

**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila**  
**Facultad “Dr. José Assef Yara”**  
**Policlínico Universitario “Belkis Sotomayor Álvarez”**



**Título:** Intervención educativa sobre sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila, 2017

**Autor:** Dr. Yenier Blanco Benítez

Tesis para optar por el título de especialista de Primer Grado en  
Medicina General Integral

Ciego de Ávila, 2018

**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila**  
**Facultad “Dr. José Assef Yara”**  
**Policlínico Universitario “Belkis Sotomayor Álvarez”**



**Título:** Intervención educativa sobre sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila, 2017

**Autor:** Dr. Yenier Blanco Benítez  
Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

**Tutor:** Dr. C. Reinaldo Pablo García Pérez  
Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Médica.  
Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General Integral.  
Profesor Titular e Investigador Auxiliar

**Asesora:** MSc. Ivelin Valle Yáñez  
Mayor. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer y Segundo Grado en Dermatología. Profesor Asistente

Tesis para optar por el título de especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Ciego de Ávila, 2018

## PENSAMIENTO

*“La medicina verdadera es la que precave. [...] Hay médicos diversos, -- y el mejor, es un buen amigo. [...] Las cualidades morales suben de precio cuando están realizadas por las cualidades inteligentes.”*

*José Martí Pérez*

## DEDICATORIA

*A mi hija Isabella Alejandra por ser mi mayor tesoro.*

*A mis padres y esposa por creer en mí y por su apoyo incondicional.*

*A mis suegros por brindarme su ayuda en los momentos que los necesité.*

*A nuestro querido Fidel por ser guía y mayor responsable de mi formación profesional.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*El agradecimiento infinito a mi tutor, el Dr.C. Reinaldo Pablo García Pérez, por su sabia conducción y entrega en la realización de este trabajo.*

*A mi asesora, MSc. Ivelin Valle Yáñez, por su orientación y en la realización de este trabajo.*

*Al MsC. Maikel Roque Morgado por su ayuda incondicional en el procesamiento estadístico de los datos.*

*A Bárbara Rosales Ramos por su ayuda incondicional en las búsquedas en el Centro de información.*

*A todos los profesores que contribuyeron en mi formación profesional.*

*A mi madre y esposa por su apoyo y aliento ante cada obstáculo.*

*A todos los pacientes que colaboraron en la realización de esta investigación.*

*A todos muchas gracias.*

## RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) en el período comprendido entre enero a diciembre de 2017, con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los 1000 internos de la institución y la muestra fue seleccionada según un muestreo no probabilístico (intencional) bietápico. En la primera etapa se aplicó un muestreo de casos críticos que incluyó a los 13 internos promotores de salud de cada destacamento y éstos, en una segunda etapa, identificaron mediante un muestreo en cascada dos internos promotores. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para medir respuesta de la intervención se utilizó la prueba estadística de los rangos con signo de Wilcoxon. Más de la mitad de los internos tenían un nivel educacional medio superior (69,2 %). La media de edad fue 37,7 años. El nivel de conocimiento global se incrementó de 2,6 % con un nivel adecuado, antes de la intervención, hasta 87,2 % luego de aplicada, con una modificación significativa.

**Palabras clave:** establecimiento penitenciario, factores de riesgo, intervención educativa, prevención, sífilis.

## ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Pág.</i>
Introducción-----	1
Objetivos-----	4
Marco Teórico-----	5
Materiales y Método-----	17
Resultados y Discusión-----	24
Conclusiones-----	35
Referencias bibliográficas-----	36
Anexos-----	

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una de las principales causas de infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo, por sus consecuencias médicas y psicológicas para millones de hombres, mujeres y niños, a pesar de ser prevenibles, diagnosticables y tratables. En la actualidad conforman el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. <sup>(1,2)</sup>

En la actualidad son consideradas como una epidemia las ITS. En Las Américas se estima una cifra anual de aproximadamente 50 millones de afectados. Resulta paradójico que aunque se conoce que una adecuada conducta sexual, y sobre todo la práctica de una relación sexual responsable y segura, puede prevenir su ocurrencia. En pleno siglo XXI estas enfermedades, lejos de disminuir, se encuentran en ascenso. Un ejemplo de esto lo constituye la sífilis que, superada solamente por el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH /SIDA), ha tenido efectos devastadores en la humanidad y aún constituye un problema de salud. <sup>(3,4)</sup>

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica, producida por el *Treponema pallidum*. Su principal vía de infección son las relaciones sexuales desprotegidas. <sup>(5,6)</sup> Esta bacteria es capaz de atravesar la mucosa, alcanzar vasos linfáticos y sangre, y ocasionar una infección sistémica, inclusive antes de que aparezca una lesión primaria o chancro. En el hombre la región más afectada es el pene y en la mujer están implicados los labios mayores, menores y el perineo. La lesión primaria puede situarse incluso en regiones extragenitales como dedos, lengua, paladar y región ano-rectal. <sup>(7,8)</sup>

Una vez que desaparecen los chancros, se puede presentar sífilis secundaria como consecuencia de la diseminación sistémica del microorganismo. El signo clínico característico de esta etapa es la aparición de erupciones eritematosas en pecho, espalda, palma de las manos y planta de los pies. Después de la etapa secundaria, puede ocurrir una fase de latencia que llega a extenderse hasta 20 años, período

durante el cual no se presentan signos ni síntomas de la enfermedad, pero las pruebas de titulación de anticuerpos se mantienen positivas. Cuando la sífilis no es tratada llegan a afectarse diferentes sistemas. Esta enfermedad responde muy bien a la penicilina. <sup>(7,8)</sup>

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican una aparición anual de cerca de 250 millones de casos nuevos de ITS en el mundo. De ese total 3,5 millones presentan sífilis, con una tasa de incidencia de dos a cinco veces más elevada en los países de América Latina respecto a los países industrializados. También ha evaluado que en la región de Las Américas se producen anualmente cerca de tres millones de infecciones por sífilis, de las cuales más de la mitad corresponden a mujeres. <sup>(3,4)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su Plan Estratégico para 2014 – 2019 propuso reducir la carga de enfermedades transmisibles. Incluye las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis, la malaria y la enfermedad de Chagas. <sup>(9)</sup>

