha sido y sigue siendo las relaciones heterosexuales desprotegidas (ONUSIDA, 2004).
- *En muestras de mujeres de América Latina* (Salabarría-Pena *et al.*, 2003) en menor medida

que con las mujeres de los continentes africano y asiático, aunque representa la segunda región por número de casos de infección VIH/SIDA, la principal vía de contagio son las relaciones heterosexuales desprotegidas (*ibíd.*).

• *En mujeres de países occidentales*, en los que prácticamente todos los estudios se han hecho con muestras norteamericanas (Lawson *et al.*, 2003; Kaler, 2004) pero mayoritariamente de origen hispano, que representan la población más infectada por el VIH, en una zona donde la principal vía de contagio ha sido el sexo homosexual desprotegido (Choi *et al.*, 1999).

En Europa los estudios realizados sobre el preservativo femenino son muy escasos. Aunque en esta región la principal vía de transmisión del VIH ha sido el intercambio de implementos para el consumo de drogas por vía intravenosa, la transmisión heterosexual es la principal vía en

incremento en todos los países de Europa y en mayor medida para las mujeres.

Este incremento de la transmisión del VIH a través de la vía heterosexual en Europa y en concreto en España, así como la utilidad de apoyar y promover nuevos recursos anticonceptivos y preventivos, han llevado a desarrollar diferentes investigaciones sobre el conocimiento y la viabilidad de uso del preservativo femenino en el colectivo de mujeres jóvenes dirigidos por la profesora María Lameiras Fernández desde la Universidad de Vigo (España). En el primer estudio se recurre a una muestra de 330 jóvenes universitarios/as en el curso académico 1999-2000 (68,2 % chicas y 31,8 % chicos); los datos obtenidos muestran que aunque 49 % de los/las universitarios/as han oído hablar mucho o bastante del preservativo femenino y 43,8 % lo ha visto, apenas 1,2 % lo ha usado alguna vez (Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón y Agudelo, en prensa). En el estudio cualitativo con 16 universitarios/as (Lameiras *et al.*, 2006) llevado a cabo paralelamente con el objetivo de identificar las ventajas y los costes asociados a su uso, se comprueba que para los varones las mayores ventajas se vinculan al uso dentro de una relación afectiva, ya que ellos comprometen su uso a la existencia de una relación de confianza que les permite «fiarse» de que ellas lo han puesto bien. Por su parte, para las mujeres las mayores ventajas se vinculan al uso en el marco de una relación casual, ya que ellas hacen más hincapié en la «seguridad» y el mayor control que les aporta el preservativo femenino. Más recientemente, duran-

te el curso 2004-2005, se ha replicado el estudio cuantitativo con una muestra de 474 estudiantes, en los que 77,2 % son mujeres y 22,8 % hombres (Núñez, 2005), en el que se mantiene la escasa utilización del preservativo femenino, pero los datos relativos a las ventajas asociadas y disposición de uso son esperanzadores.

## CONCLUSIONES

Podemos afirmar que el preservativo femenino supone un avance en la lucha contra la difusión de ITS, en especial la infección por VIH/SIDA, así como en la disminución de los EnD, dando a la mujer un control sobre la anticoncepción y la prevención hasta ahora no disponible con ningún otro método. No obstante, los estudios informan la escasa utilización de este método, aunque los datos relativos a la disposición de uso y beneficios asociados nos hacen estar esperanzados.

Sin embargo, la adecuada difusión y promoción del preservativo femenino incluye la incorporación de medidas no solamente a nivel micro (personal) sino a nivel macro (sociopolíticas), con las que los poderes públicos y sociales puedan fomentar, a través de campañas educativo-formativas, el conocimiento y la promoción de su uso a la población general y al colectivo de mujeres jóvenes en particular. Sólo un auténtico compromiso mediático permitirá expandir el conocimiento de este recurso y favorecer su utilización en un momento histórico en el que la salud integral de nuestra sociedad pasa por el adecuado abordaje y la promoción de su salud sexual.

## Bibliografía

ADEOKUN, L. (2002). «Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria». *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, no. 2, pp. 87-95.

