

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN  
MEDICINA Y CIRUGÍA**

**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA  
II ENCUESTA NACIONAL DE SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA, COSTA RICA 2015, CON  
LA PRIMERA REALIZADA EN EL 2010**

**Sustentante:**

**Alexandra Chevez Elizondo**

**Tutora:**

**Dra. Daniela Brenes Álvarez**

**Marzo, 2017**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO .....	ii
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vi
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO .....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL .....	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.2. PROBLEMA CENTRAL .....	18
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	19
1.3.1. Objetivo general .....	19
1.3.2. Objetivos específicos.....	19
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES .....	20
1.4.1. Alcances.....	20
1.4.2. Limitaciones .....	20
CAPÍTULO II CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO.....	21
2.1. EL CONTEXTO HISTÓRICO.....	22
2.1.1. Recapitulación a nivel mundial .....	22
2.1.2. Recapitulación a nivel nacional y recapitulación acerca del centro de la investigación.....	29
2.2. EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	35
2.2.1. Definición .....	35
2.2.2. Epidemiología.....	35

2.2.3. Distribución mundial .....	44
2.3. TEMÁTICA DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	48
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO .....	52
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	53
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	53
3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS .....	53
3.3.1. Área de estudio .....	53
3.3.2. Población .....	53
3.3.3. Muestra .....	54
3.3.4. Criterios de inclusión.....	54
3.3.5. Criterios de exclusión .....	55
3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	55
3.4.1. Fuentes primarias.....	55
3.4.2. Fuentes secundarias .....	55
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	55
3.6. PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	56
3.7. SELECCIÓN DE TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	62
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	63
4.1. PERFIL DEMOGRÁFICO .....	64
4.2. INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL .....	69
4.3. RELACIONES SEXUALES .....	71
4.4. INICIO DE EDUCACIÓN SEXUAL .....	75
4.5. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	78
4.6. USO DE CONDÓN .....	86

4.7. CONOCIMIENTO SOBRE ETS.....	89
4.8. MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE ETS .....	91
4.9. VIOLENCIA SEXUAL.....	93
CAPÍTULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	97
5.1. DISCUSIÓN .....	98
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	110
6.1. CONCLUSIONES .....	111
6.2. RECOMENDACIONES.....	113
BIBLIOGRAFÍA .....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	116
GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....	124
ANEXOS .....	126
DECLARACION JURADA.....	127
CARTAS DE APROBACION .....	128

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Comparación de la temática tratada en las encuestas.....	51
Tabla 2- Operacionalización del primer objetivo específico.....	57
Tabla 3- Operacionalización del segundo objetivo específico .....	58
Tabla 4- Operacionalización del tercer objetivo específico .....	59
Tabla 5- Operacionalización del cuarto objetivo específico .....	60
Tabla 6- Operacionalización del quinto objetivo específico .....	61

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Distribución de la población según sexo y edad en la ENSSR-2010, Costa Rica.....	64
Gráfico No. 2 Distribución de la población según sexo y edad en la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	65
Gráfico No.3 Distribución de la población según la zona de residencia, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	66
Gráfico No.4 Distribución geográfica de la población según la región socioeconómica, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	67
Gráfico No.5 Nivel educativo de la población que participó en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	68
Gráfico No.6 Medios de información sobre temas sexuales utilizados por las mujeres de 15 a 49 años en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	69
Gráfico No.7 Medios de información sobre temas sexuales utilizados por los hombres de 15 a 49 años en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	70
Gráfico No.8 Porcentaje de mujeres de 15 a 39 años que han tenido relaciones sexuales, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	71
Gráfico No.9 Porcentaje de hombres de 15 a 39 años que han tenido relaciones sexuales, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	72
Gráfico No.10 Edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres de 15 a 39 años, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	73
Gráfico No.11 Edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los hombres de 15 a 39 años, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	74
Gráfico No.12 Edad promedio en la que debería iniciar la educación sexual según sexo y zona de residencia, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	75
Gráfico No.13 Edad promedio en la que debería iniciar la educación sexual, según sexo y religión, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	76
Gráfico No.14 Edad promedio en la que debería iniciar la educación sexual, según sexo y nivel educativo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	77
Gráfico No.15 Métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	78

Gráfico No.16 Porcentaje de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos de esterilización, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	79
Gráfico No.17 Porcentaje de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos modernos, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	80
Gráfico No.18 Porcentaje de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos tradicionales, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	81
Gráfico No.19 Métodos anticonceptivos utilizados por los hombres, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	82
Gráfico No.20 Porcentaje de hombres que utilizaron métodos anticonceptivos de esterilización, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	83
Gráfico No.21 Porcentaje de hombres que utilizaron métodos anticonceptivos modernos, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	84
Gráfico No.22 Porcentaje de hombres que utilizaron métodos anticonceptivos tradicionales, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	85
Gráfico No.23 Porcentaje de mujeres que reconocen el uso del condón como método de prevención de ETS según Nivel Educativo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	86
Gráfico No.24 Porcentaje de hombres que reconocen el uso del condón como método de prevención de ETS según Nivel Educativo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	87
Gráfico No.25 Porcentaje de personas sexualmente activas de 15 a 49 años que han usado el condón según sexo y edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	88
Gráfico No.26 Porcentaje de mujeres entre los 15 y 49 años de edad que identifican las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	89
Gráfico No.27 Porcentaje de hombres entre los 15 y 49 años de edad que identifican las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	90
Gráfico No.28 Porcentaje de mujeres que reconocen los métodos de prevención de las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	91
Gráfico No.29 Porcentaje de hombres que reconocen los métodos de prevención de las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	92

Gráfico No.30 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en su lugar de trabajo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	93
Gráfico No.31 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en su lugar de trabajo según sexo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	94
Gráfico No.32 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en espacios públicos, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica.....	95
Gráfico No.33 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en espacios públicos según sexo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica .....	96

## **DEDICATORIA**

A mi madre, quien ha estado a mi lado a lo largo de toda mi carrera, apoyándome hasta el último momento y quien me ha dado las fuerzas para seguir en los tiempos más difíciles.

A mi hermano, por estar siempre a mi lado cuando más lo he necesitado y a toda mi familia por sus oraciones y buenos deseos en todos los pasos que he dado.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi tutora, por ser una guía en este proyecto y apoyarme a lo largo de todo el proceso y a la Universidad Hispanoamericana por la ayuda brindada.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La población en general tiene poca educación sobre la salud sexual y reproductiva, lo cual redundo como consecuencia en un gran problema de índole social, que puede generar repercusiones mayores en los jóvenes, quienes son los que están expuestos a comportamientos más riesgosos. **OBJETIVO:** Comparar los resultados de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica 2015, con la primera realizada en el 2010. **METODOLOGÍA:** El presente estudio es de tipo no experimental, transversal, descriptivo y ecológico. En la encuesta del 2010 se utilizó una muestra de 3197 personas, entre los 15 y los 80 años, mientras que en el 2015 fue de 3216 personas, entre los 15 y los 64 años. Se hizo una comparación de los resultados de las encuestas, tomando en cuenta diferentes temáticas. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se encontró similitud en la distribución de los grupos etarios y el sexo en ambas encuestas. En el 2015 participó un mayor porcentaje de residentes de zonas urbanas que en el 2010. En ambas encuestas, el nivel de escolaridad de la mayoría de la población fue secundaria completa. En cuanto a las fuentes de información, en la primera encuesta, el principal medio de información de las mujeres fue la pareja, y en la segunda encuesta fue la madre. En los hombres, los amigos fueron los principales medios en ambos años. La edad de inicio de relaciones sexuales disminuyó en la última encuesta. Según las poblaciones encuestadas, la edad promedio en que se debería iniciar la educación sexual es entre 9-10 años de edad. Con respecto a los métodos anticonceptivos, disminuyó el uso de la esterilización femenina, y aumentó el uso de anticonceptivos orales. La ETS más reconocida en ambas encuestas fue el VIH, y el reconocimiento de papiloma y sífilis fue mayor en el 2015. No obstante, los métodos de prevención de ETS fueron más reconocidos en el año 2010 que en el 2015. El método más reconocido y utilizado fue el condón en ambas encuestas, sin embargo en el último año, disminuyó su uso en las mujeres. La población sufre de violencia sexual tanto en su lugar de trabajo, como en los espacios públicos. Hubo una leve disminución en todos los tipos de violencia sexual en el 2015. En ambos años, el tipo de violencia sexual más frecuente fueron las expresiones/piropos. Las mujeres son las que más sufren de violencia sexual en su lugar de trabajo y en los espacios públicos, según ambas encuestas.

**Palabras clave:** sexualidad, salud sexual y reproductiva, adolescentes, ETS

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The general population has little education about sexual and reproductive health. This constitutes major social problem, especially on young people, who are exposed to riskier behaviors. **OBJECTIVE:** To compare the results of the Second National Survey on Sexual and Reproductive Health, Costa Rica 2015, with the first one conducted in 2010. **METHODOLOGY:** This study is non-experimental, transverse, descriptive and ecological. In the 2010 survey, a sample of 3197 people between the ages of 15 and 80 was used, while in 2015 it was 3216 people between the ages of 15 and 64. A comparison of survey results was made, taking into account different topics. **RESULTS AND CONCLUSIONS:** There was similarity in the distribution of age groups and sex in both surveys. A greater percentage of urban residents participated in 2015 than in 2010. In both surveys, the educational level of the majority of the population was high school. As for the sources of information, in the first survey, the main means of information for the women was their partner, and in the second survey it was the mother. In men, friends were the main means in both years. The age of onset of sexual relations decreased in the last survey. According to the populations surveyed, the average age at which sex education should be initiated is between 9-10 years of age. Regarding contraceptive methods, female sterilization diminished, and use of oral contraceptives increased. The most recognized STD in both surveys was HIV, and the recognition of papilloma and syphilis was higher in 2015. However, STD prevention methods were more recognized in 2010 than in 2015. In both surveys, condoms were the most recognized and most used methods of prevention; however its use by women decreased in the last year. The population suffers from sexual harassment both in their workplace and in public spaces. There was a slight decrease in all types of sexual harassment in 2015. In both 2010 and 2015, the most frequent types of sexual harassment were offhand comments and teasing. According to both surveys, women are the most affected by sexual harassment in their workplace and in public spaces.

**Key words:** Sexuality, Sexual Health, Teenagers, STD

**CAPÍTULO I**  
**MARCO CONTEXTUAL**

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A nivel nacional e internacional, la salud sexual y reproductiva es muy limitada, en especial para los jóvenes, los cuales son los que presentan más riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, de sufrir *bullying* por sus preferencias sexuales, y de tener embarazos no deseados. Al respecto, las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.

La salud sexual y reproductiva representa un concepto muy amplio, ya que es una parte importante de los seres humanos. Esta abarca en forma muy específica, temas como el cuerpo y su desarrollo, los sentimientos, emociones, la forma de expresarse, de vestirse, y hasta de relacionarse con otras personas. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva está relacionada con la calidad de vida, tanto individual como socialmente.

Se debe considerar que un buen estado de salud sexual y reproductiva abarca disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, la decisión de procrear o no, y el número de los hijos que se pretenden formar. Se debe considerar el derecho a obtener información, y la posibilidad de elección de métodos anticonceptivos (MAC), la supresión de la violencia sexual y doméstica, atención durante el embarazo y parto, y a prevenir infecciones de transmisión sexual. Lo expuesto anteriormente, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona.

La población en general tiene poca educación sobre este importante tema, hecho que tiene como consecuencia un gran problema de índole social, que es necesario resolver. Lo

anteriormente expuesto, dado que los embarazos en menores de edad disminuyen la posibilidad de los padres adolescentes de concluir satisfactoriamente sus estudios y por ende prepararse para obtener mejores condiciones de vida para ellos y para sus hijos. Además, esto disminuye la economía a nivel nacional si se considera que las enfermedades de transmisión sexual han aumentado durante los últimos años<sup>1</sup>, ya que las personas presentan cada vez más un comportamiento sexual de alto riesgo. Se ha comprobado que no utilizan protección, ni tienen pareja estable, realizan intercambios de pareja, consumen alcohol y drogas a la hora de presentar relaciones sexuales.

Otro aspecto que se debe considerar es la violencia sexual, el cual es un tema muy importante y de alto impacto social y de salud. Sin embargo, la mayoría de las personas no denuncian estos actos por miedo a cualquier acto de represalias, por lo que es de suma importancia la educación sobre este tipo de temas para erradicar los problemas y así mejorar la problemática en todos los lugares.

La salud sexual y reproductiva debe ser un elemento obligatorio de la educación, para lograr un desarrollo adecuado desde la infancia y hasta la vejez, ya que es necesaria la comprensión, el respeto y entender la responsabilidad de estos temas. Lo señalado anteriormente, con el fin de tratar de la mejor manera a las personas y entender así sus acciones. Ahora, no se trata sólo de hablar de cómo tratar a las personas, sino de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, la violencia de cualquier tipo, la no discriminación de cualquier tipo, la igualdad de género. Se pretende responder a cómo hacer que las personas sean capaces de descubrir la riqueza de la diferencia y de lograr su propio fortalecimiento.

Para evitar cualquier clase de conflictos como quién decide cuántos hijos tener, qué tipo de método anticonceptivo utilizar, se crearon los derechos sobre la salud sexual y reproductiva, los cuales deben ser respetados y promovidos. Lo señalado, por cuanto son necesarios para el desarrollo de una vida sexual y reproductiva llena de respeto, dignidad, libertad, y disfrute por parte de las personas, sin afectar la moral de las mismas.

Esta investigación se realiza para evaluar los cambios que se han efectuado del año 2010 al año 2015, sobre el conocimiento y educación de la salud sexual y reproductiva según las diferentes edades. Se justifica, dado que es un tema sumamente importante en nuestra sociedad, y que también es parte de los derechos humanos.

Con base en los resultados, se podría mejorar la educación sobre la salud sexual y reproductiva, que no solo disminuirá el impacto físico, psicológico y emocional que sienten las personas al no ser comprendidas. De esta manera se podrían atender los problemas de salud pública que representan los embarazos en adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), además, la violencia sexual de todo tipo, entre otros.

Es importante realizar estas encuestas a nivel nacional, ya que es necesario medir el nivel de educación sexual (ES) que tiene la población en las distintas edades, y también, ver la comparación con los avances en estos temas a nivel nacional e internacional. Además, son necesarias para realizar cambios y mejorar todos los puntos que engloban este tema.

El estudio pretende realizar un análisis comparativo entre la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 (ENSSR-2010) y la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y

Reproductiva 2015 (ENSSR-2015). Se realiza con personas que habitan en el territorio nacional, hombres y mujeres, que van desde los 15 años a los 80 años de edad. Se estudian y se analizan las respuestas que se obtienen durante las encuestas aplicadas a estas personas.

En el 2010 se entrevistó a un total de 3197 personas de ambos sexos con edades entre los 15 y los 80 años. En el 2015 se entrevistó a un total de 3216 personas entre los 15 y los 64 años edad. Además, es necesario mencionar que el estudio se realiza con los datos de las encuestas, que fueron realizadas gracias al Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Centro Centroamericano de Población, la Presidencia de la República, la Asociación Demográfica Costarricense y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

## **1.2. PROBLEMA CENTRAL**

¿Cuáles son los resultados que se deducen de la comparación entre la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica 2015, y la primera realizada en el 2010?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Comparar los resultados de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica 2015, con la primera realizada en el 2010.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Caracterizar el perfil demográfico de las personas encuestadas en el 2010 y el 2015.
- b) Evaluar las fuentes de información sobre educación sexual en los participantes, según las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva realizadas en el 2010 y el 2015.
- c) Determinar el inicio de relaciones sexuales de los participantes y su opinión acerca de la edad promedio en que debería iniciar la educación sexual, según las encuestas de 2010 y 2015.
- d) Cuantificar el número de personas que utilizan métodos anticonceptivos, y evaluar su conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual y sus métodos de prevención, conforme a las encuestas realizadas en el 2010 y el 2015.
- e) Identificar los tipos de violencia sexual a los cuales se expone la población y su frecuencia, según las encuestas del 2010 y el 2015.

## **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1. Alcances**

- ✓ Este estudio demostró los cambios sobre la salud sexual y reproductiva en la población entre los años 2010 y 2015.
- ✓ Al finalizar la investigación, el análisis de la información del estudio es capaz de ser utilizado para mejorar la educación a nivel de salud sexual y reproductiva del país.
- ✓ Para la población general y los estudiantes de las ciencias de la salud, contar con información de fácil comprensión y tener una fuente de dónde generar conocimiento, aclarar dudas y, si es posible, ser la base para nuevos estudios.

### **1.4.2. Limitaciones**

- ✓ Sesgo de memoria, es un sesgo en que existe la posibilidad de olvido, este suele estar influido por el periodo de tiempo que transcurre entre el momento de exposición a la recolección de información, además, cuanto más tiempo pasa mayor es la magnitud del sesgo.
- ✓ La segunda encuesta evalúa aspectos como la prevalencia del consumo de tabaco durante el embarazo y el uso de los servicios de salud, los cuales no fueron incluidos en la primera encuesta, por lo tanto dichos aspectos no pudieron ser comparados en este estudio.

**CAPÍTULO II**  
**CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO**

## **2.1. EL CONTEXTO HISTÓRICO**

### **2.1.1. Recapitulación a nivel mundial**

Los derechos de la salud sexual y reproductiva son parte de los Derechos Humanos, sin embargo no son conocidos por la mayoría de la población. Con el transcurrir de la historia crear y fomentar estos derechos ha sido un largo camino a través de los años hasta la actualidad.

#### **Declaración de los Derechos Humanos**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, en 1948<sup>2</sup>. La misma establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo<sup>2</sup>. En ella se realiza por primera vez, una referencia directa a la salud materna e infantil. En la Declaración de los Derechos Humanos, aunque no se hace referencia a los derechos de salud sexual y reproductiva, se mencionan las bases de los mismos:

- ✓ Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole.
  
- ✓ Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión
  
- ✓ Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar; la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y

asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

- ✓ Toda persona tiene derecho a la educación. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad<sup>2</sup>.

### **Creación de la OMS**

La creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue en 1945, la cual está integrada por 192 Estados. Las funciones y los deberes de la misma son sumamente amplias y de distinta índole, sin embargo, y una de ellas es el promover la salud y la asistencia materna e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en el mundo<sup>3</sup>.

### **Organización Internacional de Trabajo**

La Organización Internacional de Trabajo (OIT), fue realizada en Ginebra en el año 1952, se da un planteamiento integral de Salud para todos en el 2000, en la cual se trataron temas como el embarazo, el puerperio, las mujeres y la familia, para así poder mejorar en los ámbitos de asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar<sup>4</sup>.

### **Teherán**

En Teherán, Irán, en el año 1968 se realizó la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos, en la cual participaron los representantes de los 120 estados. Durante esta conferencia se dio el origen del concepto de los derechos reproductivos, ya que se da el

reconocimiento del derecho fundamental a los padres a decidir el número de hijo que quieran procrear y el intervalo entre cada hijo. Gracias a esto, se fundan las políticas nacionales de planificación familiar y también se trataron temas como la discriminación que sufren las mujeres, ya que ellas no gozan de los mismos derechos ni de las mismas oportunidades que gozan los hombres, lo cual no era coherente, ya que es contradictorio a lo pactado en la Carta de las Naciones Unidas y a la Declaración Universal de Derechos Humanos, en donde refieren que tanto hombre como mujeres deben tener los mismos derechos<sup>5</sup>.

### **Conferencia de Población de Bucarest**

En el año 1974 se lleva a cabo la Conferencia de Población de Bucarest, durante este año y el año 1973 promocionaron la conferencia como *“una familia pequeña es una familia feliz”*<sup>6</sup>; en esta conferencia participaron 135 gobiernos.

En Bucarest, Rumania, se debatió el Plan Mundial de Acción en Población, basado en que había una sobre población a nivel mundial, por lo que se debería disminuir el número de personas, y por ende el número de hijos por familia. Por eso se preparó un plan por expertos de las Naciones Unidas, y en el mismo *recomiendan adoptar como meta el año 1985, la reducción de la tasa mundial de crecimiento anual, del 2% actual a un 1,6%. Por lo tanto, este Plan necesita que se brinde a cualquier individuo que lo desee, la información y educación sobre planificación familiar, y los métodos para llevar a cabo una planificación familiar eficaz,* y debido a esto se afirmó que la planificación de la población debía ser parte fundamental de cualquier programa de desarrollo<sup>6</sup>.

### **Alma Ata**

Se realiza la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978, la cual indica la necesidad de proteger y promover la salud para todos, además, establece la reafirmación de que:

“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”<sup>7</sup>

Además, se asegura que la atención primaria sanitaria debe brindar asistencia materna e infantil, incluyendo también la planificación familiar, la cual era un tema sumamente importante en ese momento y pretendían darle un auge mayor en los diferentes países para así disminuir el número de hijos y con esto el número de población.

### **La Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**

La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer es realizada en el año 1979, y su motivo es impulsar los objetivos de las Naciones Unidas, reafirmando los Derechos Humanos fundamentales en igualdad para hombres y mujeres, ya que estos no eran respetados. Y entre ellos se hizo énfasis en asegurar la salud y el bienestar de la familia, ya que los mismos son las bases de la sociedad. Además, pretendía igualar las condiciones entre los hombres y las mujeres con respecto al acceso de los servicios médicos, y con esto a la planificación familiar, y además, garantizar y mejorar los servicios para las mujeres con respecto al embarazo, el parto y el puerperio<sup>9</sup>.

### **Kenia, Para Mejorar la Salud de las Mujeres y los Niños por medio de la Planificación Familiar**

Durante la Conferencia Internacional para Mejorar la Salud de las Mujeres y los Niños por Medio de la Planificación Familiar, en Nairobi, Kenia, en 1987, se trató principalmente sobre planificación familiar, para disminuir la mortalidad materna, pero también se dio atención al enfoque integral, y gracias a ello, se da la inclusión de la planificación familiar dentro de la salud reproductiva<sup>2,10</sup>.

### **El Cairo, Población y el Desarrollo**

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se celebró en El Cairo, en el año 1994. Esta conferencia fue una de las más significativas en materia de derechos sexuales y reproductivos, ya que es en esta conferencia donde se definen la salud sexual y reproductiva, y por ende los derechos respecto a este tema. En ella se reconoce a la salud sexual, la salud reproductiva y los derechos de las mismas como un concepto holístico en la salud<sup>11</sup>.

Los derechos la salud sexual se definen como:

“el derecho de los hombres y las mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos de su elección de planificación de la familia que sean seguros, eficaces, costeables y aceptables, así como a otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad, que no violen la ley”<sup>11</sup>.

Respecto a los derechos de reproducción se definieron como:

“el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y todas las personas a decidir el número de sus hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y el derecho a disfrutar del más elevado posible nivel de salud sexual y de salud de la reproducción. También incluyen el derecho de tomar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”<sup>11</sup>.

Con respecto a la población adolescente, se reconocen los derechos, deberes y responsabilidades de los padres de proporcionar la orientación en temas sexuales y de la reproducción, y se invita a los países a asegurar que los servicios de salud no restrinjan el acceso de los adolescentes a los servicios y a la información que necesitan, incluidas las enfermedades de transmisión sexual<sup>11</sup>.

Es importante recalcar que esta conferencia es una de las más importantes e influyentes con respecto a la actualidad de los derechos de la salud sexual y reproductiva, ya que deja en claro estas definiciones tan importantes. Además, ofrece educación a los jóvenes que son de suma importancia y hacen de esto una atención integral y se deja en claro que es en los hogares donde primero se debe educar a los jóvenes y exponerle los peligros que conlleva una práctica sexual inadecuada.

### **Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**

Se celebra la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, en el año 1995. En la conferencia del Cairo se da la primera definición de la salud sexual y reproductiva, la cual es retomada en la conferencia de Beijing, para realizar una definición más explícita, y así, mejorada para poder disfrutar de estos derechos plenamente:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”<sup>12</sup>.

Esto significa que es derecho del hombre y de la mujer por igual, obtener información y la elección del método de planificación de la familia de su elección, también, derecho a recibir servicios adecuados durante los embarazos, tener partos sin riesgos y un puerperio adecuado. En consecuencia, de las definiciones pasadas sobre la salud sexual y reproductiva, se podría referir al término de atención de la salud reproductiva el cual tiene materia con los métodos, las técnicas y servicios que mejoran la salud sexual y reproductiva. Se considera brindar algún método de planificación familiar, presentando información sobre los medios de adquisición y de prevención sobre las enfermedades de transmisión sexual o atendiendo una duda referente al tema<sup>12</sup>.

### **Cumbre del Milenio**

La Declaración del Milenio, la Cumbre del Milenio, se realizó en el año 2000, en la ciudad de Nueva York. La misma fue firmada por 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, los cuales se reunieron y comprometieron a sus naciones a una nueva alianza mundial. , por esto se establecen una serie de metas con plazos concretos, lo que se conoce como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Algunos de los objetivos del milenio van de la mano con la salud sexual y reproductiva, como lo son promover la igualdad entre los géneros y el

empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH / SIDA<sup>13</sup>.

### **Beijing +10**

En el año 2005, se realiza la conferencia llamada Beijing +10, que básicamente es la revisión y evaluación de los últimos 10 años transcurridos de la Plataforma de Acción de Beijing, para valorar los cambios que había ocurrido durante dichos años. Con la misma, se logra acordar que se debe eliminar de la discriminación contra la mujer, también se reconoció que las mujeres tienen derecho a tener control sobre su sexualidad y su reproducción. Sin embargo, al final de la conferencia se concluye que el irrespeto de los derechos en salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres, el aumento de infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA en todo el mundo, reflejan que aún quedan muchas inquietudes por mejorar<sup>14</sup>.