Cuba cuenta con un programa de control para la sífilis y el resto de las infecciones de transmisión sexual. El mismo traza una serie de estrategias que son de obligatorio cumplimiento para lograr reducirla; pero aunque existe una tendencia a disminuir por año como en el 2009 que se registraron cifras de 1419 para una tasa de incidencia de 12,6 por cada 100 000 habitantes; en los últimos cinco años ha habido tendencia al aumento registrándose cifras alarmantes de 5088 afectados en el 2017, para una tasa de incidencia de 45,2 por 100 000 habitantes. <sup>(10)</sup>

La provincia Ciego de Ávila no se encuentra ajena a tal morbilidad, con el diagnóstico de 844 nuevos casos en los últimos cinco años. El 2017 cerró con 176 casos, lo cual representa una tasa de incidencia de 40,6 por 100 000 habitantes, incrementándose el reporte de casos con relación al año anterior en igual período. Los municipios con tasas por encima de la provincial fueron Bolivia, Morón y Ciego de Ávila. Todos los casos fueron diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad. <sup>(11,12)</sup>

De los casos reportados en 2017 en la provincia Ciego de Ávila, 57,3 % corresponden

al sexo masculino y 42,7 % al sexo femenino. El grupo etario predominante fue el comprendido entre los 20–24 años de edad. A pesar de la implementación del programa aún existen municipios con alta morbilidad de la enfermedad. El municipio Ciego de Ávila está considerado dentro de los 41 municipios de mayor incidencia en el país. En los últimos cinco años han sido diagnosticados 425 pacientes. <sup>(11,12)</sup>

A nivel mundial en los Establecimientos Penitenciarios las ITS siempre han sido consideradas un grave problema de salud. Esto debido al predominio de relaciones homosexuales sobre todo en los hombres y, por tanto, las conductas sexuales de riesgo como la promiscuidad condicionan la transmisión de la enfermedad. Debido a tal problemática en Cuba se ha establecido un programa para su control. <sup>(6,13, 14)</sup> La red penitenciaria en la provincia Ciego de Ávila está constituida por varios centros, distribuidos en diferentes municipios y sitios de ésta. La distribución de los internos se hace de acuerdo a las siguientes características: sexo, edad y tipo de sanción. <sup>(15)</sup>

El hecho que la gran mayoría de estas personas, además de estar privados de su libertad, estén apartados por un largo período de su familia y la comunidad, vivan por un tiempo prolongado con personas del mismo sexo y posean malos hábitos de convivencia social, los hace proclives al padecimiento y la transmisión de ITS. En el Establecimiento Penitenciario Provincial, ubicado en el municipio Ciego de Ávila, en los últimos cinco años han sido diagnosticados 105 pacientes con sífilis, incluidos 31 nuevos casos en el año 2017. <sup>(15)</sup>

Por todo lo antes descrito se plantea la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Cómo elevar los conocimientos sobre sífilis en la población penal del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila?

La alta incidencia y prevalencia en internos del centro penitenciario durante los últimos años, constituye una situación llamativa por su impacto en el estado de salud de esta población penal. Por lo tanto, se consideró necesario implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la sífilis como enfermedad de transmisión sexual.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre sífilis en la población penal del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila durante el período de enero a diciembre de 2017.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre la sífilis.
3. Aplicar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la sífilis.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimiento sobre la sífilis en la muestra investigada después de la intervención educativa.

## **MARCO TEÓRICO**

### **La sífilis a través de la historia**

Según opinión hoy aceptada, la palabra sífilis se deriva del nombre del pastor Syphilus, inspirado en una historia de Ovidio, de un poema titulado Syphilis sive morbus gallicus, escrito en el siglo XVI (1530) por Gerolano Fracastoro (1483-1553), quien al seguir la costumbre de los humanistas de la época, alteró el nombre y de ahí Syphilis. En este poema, Sífilis era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en la montaña, el castigo consistió en una nueva y desconocida enfermedad. <sup>(16)</sup>

El término Lúes, utilizado también como sinónimo significa epidemia en latín y en el habla popular se ha utilizado otras designaciones, como epidemia del placer y enfermedad francesa. Estas últimas denominaciones proceden de una época en que la sífilis era mucho más frecuente y en la que el tratamiento posible era muy deficiente. <sup>(16,17)</sup>

Desde principios del siglo XVI la sífilis se convirtió en un azote para la humanidad, se consideraba un mal innombrable, consecuencias que dejaban en el cuerpo los placeres carnales. La iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino. Hay excavaciones que revelan que la sífilis no procede de América, por lo tanto la teoría que sostienen científicos acerca de que fue traída a Europa desde América por exploradores europeos no tiene validez. Según recoge el estudio de esqueletos descubiertos en un convento en el norte de Inglaterra, los investigadores sostienen que esta enfermedad estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje. <sup>(16, 17)</sup>

A finales del siglo XVI se había propagado tras el sitio infructuoso de Nápoles, por las tropas francesas de Carlos VIII; durante el sitio las prostitutas francesas tuvieron relaciones sexuales con los soldados españoles, probablemente contrajeron así la sífilis, que luego transmitieron también a los soldados franceses, pues estos se retiraron rápidamente abatidos por una misteriosa epidemia de ahí el nombre de

mormo gallico. <sup>(18)</sup> Otro grupo de investigadores han descubierto lesiones en huesos desenterrados en el Mediterráneo Oriental. Estas evidencias han revitalizado las discusiones y ha planteado la posibilidad de un origen común. A comienzos del siglo XV, alrededor del 15 % de la población europea la padecía. <sup>(16, 17,19)</sup>

Los europeos comenzaron a ser conscientes de la sífilis como enfermedad después del año 1500, pero algunas investigaciones plantean que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en períodos anteriores. <sup>(20)</sup> En la Edad Media causó estragos semejantes a los de la peste, devastó pueblos y ciudades enteras. Después de la introducción de la penicilina en la terapia de la sífilis, no parecía estar lejano el día en que se llegara a una total erradicación de la epidemia. <sup>(21)</sup>

Las características clínicas de la sífilis fueron precisadas con particular maestría por Fourier en el siglo XIX. Correspondió al zoólogo Fritz Schaudinn y al dermatólogo Erich Hoffman el mérito de haber descubierto su agente causal el *Treponema pallidum* en 1905. En 1906 se desarrollaron por primera vez las serorreacciones de la sífilis por Wasserman, Neisser y Bruc. <sup>(21)</sup>

Entre 1909 y 1910 se introdujo el Salvarsán por Paul Ehrlich utilizado en la terapéutica de la sífilis. En 1911 Noguchi cultivó el *Treponema* y en 1913 se aisló en el sistema nervioso central de un tabético. En 1943 se impuso el primer tratamiento con Penicilina. Seis años más tarde en 1949 se realizó la prueba de inmovilización del *Treponema pallidum* por Nelson y Mayer. <sup>(21)</sup>