AGHA, S. y R. VAN ROSSEM (2002). «Impact of mass media campaigns on intentions to use the female condom in Tanzania». *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, pp. 151-158.

BEKSINSKA, M. E. *et al.* (2001). «Structural integrity of the female condom after multiple uses, washing, drying, and relubrication». *Contraception*, vol. 63, pp. 33-36.

BUSZA, J. y S. BAKER (2004). «Protection and participation: an interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia». *Aids Care – Psychological and Socio-Medical Aspects AIDS/HIV*, vol. 16, pp. 507-518.

CHOI, K. H. *et al.* (1999). «Facilitators and barriers to use of the female condom: qualitative interviews with women of diverse ethnicity». *Women and Health*, vol. 30, pp. 53-70.

CHOI, K. H., J. WOJCICKY y D. VALENCIA-GARCÍA (2004). «Introducing and negotiating the use of female condoms in sexual relationships: Qualitative interviews with persons attending a family planning clinic». *Aids and Behavior*, vol. 8, pp. 251-266.

EL-BASSEL, N. *et al.* (1998). «Correlates of intention to use the female condom among women taking methadone». *Women's Health Issues*, vol. 8, pp. 112-122.

FARR, G. *et al.* (1994). «Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom». *American Journal of Public Health*, vol. 84, pp. 1960-1964.

- FELDBLUM, P. J. et al. (2000). «The female condom and STDs: Design of a community intervention trial». *Annals of Epidemiology*, vol. 10, pp. 339-346.
- HOFFMAN, S. et al. (2003). «Female condom use in a gender-specific family planning clinic trial». *American Journal of Public Health*, vol. 93, pp. 1 837-1 903.
- JONES, P. L. et al. (2001). «Acceptability of the female condom among sex workers in Thailand – Results from a prospective study». *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, pp. 648-654.
- KALER, A. (2004). «The female condom in North America: selling the technology of “Empowerment”». *Journal of Gender Studies*, vol. 13, pp. 139-152.
- LAMEIRAS FERNÁNDEZ, M. et al. (2006). «A qualitative study of the viability of usage of the female condom among university students». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, no. 1, pp. 189-199.
- LAMEIRAS FERNÁNDEZ, M., A. M. NÚÑEZ MANGANA, Y. RODRÍGUEZ CASTRO, J. BRETÓN LÓPEZ y D. AGUDELO (en prensa). «Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles». *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- LAWSON, M. L. et al. (2003). «Partner characteristics, intensity of the intercourse, and semen exposure during use of the female condom». *American Journal of Epidemiology*, vol. 157, pp. 282-288.
- MARSHALL, S. et al. (2002). «Adolescent girls’ perception and experiences with the reality female condom». *Journal of Adolescence Health*, vol. 31, pp. 5-6.
- MISHRA, S. (1997). «The female condom: expanding contraceptive options». *Manushi*, vol. 99, pp. 37-38.
- NEILANDS, T. B. y K. H. CHOI (2002). «A validation and reduced form of the female condom: attitudes sacales». *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, no. 2, pp. 158, 174.
- NÚÑEZ, A. (2005). «Evolución del conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios/as durante el periodo 2000-2005». Trabajo de investigación para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) del programa de doctorado 2003-2005 del Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa, Facultad de Educación, Universidad de Vigo.
- ONUSIDA (2004). «Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2004». En [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- PETTIFOR, A. E. et al. (2000). «In Vitro Assessment of the Structural Integrity of the Female Condom after Multiple Wash, Dry, and Re-Lubrication Cycles». *Contraception*, vol. 61, pp. 271-276.
- SACARÍA, R. et al. (2003). «Acceptability and technical problems of the female condom amongst commercial sex workers in a rural district of Malawi». *Tropical Doctor*, vol. 33, pp. 220-224.
- SALABARRÍA-PEÑA, Y. et al. (2003). «Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American descent». *Aids and Behavior*, vol. 7, pp. 163-174.
- World Health Organization (WHO) (1997). *The Female Condom Review*.