#### **2.1.2. Recapitulación a nivel nacional y recapitulación acerca del centro de la investigación**

A lo largo de la historia, Costa Rica ha asistido a varias convenciones internacionales, en donde se han presentado instrumentos para tratar temas sobre salud sexual y reproductiva; y el gobierno costarricense ha respaldado y ratificado muchos de estos instrumentos.

Costa Rica participó en 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la que se establecen los derechos humanos por primera vez<sup>2</sup>. Posterior a esto participó en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que se realizó en 1966, donde se concluye que cada persona tiene deberes y derechos y estos deben ser respetados por otros individuos y la comunidad<sup>15</sup>. Luego participó en la Convención Sobre la

Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, la cual fue realizada en el año 1979, en donde se reconoce que se debe cambiar el papel tradicional de hombres y mujeres, para lograr la igualdad de género, y para eliminar la discriminación en todas sus formas<sup>9</sup>. Además, participó en 1988 en el Protocolo de San Salvador, que es un instrumento jurídico que hace referencia al derecho a la educación y a la orientación que esta debe tener<sup>16</sup>. También participó en la Convención de los Derechos del Niño en el año 1989, en donde se impone la importancia de las tradiciones y las costumbres de cada pueblo y de cada país, para la protección y el adecuado desarrollo de los niños<sup>17</sup>. También en la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/ SIDA en el año 2001, donde se realizó un proceso de concienciación sobre esta enfermedad, y donde también se comprometen a luchar para mejorar la respuesta a esta enfermedad<sup>18</sup>. Luego en el 2005, en la Declaración de San Salvador, que es otro instrumento que lucha contra el VIH/SIDA, para mejorar el tratamiento de las personas afectadas y disminuir su incidencia<sup>16</sup>.

Costa Rica participó posteriormente, en la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes en el 2005, en la que se reconoce que estos constituyen el futuro, por lo que es necesario promover los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, y culturales, de los jóvenes, y los adolescentes y además, fomentan la igualdad de género en estas edades, para de esta forma tener las mismas oportunidades<sup>19</sup>. Luego participó en “Prevenir con educación” en Declaración de Ministros de Salud y Educación en México en el año 2008, este instrumento promueve una alianza entre el sector salud y el sector educación<sup>20</sup>.

En esta declaración se busca disminuir el número de escuelas sin educación integral de la sexualidad, y disminuir también el número de jóvenes sin acceso a servicios de salud que atiendan necesidades sobre salud sexual y reproductiva. Y pretenden lograrlo mediante la

educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Además, en “Juventud y VIH: por mi derecho a saber y a decidir” en la Declaración de San José, en el 2010, en el que se pretende mejorar la participación juvenil con respecto al VIH/SIDA para disminuir la transmisión del virus y para disminuir los riesgos con respecto a la salud sexual y reproductiva; que también busca fortalecer las redes de las personas que tienen esta condición<sup>21</sup>.

En conclusión, la participación de Costa Rica en las tantas y distintas conferencias a nivel mundial, lo han hecho ser un país actualizado e interesado en mejorar las condiciones con respecto a los derechos y deberes sobre la educación sexual, y así proteger en especial a los adolescentes y población femenina en estos temas. Se busca que y no se vean perjudicadas por las distintas enfermedades de transmisión sexual, posibles riesgos de patologías severas en el embarazo o incluso la muerte.

A nivel nacional, Costa Rica cuenta con un conjunto de leyes y políticas que fueron creadas para proteger y promover los derechos para la salud sexual y reproductiva.

Se han creado algunas políticas para promover la salud sexual y reproductiva, estas son:

- ✓ El Plan Nacional de Salud 2010-2021, plantea eliminar las diferencias sobre el acceso a servicios de salud entre las diferentes clases sociales<sup>22</sup>.
- ✓ La Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, que es un conjunto de objetivos y cómo lograr los mismos, con lo que se pretende disminuir la desigualdad de género en todos sus ámbitos<sup>9</sup>.
- ✓ El Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial 2008-2010, se realiza con el fin de aumentar la promoción y la prevención sobre este<sup>24</sup>.

- ✓ La Política nacional de VIH y SIDA, la cual hace referencia a la importancia del abordaje integral de esta condición, para la persona afectada, su familia, la sociedad, a nivel nacional e internacionalmente<sup>24</sup>.
- ✓ El Plan Estratégico Nacional VIH y SIDA 2011-2015, pretende enfocarse en las causas de esta epidemia para disminuir los riesgos de padecer dicha enfermedad, y también disminuir la exclusión de las personas afectadas por la misma<sup>25</sup>.
- ✓ La Política Nacional para la niñez y la Adolescencia, donde se garantiza el disfrute de los derechos de los menores de edad en cada ámbito de su vida<sup>26</sup>.
- ✓ La Política Pública de la Persona Joven, que establece que la población joven es una parte muy importante en nuestro país por lo que con esta política se pretenden que los jóvenes tengan acceso a oportunidades de trabajo, educación, a la información y salud<sup>27</sup>.

A pesar de todos los esfuerzos y las medidas que ha tomado Costa Rica por mejorar o corregir esta problemática, no son suficientes, ya que aún hay muchas personas y en especial jóvenes que desconocen los métodos para una relación sexual segura, que desconocen las ETS. Considera esta población que no utilizan métodos de protección porque no tienen acceso a ellos, que no se defienden del abuso sexual de cualquier tipo por miedo a represalias, que no pueden expresar su orientación sexual sin ser juzgados, que no tienen buen acceso a los servicios de salud para las consultas prenatales, el parto y el puerperio.

Actualmente, en el país se han realizado algunas encuestas regionales para evaluar los conocimientos y la opinión pública sobre estos temas, sin embargo, con el paso del tiempo

las encuestas han cambiado y presentado diversas temáticas. Por ejemplo, hay encuestas en las que solo las mujeres participaban, o en las que los jóvenes no podían participar.

En el año 1964, se realizó la primera Encuesta de Fecundidad en el país, se realizó gracias a un programa de Encuestas desarrollado por el Centro Latinoamericano de Demografía<sup>28</sup>. En 1976 se realiza la segunda, la Encuesta Nacional de Fecundidad que buscaba contribuir a evaluar las actividades de los programas de planificación familiar<sup>28</sup>. En 1978 se realizó la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos de manera que constituyó la Primera Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva realizada en el país<sup>29</sup>.

En 1981 se realiza la tercera encuesta en Costa Rica, que es la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva, en la que se encuestaron solo mujeres, y presenta información sobre prevalencia anticonceptiva y aspectos de fecundidad<sup>30</sup>. La cuarta realizada, fue la Encuesta de Fecundidad y Salud en el año 1986, la que pretendía medir la tasa de fecundidad de Costa Rica, y adquirir información sobre el uso de métodos anticonceptivos, preferencias reproductivas, la salud de la mujer, la salud materno infantil, reproducción y sexualidad en jóvenes<sup>31</sup>.

La quinta fue realizada en el año 1992-1993 y fue la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, que también se realizó solo a mujeres, y mide el comportamiento reproductivo de la población costarricense<sup>28</sup>. La sexta es la Encuesta de Salud Reproductiva y Migración, realizada en 1999-2000, y es la primera encuesta que recauda información sobre la población residente en Costa Rica, también es la primera que busca caracterizar a los inmigrantes nicaragüenses<sup>32</sup>.

También se han realizado dos encuestas nacionales más, las cuales son las que se desarrollan a lo largo de este documento que son la Encuesta Nacional de Salud Sexual y

Reproductiva realizada en el año 2010, y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el 2015<sup>33,34</sup>.

## **2.2. EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.2.1. Definición**

La salud sexual según la OMS se define como:

“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”<sup>35</sup>.

Salud reproductiva se refiere, según la OMS a:

“los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como libertad de tener hijos siempre y cuando se desee, y de prevenir infecciones de transmisión sexual. La posibilidad de elegir métodos de control de la fertilidad seguros, y que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud”<sup>36</sup>.

### **2.2.2. Epidemiología**

Algunos de los componentes de la salud sexual y reproductiva han sufrido un cambio con el transcurso de los años, los cuales son importantes revisar, para medir y entender los cambios, para así poder mejorar y avanzar en materia a este tema; por lo tanto, se muestran los siguientes datos de estudios estadísticos: Así, según el Instituto Nacional de Estadísticas, la Tasa Global de Fecundidad que es referida al número promedio de niños que nacerían de una mujer, cohorte hipotética de mujeres que

durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de un determinado periodo de estudio.<sup>37</sup>

En este estudio, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Costa Rica ha disminuido un poco esta tasa durante los últimos años, ya que en el año 2005 la tasa fue de 2,0 hijos por mujer, en el año 2009 está disminuyó a 1,9 hijos por mujer, sin embargo, durante el año 2010 pasó a 1,8 hijos por mujer y para el 2015 la tasa se mantuvo en 1,8. Este comportamiento representa que ha ido disminuyendo paulatinamente con el transcurrir de los años<sup>14</sup>. Según la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva la disminución de la tasa de fecundidad del país, se asociada al conocimiento que tiene la población sobre métodos anticonceptivos y a un aumento en la prevalencia del uso de algún método<sup>34</sup>.

En cuanto a los datos de la prevalencia sobre el uso de anticonceptivos, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se ha documentado un aumento en el uso, sin embargo, no es muy significativo, ya que este pasó de 80,0% en 1999, a un 81,1% en el 2009 y por último a un 82,2% en el 2010. Lo expuesto significa que en 11 años, el uso de anticonceptivos solo ha aumentado un 2,2% en su uso. Se deduce que la esterilización femenina, los anticonceptivos orales y los anticonceptivos inyectables son los métodos más utilizados, mientras que el uso del dispositivo intrauterino, el ritmo y el condón masculino ha disminuido<sup>14</sup>.

Se determinó además, que aunque ha aumentado el uso del condón en términos generacionales, según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010, el

uso del condón masculino podría considerarse bajo comparándose con años anteriores.

Además, a pesar de que una inmensa mayoría lo reconoce ampliamente como el modo de prevención del VIH más seguro, siguen existiendo importantes brechas en el uso del mismo, y estas brechas, se comportan de diferente forma según nivel educativo y la zona de residencia. Este comportamiento significa que hay que mejorar los esfuerzos para asegurar el acceso universal a la información y al uso del condón como medio de prevención<sup>33</sup>. Además, según el Sistema de Indicadores de Sobre Salud Sexual y Reproductiva (SISSERE), sobresale el hecho de que se encuentran cifras de mujeres que han utilizado alguna vez anticonceptivos de emergencia, en el 2010 con un número de 1,9%, lo que significa que a pesar de estar prohibidos en el país la población está utilizando este método<sup>38</sup>.

No obstante, aunque el número de hijos por mujer ha disminuido, se debe estudiar otras posibles causas, ya que aunque el uso de los métodos anticonceptivos aumentó, solo ha sido mínimo el que ha tenido durante los últimos años. De lo expuesto se obtiene que la disminución de la tasa de natalidad puede deberse a la posibilidad del estilo de vida al cual están sujetos los jóvenes de hoy en día, en el cual formar una familia ya no es el objetivo principal de sus vidas, sino viajar y disfrutar de la vida sin tantas responsabilidades como lo es procrear hijos.

Uno de los datos que llama la atención es según la Encuesta Nacional de Juventud del 2008 donde uno de cada tres adolescentes con edades entre 15 y 17 años reportan haber tenido relaciones sexuales, en tanto que seis de cada diez jóvenes entre 18 y 24 años señalan haber tenido su primera relación sexual en la adolescencia, o sea que la

edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, ha disminuido significativamente durante los últimos años, para el año 2010 la edad fue de 19,4<sup>39,40</sup>.

Al iniciar las relaciones sexuales a tan temprana edad, los jóvenes se exponen a más riesgo de contraer ETS y de un embarazo no deseado, por lo que iniciar la educación sexual en el hogar y en los centros educativos a edades más tempranas, es uno de los métodos más eficientes de prevenir todos estos riesgos, mejorando la problemática social.

Con respecto al VIH/SIDA, según SISSERE, se demuestra mejoría de los conocimientos sobre este tema; ya que aumentó el número de los centros educativos que impartieron educación a cerca del VIH, las cifras pasaron de un 25,0% en el 2013, a un 91,4% en el 2014 y a un 91,7% en el 2015 de los centros que impartieron educación sobre el mismo; lo que demuestra un aumento muy significativo desde el año 2013 al año 2015<sup>38</sup>. De acuerdo con la incidencia de SIDA, según SISSERE, refiere que la incidencia ha sido cambiante con el transcurrir de los años, en el 2009 fue 3,6%, para aumentar en el 2010 a 3,9%, no obstante, en el año 2014 presentó una cifra de 1,5%; mostrando una disminución de más de la mitad con respecto a los años anteriores; además, la incidencia de VIH también disminuyó, pasó en el 2012 de 14,7%, a un 13,5% en el año 2015.

Mientras que la mortalidad por VIH ha aumentado, ya que en el 2009 fue de 2,9%, en el 2010 de 3,0% y en el año 2015 aumento a 3,2%<sup>38</sup>. También, según SISSERE se miden las cifras de los egresos hospitalarios debido a partos o abortos de mujeres infectadas con VIH. En el año 2009 fue un total de 37 mujeres, para el 2010 el número fue de 38 mujeres y para el 2015 aumentó a 47 mujeres. Con respecto a estas

cifras, se documentan los egresos hospitalarios de menores de 1 año por VIH, que fue de 2 menores en el 2009, de 0 en el año 2010 y se mantuvo en 0 durante en el 2015<sup>38</sup>. Además, según SISSERE la incidencia de sífilis ha aumentado durante los últimos años, en el 2012 la incidencia fue de un 25,4%, mientras que en el 2014 fue de 48,2%, lo que demuestra su incremento considerable en 2 años. También, la incidencia de gonorrea aumentó levemente de un 26,2% en el 2012, a un 28% en el 2015<sup>38,34</sup>. Según SISSERE, por esto es necesario mejorar los conocimientos de la población sobre prevención de las enfermedades de transmisión sexual, de la cual solo el 84% durante el 2010 estaba informada, sin embargo, sobre los anticonceptivos el 99,6% de la población estaba informada<sup>38</sup>.

Teniendo en cuenta, que la población en general y especialmente la sexualmente activa, posee conocimientos sobre estas enfermedades, continúan sin obedecer las indicaciones o consejos impartidos en diferentes charlas o guías para prevenirlas, por lo que se llega a observar dicho aumento en estas enfermedades. Conforme el Fondo de Población de las Naciones Unidas, las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar solo fueron medidas en el año 2010, el cual dio como resultado un 11,6% de insatisfacción, la cual es un porcentaje alto al tratarse de este tema, no obstante, no se puede concluir en esta materia, ya que no hay otros datos con la cual compararlo<sup>14</sup>.

Siguiendo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, hace referencia al porcentaje de mujeres embarazadas con control prenatal adecuado ha mejorado. En el año 1999 fue de 81,2%, pasando en el 2010 a un 88,4%, ha aumentado durante los años<sup>14</sup>. Sin embargo, es sumamente importante mejorar estas cifras para detectar algún factor de riesgo o anomalía que se esté presentado durante el embarazo,

tanto con la madre como con el hijo. Además, algunos lugares de Costa Rica tienen acceso a los servicios de salud muy limitados por la infraestructura de los mismos, por lo que para los habitantes de estos lugares es más difícil recibir dichos servicios.

Se destaca que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, ha incrementado con los años, en el 2005 fue de un 98,6% y para el 2010 aumento a un 99,2%<sup>14</sup>. Este es un excelente progreso, dado que disminuyen los riesgos contra la madre y su hijo a la hora del parto y del postparto, no obstante, hay una pequeña parte de la población que aún no está recibiendo estos servicios. En el ámbito del embarazo no deseado, ha aumentado en los últimos años, el cual pasó de un 42% en el año 1999 a un 47% en el 2010, y para el 2015 la mitad de las mujeres no deseaba el último embarazo, y uno de cada tres hombres no deseaba el último embarazo de su pareja<sup>14,34</sup>.

Sin embargo, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas es importante resaltar que la tasa específica de embarazo en adolescentes ha ido en disminución, ya que en el 2005 fue de 67/1000 habitantes, la cual pasó en el 2010 a 64/1000 habitantes, y a 63/1000 habitantes en el 2011. Además, cabe mencionar que para el año 2013 el número total de embarazos adolescentes fue de 12.800 embarazos, mientras que para el año 2015 fue de 11.600 embarazos, o sea que el número total de embarazos adolescentes ha disminuido en los últimos años. Aunque el número de esta tasa haya disminuido, el porcentaje de nacimientos en adolescentes ha aumentado, con cifras de 18,2% en el 2005, de 17,6% en el 2010 y de 18,87% en el 2011. Lo que hace referencia de que ha disminuido en comparación del año 2005 al 2010, sin embargo, volvió a aumentar para el año 2011, superando las cifras del año 2005<sup>14</sup>.

Además, el Fondo de Población de las Naciones Unidas hace referencia a la tasa de mortalidad materna en el 2005 era de 37,7/100.000 habitantes, la cual disminuyó para el 2009 a 22,7/100.000 habitantes, y continuó disminuyendo considerablemente para el año 2010 a 21,1/100.000 habitantes<sup>14</sup>. Otro aspecto por considerar es la violencia sexual, la cual, según la Organización Pan Americana de Salud, se busca la eliminación de la misma en todas sus formas, ya que para el año 2008 se documentaron 11.028 casos de violencia intrafamiliar y de estos, el 80% de las víctimas fueron mujeres. Este tipo de violencia presentó una tasa de 402/100.000 habitantes para el mismo año. Además, el número de mujeres asesinadas por sus parejas o ex parejas aumentó de 16 en 2007 a 38 en 2008<sup>39</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2010, hay varios hombres y mujeres que refirieron haber sufrido situaciones incómodas de contenido sexual en su lugar de estudio, de trabajo y en algún espacio público; pero son las mujeres las que continúan siendo mayormente sometidas a situaciones de abuso u hostigamiento sexual<sup>33</sup>. Esta situación hace recalcar la necesidad de mejorar esfuerzos sobre la educación de la sexualidad, las identidades de género y promover estrategias para la prevención de la violencia sexual.

Respecto al tema del fumado, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2015 refiere que el mismo está asociado a distintas enfermedades y además, que es nocivo durante el embarazo; para el año 2015, 1 de cada 6 mujeres de 15 a 49 años dijo fumar, además, una de cada diez mujeres embarazadas son fumadoras activas según la encuesta nacional realizada en el 2015<sup>34</sup>.

Según SISSERE, se encuentran datos sobre mujeres a las que se les han practicado citologías vaginales durante el año 2012, el cual fue de 47.6% de la población

femenina<sup>38</sup>. Sin embargo, cabe destacar que este fue el único año del cual hay datos referentes al tema, por lo que se debe estudiar más sobre este tipo de servicio para las mujeres.

Es necesario recalcar que según Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2015 durante el año 2010 un 93% de la población refirió estar de acuerdo con que se incluyera la educación sexual y reproductiva en la secundaria, sin embargo, durante el 2012 un 85% refirió que la educación debería empezar desde la primaria<sup>34</sup>. En donde la población está consciente que para disminuir la problemática envuelta en este tema, hay que promover la educación sexual a edades tempranas.

Durante el año 2012 se realizó una revisión llamada Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” sobre los avances sobre la salud sexual y reproductiva que habían realizado los diferentes países latinoamericanos, en el cual Costa Rica, Cuba, Ecuador y Argentina fueron los países mejor evaluados con porcentajes que superan el 80%<sup>20</sup>. Cabe recalcar, que todos los Ministerios de Salud de los países latinoamericanos ofrecen a jóvenes y adolescentes algún tipo de consejería en VIH, tratamientos para enfermedades de transmisión sexual y pruebas de detección. Además, todos cuentan con orientación sobre decisiones reproductivas y con la oferta de condones masculinos gratuitos, sin embargo, hay algunos países que también implementan el condón femenino.

Según esta revisión de la Declaración Ministerial, las metas para Costa Rica y el resto de países latinoamericanos era alcanzar para el 2015 una reducción del 75% en el número de escuelas que no brindan educación integral de la sexualidad, y reducir en 50% el número de adolescentes y jóvenes que carecen de acceso a servicios de salud

sexual y reproductiva adecuados. Estas metas fueron alcanzadas por Costa Rica para el año 2012 en la revisión latinoamericana, siendo uno de los países con mejores índices. Además, Costa Rica forma parte de los 8 países que tienen cobertura nacional de capacitaciones docentes en temas de educación integral en sexualidad, lo cual es sumamente importante para mejorar la enseñanza de estos temas<sup>20</sup>.

Con el paso de los años, los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva se han instaurado en los distintos países y en los distintos gobiernos, sin embargo, es muy poca la población la que conoce sobre los mismos. Los siguientes son los derechos sexuales y reproductivos, según Reivan et al:

- a) El derecho a la vida, el cual es uno de los derechos fundamentales.
- b) Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- c) Libertad referente al ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- d) Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- e) Respeto a la opción de la reproducción.
- f) Elección del estado civil.
- g) Libertad de fundar una familia.
- h) Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o pro-conceptivos.
- i) Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- j) A la igualdad género.
- k) Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.

- l) Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- m) Libertad de elegir compañero/a sexual.
- n) Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- o) A elegir las actividades sexuales según sus preferencias
- p) Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- q) A la comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad, ya que ellos son los encargados principales de educar en estos temas.
- r) A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre<sup>3,41</sup>.

### **2.2.3. Distribución mundial**

Aunque Costa Rica aún presenta muchas debilidades en este tema, no es el único país que se encuentra en ese estado, ya que muchos países latinoamericanos luchan contra el mismo problema, y no solo ellos, sino que también países europeos tan desarrollados como lo son España, Suecia e Italia, presentan problemas similares a Costa Rica en esta temática. En Europa, según un estudio realizado en España, llamado Intereses, Conducta Sexual y Comportamientos de Riesgo para la Salud Sexual en Escolares Adolescentes Participantes en un Programa de Educación Sexual, refiere que es necesaria la educación sexual en los adolescentes, para así minimizar riesgos y aumentar las posibilidades de mantener una salud sexual y reproductiva digna<sup>42</sup>.

Durante el año 2009, en España, se realizó otro estudio llamado Educación Integral en Sexualidad y Anticoncepción para los Jóvenes (de ambos sexos), en donde según los autores, los jóvenes inician las relaciones sexuales a más temprana edad, y cada vez tienen más riesgos en las prácticas sexuales. Según el estudio es necesario mejorar la educación integral en sexualidad y anticoncepción a los jóvenes como una prioridad, para reducir los

embarazos no deseados en jóvenes, las tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y permitir que consigan una salud sexual y reproductiva plena. Tanto las escuelas, como las familias y los profesionales sanitarios, son fuentes de educación para la salud<sup>42</sup>. Es sumamente importante que las familias puedan inculcar la importancia de conocer estos temas a los más jóvenes y así, ellos puedan comprender en una edad más temprana, los derechos y los deberes sexuales.

Sin embargo, en el continente americano, se han utilizado diferentes procesos educativos los cuales han resultado efectivos. De acuerdo con los diferentes procesos, está el ejemplo de Chile, ya que, en el año 2004, se realizó en Santiago una investigación llamada Embarazo en la Adolescencia Educación Sexual y Anticoncepción Previa, la cual buscaba medir la relación entre la educación sexual y los métodos anticonceptivos, en las adolescentes que se embarazan. Los autores concluyeron que había un aumento de la mortalidad materna, abortos, y problemas psicológicos en la madre adolescente, por lo que aseguran que se debería mejorar la prevención y la promoción de la educación sexual<sup>43</sup>. También, en México, se realizó otra investigación llamada Intervención para Reducir Riesgo en Conductas Sexuales de Adolescentes: un Ensayo Aleatorizado y Controlado, el cual trató sobre el uso de métodos anticonceptivos y la promoción de la salud sexual. En dicho estudio se fomentó una conducta responsable en el comportamiento sexual de los adolescentes participantes, los cuales fomentaron y mejoraron el conocimiento de los jóvenes participantes, demostrando que puede funcionar como medio de educación sexual<sup>42</sup>.

Además, en Colombia, otro estudio fue realizado, llamado Diversidad Sexual en la Escuela, relacionado con la diversidad sexual en las escuelas y las formas para combatir la

homofobia, en donde se concluye que hay algunas formas para mejorar los planes educativos sobre sexualidad<sup>43</sup>. Las investigaciones anteriores muestran la importancia de la educación sexual en la adolescencia, sin embargo, es necesario mejorar dichas estrategias educativas, para abarcar cada tema en su totalidad, creando nuevos e innovadores planes para que los niños y los jóvenes comprendan la importancia y los riesgos sobre el tema.

Con el paso del tiempo, los países de América Latina han realizado tratados y acuerdos internacionales los cuales han mejorado progresivamente el derecho de los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva y educación integral sexual. En el año 2008, varios países de Latinoamérica se comprometieron en un programa llamado la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación, el cual intenta mejorar la educación integral en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva, por medio de metas y revisiones de las mismas en los diferentes países participantes, en especial mejorar el desarrollo de los jóvenes con alcance limitado, que presenten más riesgos como el embarazo adolescente no deseado, el aborto en condiciones de riesgo, el *bullying* homofóbico y la violencia de género entre jóvenes y además, frenar la epidemia de VIH<sup>20</sup>. En Cuba se han fomentado políticas para brindar educación integral en sexualidad, incluyendo campañas contra la homofobia.