Después de 500 años de existencia la sífilis mostró un marcado aumento en los países occidentales. A partir de 1955 se incrementó de un 30 a 85 % por año. Entre los años 1958 y 1960 hubo un descenso en la incidencia de esta enfermedad, ocurrió otro aumento a partir de los años 70. <sup>(21)</sup>

Según datos de la OMS, no cabe duda de que la sífilis constituye una de las ITS que mayores daños ha ocasionado a lo largo de su historia, solo comparable con el VIH/SIDA. Lo cierto es que a más de medio siglo de imponerse el primer tratamiento

antisifilítico, anualmente se reportan cerca de 3,5 millones de casos nuevos y esto constituye un problema para la salud pública mundial. <sup>(21)</sup>

### **Estado actual en el contexto mundial**

Actualmente la sífilis está presente en todo el mundo. En los últimos años se ha constatado un claro aumento de su incidencia en los países occidentales. En Europa se han descrito brotes de sífilis en colectivos de varones homosexuales, así como un aumento de casos en la población heterosexual y de sífilis congénita. <sup>(22)</sup>

La OMS manifiesta una gran preocupación, por el marcado aumento que se observa en el número de pacientes con ITS, y ha dado orientaciones con respecto a esta situación a las autoridades de salud para combatir tales enfermedades. El incremento observado ha sido influido por diferentes factores que contribuyeron a su ascenso, entre los que se destacan: cambios en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes; los cambios en la mentalidad con respecto a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual; aparejada a una menarquia cada vez más temprana, y a factores de machismo que imperan en algunos países del mundo. <sup>(23)</sup>

En Las Américas las tasas de incidencia de la sífilis primaria y secundaria, la detectada serológicamente y la congénita, son de dos a cinco veces más elevadas que en los países industrializados, aunque en la mayoría de los países de la región se observa una disminución en los casos de sífilis. En algunos se registra un aumento de la incidencia de casos de la congénita, lo que contradice la tendencia notificada en adultos. <sup>(21)</sup>

En la actualidad, a pesar de los notables adelantos en los conocimientos médicos, el desarrollo de la atención primaria de salud como estrategia mundial, ha ocurrido un incremento de las ITS en especial del VIH, principalmente en los jóvenes. Esto está dado fundamentalmente a la explosión demográfica mundial a expensas de aquellas edades en las que las relaciones sexuales son más frecuentes y no se selecciona adecuadamente a la pareja. <sup>(24)</sup>

Además del movimiento constante de la población por diversas razones, tales como la actividad laboral, viajes turísticos y búsqueda de empleo. Todo ello contribuye a aumentar los encuentros fortuitos y una mayor posibilidad de adquirir ITS. Todos estos elementos dan una idea de la importancia de su prevención y control. <sup>(24)</sup>

Para poner coto al incremento de la aparición de las ITS se necesita una gestión esmerada de todos los recursos disponibles, la información, educación y comunicación tiene una función crucial y figuran entre las intervenciones más rentables. Su importancia reconocida en la constitución de la OMS, ha sido subrayada repetidamente en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, pese a diversas iniciativas, todavía se encuentran muy desaprovechadas. <sup>(21)</sup>

Las numerosas diferencias socioculturales frenan las iniciativas encaminadas a la protección para no adquirir estas enfermedades, en el contexto mundial los expertos del programa de las Naciones Unidas sobre ITS/VIH/SIDA (ONUSIDA) han informado junto con sus copatrocinadores y asociados desde 1998, que más del 50 % de las nuevas infecciones por ITS/VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad entre los 10 a 24 años. <sup>(21)</sup> Alrededor de 40 millones de personas estarían afectadas por el VIH en el mundo, por ello conviene enfrentar otra de las causas básicas de las ITS: la falta de una adecuada y suficiente educación sexual. <sup>(25)</sup>

### **Situación epidemiológica de la sífilis en Cuba**

En Cuba en los últimos 20 años se ha producido una situación que complica aún más las acciones de salud sobre estas enfermedades; mientras se evidencia una liberación en las relaciones sexuales, con cambios frecuentes de parejas que elevan el riesgo entre la población, principalmente en jóvenes, por otro lado se mantienen los prejuicios y limitaciones en los momentos en que resulta necesario hablar sobre ellas y las personas que han sido contactos sexuales. <sup>(26)</sup>

La sífilis constituye un problema de salud, se reportan tasas de incidencia de hasta 143,7 por cada 100 000 habitantes en el año 1996; cifra que ha sido la más elevada reportada en las últimas cuatro décadas. En los últimos cinco años ha habido

tendencia al ascenso aunque no con cifras superiores a las registradas en la década del 90. El año 2017 cerró con una incidencia de 5088 casos, con predominio del sexo masculino para una tasa de 52 por cada 100 000 habitantes notificados. <sup>(10)</sup>

### **Fundamentación gnoseológica sobre la sífilis**

La sífilis es una enfermedad producida por el *Treponema pallidum* spp. *Pallidum*, bacteria de distribución universal que se transmite por vía sexual y materno-fetal, y afecta únicamente al ser humano. Se trata de una infección sistémica que en su curso natural alterna períodos sintomáticos, generalmente cortos, y períodos asintomáticos de duración más variable. <sup>(22)</sup>

Se denomina también lúes, nombre que proviene del latín lúes venereum (enfermedad o pestilencia). Otras especies de *treponema* producen las *treponematosis* endémicas que se transmiten por contacto cutáneo y dan lugar al bejel o sífilis endémica (*Treponema pallidum* spp. *endemicum*), al buba o pian (*Treponema pallidum* spp. *pertenue*) o al mal de pinto (*Treponema careatum*). <sup>(22)</sup>

Son bacterias de forma helicoidal (familia *Spirochaetaceae*), largas y finas (6-15 mm por 0,15 mm) y presentan entre seis y 14 espiras. El citoplasma está rodeado por una membrana trilaminar, cuya lámina externa es rica en fosfolípidos y lipopolisacáridos y pobre en proteínas. Gracias a los flagelos insertados en ambas puntas y que recorren toda la bacteria, el organismo realiza un movimiento rotatorio característico, observable en microscopía de campo oscuro. <sup>(22)</sup>

La aparición de la sífilis se ve influenciada por diferentes factores de riesgo como las relaciones sexuales desprotegidas, las conductas sexuales de riesgo, la edad temprana de las primeras relaciones sexuales, el aumento de la prevalencia en homosexuales hombres, las migraciones, el uso de tabletas anticonceptivas y la drogadicción. <sup>(27)</sup>

El periodo de incubación desde el momento de la exposición hasta el desarrollo de la lesión primaria tiene un promedio de 21 días aproximadamente (recorrido de 10 a 90

días). Las manifestaciones clínicas de la sífilis se dividen clásicamente en diferentes estadios: sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente (precoz y tardía) y sífilis terciaria. La lesión primaria de la sífilis es el chancro duro. Se presenta en la zona de inoculación aproximadamente a las tres semanas después del contagio. Se considera que un tercio de las personas que tienen contacto directo con una lesión de sífilis adquiere la infección. <sup>(22,28)</sup>

El chancro se inicia como una mácula rojo-cobrizo que progresa a una pápula o placa que posteriormente se erosiona o ulcera. Está bien delimitado, de 0,3 a 3 cm de diámetro, de superficie de color rosa asalmonado, liso, brillante, con secreción mucosa y base indurada. Es habitualmente único, aunque puede ser múltiple en los pacientes con coinfección por el VIH. Clásicamente se refiere como una lesión indolora, en ocasiones puede ser dolorosa, principalmente cuando se produce sobreinfección. La descripción clásica del chancro (úlceras indoloras de base lisa) se presenta sólo en el 31 % de los pacientes. La induración es un hallazgo constante (95 % de los casos). <sup>(22)</sup>

La localización más habitual es el área genital: pene y específicamente, glándula y surco balano-prepucial en los varones, y vulva, periné y cérvix en las mujeres. En varones que tienen relaciones con varones, no es infrecuente la afectación anorrectal y también la extragenital; la boca es la zona afectada más frecuentemente (entre 40 y 70 % de chancros extragenitales). Los chancros extragenitales tienden a ser dolorosos, menos indurados y de bordes más sobreelevados. <sup>(22)</sup>

El 80 % de los casos de los chancros sífilíticos genitales se asocian a una o más adenopatías locorregionales. Son adenopatías duras, no supurativas, rodaderas, uni o bilaterales, inguinales o inguinocrurales, indoloras en el 60 % de los casos. Cuando la afectación es anal o de genitales internos en la mujer, las adenopatías se localizan en profundidad, en zona ilíaca o perirrectal. Dejado a su evolución, el chancro cura en aproximadamente 3-6 semanas sin dejar cicatriz (o con una leve cicatriz indurada), mientras que las adenopatías pueden persistir durante varios meses. <sup>(22)</sup>

La sífilis secundaria corresponde a la fase de diseminación hematológica y linfática de la enfermedad. Se desarrolla habitualmente entre cuatro y 10 semanas después de la aparición del chancro, y en el 30 % de los casos puede solaparse con la sífilis primaria. Sin embargo, hasta el 40 % de los pacientes puede no referir ningún tipo de lesión previa. <sup>(22)</sup>

En el primer año se desarrollan el 90 % de las lesiones mucocutáneas, las sífilides. Las erupciones cutáneas son la forma clínica más habitual de presentación y las desarrollan entre el 75 % y 90 % de los pacientes con sífilis secundaria. La morfología de las mismas puede ser muy variada; se han descrito múltiples formas clínicas que remedan a otras dermatosis, por lo que se conoce a la sífilis como «la gran simuladora». <sup>(22)</sup>

El exantema maculoso se caracteriza por tenues máculas aisladas, de 3 a 10 mm de tamaño, redondos u ovalados, rosadas, distribuidas por tronco, extremidades superiores, muslos y nalgas, aunque tienen predilección por situarse simétricamente en flancos y pliegues de flexión de las extremidades superiores. Es característica la afectación de palmas y plantas. Un aspecto clínico infrecuente es la despigmentación en collar secundaria a la resolución de las lesiones localizadas en cuello y parte superior de tronco, conocida clásicamente como el «collar de Venus». <sup>(22)</sup>

El exantema papuloso junto con el exantema macular son los dos más frecuentes y pueden presentarse asociados. Se han descrito dos tipos clínicos principales según las pápulas sean de pequeño tamaño (sífilide papulosa miliar o liquenoide) o de gran tamaño (sífilide lenticular o numular). También se describen lesiones papuloescamosas con un collar descamativo en la periferia, sífilides córneas en palmas y plantas (clavos sífilíticos), lesiones psoriasiformes y sífilides anulares en escarapela (placas rodeadas por pequeñas pápulas). <sup>(22)</sup>

Una variante de sífilis secundaria poco frecuente (menos del 1 % de todos los casos) pero clínicamente muy llamativa es la llamada sífilis maligna. La clínica es polimorfa, con pápulas, placas, nódulos, vesículas y pústulas que tienden a ulcerarse y cubrirse

de costras rupioides que dejan cicatriz al curar. En esta presentación, la afectación palmoplantar no es frecuente, aunque sí suele haber afectación facial. <sup>(22)</sup>

Los anejos también pueden afectarse en forma de pérdida de pelo difusa o en pequeñas placas, denominada «alopecia apollada». Además del cuero cabelludo puede afectar la barba, las cejas o cualquier zona corporal. En la sífilis secundaria, la sintomatología constitucional es frecuente y puede acompañar o preceder a las manifestaciones mucocutáneas. Los síntomas generales son de intensidad variable, se acompañan de linfadenopatías generalizadas, con ganglios de pequeño y mediano tamaño, no supurativos ni dolorosos, localizados principalmente en región inguinal, suboccipital, cervical, retroauricular y epitroclear. <sup>(22)</sup>

En la fase de diseminación treponémica cualquier órgano puede resultar afectado. Es frecuente la anemia, la leucocitosis y la elevación de la velocidad de segmentación globular. Los síntomas neurológicos (cefalea, meningismo) y las alteraciones del líquido cefalorraquídeo (LCR) (hiperproteíorraquia y pleocitosis linfocitaria) son comunes en estadios tempranos de la infección no tratada. <sup>(22)</sup>

La sífilis latente es el período de quiescencia que se establece entre las fases sintomáticas de la enfermedad. Se divide en sífilis latente precoz (primer año después de la infección) y sífilis latente tardía (después del primer año de la infección). Sin tratamiento, la sífilis latente precoz se considera como un período infeccioso, ya que puede ser interrumpido por recidivas de sífilis secundaria. Los casos de sífilis latente de duración incierta se consideran, a efectos de actitud general y tratamiento, como sífilis latente tardía. <sup>(22)</sup>