En el Salvador, durante el año 2012, se aprobó una Ley General de Juventud, en la cual se reconoce y se garantiza el derecho a recibir Educación Integral Sexual, en la cual el gobierno debe realizar acciones para promover este tema. En Colombia se presentó la iniciativa de implementar un programa, en la cual se creó un espacio virtual para capacitar a los profesores sobre estos temas, y así ellos puedan educar a los jóvenes de una mejor manera sobre los mismos. En Honduras se implementa una estrategia nacional para

prevenir el embarazo en adolescentes, y en la cual se capacitan a los docentes en materia de salud sexual y reproductiva para concientizar a los más jóvenes. En Argentina desde el año 2006, existe una ley que hace obligatoria la educación integral sexual en todo el sistema escolar del país para fomentar la salud sexual y reproductiva.

En Perú, en el 2013 se abolió que las relaciones sexuales entre adolescentes sean consideradas como delitos, eliminando así las barreras para que los jóvenes pudieran acceder a la educación sexual, a los diferentes métodos anticonceptivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva. En Ecuador, en el año 2012 fue aprobada la nueva Ley, en donde se reconoce el derecho a recibir educación integral en sexualidad, como parte de los derechos sexuales y reproductivos. En México se han destinado diversos recursos económicos para impulsar y mejorar la salud sexual y reproductiva en el país. En Uruguay, en el 2008 fue aprobada una Ley en la cual se realizarán acciones específicas para fortalecer y consolidar las acciones del Programa Nacional de Educación Sexual, creado en 2006<sup>20</sup>.

### **2.3. TEMÁTICA DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

- ✓ Características generales: en la cual se pregunta la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, la religión, la nacionalidad y el estado conyugal.
- ✓ Educación Sexual: es un apartado en donde se pregunta sobre las relaciones de comunicación con los padres, los medios de información más importantes de donde aprendió sobre temas sexuales, las opiniones sobre la educación sexual en el sistema educativo y a qué edad debería a iniciar, además de cuáles son los temas que deberían ser tratados.
- ✓ Historia de embarazos según las mujeres, en donde se pregunta el número de embarazos, la edad del primer embarazo, el número de hijos, cuántos hijos le gustaría tener, si durante el último embarazo recibió servicios médicos, sobre el control prenatal, donde y como fue la atención durante el parto,
- ✓ Historia de embarazos según los hombres, en este apartado se pregunta a los hombres, sobre el número de hijos que ha tenido, si deseaba esos hijos, con cuántos hijos vive, cuántos hijos le gustaría tener.
- ✓ Salud sexual y uso de servicios de salud: mujeres, en esta sección se pregunta sobre el auto examen de mama, la mamografía, la frecuencia con la que se realiza este tipo de exámenes, también preguntan con qué frecuencia se realiza la citología, el motivo porque no se ha realizado el examen y cómo fue el resultado de este último.
- ✓ Salud sexual y uso de servicios de salud: hombres, en esta se habla sobre la realización del auto examen de testículo, la frecuencia con la que se lo realiza, la detección del cáncer de testículo, sobre el tacto rectal y los métodos de detección del cáncer de próstata.

- ✓ Consumo de tabaco: en esta sección se pregunta si ha consumido tabaco, la edad en la que lo hizo por primera vez, si fuma actualmente y su consumo durante el embarazo.
- ✓ Planificación familiar: se pregunta sobre el reconocimiento de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, sobre el primer método que utilizó, cuándo comenzó a utilizarlo, el método que utiliza actualmente y el porqué lo utiliza.
- ✓ Preferencias de fecundidad: en donde se pregunta si le gustaría tener un hijo o prefiere no tener más, cuánto tiempo le gustaría esperar entre un hijo y otro, el número de hijos que escogería tener.
- ✓ Opiniones sobre derechos reproductivos, en esta sección se pregunta sobre la fertilización in vitro: si está de acuerdo o no, y sobre el conocimiento del aborto.
- ✓ Primera relación y prácticas sexuales: habla sobre la edad en que tuvo la primera relación sexual, la edad y la relación con de la pareja sexual, si utilizó algún método anticonceptivo y cuál, si utilizó condón en la última relación sexual, cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses.
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual: en esta sección se plantean los conocimientos sobre las ETS y sus métodos de prevención.
- ✓ Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: en este, se pregunta sobre los conocimientos sobre el VIH/SIDA, las actitudes que haría en relación con una persona que padece de esta condición, si se ha realizado la prueba de detección.
- ✓ Actitudes hacia la diversidad sexual: en esta sección preguntan sobre los conocimientos sobre las personas homosexuales.
- ✓ Violencia sexual: en este apartado se pregunta sobre los tipos que ha sufrido de violencia en los diferentes ambientes.

- ✓ Roles sexuales: se pregunta sobre cómo se toman las decisiones de pareja dentro de la relación, quién decide utilizar algún método anticonceptivo, cuándo tener relaciones sexuales, el tipo de posición sexual, tener hijos.

En la Tabla 1 se hace una comparación entre los temas tratados en cada una de las encuestas en las que se basa este estudio.

**Tabla 1 - Comparación de la temática tratada en las encuestas**

Módulos	Encuesta 2010	Encuesta 2015
<b>Características generales</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Educación Sexual</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Historia de embarazos: mujeres</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Historia de embarazos: hombres</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Salud sexual y uso de servicios de salud: mujeres</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Salud sexual y uso de servicios de salud: hombres</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Consumo de tabaco</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Planificación familiar</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Preferencias de fecundidad</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Opiniones sobre derechos reproductivos</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Primera relación y prácticas sexuales</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Actitudes hacia la diversidad sexual</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Violencia sexual</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Roles sexuales</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fuente: Elaboración propia con información de la primera y segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010 y 2015<sup>33,34</sup>.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque de la investigación es cuantitativo, ya que es basada en datos numéricos, se miden las variables incluidas en la misma y transforma los datos en valores numéricos, según refiere Hernández<sup>44</sup>.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se plantea un estudio en torno a los cambios en la sociedad según las encuestas nacionales realizadas en el 2010 y en el 2015 sobre salud sexual y reproductiva, cuyo diseño según refiere Hernández, es de tipo descriptivo, dado que se describen los hechos tal y como son observados<sup>44</sup>.

### **3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS**

#### **3.3.1. Área de estudio**

Son personas que habitan en el territorio nacional, hombres y mujeres, que van desde los 15 años a los 80 años de edad. Se estudian y se analizan las respuestas que se obtienen durante las encuestas realizadas a estas personas, para así compararlas con otras encuestas a nivel nacional.

#### **3.3.2. Población**

Personas de ambos sexos, que habitaban en el territorio nacional entre los meses de noviembre y diciembre del 2015, ya que fue durante ese tiempo que se realizó la encuesta, se entrevistó a un total de 3216 personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años.

### 3.3.3. Muestra

**Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Costa Rica, 2010:** La muestra fue realizada por el INEC, a partir de la información del Censo Nacional de Población y Viviendas del 2000. El diseño de la muestra es bietápico, estratificado y de conglomerados, en donde la población total es dividida en grupos, y estos, son los grupos de unidades de estudio. Se entrevistó a un total de 3197 personas de ambos sexos con edades entre los 15 y los 80 años. Por sexo: se entrevistó a 1601 hombres (50,1%) y 1596 mujeres (49,9%). Para garantizar la representatividad de los resultados para el grupo de personas adolescentes y de personas adultas mayores, se incluyó, a modo de sobre muestra, un total de 398 personas entre 15 y 17 años (199 hombres y 199 mujeres), así como 395 personas de entre 61 y 80 años (200 hombres y 195 mujeres).

**II Encuesta de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015:** La II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015, fue llevada a cabo entre los meses de noviembre y diciembre del 2015. Para la muestra utilizada se le solicitó al Instituto Nacional de Estadística y Censos la selección de 134 Unidades Primarias de Muestreo por medio de una estratificación por región y zona y con una selección con probabilidad proporcional al tamaño. Se entrevistó a un total de 3216 personas entre los 15 y los 64 años edad.

### 3.3.4. Criterios de inclusión

- ✓ Personas de ambos sexos, que habitaban en el territorio nacional entre los meses de noviembre y diciembre del 2015.
- ✓ Personas de ambos sexos mayores de 15 años, y personas menores a los 64 años edad.

### **3.3.5. Criterios de exclusión**

- ✓ Personas de ambos sexos que no fueran residentes permanentes de Costa Rica.
- ✓ Población con alguna condición médica, la cual no permitiera realizar la encuesta, como lo son las personas que padecen de retraso mental.

## **3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN**

### **3.4.1. Fuentes primarias**

La búsqueda de información se basa en las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva, realizadas en los años 2010 y 2015. Datos del INEC.

### **3.4.2. Fuentes secundarias**

También se revisa una serie de artículos científicos de revistas médicas, y encuestas nacionales e internacionales.

## **3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación se clasifica como un estudio no experimental, por lo que no se manipula ninguna de las variables. Es transversal porque se basa en la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único. Es de tipo descriptivo dado se basa en la población como unidad de estudio, y de tipo ecológico ya que la unidad de análisis es un grupo de individuos, una población<sup>44</sup>.

### **3.6. PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

En las tablas 2, 3, 4, 5 y 6 se muestra el proceso de operacionalización de las variables presentes en los objetivos específicos de esta investigación.

**Tabla 2- Operacionalización del primer objetivo específico**

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
Caracterizar el perfil demográfico de las personas encuestadas en el 2010 y el 2015.	Edad	Edad: Tiempo que ha vivido una persona. Época, tiempo.	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	Revisión de resultados de las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva 2010 y 2015.	Hoja de recolección de datos	INEC
	Sexo	Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	50-54 55-59 60-64 Masculino Femenino			Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2010
	Escolaridad	Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ninguna Primaria Secundaria Universidad			Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2015
	Residencia	Residencia: Lugar en que se reside.	Rural Urbana			

**Fuente: elaboración propia**

**Tabla 3- Operacionalización del segundo objetivo específico**

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
Evaluar las fuentes de información sobre educación sexual en los participantes, según las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva realizadas en el 2010 y el 2015.	Fuentes de información	Fuentes de información: son instrumentos para el conocimiento, búsqueda y acceso a la información.	Padre Madre  Hermanos  Familiares  Amigos  Pareja  Maestros  Personal de salud  Medios de comunicación Libros  Otros  No recibió	Revisión de resultados de las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva 2010 y 2015	Hoja de recolección de datos	INEC  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2010  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2015

**Fuente: elaboración propia**

**Tabla 4- Operacionalización del tercer objetivo específico**

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
Determinar el inicio de relaciones sexuales de los participantes y su opinión acerca de la edad promedio en que debería iniciar la educación sexual, según las encuestas de 2010 Y 2015.	Inicio de relaciones sexuales	Inicio de relaciones sexuales: Primer contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.	15 años 16 años 17 años 18 años 19 años 20 años 21 años 22 años 23 años 24 años 25 años 26 años 27 años 28 años	Revisión de resultados de las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva 2010 y 2015.	Hoja de recolección de datos	INEC  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2010  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2015
	Inicio de educación sexual	Educación sexual: se refiere a la educación acerca del sexo, la sexualidad, 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.	8-8,5 años 8,6-9 años 9,1-9.5 años 9.6-10 años 10.1-10.5 años 10.6-11 años 11-11,5 años			

**Fuente: elaboración propia**

**Tabla 5- Operacionalización del cuarto objetivo específico**

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
Cuantificar el número de personas que utilizan métodos anticonceptivos, y evaluar su conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual y sus métodos de prevención, conforme a las encuestas realizadas en el 2010 y el 2015.	Métodos anticonceptivos  Infección de transmisión sexual  Prevención	Métodos anticonceptivos: es cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable.  Infección de transmisión sexual: son infecciones que transmiten de una persona a otra por medio del contacto sexual.  Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.	Anticonceptivos orales DIU Inyectables Norplant Anticonceptivos de emergencia  VIH/sida Papiloma Gonorrea Sífilis  Uso de condón Siendo fiel Abstinencia Evitando	Revisión de resultados de las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva 2010 y 2015.	Hoja de recolección de datos	INEC  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2010  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2015

**Fuente: elaboración propia**

**Tabla 6- Operacionalización del quinto objetivo específico**

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
Identificar los tipos de violencia sexual a los cuales se expone la población y su frecuencia, según las encuestas del 2010 y el 2015.	Tipos de violencia sexual	Violencia sexual: es aquella que se manifiesta con agresiones mediante la fuerza física, psíquica o moral, rebajando a una persona a condiciones de inferioridad, para implantar una conducta sexual en contra de su voluntad.	Expresiones Carisias no deseadas Chistes sexistas Comentarios sobre su cuerpo Acercamientos a su cuerpo Miradas insinuantes	Revisión de resultados de las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva 2010 y 2015.	Hoja de recolección de datos	INEC  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2010  Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva 2015

Fuente: elaboración propia.

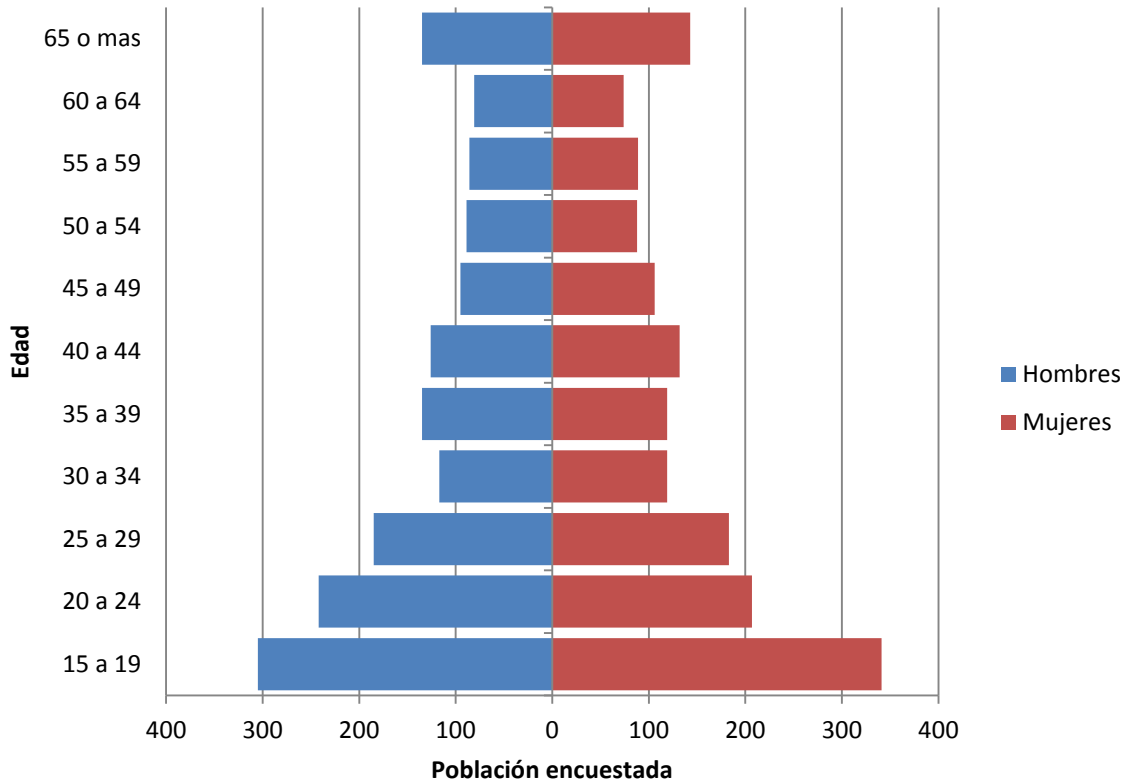
### **3.7. SELECCIÓN DE TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

- a) Es importante recalcar, que la investigación se inició con la adquisición de la primera y la segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010 y 2015 respectivamente, las cuales se obtienen por libre acceso en la red.
- b) Posterior a esto, se procedió a revisar las encuestas para poder realizar la recolección de los resultados de ambas encuestas.
- c) Una vez identificados los datos que interesaban para el estudio, los cuales son sobre las temáticas mencionadas anteriormente. La comparación se realiza de sobre las características generales, la educación sexual, la planificación familiar, la primera relación y prácticas sexuales, las enfermedades de transmisión sexual, los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA y sobre la violencia sexual. Cabe mencionar que se seleccionan estas temáticas porque son las que están disponibles en las encuestas nacionales. También es necesario agregar que no todos los grupos etarios de la muestra fueron incluidos dentro de los resultados de las encuestas realizadas.
- d) Se transcriben en hojas de Excel® para su tabulación.
- e) Luego de realizar la tabulación, se realizan los gráficos.
- f) Posterior a esto se lleva a cabo su análisis para poder comparar los datos en el reporte final de la investigación

**CAPÍTULO IV**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

#### 4.1. PERFIL DEMOGRÁFICO

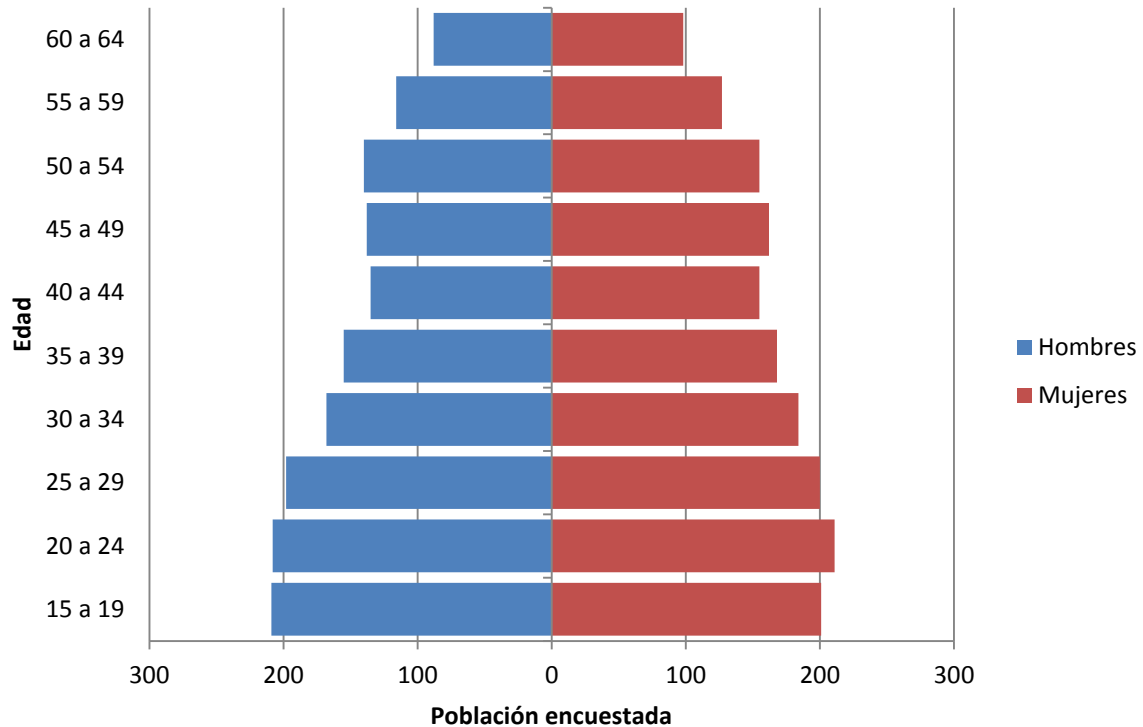
**Gráfico No.1 Distribución de la población según sexo y edad en la ENSSR-2010, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 1 se observa la población encuestada en el año 2010, para este año la mayoría de personas encuestadas tanto hombres como mujeres fueron de los 15 años a los 29 años. La distribución de los grupos etarios fue variada, pero con una mayor representatividad de las personas más jóvenes. Con respecto al sexo, la representatividad fue similar en hombres y mujeres, con solamente 5 participantes más en el sexo femenino.

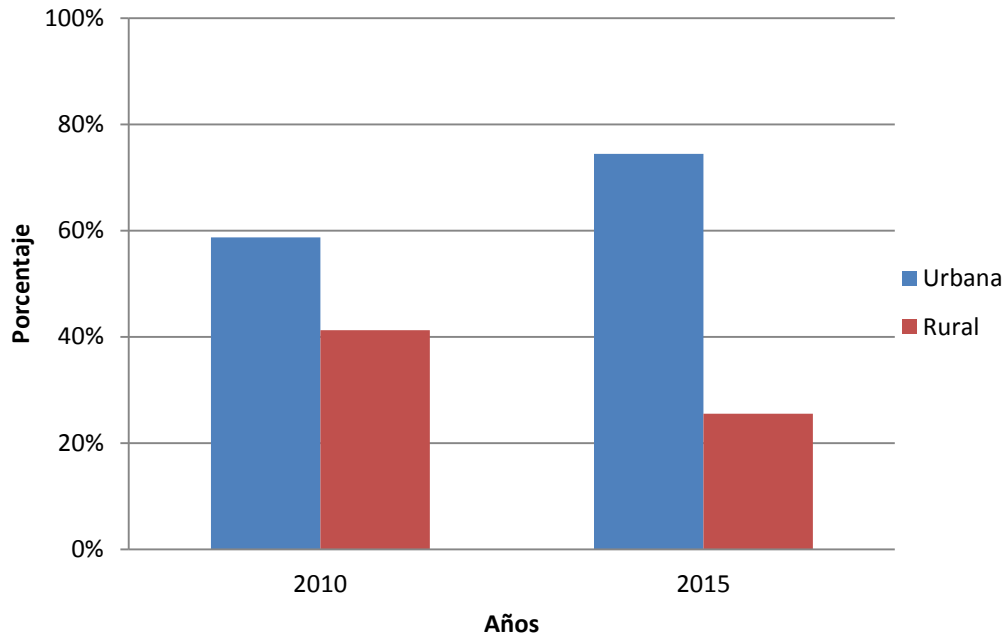
**Gráfico No.2 Distribución de la población según sexo y edad en la II ENSSR-2015,  
Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 2 se observa la población encuestada en año 2015, para este año la población encuestada fue variable entre los distintos grupos, la cual fue disminuyendo mientras que la edad aumentaba, como en la edad de 15 a 19, los cuales fueron 410 los encuestados, mientras que en la edad superior a los 60 años, fue de 186 encuestados, siendo la menor población participante. Además, es importante mencionar que hubo 106 más mujeres que hombres que participaron en la encuesta.

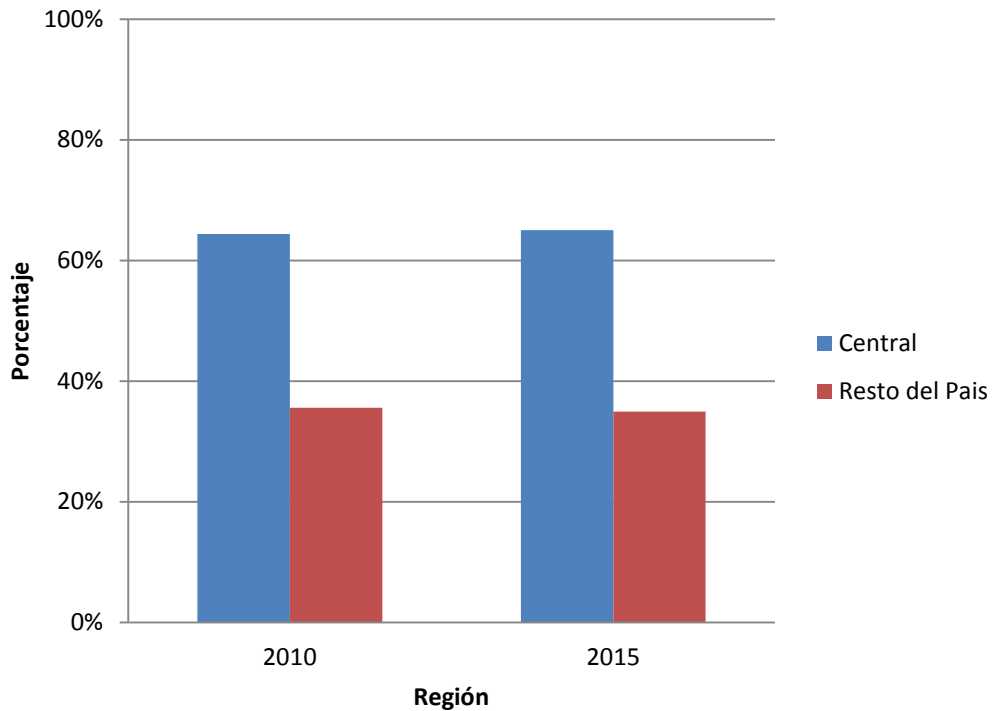
**Gráfico No.3 Distribución de la población según la zona de residencia, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 3 se aprecia que la mayoría de la población encuestada en ambos años es de residencia urbana. Siendo solo un 41,26% en el 2010 y un 25,53% en el 2015 de residencia rural.

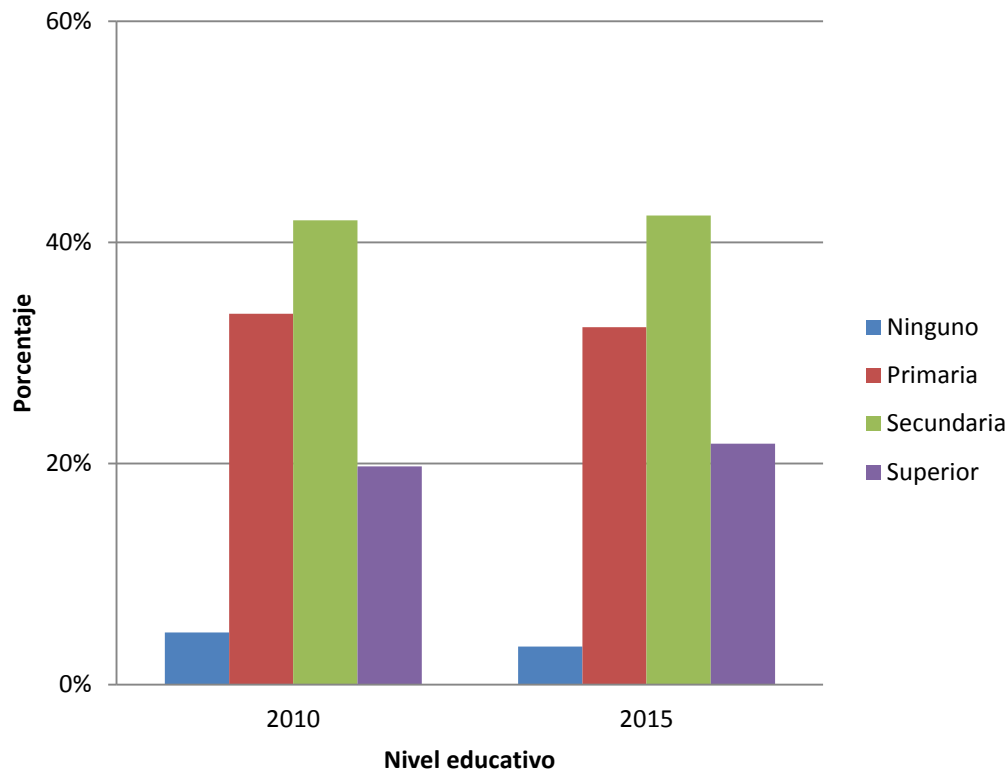
**Gráfico No.4 Distribución geográfica de la población según la región socioeconómica, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 4 se muestra que la mayoría de la población encuestada en ambos años se encuentra en la región central. Siendo solo alrededor de un 35% en ambos años de las otras regiones del país.

**Gráfico No.5 Nivel educativo de la población que participó en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

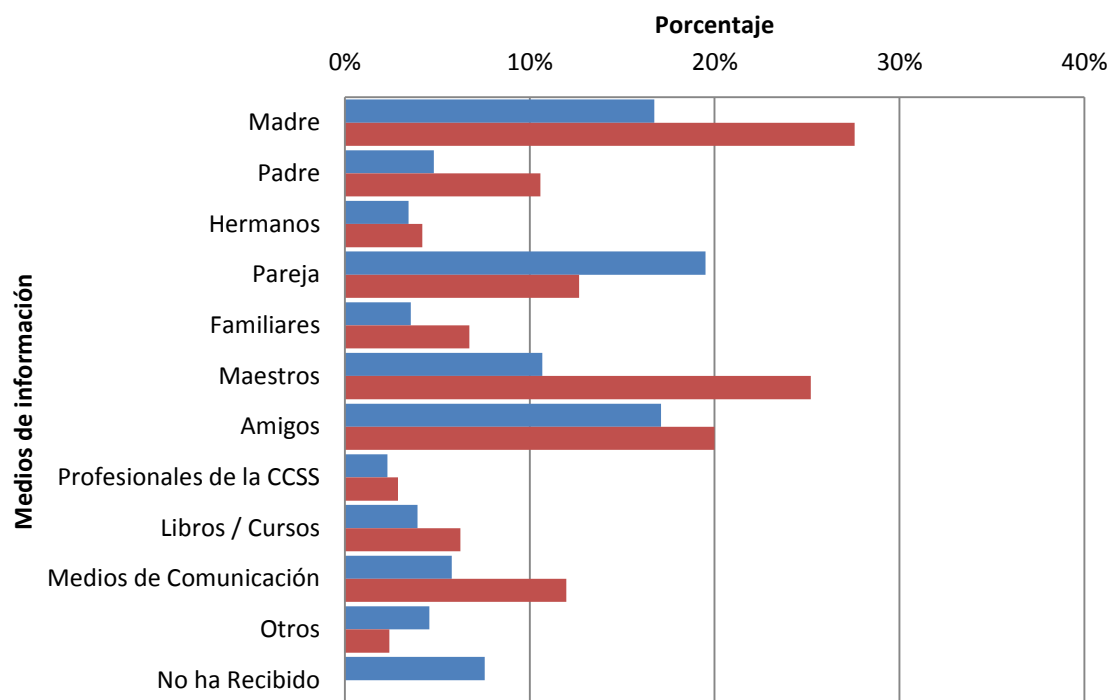


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 5 se observa que la mayoría de personas encuestadas en ambos años presentó un nivel educativo de secundaria, la cual es alrededor de un 42%. Mientras que el menor porcentaje de población encuestada no presentó ningún nivel educativo, el cual fue de 4,7% en el 2010 y un 3,5% en el año 2015.

## 4.2. INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL

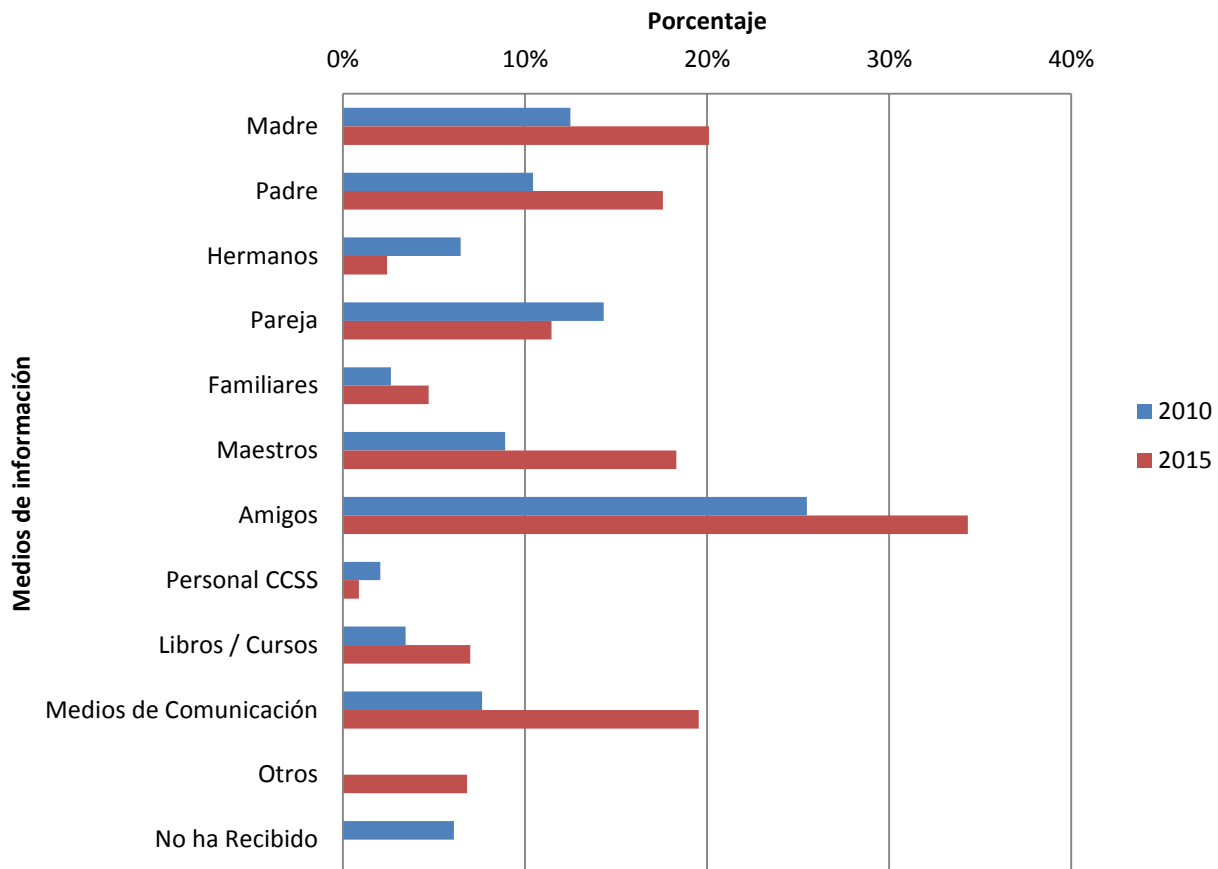
**Gráfico No.6 Medios de información sobre temas sexuales utilizados por las mujeres de 15 a 49 años en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 6 se observa que para el año 2010, el medio de información sobre temas sexuales para las mujeres más alto fue el de la pareja, con un 16,7%, mientras que para el año 2015, fue la madre con un 27.6%. Cabe destacar que el medio de información menos utilizado fue el de profesionales de la CCSS; también es importante destacar que en el 2010, el 7.6% la población refirió no haber recibido ningún tipo de información.

**Gráfico No.7 Medios de información sobre temas sexuales utilizados por los hombres de 15 a 49 años en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

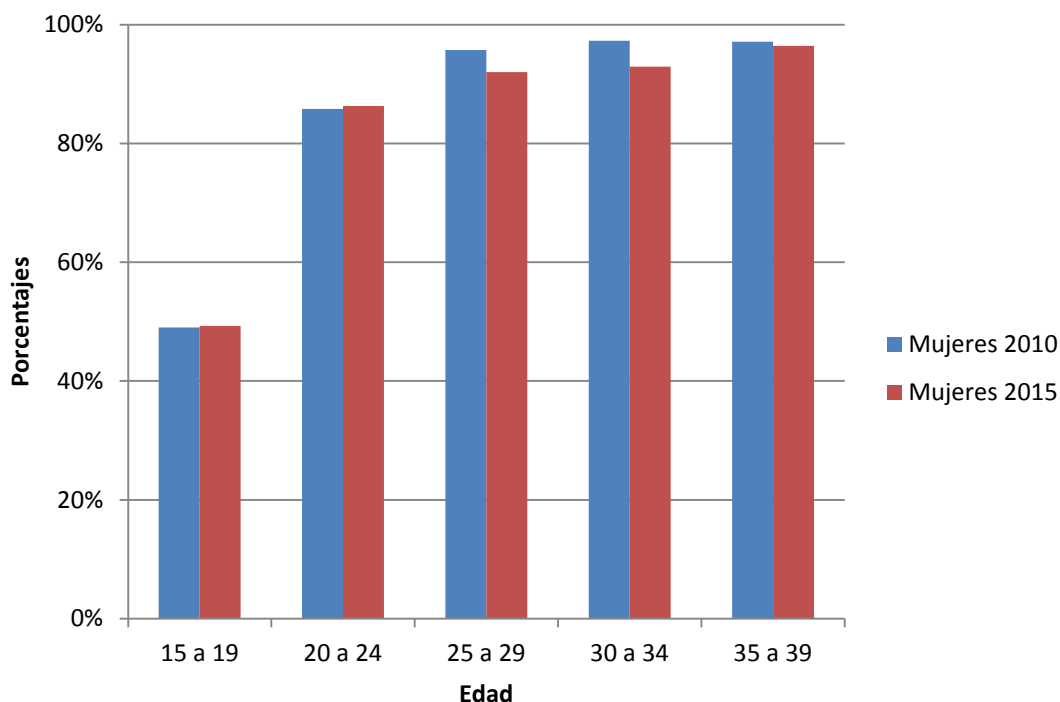


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 7 se muestra que para el año 2010 el medio de información sobre temas sexuales para los hombres más alto fue el de los amigos, con un 25,5%; no obstante, para el año 2015 también fueron los amigos con un 34,3%; y el segundo medio más utilizado en el año 2010 fue la pareja, a diferencia del año 2015, en el que el más utilizado fue la madre. Es importante destacar que el medio de información menos utilizado fue el de profesionales de la CCSS; sin embargo, también es importante que en el 2010 un grupo de la población refiriera no haber recibido ningún tipo de información, el cual fue de un 6,1%.

### 4.3. RELACIONES SEXUALES

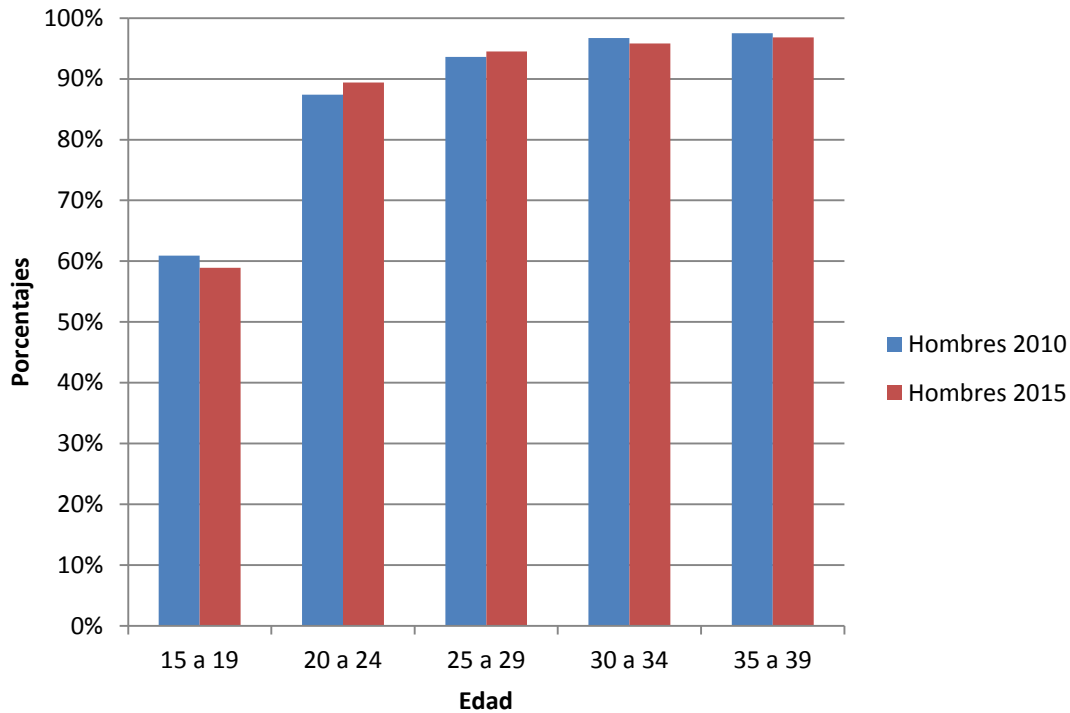
**Gráfico No.8 Porcentaje de mujeres de 15 a 39 años que han tenido relaciones sexuales, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 8 se muestra que para el año 2010 y para el 2015, alrededor del 50% de mujeres entre los 15 y los 19 años ya había tenido relaciones sexuales. Además, las mujeres encuestadas entre los 20 y 24 años, más del 80% había tenido relaciones sexuales en ambas encuestas.

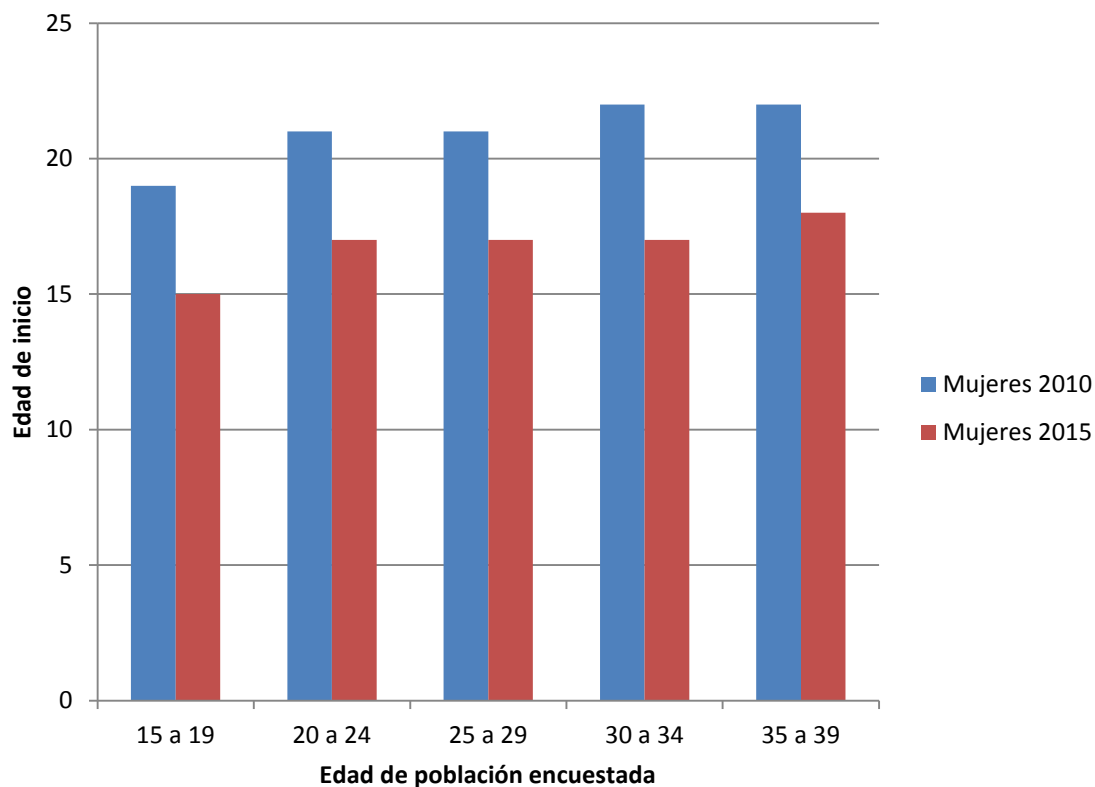
**Gráfico No.9 Porcentaje de hombres de 15 a 39 años que han tenido relaciones sexuales, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 9 se observa que para el año 2010 y para el 2015, alrededor del 60% de los hombres entre los 15 y los 19 años ya habían tenido relaciones sexuales. No obstante, los hombres encuestados entre los 20 y 24 años, cerca del 90% había tenido relaciones sexuales en ambas encuestas.

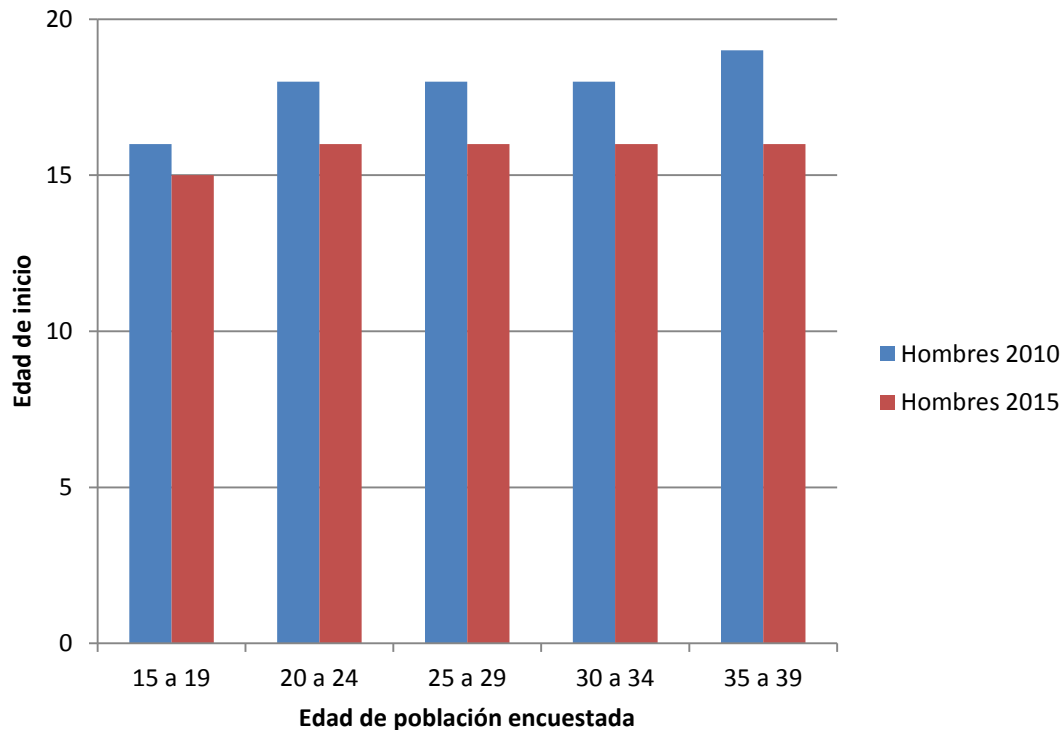
**Gráfico No.10 Edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres de 15 a 39 años, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 10 se aprecia la edad promedio en la que las mujeres inician las relaciones sexuales, y en el caso del año 2010 fue alrededor de los 19 años, mientras que en el año 2015 fue de 15 años. No obstante, se observa que las mujeres de 35 a 39 años iniciaron su vida sexual entre los 18 y 22 años de edad.

**Gráfico No.11 Edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los hombres de 15 a 39 años, según la edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

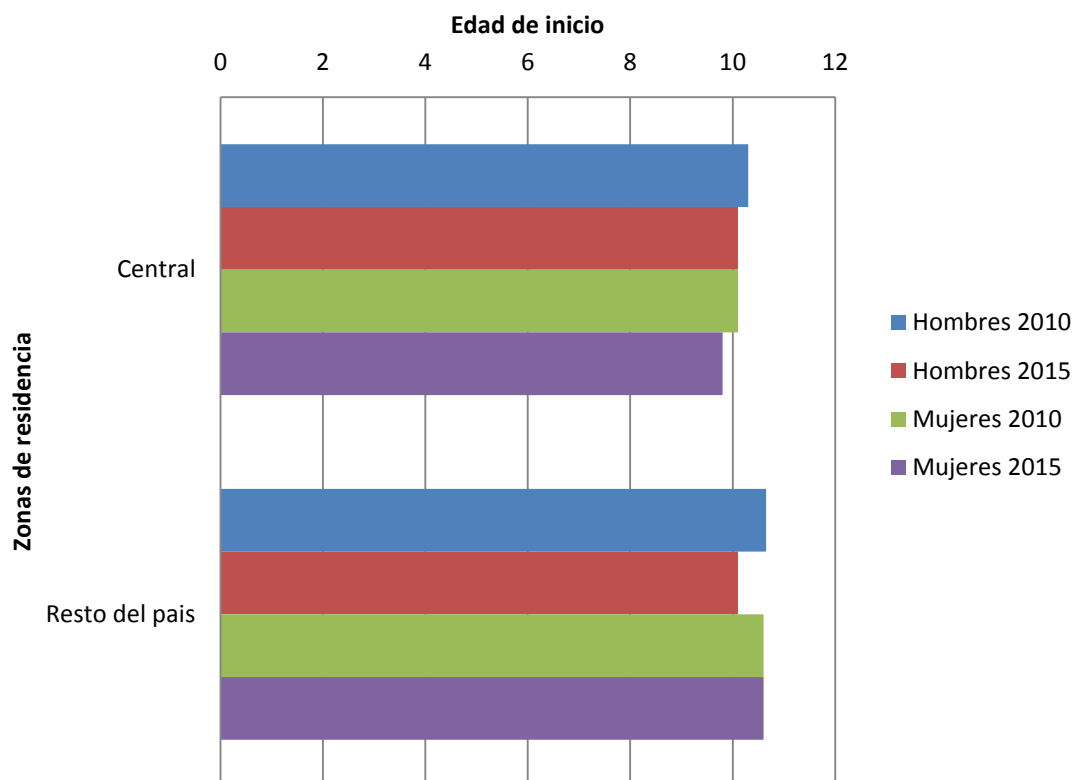


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 11 se observa la edad promedio en la que los hombres empiezan las relaciones sexuales, y en el caso del año 2010 fue alrededor de los 16 años, mientras que en el año 2015 fue de 15 años. Sin embargo, se observa que los hombres de 35 a 39 años iniciaron su vida sexual entre los 16 y 19 años de edad.

#### 4.4. INICIO DE EDUCACIÓN SEXUAL

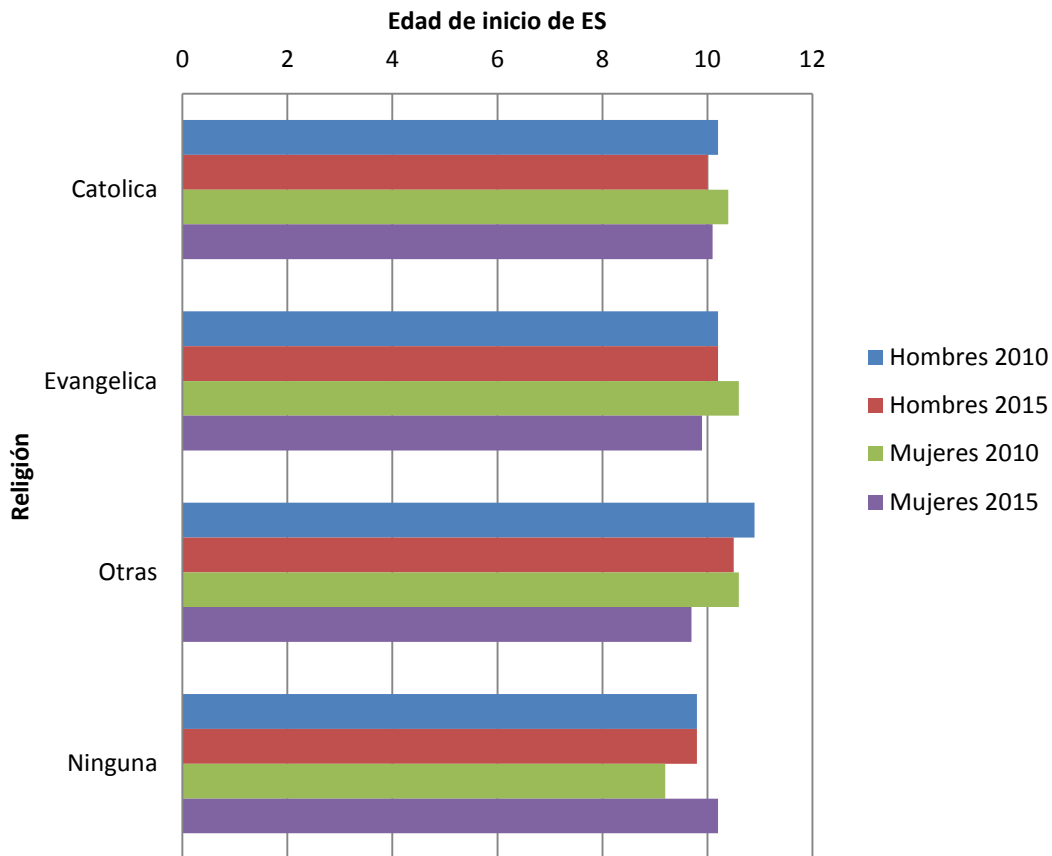
**Gráfico No.12 Edad promedio en la que debería iniciar la educación sexual según sexo y zona de residencia, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 12 se observa la edad promedio en la que se debería iniciar la educación sexual, según la zona en donde reside la población encuestada en ambos años, y la opinión es que debería ser alrededor de los 10 años.