Un tercio de los pacientes infectados no tratados desarrollan manifestaciones clínicas conocidas como sífilis tardía o sífilis terciaria a partir del segundo año y hasta 25-30 años después de la infección. La patogénesis común a todas ellas es la endarteritis y la periarteritis de vasos pequeños y medianos. Se describen tres tipos: la sífilis tardía benigna, la sífilis cardiovascular y la neurosífilis. <sup>(22)</sup>

El goma sifilítico es la lesión principal de la llamada sífilis tardía benigna o terciaria. Es una lesión nodular o nódulo-ulcerativa que afecta principalmente la piel (70 %), mucosas (10,3 %) y huesos, aunque también puede afectar a hígado, cerebro y corazón. En la piel se localiza preferentemente en cuero cabelludo, frente, glúteos, zonas preesternal y tibial. Las mucosas más afectadas son la del paladar, lengua, amígdalas, faringe y nariz. En esta última localización y en paladar es característico que se ulceren y provoquen la destrucción de los tejidos de la zona. La afección ósea más habitual es la de los huesos craneales, tibia y clavícula, con periostitis que se manifiesta como hinchazón y dolor nocturno. <sup>(22)</sup>

La sífilis cardiovascular es una rareza en la actualidad. En la época prepenicilínica se manifestaba clínicamente en alrededor del 10 % de los pacientes afectados después de 15-30 años de la infección. La aortitis sifilítica es la afección más frecuente de la sífilis cardiovascular (alrededor del 30 %); la aorta torácica ascendente es la más comprometida. Desde el principio de la infección, la bacteria invade el sistema nervioso central, y en más del 40 % de los pacientes produce afectación del sistema nervioso central (SNC). En consecuencia, las manifestaciones clínicas pueden aparecer durante cualquier período de la enfermedad e incluso solaparse. <sup>(22)</sup>

La neurosífilis asintomática clásicamente incluye a los pacientes sin síntomas ni signos neurológicos en los que se identifican alteraciones del LCR, tales como pleocitosis linfocitaria, hiperproteorraquia o una prueba del VDRL positiva. Estos pacientes tienen de un 20 % a 30 % de probabilidad de progresar a enfermedad neurológica sintomática en los primeros 10 años, cifra que aumenta con el transcurso del tiempo, por lo que deben ser tratados siempre. <sup>(22)</sup>

La sífilis se transmite por vía transplacentaria (sífilis congénita). Aunque puede transmitir la infección en cualquier estadio, el riesgo es más elevado en las fases más precoces de la infección. Así, la probabilidad de transmisión es del 70 %-100 % en la sífilis primaria/secundaria, que disminuye a un 40 % en la sífilis latente precoz y a un 10 % en la sífilis latente tardía. La muerte intraútero se produce en el 25 % de los fetos nacidos de madres infectadas. Los recién nacidos infectados pueden ser asintomáticos

(25 %), o presentar alguna sintomatología o afectación sistémica multiorgánica (50 %).  
(22)

El diagnóstico positivo de la sífilis se basa fundamentalmente en los aspectos clínicos y los exámenes complementarios. La microscopía de campo oscuro constituye en realidad la única prueba que específicamente establece el diagnóstico de la enfermedad. Es un método directo y rápido que visualiza los treponemas móviles en forma de espiral. (29)

El Programa Nacional de Control y Prevención de ITS orienta para el diagnóstico serológico, utilizar las pruebas VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid Plasma Reagin), ambas no treponémicas. Hasta el momento no se ha podido incorporar en la red de laboratorios de diagnóstico pruebas específicas por ser muy costosas. (30)

Las pruebas no treponémicas o reagínicas se basan en la reactividad cruzada frente a partículas de cardiolipina y anticuerpos frente a treponema. Permiten detectar anticuerpos IgG e IgM. Han sido ampliamente utilizadas, son económicas y de fácil uso. Sus limitaciones son la falta de sensibilidad en la sífilis primaria, los falsos positivos y la posibilidad del llamado fenómeno pro zona (resultado falsamente negativo debido a un exceso de anticuerpos en relación a la concentración de antígeno). Aún son imprescindibles para el control de la evolución y de la respuesta terapéutica. (22)

Las pruebas treponémicas son más complejas y suelen utilizarse como pruebas confirmatorias cuando la prueba no treponémica es reactiva. Dentro de ellas tenemos la de absorción de anticuerpos fluorescentes treponémicos (FTA - ABS), la microhemoaglutinación de anticuerpos contra *T. pallidum* (MHA - TP) y el ensayo de aglutinación de partículas del *T. pallidum* (TPPA), los cuales se positivizan más precozmente (7-10 días), son más específicos, tienen menor frecuencia de falsos positivos y son más perdurables. (29)

En la actualidad se cuenta con nuevas pruebas diagnósticas como la de inmunoensayo enzimático (EIA) que es un método de captura de anticuerpos, en la que se utiliza un antígeno treponémico recombinante. Está disponible comercialmente y tiene una sensibilidad de 100 % y una especificidad de 99 % en mujeres embarazadas; otra es la inmunoblotting que detecta anticuerpos IgG específicos de treponema, y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que detecta ADN del *T. pallidum*. Esta última no se encuentra estandarizada y, por lo tanto, se utiliza solamente en algunos laboratorios de investigación. <sup>(29)</sup>

La aparición de una ITS demuestra un fracaso de la puesta en práctica de las consignas generales de prevención. Es la ocasión de dedicar tiempo a la educación y a consejos personalizados. La prevención y control de las ITS deben ser comunes y se basan en estrategias complementarias que incluyen disminución del número de parejas sexuales, uso sistemático de preservativos incluso en las relaciones orogenitales cuyo riesgo generalmente está infravalorado y la modificación de algunas prácticas. <sup>(31)</sup>

El cribado sistemático de las donaciones de sangre y de todas las embarazadas al inicio del embarazo y, si existen conductas de riesgo, al final del mismo. También el cribado periódico en grupos con conductas de riesgo, como las trabajadoras del sexo comercial y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, con múltiples contactos (al menos anualmente). Es muy importante la sistematización por parte de los profesionales sanitarios del estudio de los contactos sexuales del caso índice. <sup>(22)</sup>

En todos los establecimientos penitenciarios del país existe un programa para el diagnóstico y seguimiento de los casos de ITS; se siguen las normas de tratamiento del establecido para la población en general. Se le realiza pruebas serológicas a todos los internos anualmente, sean sintomáticos o no, además de realizarlas al ingreso en la institución penitenciaria y al egreso, aunque se encuentren en otro centro de reclusión. También se le realizan cuando les corresponde pabellón conyugal. <sup>(32)</sup>