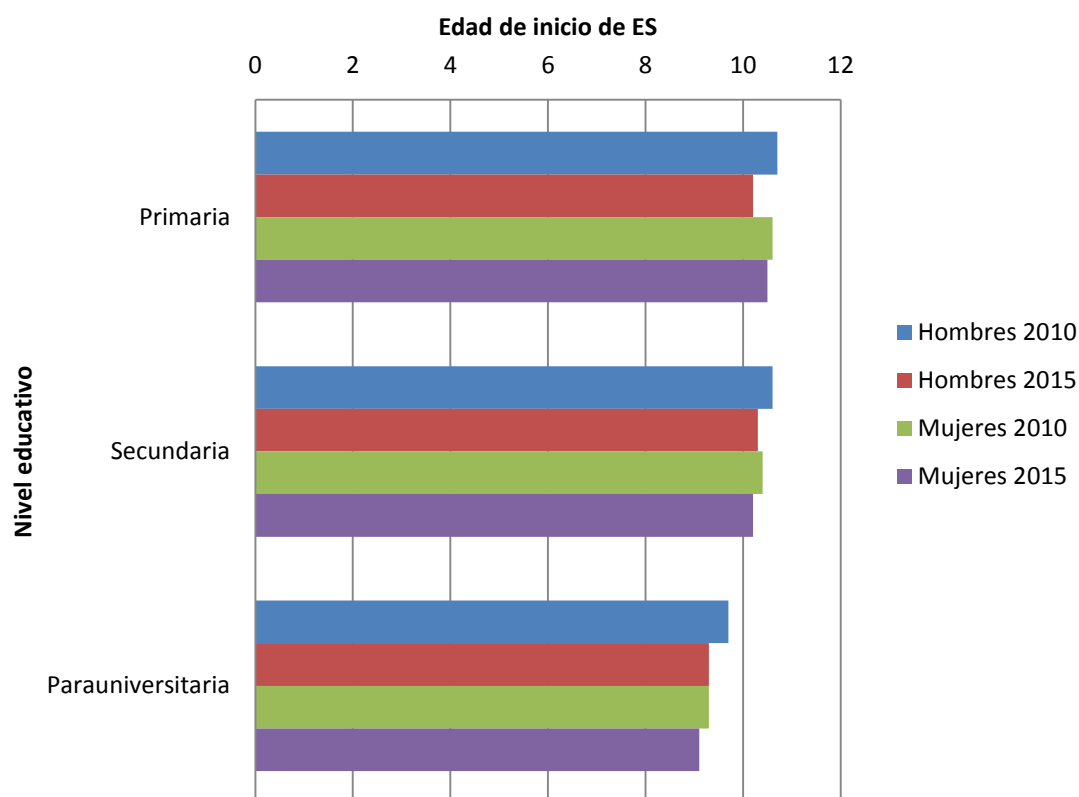
**Gráfico No.13 Edad promedio en la que debería iniciar la educación sexual, según sexo y religión, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 13 se muestra la edad promedio en la que se debería iniciar la educación sexual según la religión de la diferente población encuestada en ambos años, en donde la mayoría de la población indica que la edad promedio debería ser entre los 9 y 11 años.

**Gráfico No.14 Edad promedio en la que debería iniciar la educación sexual, según sexo y nivel educativo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

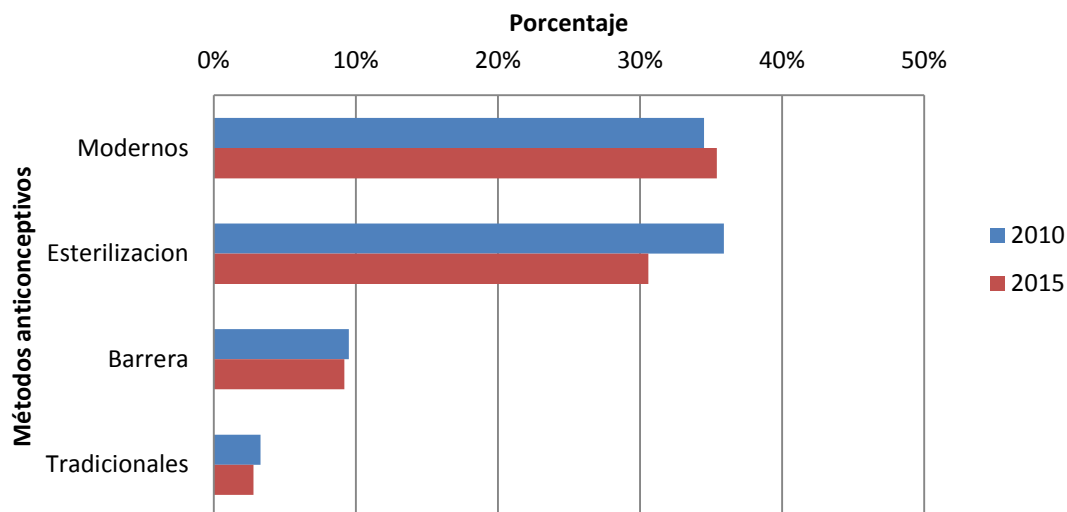


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 14 se observa la edad promedio en la que se debería iniciar la educación sexual según el nivel educativo de la población encuestada, en donde muestra que la población con más educación, la parauniversitaria indica una edad inferior a los 10 años, mientras que los de menor educación, la primaria indican una edad superior a los 10 años..

#### 4.5. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

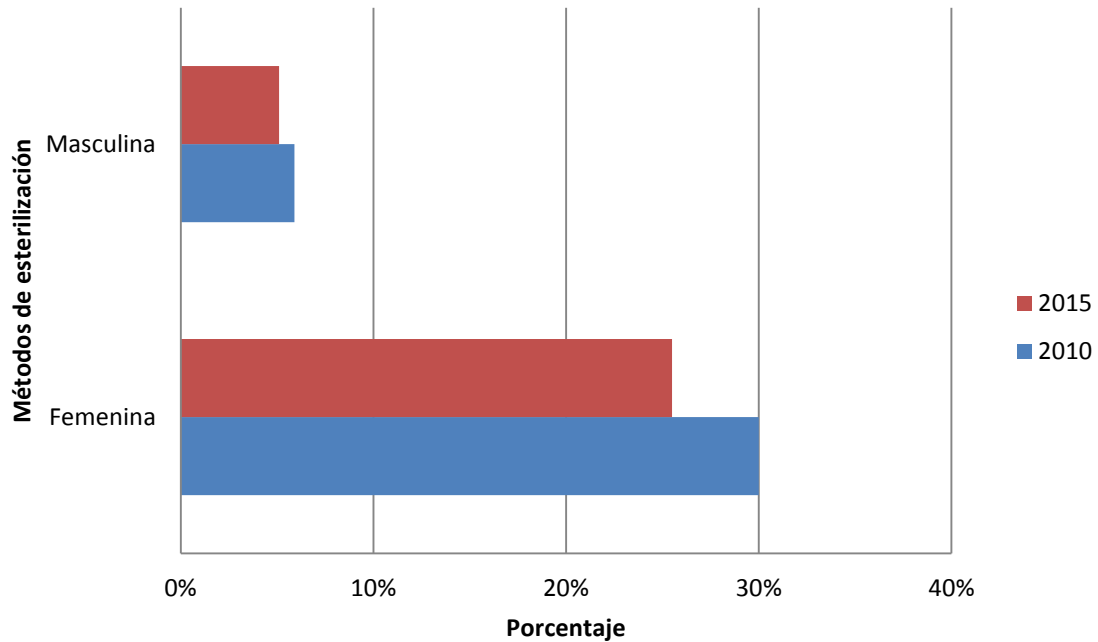
**Gráfico No.15 Métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 15 se observa el porcentaje de mujeres que utilizó algún método anticonceptivo y el tipo de método que utilizó en ambos años encuestados. En donde los métodos modernos se refieren a: anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, inyectables, Norplant y anticoncepción de emergencia. Los métodos de esterilización se refieren a la esterilización femenina y a la masculina; los métodos de barrera se refieren al condón masculino y al femenino; y los métodos tradicionales se refieren al retiro, al ritmo y Billings. En el gráfico se muestra que el método más utilizado durante el año 2010 fue la esterilización con un 35,9%, mientras que en el 2015 fueron los métodos modernos con un 35,4%. Los métodos menos utilizados en ambos años fueron los tradicionales.

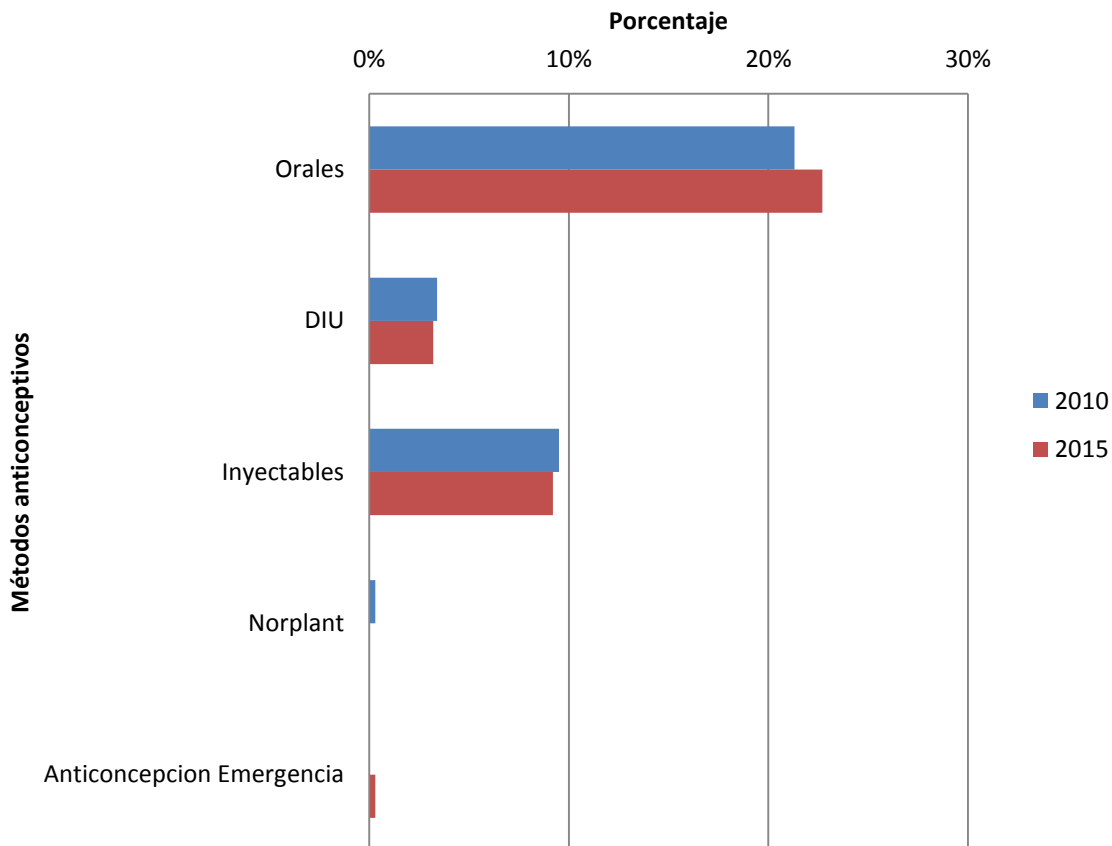
**Gráfico No.16 Porcentaje de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos de esterilización, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 16 se observa el porcentaje de mujeres que utilizó como método anticonceptivo, los métodos de esterilización. En el gráfico se muestra que el método más utilizado por las mujeres durante ambos años, fue la esterilización femenina, en el año 2010 fue de un 30%, mientras que en el 2015 fue de 25%. Los métodos de esterilización masculina, en ambos años fueron alrededor del 5%

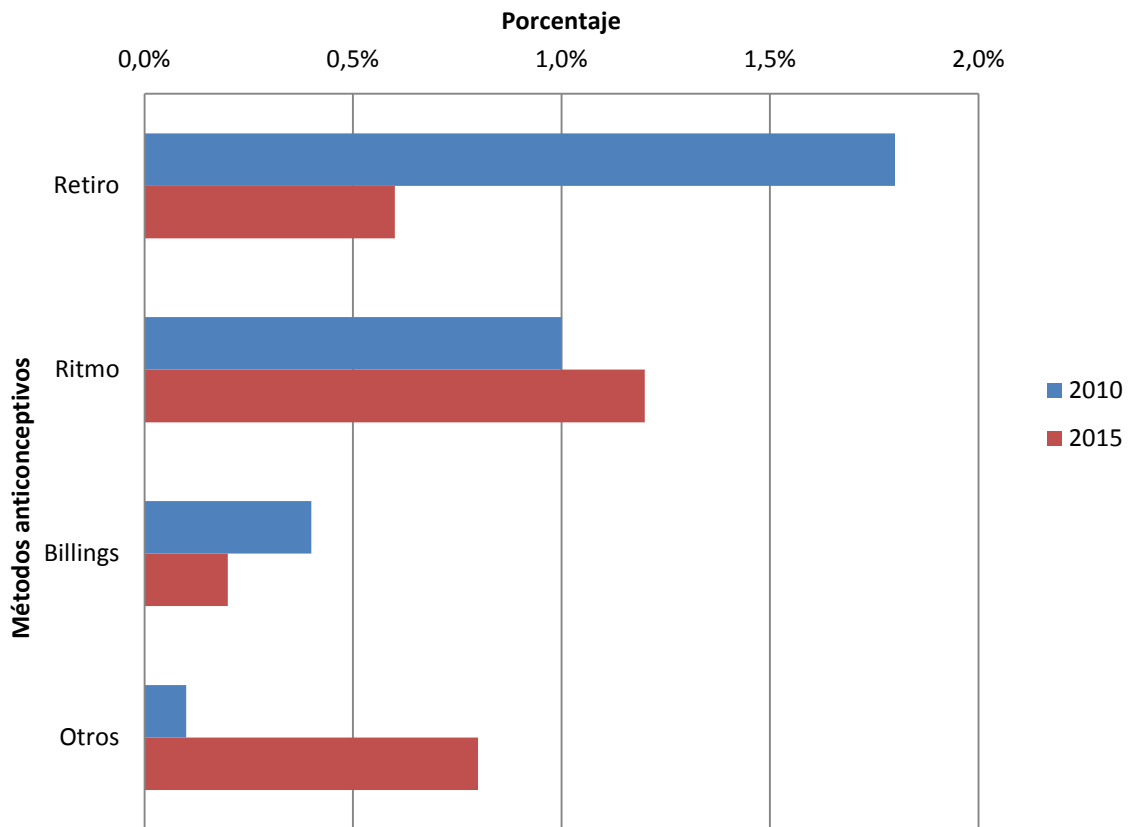
**Gráfico No.17 Porcentaje de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos modernos, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 17 se observa el porcentaje de mujeres que utilizó métodos anticonceptivos modernos. Se muestra que de los métodos modernos, entre los más utilizados están los anticonceptivos orales en ambos años, con un 21,3% en el 2010 y un 22,7% en el año 2015. En el 2010, el método menos utilizado fue la anticoncepción de emergencia con un 0%, mientras que en el año 2015 fue el norplant con un 0%. Llama la atención que en el año 2015 la anticoncepción de emergencia se utilizó en un 0,3% de las mujeres.

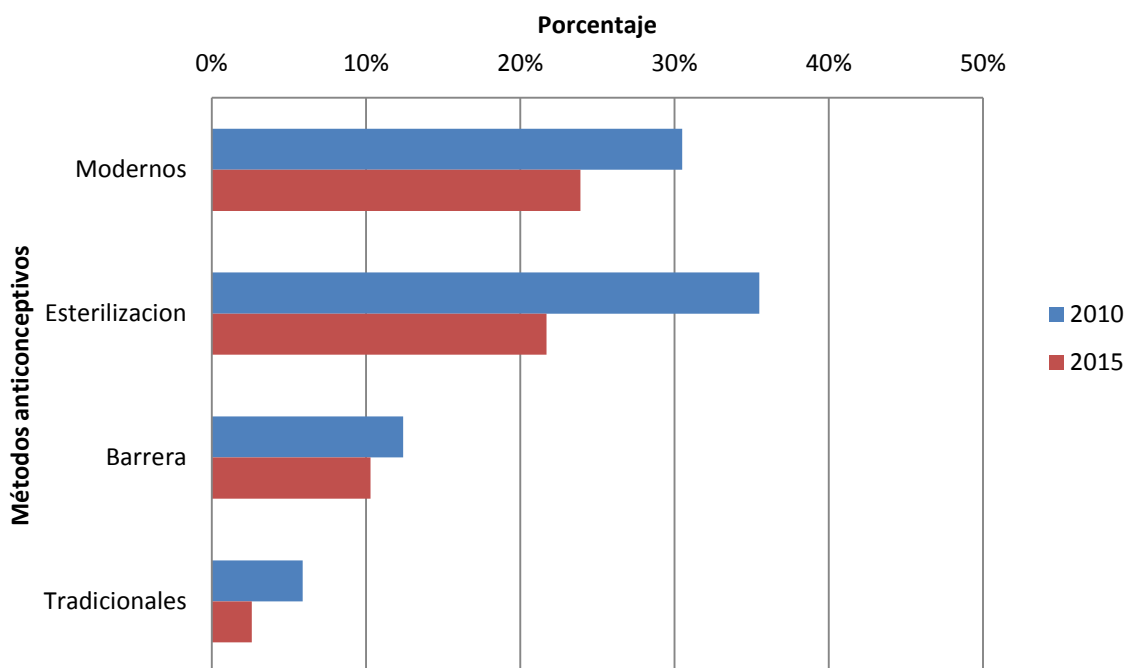
**Gráfico No.18 Porcentaje de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos tradicionales, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 18 se observa el porcentaje de mujeres que utilizó métodos anticonceptivos tradicionales. Se muestra que de los métodos tradicionales, el más utilizado fue la técnica del retiro en el 2010 con un 1,8%, mientras que el ritmo fue en el año 2015 con un 1,2%. En el 2010 el método menos utilizado fue el de “otros” con un 0,1%, mientras que en el año 2015 fue el billings con un 0,2%.

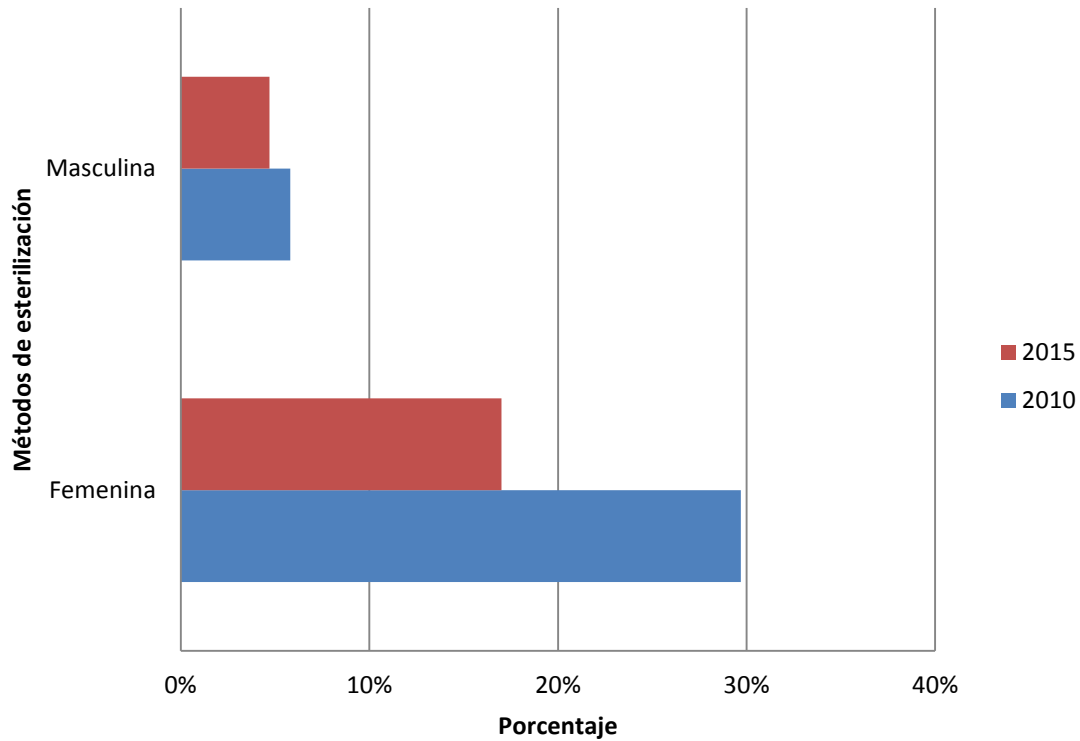
**Gráfico No.19 Métodos anticonceptivos utilizados por los hombres y sus parejas, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 19 se observa el porcentaje de hombres que utilizó algún método anticonceptivo y el tipo de método que utilizó en ambos años encuestados. En donde los métodos modernos se refieren a anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, inyectables, norplant y anticoncepción de emergencia; los métodos de esterilización se refieren a la esterilización femenina y a la masculina; los métodos de barrera se refieren al condón masculino y al femenino; y los métodos tradicionales se refieren al retiro, al ritmo y Billings. En el gráfico se muestra que el método más utilizado durante el año 2010 fue la esterilización con un 35,5%, mientras que en el 2015 fueron los métodos modernos con un 23,9%. Los métodos menos utilizados en ambos años fueron los métodos tradicionales.

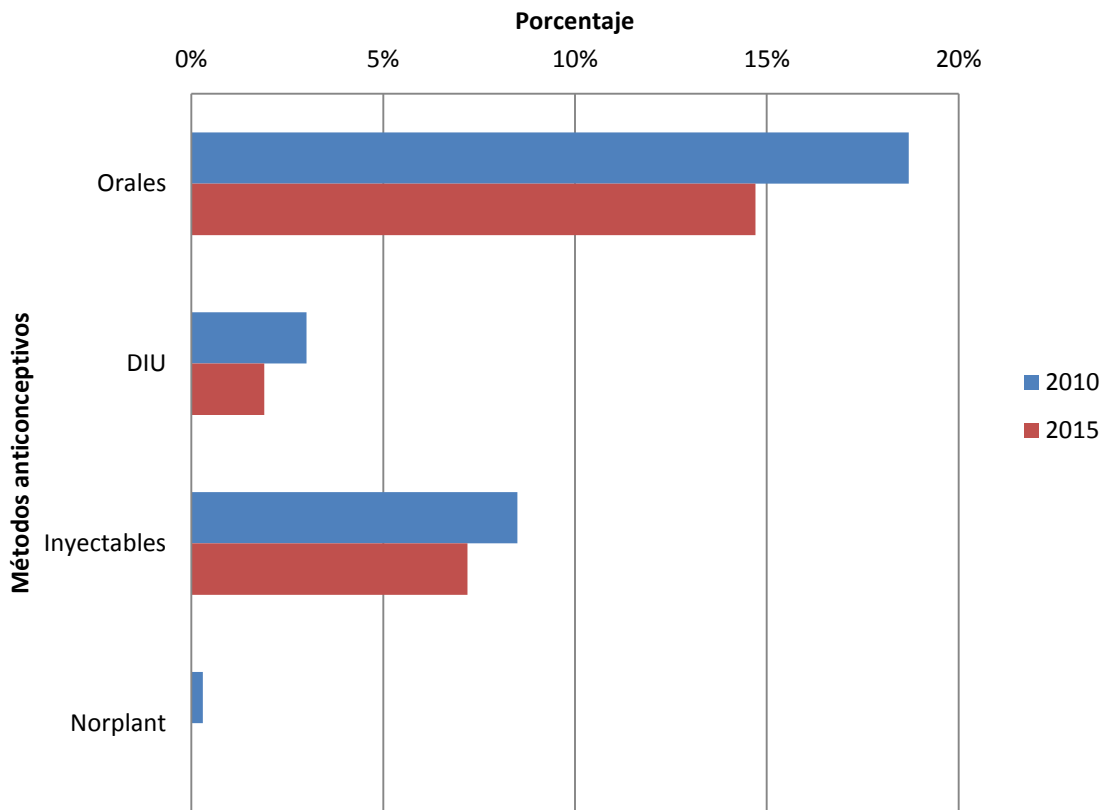
**Gráfico No.20 Porcentaje de hombres y sus parejas que utilizaron métodos anticonceptivos de esterilización, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 20 se observa el porcentaje de hombres que utilizó como método anticonceptivo, los métodos de esterilización. En el gráfico se muestra que el método más utilizado por los hombres durante ambos años, fue la esterilización femenina, en el año 2010 fue de un 29,7%, mientras que en el 2015 fue de 17%. Los métodos de esterilización masculina, en ambos años fueron alrededor del 5%.

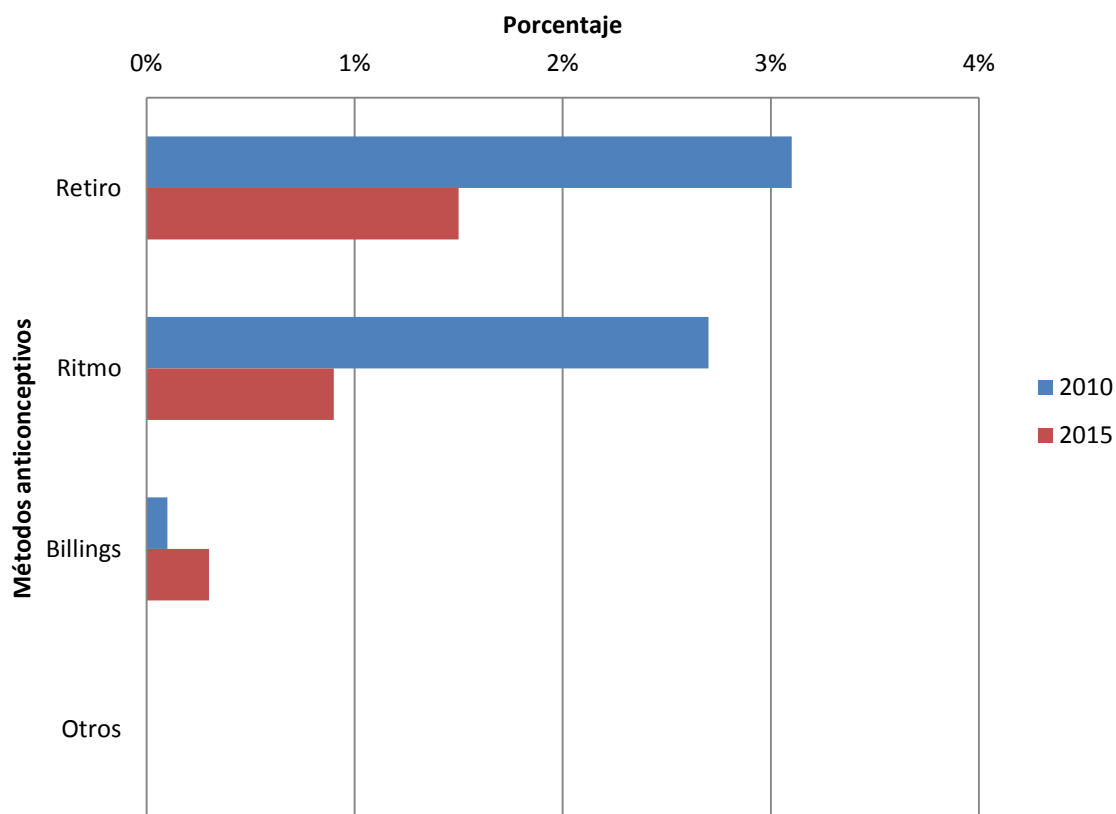
**Gráfico No.21 Porcentaje de hombres y sus parejas que utilizaron métodos anticonceptivos modernos, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 21 se observa el porcentaje de hombres que utilizó métodos anticonceptivos modernos. Se muestra que de los métodos modernos, el más utilizado fueron los anticonceptivos orales en ambos años, con un 18,7% en el 2010 y un 14,7% en el año 2015. En el 2010 el método menos utilizado en ambos años fue el norplant con un 0,3% en el 2010 y un 0% en el año 2015.

**Gráfico No.22 Porcentaje de hombres y sus parejas que utilizaron métodos anticonceptivos tradicionales, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

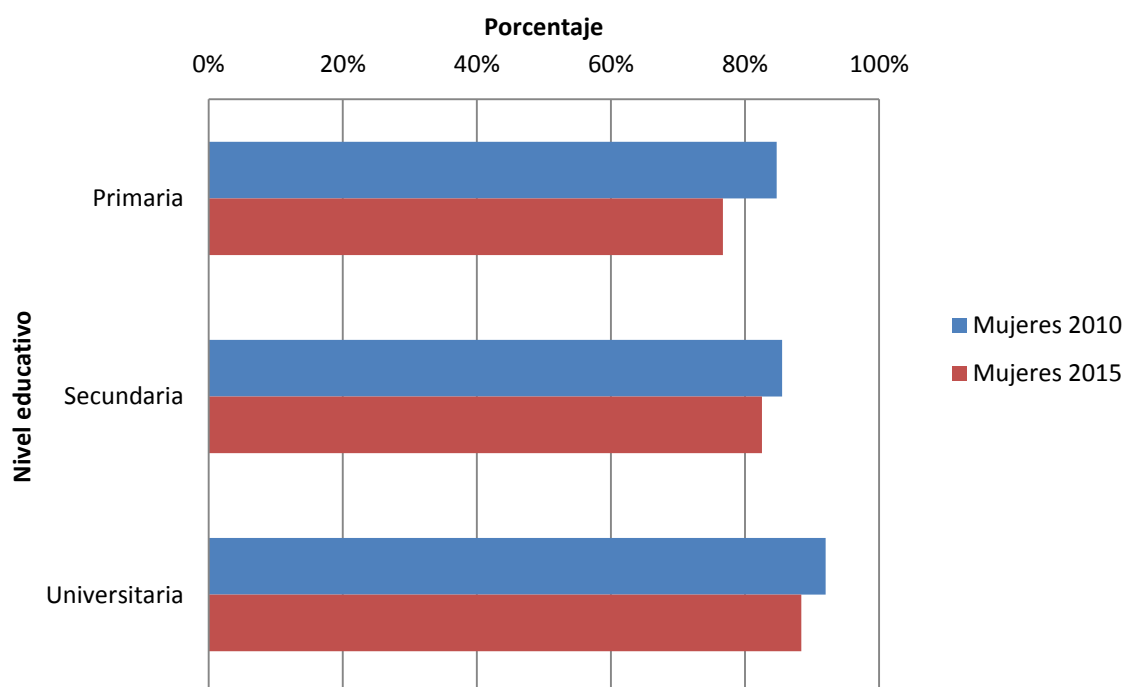


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 22 se observa el porcentaje de hombres que utilizó métodos anticonceptivos tradicionales. Se muestra que de los métodos tradicionales, el más utilizado fue la técnica del retiro en ambos años, siendo en el 2010 con un 3,1%, mientras que el 2015 con un 1,5%. En ambos años el método menos utilizado fue Billings.

#### 4.6. USO DE CONDÓN

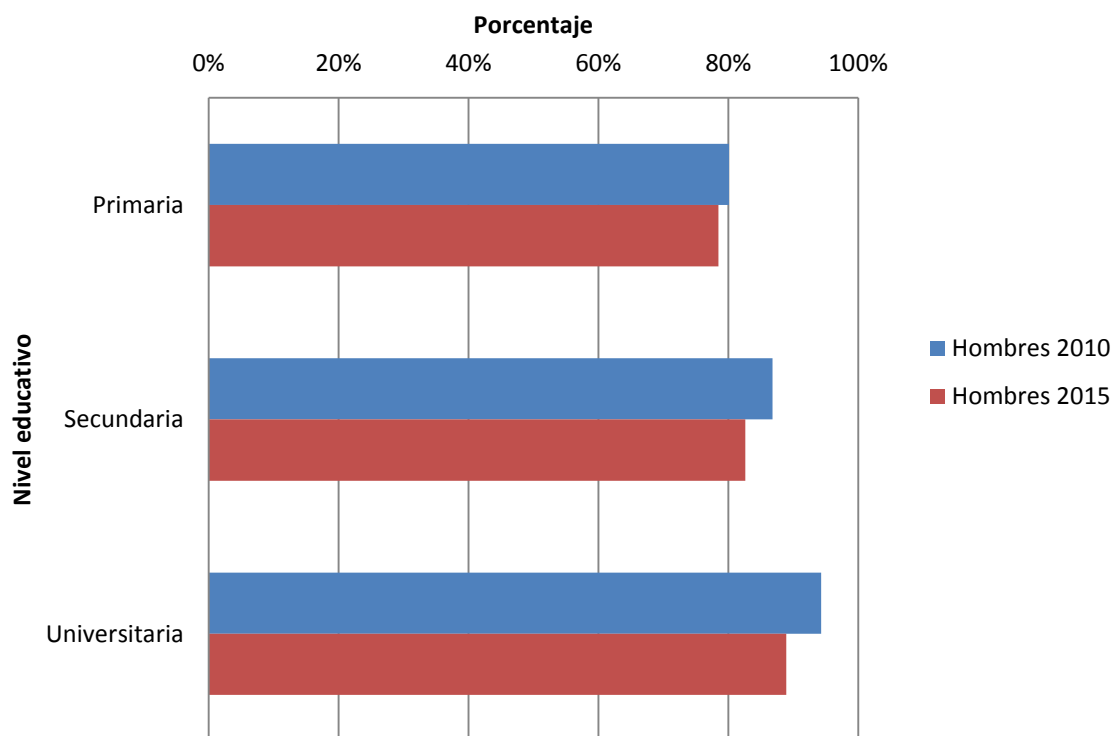
**Gráfico No.23 Porcentaje de mujeres que reconocen el uso del condón como método de prevención de ETS según Nivel Educativo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 23 se observa el porcentaje de mujeres que reconoce que el uso del condón previene las enfermedades de transmisión sexual según el nivel educativo de la población encuestada en ambos años. Se observa que las mujeres encuestadas en el año 2010 reconocen más que el condón puede prevenir las ETS, que las mujeres encuestadas en el año 2015; ya que en los 3 diferentes niveles educativos las mujeres del 2010 obtuvieron más porcentaje de reconocimiento. Sin embargo, el nivel universitario fue el que obtuvo un porcentaje de reconocimiento mayor, siendo en el 2010 superior al 90% de las mujeres encuestadas, mientras que en el 2015 fue inferior al 90%.

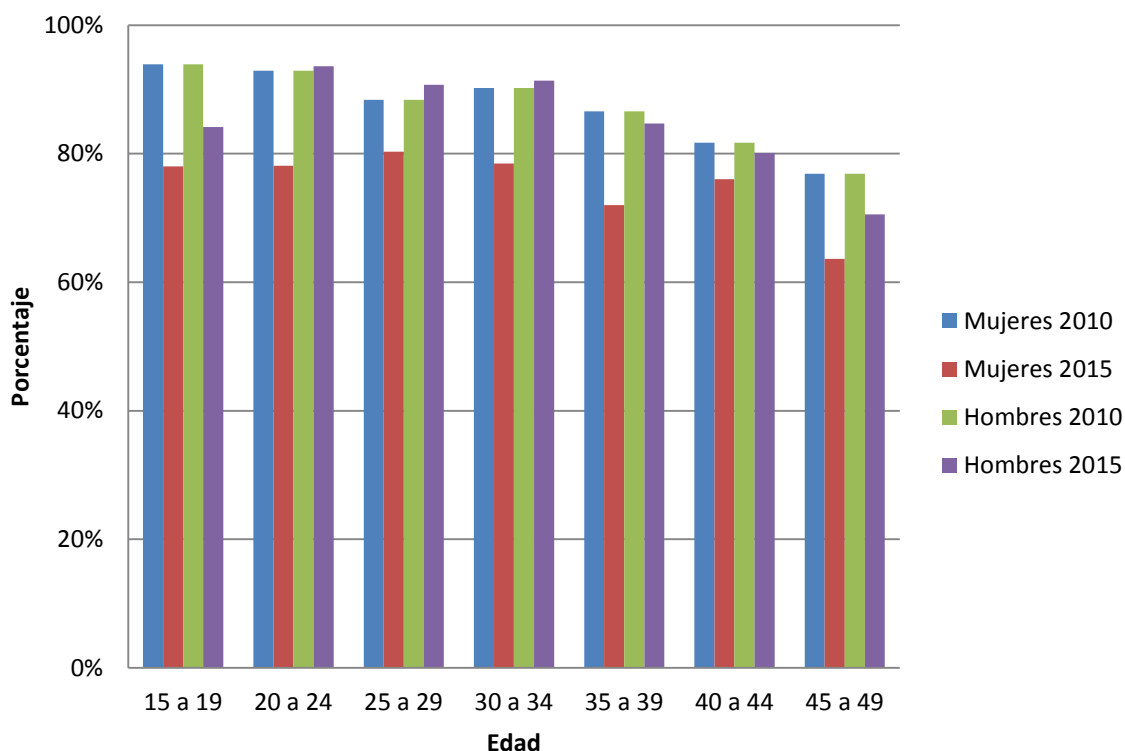
**Gráfico No.24 Porcentaje de hombres que reconocen el uso del condón como método de prevención de ETS según nivel educativo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 24 se observa el porcentaje de hombres que reconocen que el uso del condón previene las enfermedades de transmisión sexual según el nivel educativo de la población encuestada en ambos años, se observa que los hombres encuestados en el año 2010 reconocen más que el condón puede prevenir las ETS, que los hombres encuestados en el año 2015; ya que a nivel universitario en el 2010 el resultado es superior al 90% de los hombres encuestados, mientras que en el 2015 fue inferior al 90%.

**Gráfico No.25 Porcentaje de personas sexualmente activas de 15 a 49 años que han usado el condón según sexo y edad, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

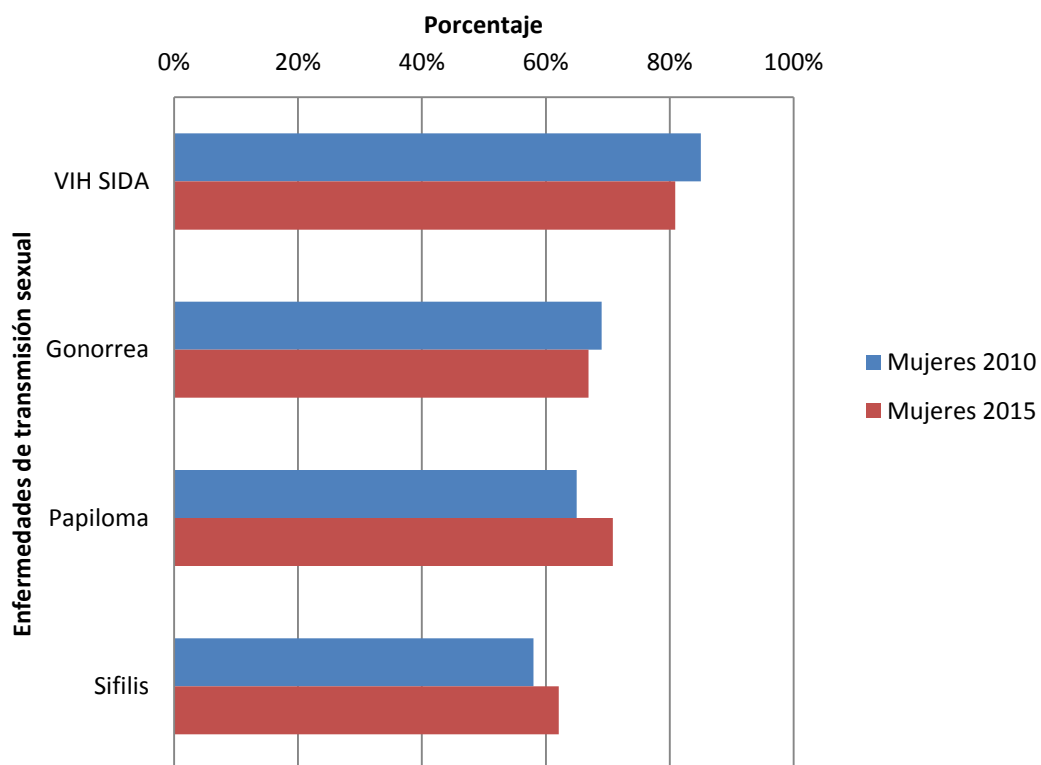


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 25 se muestra el porcentaje de personas encuestadas sexualmente activas que utilizan el condón, según edades, se observa que con forme aumentan las edades, disminuye el uso del condón, siendo más alto su uso en el año 2010 que en el año 2015. Se muestra que las edades de 15 a 19 años, alrededor del 80-90% utilizan el condón para prevenir ETS; mientras que las edades de 45 a 49 años, solo alrededor del 60-70% utilizan el condón para prevenir ETS. Cabe destacar que la población que menos utilizó el condón como método de prevención en todas las edades, fueron las mujeres encuestadas del 2015.

#### 4.7. CONOCIMIENTO SOBRE ETS

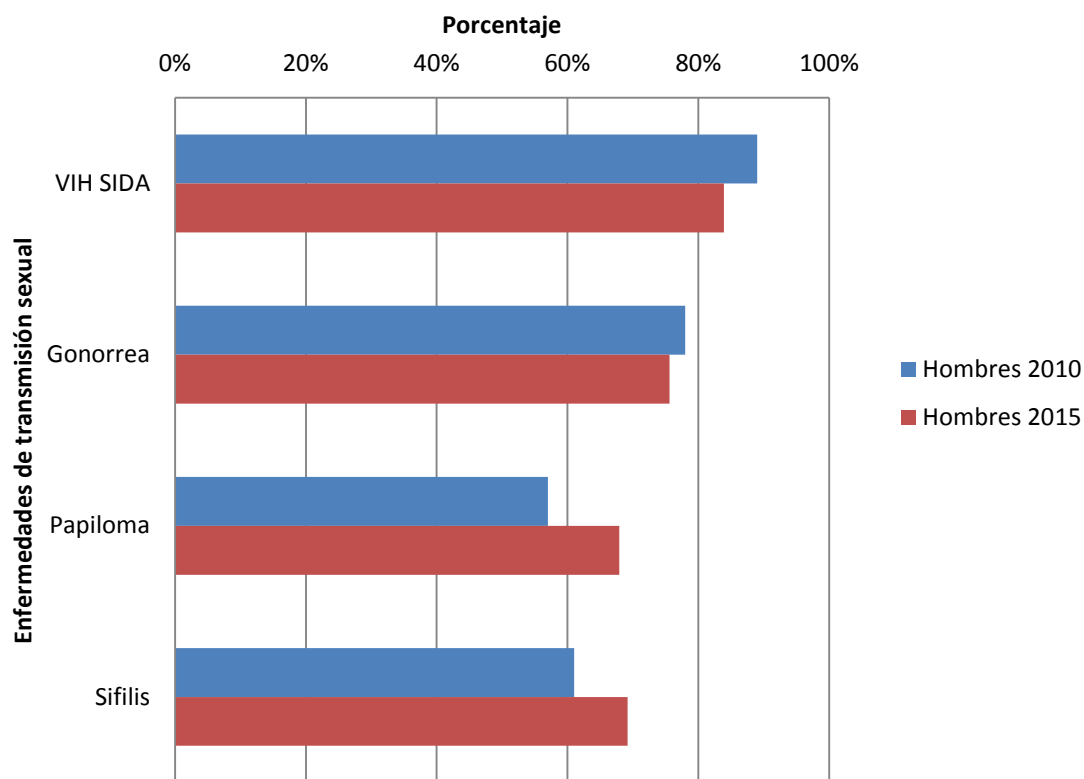
**Gráfico No.26 Porcentaje de mujeres entre los 15 y 49 años de edad que identifican las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 26 se muestra el porcentaje de mujeres encuestadas en ambos años, que reconocen las enfermedades de transmisión sexual. Se observa que en ambos años la enfermedad más reconocida es el VIH/SIDA, siendo superior al 80% en ambos años, mientras que la menos reconocida fue sífilis, la cual fue reconocida por más del 50% en ambos años.

**Gráfico No.27 Porcentaje de hombres entre los 15 y 49 años de edad que identifican las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

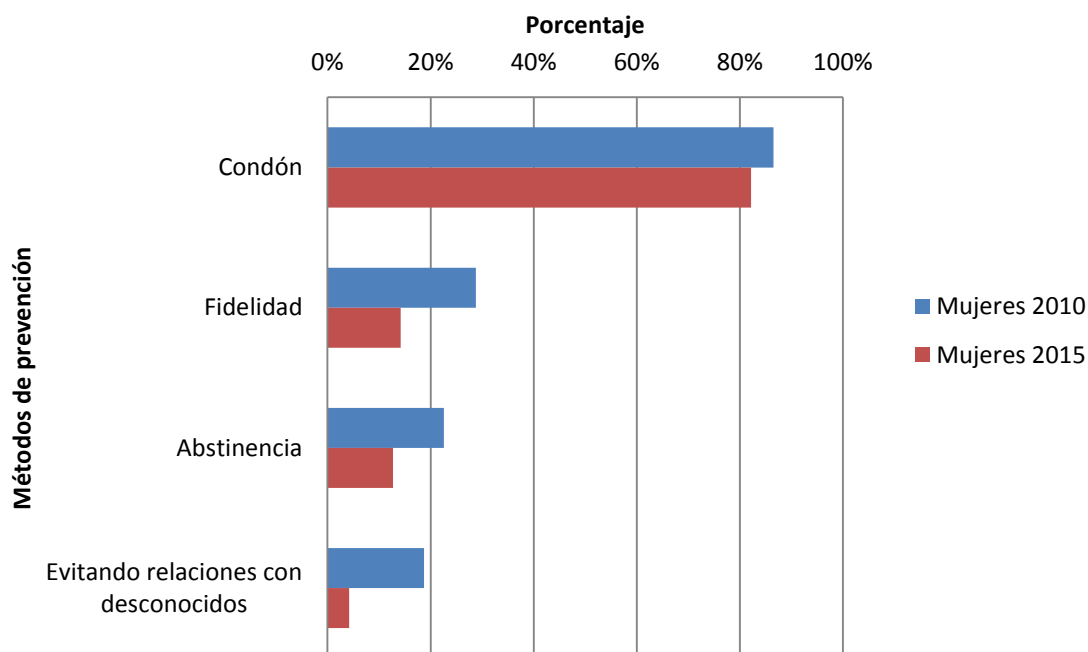


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 27 se muestra el porcentaje de hombres encuestados en ambos años, que reconocen las enfermedades de transmisión sexual. Se observa que en ambos años la enfermedad más reconocida es el VIH/SIDA, siendo superior al 80% en ambos años, mientras que la menos reconocida fue papiloma, siendo reconocida por más del 55% en ambos años. Sin embargo, se observa que en las 2 enfermedades menos reconocidas, las cuales son sífilis y papiloma, fueron reconocidas con un porcentaje mayor por los hombres encuestados en el año 2015.

#### 4.8. METODOS DE PREVENCIÓN DE ETS

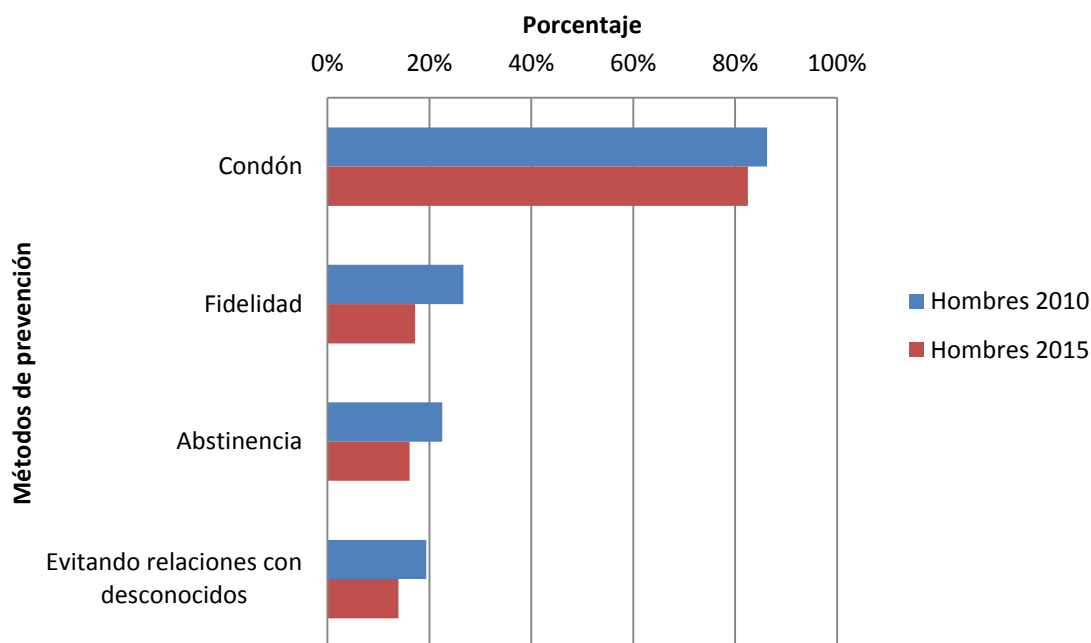
**Gráfico No.28 Porcentaje de mujeres que reconocen los métodos de prevención de las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 28 se observan los porcentajes de las mujeres encuestadas que reconocen diferentes métodos de prevención con respecto a las ETS. En ambos años el método más reconocido fue el condón con más de un 80%. Mientras que el menos reconocido fue evitando relaciones sexuales con desconocidos, con menos de un 20% en ambos años. Cabe destacar que las mujeres encuestadas en el año 2010 fueron las que obtuvieron un porcentaje mayor en todos los métodos de prevención.