Se recomienda el tratamiento con una única dosis de penicilina benzatínica a todos los contactos de un paciente con sífilis primaria o secundaria que hayan mantenido relaciones sexuales en los 90 días previos al diagnóstico. En el resto de los contactos sexuales, el tratamiento se adecuará a la valoración clínica y serológica de estos casos. <sup>(22)</sup>

El tratamiento debe ser integral y precoz tanto para el paciente como para su pareja; se debe indagar sobre comportamientos sexuales que puedan incurrir a otras ITS. La penicilina es el antibiótico de elección, con eficacia probada para cualquiera de los estadios de la enfermedad. Las alternativas al tratamiento en alérgicos son la doxiciclina o la tetraciclina durante 14 días. En el caso de la sífilis latente y tardía las alternativas de tratamiento son las mismas pero en dosis superiores. <sup>(29)</sup>

Ante el problema de investigación planteado anteriormente y la revisión bibliográfica que se sustenta en este marco teórico, se plantea la siguiente **hipótesis de investigación**: si se aplica una intervención educativa en los internos del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila sobre la sífilis, entonces se incrementarán positivamente los conocimientos sobre la prevención de la enfermedad.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño metodológico**

Se realizó un estudio pre-experimental para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre la sífilis en la población penal del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila, en el período comprendido entre enero a diciembre de 2017.

### **Universo y muestra**

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los 1000 internos de la institución. Para seleccionar la muestra se tuvo en cuenta que en la institución hay 13 destacamentos, con un promotor de salud por cada uno. Los promotores son las personas con mayor preparación y confiabilidad para divulgar información. La muestra fue seleccionada según un muestreo no probabilístico (intencional) bietápico.

En la primera etapa se aplicó un muestreo de casos críticos que incluyó a los 13 internos promotores de salud de cada destacamento y éstos, en una segunda etapa identificaron mediante un muestreo en cascada dos internos que se convirtieron en informantes claves de la investigación. La muestra quedó constituida por 39 internos (13 promotores de salud y 26 informantes claves). Debido a las propias características del centro penitenciario y de su población se realizó este tipo de muestreo.

### **Criterios de inclusión:**

- Los internos que estuvieron autorizados para participar en las sesiones educativas.
- Los que dieron su consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Los que se negaron a participar.

**Criterios de salida:**

- Los internos que fueron aislados por violación de la disciplina del penal.
- Los que se trasladaron a otra modalidad de centro penitenciario.
- Los que desearon abandonar el estudio.
- Los que ingresaron en centros hospitalarios por enfermedad.
- Los que fallecieron durante el estudio.

Se utilizó una complementación e integración de la metodología científica cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

**Métodos del nivel teórico**

- Histórico-Lógico: se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del centro penitenciario y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: se analizaron, compararon y confrontaron las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan los pocos conocimientos sobre sífilis en la población penal. En la síntesis se unificaron los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a las conclusiones.
- Inductivo-Deductivo: en función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular y de allí a lo específico en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- Modelación: a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, modelar el programa de intervención educativa con acciones preventivas impartidas por el médico de asistencia, conducentes a atenuar o eliminar los factores de riesgo para prevenir la sífilis y el diagnóstico precoz de la enfermedad y el tratamiento oportuno.

## **Métodos del nivel empírico**

La encuesta fue el método empírico de investigación que admitió la recolección de la información antes y después de la aplicación del programa de intervención educativa. Su aplicación a la muestra de la población penal investigada permitió identificar el nivel de conocimientos sobre sífilis.

## **Procedimiento y técnicas de recolección de la información**

En la etapa inicial se llevó a cabo una minuciosa búsqueda documental. Se revisaron las historias clínicas, las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), las historias epidemiológicas, los registros de pacientes con sífilis atendidos por la enfermera encuestadora y los registros de pacientes del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Se realizó una revisión de la bibliografía sobre el tema en formato impreso y disponible en los Centros de Información de Ciencias Médicas existentes en el país. Fundamentalmente la búsqueda de literatura se realizó por Internet, en los sitios nacionales e internacionales, para obtener los fundamentos teóricos que permitieron abordar la problemática en estudio.

## **Procesamiento**

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar la información obtenida en la encuesta aplicada antes y después del programa de intervención educativa. Los indicadores obtenidos: frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), se resumieron en tablas que permitieron comparar los resultados antes y después.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para medir la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para medir respuesta en las variables cualitativas ordinales.

Se investigaron las siguientes variables:

**Variable independiente:** intervención educativa.

**Variable dependiente:** nivel de conocimientos sobre sífilis.

**Conceptualización y operacionalización de las variables**

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Ninguno (Analfabeto) Primario sin terminar Primario terminado Medio Inferior (Secundario) Medio Superior (Preuniversitario) Superior (Universitario)	Según nivel educacional alcanzado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Según aplicación de la encuesta antes y después (ver anexo 2)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Antecedentes patológicos personales de ITS	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según antecedentes patológicos personales	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Me aportó conocimientos nuevos y aclaró dudas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según criterio emitido en la encuesta aplicada	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Me resultó agradable e instructivo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según criterio emitido en la encuesta aplicada	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Me ayudó a ver la sífilis de una forma diferente	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según criterio emitido en la encuesta aplicada	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Me enseñó a tratar con los demás la sífilis	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según criterio emitido en la encuesta aplicada	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

El desarrollo de la investigación se implementó en tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

### **Diagnóstico**

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la dirección del Establecimiento Penitenciario para que autorizaran la realización del estudio (anexo 1). Se les informó a todos los internos los objetivos del programa y sus beneficios, los que estuvieron de acuerdo en participar firmaron el consentimiento informado (anexo 2) y luego se aplicó la encuesta que permitió caracterizar el universo de estudio (anexo 3).

### **Intervención**

Se diseñó e impartió un programa de intervención educativa sobre el tema (anexo 4), al cual se le añadieron las necesidades de aprendizaje encontradas en las historias epidemiológicas de los casos notificados, luego de la aplicación inicial del instrumento. La muestra se conformó en un grupo y este en dos subgrupos para desarrollar actividades prácticas. El programa se realizó en las aulas de la escuelita del Establecimiento Penitenciario Provincial por las condiciones estructurales y de equipamiento tecnológico que poseen las mismas.

Se realizaron cinco encuentros de 45 minutos de duración, con una frecuencia semanal. Se emplearon técnicas afectivo-participativas necesarias para lograr los objetivos propuestos. Estas técnicas fueron: lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal e interrogatorio con pacientes enfermos.

### **Evaluación**

Cuatro semanas después de haber terminado el programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial para comprobar los conocimientos adquiridos.

Para la evaluación del nivel de conocimientos de manera general, se le otorgó al instrumento un valor de 100 puntos que se distribuyeron entre las cinco preguntas. Se definieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó esta variable. Por lo que se calificó de forma general en:

Alto: calificación entre 85 y 100 puntos

Medio: calificación entre 60 y 84 puntos

Bajo: calificación de menos de 60 puntos.

En ese mismo momento se aplicó una encuesta para evaluar la satisfacción con el programa de intervención educativa sobre sífilis implementado (anexo 5).

### **Presentación de los resultados**

Los resultados se expresaron en forma de tablas las que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos y permitieron emitir conclusiones.

Se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el departamento de Investigación y Postgrado de La Universidad de Ciencias Médica de Ciego de Ávila.

### **Consideraciones éticas**

Este pre-experimento se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996). Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (anexo 2). Se explicó el carácter voluntario, se insistió en la confidencialidad de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada interno leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Intervención educativa sobre sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila, 2017

Tabla 1. Internos según nivel educacional alcanzado y edad. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Nivel educacional	N	%	Edad (años)	
			Media	Desv. típ.
Medio inferior	1	2,6	47,0	-
Medio superior	27	69,2	38,4	9,8
Superior	11	28,2	34,9	8,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>37,7</b>	<b>9,5</b>

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se observa la distribución de los internos participantes según nivel educacional y edad. Se encontró que la media de edad del total de la muestra investigada fue de 37,7 años. Del total de participantes, 27 pertenecían al nivel medio superior (69,2 %) con una media de edad de 38,4 años. El nivel educacional superior, ocupó el segundo lugar, solo lo alcanzaron 11 (28,2 %). En la investigación no hubo menores de 16 años ni mayores de 60. Esto debido a que los penados en esas edades son reclusos en otras instituciones: Centro de Trabajo y Estudio Confianza y Reclusorio para Jóvenes en Ceballos.

Los resultados anteriores demuestran que en Cuba después del triunfo revolucionario el nivel educacional de la población se encuentra adecuado. Estableciendo como mínimo el nivel medio inferior para una mejor preparación. Esto contribuye a que la muestra en estudio tenga un nivel básico de preparación que les permita una mejor comprensión del contenido del programa de intervención educativa.

La sífilis ocurre en todo el planeta, aunque es más frecuente en áreas urbanas, y la población de más alto riesgo son los adultos jóvenes, con edades comprendidas entre

15 y 25 años, aunque está aumentando vertiginosamente en Europa del norte y el oeste, en hombres homosexuales, y está asociada a factores tales como edad temprana de las primeras relaciones sexuales y promiscuidad. <sup>(33)</sup>

En un estudio realizado a embarazadas en el municipio de Cárdenas en Matanzas, se observó que el grupo de edades más significativo fue el comprendido entre los 35 a 40 años de edad. Resultados que no concuerdan con las edades mundiales. <sup>(33)</sup>

Janier y Caumes en su estudio identificaron que en la última década ha habido pocas modificaciones epidemiológicas: presentación masiva en los hombres (94 %), en especial homosexuales (el 82 % del total), edad promedio de unos 36 años, prevalencia de VIH muy elevada (42 %), influencia del sexo oral como fuente supuesta de la contaminación (50 %). Estas características epidemiológicas se encuentran en todos los países desarrollados, salvo en Estados Unidos, en donde la situación está más diversificada (predominio de casos en homosexuales hombres). <sup>(34)</sup>

Tabla 2. Internos según conocimientos sobre tipo de enfermedad qué es la sífilis, antes y después de la intervención educativa. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Conocimientos sobre tipo de enfermedad	Antes		Después		p*
	N	%	N	%	
Alto	28	71,8	36	92,3	0,012
Medio	7	17,9	3	7,7	
Bajo	4	10,3	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre el tipo de enfermedad qué es la sífilis, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa. Se pudo observar que en la evaluación inicial 28 participantes

(71,8 %) poseían un nivel de conocimiento alto y 7 (17,9 %) medio al no lograr responder adecuadamente las preguntas de la encuesta.

Después de la intervención 36 (92,3 %) participantes respondieron de forma adecuada al elevar el porcentaje de respuestas correctas. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

La sífilis constituye en la actualidad una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente, reemergente en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo mediante la transmisión heterosexual. Es una enfermedad infectocontagiosa de evolución aguda y crónica. <sup>(35)</sup>

Similares resultados obtuvo Sol Charles en el estudio realizado al personal de salud del Policlínico Norte en Morón, en el cual incorporó el 100 % de conocimientos a los participantes en cuanto al tipo de enfermedad que es la sífilis. <sup>(36)</sup> Mientras en el estudio realizado a gestantes de la ciudad de Guayaquil se observó que el 53,5 % de las participantes no tenían conocimientos sobre tipo de enfermedad que es la sífilis. <sup>(37)</sup>

Tabla 3. Internos según conocimientos sobre modo de transmisión de la sífilis, antes y después de la intervención educativa. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Conocimientos sobre modo de transmisión de la sífilis	Antes		Después		p*
	N	%	N	%	
Alto	18	46,2	30	76,9	0,000
Medio	20	51,3	9	23,1	
Bajo	1	2,6	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

La tabla 3 muestra que solo 18 participantes (46,2 %) obtuvieron niveles altos de conocimientos en cuanto al modo de transmisión de la sífilis. Mientras que después de aplicada la intervención, 76,9 % elevaron el porcentaje de respuestas correctas, modificación que resultó positiva y significativa según la prueba estadística aplicada.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Sol Charles en Morón en el cual luego de aplicado el programa educativo el nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud ascendió a un 93,6 %. <sup>(36)</sup>

En un estudio realizado en la Prisión de Boniato en Santiago de Cuba se encontró que las personas con orientación homosexual son los menos afectados, lo que refleja sus hábitos de protección. Estos pacientes, aunque se conoce su preferencia sexual, no sienten recelo alguno para la búsqueda de preservativos, lo que facilita que no les falte la protección. A diferencia de ellos, los bisexuales, que en su mayoría disfrutaban las visitas programadas de sus compañeras en las visitas conyugales, gozan de relaciones a escondidas, para evitar que puedan enterarse las esposas u otras personas allegadas, y así no perder el reconocimiento familiar y social. <sup>(38)</sup>