**Gráfico No.29 Porcentaje de hombres que reconocen los métodos de prevención de las ETS, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**

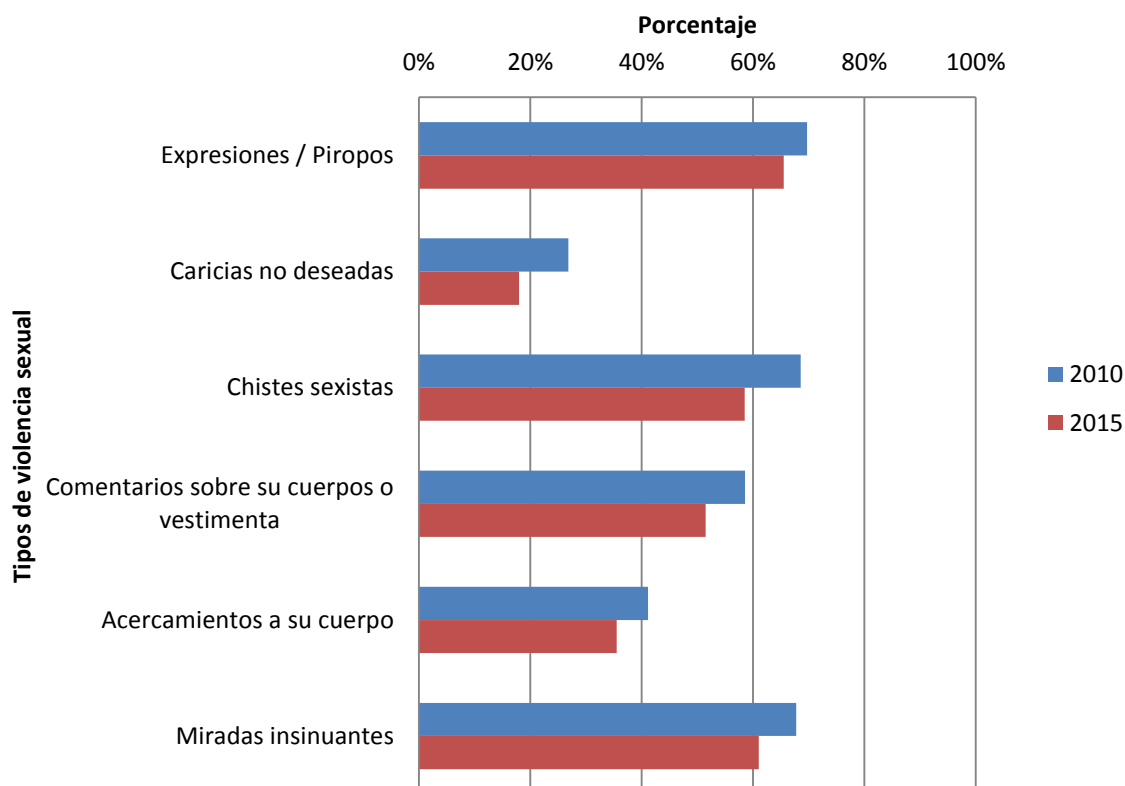


Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 29 se observan los porcentajes de los hombres encuestados que reconocen diferentes métodos de prevención con respecto a las ETS. En ambos años el método más reconocido fue el condón con más de un 80%. Mientras que el menos reconocido fue, evitando relaciones sexuales con desconocidos, con menos de un 20% en ambos años. Sin embargo, los otros métodos son solo reconocidos por menos del 30% de los hombres encuestados. Cabe destacar que los hombres encuestados en el año 2010 fueron los que obtuvieron un porcentaje mayor en todos los métodos de prevención.

#### 4.9. VIOLENCIA SEXUAL

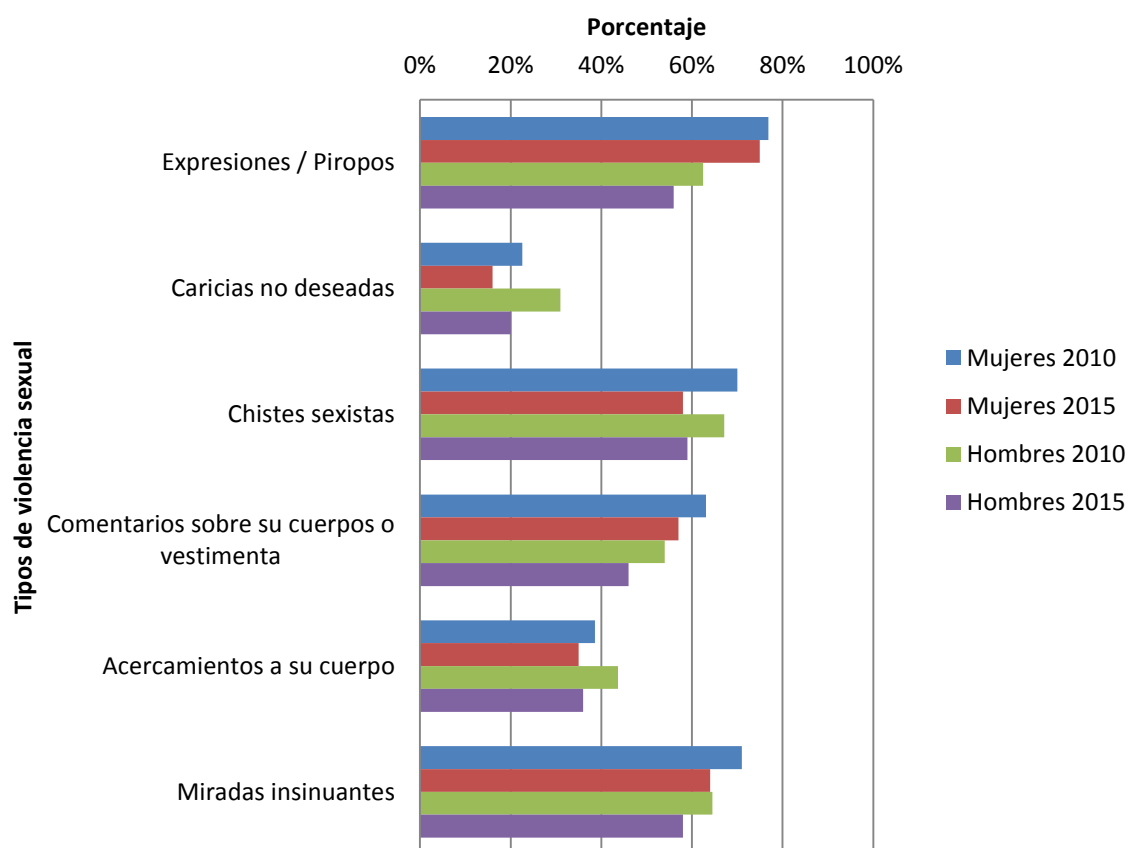
**Gráfico No.30 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en su lugar de trabajo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 30 se muestra el porcentaje de las personas encuestadas en ambos años que sufrieron algún tipo de violencia sexual en su lugar de trabajo. Se observa que en el año 2010 las personas encuestadas sufrieron más violencia en su lugar de trabajo, que en el año 2015. En ambos años las expresiones/piropos son el tipo de violencia más destacado, con porcentajes por arriba de 65%. No obstante, el tipo menos destacado fue las caricias no deseadas, con un porcentaje alrededor del 20% en ambos años.

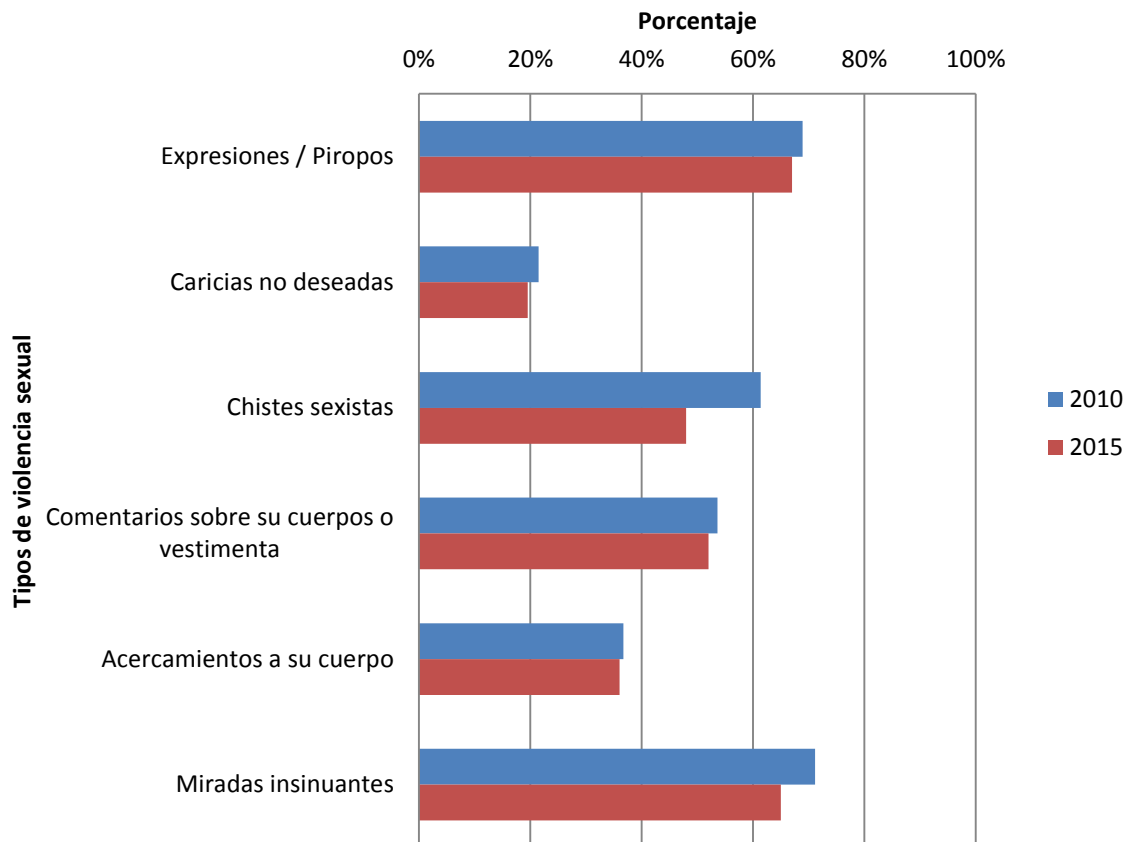
**Gráfico No.31 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en su lugar de trabajo según sexo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 31 se muestra el porcentaje de las personas encuestadas en ambos años que han sufrido violencia sexual en su lugar de trabajo. En el caso de las mujeres encuestadas, en ambos años las expresiones/piropos obtuvieron el porcentaje más alto, por arriba del 75%. Mientras que en los hombres, el porcentaje más alto fue el de chistes sexistas, con más del 59% de los hombres encuestados en ambos años. No obstante, el tipo menos destacado fue las caricias no deseadas, con un porcentaje entre el 15 y el 31% en ambos años.

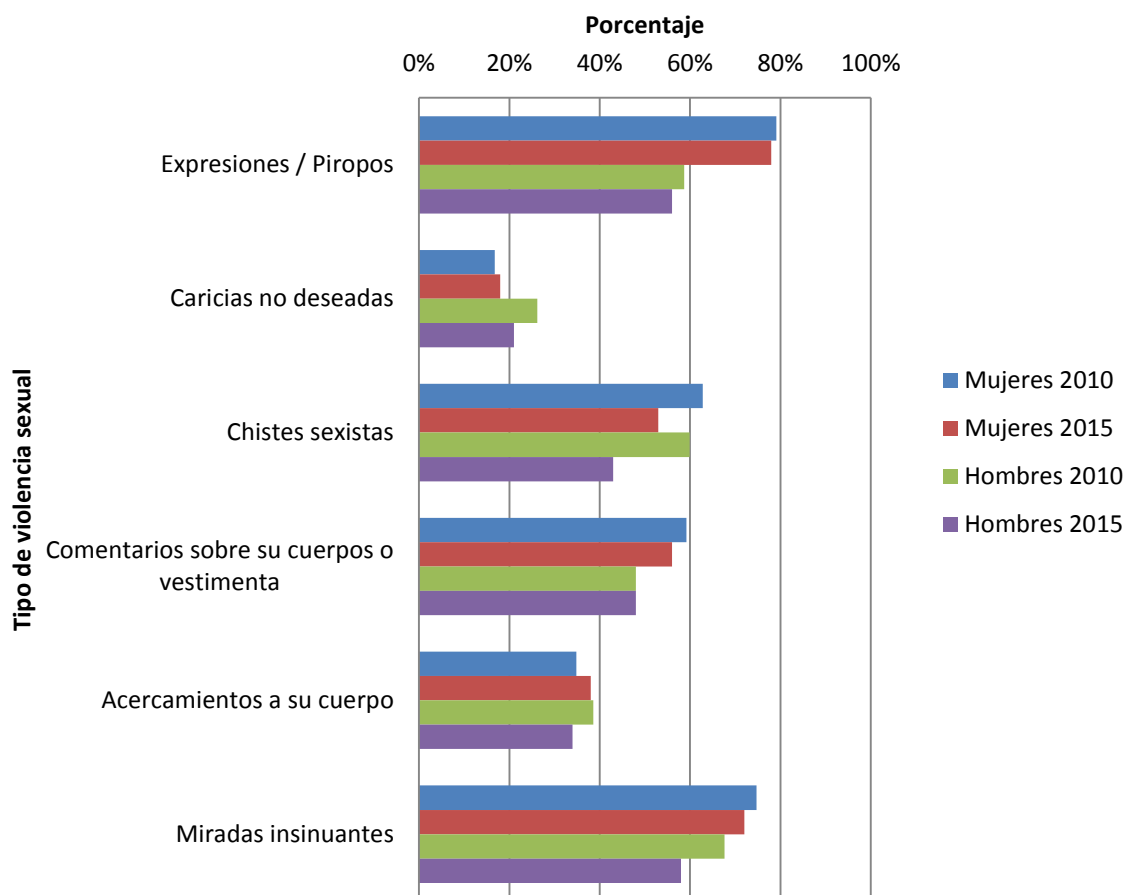
**Gráfico No.32 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en espacios públicos, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 32 se muestra el porcentaje de las personas encuestadas en ambos años que han sufrido violencia en espacios públicos. Se observa que en el año 2010, las personas encuestadas sufrieron más violencia en espacios públicos, que en el año 2015. En el año 2010 las expresiones/piropos son el tipo de violencia más destacado, con un 67%; mientras que en el año 2015 fueron las miradas insinuantes, con un porcentaje de 71%. Además, en ambos años las caricias no deseadas fue el tipo de violencia menos frecuente, con un porcentaje alrededor del 20%.

**Gráfico No.33 Porcentaje de personas que sufrieron violencia sexual en espacios públicos según sexo, en la ENSSR-2010 y la II ENSSR-2015, Costa Rica**



Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

En el gráfico 33 se muestra el porcentaje de las personas encuestadas en ambos años que han sufrido violencia en espacios públicos, según sexo. En el caso de las mujeres encuestadas, en ambos años las expresiones/piropos obtuvieron el porcentaje más alto, con un 79% en el 2010, y un 78% en el año 2015. Por otro lado, con los hombres el porcentaje más alto fue el de miradas insinuantes, con un 68% en el año 2010, y con un 58% en el año 2015. Además, el tipo de violencia menos presenciado en ambos años, por ambos sexos, es el de caricias no deseadas, con un porcentaje inferior a un 27%.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## 5.1. DISCUSIÓN

Con respecto a los resultados obtenidos de los datos analizados se infiere:

De acuerdo con el perfil demográfico, se puede afirmar que los grupos etarios son muy similares en ambas encuestas. Con respecto a la distinción entre géneros, el género femenino fue el que más participó en dichas encuestas, sin embargo, esta no fue una diferencia significativa. Además, es importante destacar que muchas encuestas internacionales se centran más en las mujeres, como en la *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2009*, en donde la mayoría de la población estudiada fueron mujeres y solo una pequeña parte de la muestra fueron hombres<sup>45</sup>. Es importante recalcar que los diferentes grupos etarios podrían hacer la diferencia entre los resultados, dado que las personas más jóvenes pudieron tener algún nivel de educación sexual, mientras que las más añosas pudieron sentirse inclusive escandalizadas al hablar sobre sexualidad con los jóvenes.

Con respecto al lugar de residencia, hay diferencia entre ambas encuestas, ya que en la encuesta del 2015, hubo más población de la región urbana que la región rural. De acuerdo con las regiones analizadas, la mayoría de población fue de la región central en ambos años. El estudio “*Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*”, menciona que el logro educacional y en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes en México, está relacionada con que vivan en los estados más desarrollados o urbanizados, o en los menos desarrollados o rurales<sup>46</sup>.

Con respecto al nivel educativo de la población encuestada en ambos años, la mayoría de población era de nivel de secundaria, y en segundo lugar de primaria. Es importante recalcar la escolaridad de la población estudiada, dado que según el nivel de escolaridad,

los patrones de la población pueden cambiar, lo cual se explica en el estudio *Inicio de la vida sexual y reproductiva*, el cual, refiere que es más probable que una persona con mayor escolaridad logre conseguir un anticonceptivo y conozca cómo usarlo, mientras que para una persona con un bajo nivel de escolaridad, es menos probable la anticoncepción por causas culturales y económicas. Además, es posible que aumenten los riesgos de embarazo no deseado en los adolescentes, los cuales limitan mucho el avance de la escolaridad de las madres y de los padres<sup>47</sup>.

Con respecto a los medios que le brindan información sobre temas sexuales a las mujeres encuestadas en ambos años, para el año 2010 el medio de información más utilizado por la mujeres fue la pareja, y en segundo lugar los amigos, mientras que para el año 2015 fue la madre y en segundo lugar los maestros. Por otro lado, los medios que le brindan información sobre temas sexuales a los hombres encuestados en ambos años, son para el 2010 los amigos en primer lugar, y en segundo lugar la pareja, sin embargo en este año se destaca un porcentaje de hombres los cuales no recibieron información sobre temas sexuales. Al igual que en el año 2010, los hombres del 2015 reconocieron como medio de información más utilizado los amigos y en segundo lugar la pareja. En la investigación *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de política*, se muestra los medios de información que utiliza la población mexicana, siendo los maestros y los libros de texto los medios más utilizados, lo cual es distinto para las mujeres, ya que para estas, el medio de información más utilizado fue la madre y las maestras<sup>46</sup>.

En un estudio chileno llamado *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario*, se observa que la

fuerza de información tanto en hombres como en mujeres, es el colegio y los padres<sup>48</sup>. Se ha visto que con una buena educación e inculcar valores adecuados en centros educativos, o en el hogar, por parte de padres, orientadores o cualquier figura de autoridad, se ha logrado cierta disminución de repercusiones como el embarazo no deseado y las ETS.

Se puede informar a los jóvenes por medio de una sencilla charla acerca del uso adecuado del preservativo, y el uso de anticonceptivos de distintos tipos, para en un futuro prevenir embarazos no deseados, además tienen otros usos, como regular trastornos hormonales en las mujeres, por ejemplo. En el estudio realizado por los mexicanos, en el cual se le brinda información a la población joven encuestada, llama la atención, que dicha población tiene como medios de información el centro educativo, libros de texto o de artículos, a diferencia de Costa Rica en donde los jóvenes reciben la información de la pareja, la cual suele presentar el mismo nivel de educación sexual, por lo que no es un método confiable de aprendizaje.

Referente al sexo femenino, se ha presentado cierta diferencia referente a los métodos de información sobre sexualidad, se observa que la mexicanas reciben la información de las madres y de las maestras de los centros educativos, mientras que en Costa Rica, la pareja quien aporta esta información<sup>46,47</sup>.

De acuerdo con las relaciones sexuales, aproximadamente la mitad de las mujeres de 15 a 19 años en ambas encuestas habían tenido relaciones sexuales, mientras que más de la mitad de los hombres entre los 15 y los 19 años ya habían tenido relaciones sexuales.

En relación con el inicio de las relaciones sexuales para las mujeres encuestadas en el año 2010, la edad promedio fue de 19 años, mientras que para las mujeres el 2015, la edad promedio de inicio fue a los 15 años. Además, los hombres también inician las relaciones

sexuales a una temprana edad, para el año 2010 la edad promedio de inicio de relaciones sexuales para los hombres fue de 16 años, y para el 2015 fue de 15 años. Esto demuestra que con el tiempo ha disminuido la edad de inicio de las relaciones sexuales, y cada vez inician más jóvenes este tipo de prácticas.

Cabe destacar que no solo en Costa Rica está disminuyendo la edad de inicio de las relaciones sexuales, por ejemplo, en el estudio mexicano *Inicio de la vida sexual y reproductiva*, es cada vez más frecuente el inicio temprano de las relaciones sexuales, y esto se da muchas veces porque el adolescente tiene algún tipo de presión de grupo, siendo en los hombres una forma de probar su masculinidad, y en el caso de las mujeres, estas utilizan el amor como método de justificación para este acto<sup>47</sup>. En México, para el año 2006 la edad promedio de era de 19 años<sup>46</sup>. También, en la *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá*, un tercio de los jóvenes tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años<sup>45</sup>.

Es importante revisar los diferentes comportamientos de los otros países de Latinoamérica. Según la investigación chilena llamada *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario*, las mujeres chilenas inician actividad sexual a los 17 años, mientras que los hombres a los 16 años, y estos refieren que el motivo de iniciar la actividad sexual fue el amor y la curiosidad<sup>48</sup>.

Además, en Argentina, según la *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina*, las mujeres inician su primera relación sexual a los 17 años<sup>49</sup>. Con respecto a Colombia, según el estudio *Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia*, existe un tipo de mito referente a las relaciones sexuales en adolescentes, donde la población tiene la creencia de que las

relaciones sexuales son comunes en la adolescencia, y es la sociedad quien inculca esto, ya sean los padres, los amigos, la pareja y los medios de comunicación quienes fomentan que las relaciones sexuales entre adolescentes son comunes y naturales<sup>50</sup>.

Saliendo de los países latinoamericanos, y evaluando estos comportamientos, en Europa, según el estudio *Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos*, también se ha documentado un aumento de las prácticas sexuales en los jóvenes, ya que se observa que la mayoría de jóvenes europeos menores de 25 años ya han tenido relaciones sexuales. Es importante destacar que en tiempos pasados, los hombres eran los primeros en iniciar las relaciones sexuales, sin embargo, estos comportamientos se han aproximado mucho sin importar el género<sup>51</sup>.

Referente a estos temas, la educación sexual es un tema importante por tratar, y es necesario establecer la edad en la que debería iniciarse esta educación. Respecto a esto, la religión puede ser un problema por sus “creencias tradicionales”, sin embargo, en ambas encuestas nacionales, las religiones católica, evangélica, y otras sugieren que la edad de inicio de la educación sexual debería ser entre los 10 y 11 años de edad, no obstante, las personas que dijeron no pertenecer a ninguna religión sugieren que debería iniciar entre los 9 y 10 años de edad.

Según el nivel educativo de la población encuestada, los que presentaron un nivel educativo de primaria y secundaria, sugieren empezar la educación sexual entre los 10 y 11 años, mientras que los que presentaron nivel educativo parauniversitario, sugieren que se inicie entre los 9 y 10 años de edad. Se observa un patrón en el cual las personas que tienen un nivel educativo superior y las que no pertenecen a ninguna religión concuerda en empezar

la educación sexual a una edad más temprana, con el fin de prevenir de una mejor manera las consecuencias.

Dado que cada vez es más temprana la práctica de las relaciones sexuales, es necesario que la población esté preparada con los conocimientos necesarios para evitar cualquier eventualidad. Es necesario implementar este sistema de educación desde la primaria, y continuar con la misma en los distintos niveles de escolares con el transcurrir de los años, para así tener una mayor orientación sobre sexualidad y reproducción.

Con respecto a los diferentes métodos anticonceptivos, en ambas encuestas se miden los diferentes tipos de métodos que utilizan los hombres y las mujeres en ambos años. Con respecto a las mujeres, el método que más utilizaron en el año 2010 fue la esterilización femenina y masculina, siendo la femenina la más utilizada; mientras que para el año 2015 los métodos modernos fueron los más utilizados, los cuales engloban los anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino (DIU), inyectables, Norplant y anticoncepción de emergencia, siendo los más utilizados los anticonceptivos orales.

Con respecto a los hombres encuestados sobre el mismo tema, en el año 2010 el método más utilizado con su pareja fue el de la esterilización, siendo la femenina la más utilizada; mientras que para el año 2015 fueron los métodos modernos, siendo los más utilizados los anticonceptivos orales. Es importante ver las perspectivas de los diferentes países para ver sus cambios, según *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*, los niveles de conocimiento de anticonceptivos son altos, aunque cabe destacar que su uso ha disminuido entre las mujeres jóvenes<sup>46</sup>.

Con respecto a la *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá*, la mayoría de la población conoce algún método de planificación familiar, siendo el método

anticonceptivo más conocido por las mujeres es el inyectable, seguido por los anticonceptivos orales (ACO); y en lo que respecta a los hombres, el más conocido es el condón y en segundo lugar los ACO<sup>45</sup>. En Colombia, según la investigación *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva y Jóvenes Entre 14 y 25 Años de Edad de Estratos 1 y 2 del Sisben de un Municipio del Departamento de Cundinamarca*, el método anticonceptivo más conocido por los colombianos es el condón y en segundo lugar los ACO, y de los métodos naturales, el método del ritmo y el coito interrumpido son los más utilizados<sup>52</sup>. En Chile, el estudio *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario* refieren que aunque ha aumentado el uso y el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los últimos años, hay un porcentaje de jóvenes que no los utiliza.

Casi la totalidad de los adolescentes chilenos conocen la mayoría de los distintos métodos anticonceptivos, como los ACO, inyectables, DIU, condón; sin embargo, muchos no los utilizan; y una de estas razones es que no podían ir a un consultorio debido a que sus padres no sabían de su actividad sexual. Los métodos anticonceptivos más utilizados por la población chilena joven son el condón en el primer lugar y los anticonceptivos orales en segundo lugar<sup>48</sup>.

Según la *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Argentina*, los métodos anticonceptivos más utilizados por los argentinos son los ACO, seguidos por el condón, además, los métodos tradicionales no son muy utilizados por la población. También, es importante destacar que las mujeres con más conocimientos sobre los MAC tienen un mayor nivel educativo. En relación a España, en la *Encuesta Nacional de Salud Sexual*, los

métodos anticonceptivos más utilizados por los españoles son el condón, seguido por los ACO<sup>53</sup>.

Con respecto al uso del condón, de la población sexualmente activa que participó en ambas encuestas, todos utilizaron en más de la mitad de las veces el condón, siendo muy similar su uso en los hombres del 2010 y 2015 y en las mujeres del 2010, sin embargo, llama la atención que las mujeres encuestadas del 2015 en todos los rangos de edad fueron las que menos utilizaron el condón. Según el estudio *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario*, la mayoría de población chilena refiere el condón masculino como método para prevención de ETS y de VIH/SIDA<sup>48</sup>.

De acuerdo con las enfermedades de transmisión sexual, las mujeres encuestadas en ambos años reconocieron más de la mitad de las cuatro enfermedades preguntadas, las cuales fueron VIH/SIDA, gonorrea, papiloma y sífilis; la más reconocida fue el VIH/SIDA en ambos años, la segunda más reconocida en el año 2010 fue la gonorrea, mientras que para el año 2015 la segunda más reconocida es el papiloma. Con respecto a los hombres, en ambos años la enfermedad de transmisión sexual más reconocida fue el VIH/SIDA, y la segunda más reconocida en ambos años fue la gonorrea. Las ETS han tenido un incremento durante los últimos años, y no solo en Costa Rica, sino en el resto del mundo, en Colombia, según el estudio *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Entre 14 y 25 Años de Edad de Estratos 1 y 2 del Sisben de un Municipio del Departamento de Cundinamarca*, los factores de riesgo para adquirir una ETS son: la población de alto riesgo, que son personas con múltiples parejas sexuales y

comportamientos sexuales no seguros, y el otro factor de riesgo, es la población que utiliza drogas intravenosas e intercambian jeringas.

Para los colombianos, las ETS más conocidas son el SIDA, Herpes, Sífilis, y Gonorrea<sup>52</sup>. En Europa, según la investigación *Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos*, hay un aumento de la transmisión del VIH y otras ETS, siendo muy significativo entre los jóvenes. Desde el año 2003 hubo un aumento en los diagnósticos de ETS como gonorrea y sífilis. En Irlanda, el porcentaje de la población joven que conoce alguna ETS distinta del VIH es muy poca. Además, menos de la mitad de los jóvenes italianos desconoce que el herpes genital pueda transmitirse sexualmente<sup>51</sup>.

Según al género femenino encuestado en ambos años, la mayoría de las mujeres reconocen el condón como un método de prevención de ETS, sin embargo, solo unas pocas mujeres reconocieron los otros métodos como formas de prevención. De acuerdo a los hombres encuestados en ambos años, el método de prevención más reconocido también fue el condón, y de la misma manera que las mujeres, de los hombres encuestados en ambos años, solo un pequeño porcentaje reconoció los otros métodos de prevención. Además, cabe destacar que tanto los hombres como las mujeres encuestadas en el año 2010 presentaron un porcentaje mayor en reconocimiento de todos los métodos de prevención que los encuestados del 2015.

Según la *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá*, de los diferentes métodos de prevención de ETS, la abstinencia es conocida por menos de la mitad de la población como método de protección contra el VIH, sin embargo, el tener relaciones con un desconocido si es reconocido como una conducta de riesgo, y alrededor de la mitad de la población panameña reconoce que tener un sólo compañero o ser fiel, es una medida de

prevención para contagiarse de VIH<sup>45</sup>. En Colombia, según el estudio *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Entre 14 y 25 Años de Edad de Estratos 1 y 2 Del Sisben de un Municipio del Departamento de Cundinamarca*, la mayor parte de la población utilizó el preservativo para prevenir ETS y a su vez, embarazos no deseados. Sin embargo, la población que decidió no utilizarlo, es porque creen que puede disminuir el placer sexual, o porque sienten vergüenza al comprarlos<sup>52</sup>. En el caso de Chile, según la investigación *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario*, es importante señalar que el condón fue utilizado por la población chilena como método anticonceptivo, mas no como un medio para la protección de ETS<sup>48</sup>.

El estudio *Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos*, refiere que solo una minoría de la población joven de Europa tiene información completa sobre las ETS y su prevención. En España, menos de la mitad de la población joven refieren que tener pocas parejas era una medida de prevención del VIH. Además, más de la mitad de los jóvenes españoles creen que preguntar a la pareja por su pasado, utilizar espermicidas y lavarse después de la relación sexual son métodos de prevención contra el VIH. Cabe destacar que más de la mitad de la población joven de Irlanda aprueban las relaciones sexuales casuales, sin embargo, las mujeres suecas creen que las relaciones sexuales solo deben ser dentro de una relación estable<sup>51</sup>. Lo que es aún más importante, es que si en estos países desarrollados, tienen una carencia de conocimientos tan grande, lo más probable, es que esta carencia sea mayor en países en vías de desarrollo. Llama la atención que, no solo en Costa Rica, sino que alrededor del mundo, no todos los métodos de prevención son conocidos; aunque queda claro que la población tiene un amplio

conocimiento sobre condón, es solo la minoría los que consideran los otros métodos como preventivos, por lo que es importante fomentar las relaciones sanas, leales, sin infidelidades, además de conocer a la pareja sexual, antes de este tipo de prácticas.

Con respecto a la violencia sexual, de la población encuestada, el tipo de violencia en el lugar de trabajo más frecuente en ambos años fueron las expresiones/piropos, y el segundo tipo más frecuente fueron los chistes sexistas para el año 2010, mientras que para el año 2015 fueron las miradas insinuantes, además, el tipo de violencia menos frecuente para ambos años fueron las caricias no deseadas. Al separar los géneros, las mujeres son las que sufren más violencia sexual en su trabajo; para las mujeres la más frecuente fueron las expresiones/piropos en ambos años, mientras que para los hombres la más frecuente fueron los chistes sexistas. Con respecto a las personas que sufren de violencia en espacios públicos, el tipo de violencia que más sufrieron en el año 2010 fue las miradas insinuantes, mientras que en el 2015 fueron las expresiones/piropos; el tipo de violencia menos frecuente para ambos años fueron las caricias no deseadas. Al dividirlo en géneros, las mujeres son las que sufren más violencia sexual en espacios públicos, para las mujeres la más frecuente fue expresiones/piropos en ambos años, mientras que para los hombres la más frecuente fueron las miradas insinuantes. Cabe destacar que según *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Entre 14 y 25 Años de Edad de Estratos 1 y 2 del Sisben de un Municipio del Departamento de Cundinamarca*, en Colombia, la población más maltratada verbalmente son los hombres de la zona rural<sup>52</sup>. Es notable ver como se sufre en los lugares de trabajo con respecto a la sexualidad. A pesar de que las caricias no deseadas no son el tipo de violencia sexual laboral más notoria, siempre se sufre de este tipo de violencia, en especial, el género femenino. De hecho, en los

estudios realizados, hacen notar que el lugar de trabajo es de los territorios en los cuales se sufre de acoso laboral o violencia sexual. Además, no solo el género femenino fue el afectado, sino que el sexo masculino también manifestó cierto grado de violencia sexual para ambos años; sin embargo, el porcentaje no varió mucho en cuanto tipo de violencia más destacado.

Lo contrario se percibió de la violencia sexual o acoso en espacio callejero, ya que disminuyó una gran parte de la violencia en espacios públicos. Cabe destacar que el sexo femenino es siempre el más afectado en el ámbito de violencia.

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. CONCLUSIONES

- a) Se concreta la similitud en la distribución del sexo y de los grupos etarios de ambas poblaciones, no así su residencia, ya que para el año 2015 hubo una mayor representatividad de zonas urbanas y principalmente de la región central. Con respecto al nivel educativo, en ambas encuestas la mayoría de la población tenía un nivel escolaridad de secundaria.
- b) Con respecto a las fuentes de información sobre temas sexuales, se puede decir que han presentado un leve cambio desde el año 2010 al año 2015, en el caso de las mujeres, en el 2010 la fuente de información más utilizada fue la pareja, mientras que para el 2015 fue la madre, sin embargo, los hombres se mantuvieron con la misma fuente de información, los amigos, en ambos años. Además, en ambas encuestas los maestros y los medios de comunicación aumentaron como medios de información.
- c) Con respecto al inicio de las relaciones sexuales, se concluye que con el paso de los años, ha disminuido la edad en que los jóvenes inician estas actividades, ya que en el año 2015 las edades de inicio fueron menores que a las del 2010. También ha cambiado el comportamiento de las mujeres, el cual en años anteriores, las mismas no presentaban una actividad sexual tan temprana como los hombres.
- d) Se concluye, que sin importar la religión ni el grado de escolaridad, la edad promedio en que se debería iniciar la educación sexual, según la población en ambas encuestas, es alrededor de los 9-10 años de edad, dado, que esta población tiene la suficiente capacidad para comprender este tipo de temas.
- e) Se concluye que del número de personas que utilizan los distintos métodos anticonceptivos, no han presentado un aumento significativo desde el año 2010 al

2015, sin embargo, la población, tanto hombres como mujeres, utilizan menos la esterilización femenina, y utilizan más los métodos modernos como los anticonceptivos orales, los cuales fueron los más utilizados en ambas encuestas.

- f) Se concluye que según ambas encuestas, la población tiene un amplio conocimiento sobre el VIH, sin embargo, es un conocimiento más limitado cuando se trata de las otras enfermedades de transmisión sexual. La ETS más reconocida por la población costarricense según ambas encuestas es el VIH. Además, el reconocimiento de papiloma y sífilis aumentó según la encuesta del 2015.
- g) Se concluye que de los métodos de prevención de ETS, el más utilizado y reconocido fue el condón en ambas encuestas, aunque llama la atención que las mujeres del 2015, disminuyeron su uso considerablemente.
- h) Los otros métodos de prevención como lo son la fidelidad, la abstinencia y evitar las relaciones sexuales con desconocidos, solo una pequeña parte de la población los reconoce como métodos de prevención. Cabe destacar que estos métodos son más reconocidos en el año 2010, que en el 2015.
- i) Con respecto al ámbito de la violencia sexual, se concluye que la población sufre de violencia tanto en su lugar de trabajo, como en los espacios públicos. Se documenta una leve disminución de ambos tipos de violencia entre el año 2010 y el 2015. En el lugar de trabajo el tipo de violencia más frecuente, fueron las expresiones/piropos en ambos años. Al dividirlo en géneros, se concluye que las mujeres son las que más sufren de violencia en su lugar de trabajo y en los espacios públicos, según ambas encuestas.

## 6.2. RECOMENDACIONES

- a) Incluir en futuras investigaciones sobre salud sexual y reproductiva, el nivel socioeconómico de la población analizada, ya que diversos estudios internacionales, demuestran que hay una relación entre la población de bajos recursos económicos y las personas de alto riesgo (con comportamientos sexuales no seguros)
- b) Proporcionar métodos de información sobre salud sexual y reproductiva, más confiables y seguros para los jóvenes, en donde tengan acceso más fácilmente, sin ser reprimidos por sus dudas o sus acciones.
- c) Iniciar la educación sexual en los centros educativos lo más temprano posible, para evitar todas las repercusiones que se presentan al ignorar este tema.
- d) Realizar charlas hacia las jóvenes y los jóvenes y la población en general, sobre la importancia de las enfermedades de transmisión sexual y de las repercusiones que puede tener contraer una ETS en su vida, como lo es un embarazo no deseado.
- e) Incluir en charlas los métodos de prevención para ETS y embarazo no deseado, ya sea los anticonceptivos en conjunto con preservativos, la abstinencia sexual, evitar muchas parejas sexuales y la fidelidad.
- f) Colocar carteles en las clínicas, en los centros educativos y alrededor de la ciudad, para que la población conozca sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- g) Iniciar campañas sobre sexualidad, esto para garantizar y hacer conciencia en los adolescentes; como ferias de la salud, dirigidas a la educación sexual, en distintos colegios de las zonas más afectadas. En dichas campañas, se recomienda abordar temas básicos como el desarrollo fisiológico de caracteres secundarios, tanto femeninos como masculinos; hablar sobre la pubertad, las preferencias sexuales, las

relaciones sexuales seguras y así prevenir las enfermedades de transmisión sexual y por supuesto el embarazo adolescente.

- h) Fomentar los diferentes valores en la sociedad, en el trabajo y en los hogares, para disminuir la violencia sexual en todas sus formas.
- i) Promover la salud sexual desde el hogar, y así concientizar a la población de que este tipo de educación sobre temas de sexualidad, deben de iniciar en la vivienda.
- j) Promover la seguridad en las calles para evitar acoso callejero, que ha aumentado en los últimos años y que conlleva a repercusiones enormes en la sociedad actual.
- k) Establecer mano dura contra el acoso laboral que sufre sobremanera el género femenino en sus jornadas laborales, para que puedan trabajar sin ninguna distinción y/o preocupación del morbo, en este ámbito.
- l) Mejorar los servicios de salud para las mujeres durante el embarazo, a la hora del parto y en el puerperio, y así disminuir las inconformidades para las mismas.
- m) Proporcionar en los centros educativos de secundaria, máquinas dispensadoras de condones en lugares estratégicos como los baños, para disminuir las relaciones de riesgo entre adolescentes.
- n) Concientizar a la sociedad sobre la actual situación que presentan los jóvenes, sobre la vida sexual activa a edades tempranas.
- o) Motivar la comunicación entre los padres e hijos, para que puedan hablar más abiertamente sobre esta clase de temas.
- p) Inculcar y motivar a los jóvenes, para que las relaciones de pareja sean saludables, las cuales se deben basar en lealtad, fidelidad, en conocer a la pareja, para así evitar relaciones de alto riesgo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez JR, Mukaire PE, Mataya RH. Characteristics of youth sexual and reproductive health and risky behaviors in two rural provinces of Cambodia. *Reprod Health*. diciembre de 2015;12(1):13.
2. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. NACIONES UNIDAS; 2015 [citado el 21 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
3. Reivan D, Mireya K, Suconota D, others. Conocimientos de los derechos sexuales y reproductivos en el personal de salud en las áreas de salud 1, 2, 3 y 4 urbanas del cantón Cuenca. 2014 [Internet] [B.S. thesis]. [CUENCA-ECUADOR]: UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2014 [citado el 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20553>
4. Hector G. Bartolomei de la Cruz, Alain Euzéby. Organización Internacional del Trabajo, 1952 (núm. 102) [Internet]. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2006 [citado el 21 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C102](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102)
5. Djamchid Momtaz. LA PROCLAMACIÓN DE TEHERÁN [Internet]. United Nations; 2009 [citado el 24 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/proclamation%20sp.pdf>
6. José Alfredo Elía Marcos. ¿SUPERPOBLACION? LA CONJURA CONTRA LA VIDA HUMANA. IDEOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DEL ANTINATALISMO [Internet]. Madrid: Digital Reasons; 2014 [citado el 20 de marzo de 2017]. 232 p. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/341890105/Superpoblacion-La-Conjura-Contra-La-Vida-Humana-Jose-Alfredo-Elia-Marcos>
7. Mahler H. El sentido de“ la salud para todos en el año 2000”. *Rev Cuba Salud Pública*. 2009;35(4):2–28.

8. Alma-Ata, 1978 [Internet]. Alma-Ata. 2010 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
9. Laura Chinchilla, Roberto Gallardo, María Ávila, Alejandrina Mata, Francisco Morales. POLÍTICA NACIONAL PARA LA IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO 2007-2017 [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2008 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
10. Puffer RR. La planificación familiar y la mortalidad materna e infantil en los Estados Unidos. Bull Pan Am Health Organ. 1993;27(2):389–404.
11. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Naciones Unidas, editores. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
12. Elena Laporta. Antecedentes y evolución de los derechos sexuales y reproductivos [Internet]. Femicidio. 2012 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.femicidio.net/articulo/antecedentes-y-evoluci%C3%B3n-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos>
13. Declaración del Milenio. Res. 2000;55(2):10.
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas. EL ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ASUNTO PRIORITARIO PARA EL DESARROLLO 2012-CR [Internet]. UNFPA; 2012 [citado el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.or.cr/images/stories/docs/hoja-informativa-dmp2012-CR.pdf>
15. Sistema de Naciones Unidas, editor. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo [Internet]. primera. Mexico, DF: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2012 [citado el 1 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7\\_Cartilla\\_PIDESCyPF.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf)

16. SISTEMA DE LA INTEGRACION CENTROAMERICANA, editor. CUMBRE EXTRAORDINARIA DE JEFES DE ESTADO Y DE GOBIERNO DE LOS PAISES DEL SISTEMA DE LA INTEGRACION CENTROAMERICANA (SICA) SAN SALVADOR, EL SALVADOR, 11 DE NOVIEMBRE DE 2005 [Internet]. UNICEF; 2005 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.fundacionenriquebolanos.org/tratados\\_pdf/312\\_Declaracion\\_de\\_San\\_Salvador.pdf](http://www.fundacionenriquebolanos.org/tratados_pdf/312_Declaracion_de_San_Salvador.pdf)
17. Luisa Mercedes. CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. 2008;vol.12:431–7.
18. Annan K. Declaracion de la lucha contra VIH/SIDA 2001 [Internet]. NACIONES UNIDAS; 2001. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/aidsdeclaration\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf)
19. Organizacion Iberoamericana de Juventud. CONVENCIÓN IBEROAMERICANA DE DERECHOS DE LOS JÓVENES [Internet]. 2008 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2008/6258>
20. Flor Hunt, Erick Monterrosas Castrejón, Diana Pérez. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN MINISTERIAL “PREVENIR CON EDUCACIÓN” 2012 [Internet]. Inc. 125 Maiden Lane, 9th Floor New York, New York; 2012 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.coalicionmesoamericana.org/sites/default/files/EvaluacionDeclaracionMinisterial2012.pdf>
21. Marvin Manzanero, María Ávila, Karina Bolaños, Pedro Rosales, Axel Osberto, Arturo Bendaña, et al. Declaración de Juventud y VIH: por mi derecho a saber y decidir [Internet]. COMISCA; 2010 [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/pdf/Declaracion%20de%20San%20Jose%20final.pdf>

22. Dra. María Luisa Ávila Agüero. Ministra de Salud, Dra. Ana Cecilia Morice Trejos. Viceministra de Salud, Lic. Juan Manuel Cordero González. Viceministro de Desarrollo Social, Dra. Rossana García González. Directora General de Salud, Dra. Andrea Garita Castro. Directora Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud. Plan Nacional de Salud 2010-2021 [Internet]. Ministerio de Salud; 2010 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_intervencion/costa\\_rica\\_plan\\_nacional\\_de\\_salud\\_2010-2021.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/costa_rica_plan_nacional_de_salud_2010-2021.pdf)
23. Elizabeth Ballester Araya, Mario Víquez Jiménez. PLAN NACIONAL PARA LA ERRADICACION DE LA EXPLOTACION SEXUAL COMERCIAL DE NNA 2008-2010 [Internet]. CONACOES; 2007 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.pani.go.cr/publicaciones/documentos/presentaicones/247-plan-nacional-esc-2008-2010/file>
24. Comisión Multisectorial, editor. La Política nacional de VIH y sida [Internet]. CONASIDA; 2007 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.conasida.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/biblioteca-de-archivos/documentos/nacionales/estrategicos/4-politica-nacional-de-vih-y-sida/file>
25. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional del VIH 2011-2015 (PEN) [Internet]. Ministerio de Salud, 2010.; 2010 [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.conasida.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/biblioteca-de-archivos/documentos/nacionales/estrategicos/3-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida-2011-2015/file>
26. Vicky Ramos. POLÍTICA NACIONAL PARA LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA COSTA RICA [Internet]. María Sessa, Gonzalo Elizondo, Irene Aguilar, Fernando Ching, Silvia Frean, Ileana Ondoy, et al., editores. PANI-UNICEF; 2009 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/2/AnexoVI.pdf>

27. Alejandro González, Guillermo Morales, Diana Zúñiga. POLÍTICA PÚBLICA DE LA PERSONA JOVEN Y SU PLAN DE ACCIÓN 2014 – 2019 [Internet]. Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven; 2015 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.cpj.go.cr/archivos/35POLITICA%20PUBLICA%20Y%20PLAN%20DE%20ACCION%20VERSION%20FINAL%20IMPRENTA%2051115.pdf>
28. Achío M, Vries De H, García Santamaría C, Gómez M, Gross S, Lindeboom W, et al. Fecundidad y formación de la familia: Encuesta nacional de salud reproductiva de 1993 [Internet]. Caja Costarricense de Seguro Social; 1994 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1290>
29. Albert Marckwardt, Germán Rodríguez, David Smith, Nelson Lenis, Pedro Sust, Valdecir F. Lopes, et al. Encuesta Mundial de Fecundidad en la República de Costa Rica [Internet]. DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS Sección de Publicaciones San José, Costa Rica; 1978 [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/1282/Encuesta%20mundial%20de%20fecundidad%20en%20la%20Rep%3%bablica%20de%20Costa%20Rica%201976.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Luis Rosero. Demografía y Epidemiología en Costa Rica. ADC, San José, Costa Rica. 1985;50–70.
31. Madrigal, Johnny, Madrigal., Gómez, Miguel, Rosero, Luis, Morris, Leo. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud Costa Rica 1986. ADC; 1987.
32. Chen Mok M, Rosero-Bixby L, Brenes Camacho G, León Solís M, González Lutz MI, Vanegas Pissa JC. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva [Internet]. Programa Centroamericano de Población; 2001 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1292>
33. Cristian Gómez, Juan Carlos Zamora. Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010 [Internet]. San José, Costa Rica: El Ministerio; 2011 [citado

- el 23 de abril de 2017]. 62 p. Disponible en:  
<http://www.ccp.ucr.ac.cr/censos/documentos/cr/irensr2010.pdf>
34. Evelyn Durán, Juan Zamora, Arodys Robles, Hilda Picado. II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015 [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2016 [citado el 23 de abril de 2017]. Disponible en:  
<http://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/Informe-2daEncuesta-2015.pdf>
  35. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
  36. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
  37. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos [Internet]. 2017 [citado el 22 de abril de 2017]. Disponible en:  
[http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia\\_idb.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf)
  38. Daniel Salas Peraza. Sistema de Indicadores de Sobre Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud; 2016 [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.google.com/#q=sisocialsissere2015+excel>
  39. Pan American Health Organization. Costa Rica. Health in the Americas. Country Volume. 2012;223–36.
  40. Fondo de Población, de las Naciones Unidas; Consejo Nacional de Política, Pública de la Persona Joven y Viceministerio de la Juventud. 1era Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica 2008 [Internet]. 1ra edición. San José, Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2009 [citado el 24 de abril de 2017]. 280 p. Disponible en:  
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/1%C2%BA%20Encuesta%20Nacional%20Juventud%20%20Costa%20Rica%20%202008.pdf>

41. Mehretie Y, Gebeyehu A, Birhanu Z. Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution-based cross-sectional. *Int Health Hum Rights*. 2013;13(1):12.
42. Meza Arguedas V. Mediación pedagógica en salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos dirigida a adolescentes. *Enferm Actual Costa Rica*. el 30 de junio de 2016;(31):1–16.
43. García C, García L. Diversidad sexual en la escuela: dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia [Internet]. Bogota: Colombia Diversa; 2007 [citado el 1 de mayo de 2017]. 72 p. Disponible en: <http://repositorios.educacionbogota.edu.co/jspui/handle/123456789/2445>
44. Sampieri RH. Metodología de la investigación [Internet]. 4ª ed. Mexico, DF: MacGraw-Hill/Interamericana; 2006. 850 p. Disponible en: [https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006\\_ocr.pdf](https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf)
45. Colunge G, Endara C. La Republica de Panama en la Exposicion iberoamericana de Sevilla, 1929 [Internet]. Panama: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 1929 [citado el 23 de abril de 2017]. 16 p. Disponible en: <http://repositorio.biblioteca.unia.es/handle/10334/2725>
46. Juárez F. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades [Internet]. Guttmacher Institute; 2010 [citado el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/2206>
47. Chanes CW. Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles Poblac*. 2005;11(45):143–176.
48. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Médica Chile*. 2007;135(10):1261–1269.

49. Soledad García, Erika Roffler, Adriana Alvarez, Luciana Kanterewicz, Carlota Ramirez, Natalia Suárez, et al. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina [Internet]. Ministerio de Salud; 2014 [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt-ENCUESTA\\_NACIONAL\\_sobre\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt-ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf)
50. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(6):388–402.
51. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clínica*. 2012;138(12):534–540.
52. González FGG. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Acta Colomb Psicol*. 2004;(2):59–68.
53. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5\\_presentacion\\_ResultadosE\\_NSS\\_16dic09.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosE_NSS_16dic09.pdf)

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

ACO: Anticonceptivos orales

ES: Educación sexual

ENSSR-2010: Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2010

ENSSR-2015: Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2015

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MAC: Métodos anticonceptivos

OIT: Organización Internacional de Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SISSERE: Sistema de indicadores sobre salud sexual y reproductiva

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

## **ANEXOS**

## DECLARACION JURADA

### DECLARACIÓN JURADA

Yo Alexandra Chevez Elizondo, cédula de identidad número 1-1534-0133, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y perjuicio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA II ENCUESTA NACIONALDE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, COSTA RICA 2015, CON LA PRIMERA REALIZADA EN EL 2010” es un obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha Ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 2

De Mayo del 2017



Alexandra Chevez Elizondo

## CARTAS DE APROBACION

### CARTA DE LA TUTORA

San José, 02 de mayo de 2017

Señores  
Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Alexandra Chevez Elizondo, cédula de identidad número 1-1534-0133, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“Comparación de los resultados de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica 2015, con la primera realizada en el 2010”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación

RUBRO	VALOR	CALIFICACIÓN
a. Originalidad del tema	10%	10%
b. Cumplimiento de entrega de avances	20%	20%
c. Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación	30%	28%
d. Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	20%	18%
e. Calidad y detalle del marco teórico	20%	17%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,



Dra. Daniela Brenes Álvarez  
1-1403-0794  
Código 14055