Este grupo mantiene por lo general, relaciones fortuitas y desprotegidas, pues se aprovechan del descuido de los otros internos o del personal encargado de la custodia. De este grupo no se excluye a aquellos cuyas esposas pudieran estar en período de incubación o en la etapa de chancro (cuando las pruebas serológicas son negativas). <sup>(38)</sup>

En un estudio realizado en Ecuador se encontró una alta frecuencia de parejas sexuales masculinas, incluso parejas ocasionales. El trabajo sexual, que incrementa la vulnerabilidad frente a las ITS, estuvo presente fundamentalmente en hombres que tienen sexo con hombres. Además se encontró un incremento de las relaciones sexuales anales; ésta se cree una práctica cada vez más frecuente entre los hombres que tienen sexo con hombres. <sup>(39)</sup>

Tabla 4. Internos según conocimientos sobre factores de riesgo de la sífilis, antes y después de la intervención educativa. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Conocimientos sobre factores de riesgo de la sífilis	Antes		Después		p*
	N	%	N	%	
Alto	17	43,6	24	61,5	0,003
Medio	16	41,0	15	38,5	
Bajo	6	15,4	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En la tabla 4 se muestra el nivel de conocimientos de los internos sobre los factores de riesgo de la sífilis antes y después de aplicada la intervención. Antes solo 17 internos (43,6 %) obtuvieron niveles adecuados, mientras que en la segunda etapa 24 (61,5 %) lograron niveles altos de conocimientos. Modificación esta que resultó positiva según la prueba estadística utilizada.

Pérez Salazar obtuvo resultados similares en su estudio aplicado a médicos de familia del Policlínico Norte en el municipio Ciego de Ávila, en el cual estos obtuvieron el máximo porcentaje de calificación después de aplicado el programa educativo. <sup>(21)</sup>

La diseminación de las ITS se asocia con pobreza y bajo nivel educativo. La mayoría de las personas que habitan en zonas marginadas o reclusos, viven en condiciones precarias y de hacinamiento, características que favorecen la adquisición de estas infecciones. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre ellas se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada del VIH. <sup>(40)</sup>

En Granma se realizó un estudio en embarazadas las cuales no supieron identificar el preservativo como método de barrera para prevenir la sífilis, pero si el embarazo. <sup>(41)</sup> Juan Ruiz describe como factores que contribuyen al aumento de la enfermedad, la pobreza, el desconocimiento de la enfermedad y la promiscuidad. <sup>(42)</sup>

En un estudio realizado a alumnos de la Facultad de Tecnologías de la salud en el municipio Cerro, se observó que lograron adquirir conocimientos al identificar como factores de riesgo las relaciones con múltiples parejas sexuales, intercambio de agujas para el uso de drogas, sexo anal, el no uso del condón, el alcoholismo e incluso que durante el período menstrual es más fácil la transmisión. <sup>(43)</sup>

En Ecuador se realizó un estudio en gestantes de 15-35 años de edad, las mismas en la primera etapa solo tenían el 4 % de conocimientos sobre los factores de riesgo mientras que después de realizado el programa obtuvieron el 100 % de conocimientos. <sup>(44)</sup>

El autor considera que anualmente las tasas de incidencia de esta infección son verdaderamente alarmantes, a pesar de que es prevenible, diagnosticable y tratable. La actividad sexual precoz expone ampliamente a la población adolescente al mayor peligro de padecer infecciones de transmisión sexual. En los últimos años ha ocurrido un incremento de la actividad sexual y una mayor precocidad del inicio de las mismas, lo que provoca un aumento del embarazo en la adolescencia. Esto se considera actualmente un serio problema médico-social.

Tabla 5. Internos según conocimientos sobre síntomas y signos de la sífilis, antes y después de la intervención educativa. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Conocimientos sobre síntomas y signos de la sífilis	Antes		Después		p*
	N	%	N	%	
Alto	1	2,6	14	35,9	0,000
Medio	19	48,7	25	64,1	
Bajo	19	48,7	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

La tabla 5 muestra el nivel de conocimientos sobre los principales síntomas y signos de la sífilis. Antes de la intervención solo un interno poseía niveles adecuados, lo que representó solamente el 2,6 %. Después de aplicado el programa educativo 14 (35,9 %) internos obtuvieron niveles altos y 25 (64,1 %) niveles medios, pero ninguno niveles bajos. Modificación que resultó significativa según la prueba estadística utilizada.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Sol Charles en la cual obtuvo 96,8 % de respuestas adecuadas, por lo que se elevó el nivel de conocimientos del personal de salud objeto de la muestra. <sup>(36)</sup>

La observación de los síntomas en el tratamiento de la sífilis es de gran importancia para el diagnóstico precoz. El *Treponema pallidum* puede sobrevivir en el organismo humano, durante décadas, sin manifestar sintomatologías. Los síntomas son variados y en las dos primeras etapas se pueden manifestar síntomas que tienden a confundirse con los de otras enfermedades. Es importante el control de la sífilis a tiempo para evitar secuelas. La enfermedad aumenta la posibilidad de contraer otras ITS. <sup>(37)</sup>

Tabla 6. Internos según conocimientos sobre medidas preventivas de la sífilis, antes y después de la intervención educativa. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Conocimientos sobre medidas preventivas de la sífilis	Antes		Después		p*
	N	%	N	%	
Alto	13	33,3	20	51,3	0,012
Medio	20	51,3	19	48,7	
Bajo	6	15,4	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

La tabla 6 muestra el nivel de conocimientos de los internos sobre las medidas preventivas de la sífilis, en la cual antes de la intervención solo el 33,3 % de los participantes tenía conocimientos adecuados. Posteriormente alcanzaron un 51,3 % modificación positiva que tuvo significación según la prueba estadística empleada. Reconocieron el uso del condón, una conducta sexual adecuada, seguimiento serológico a las parejas sexuales y realizar serología (VDRL) sistemática a los donantes de sangre como medidas preventivas para su aparición.

En un estudio realizado a gestantes de la ciudad de Guayaquil en Ecuador el 90,3 % de las participantes incorporó conocimientos sobre el uso del condón en todas las relaciones sexuales como principal medida de protección. <sup>(37)</sup> Similares resultados obtuvo Sol Charles en la cual después de realizada la intervención los participantes incorporaron el 93,6 % de niveles de conocimientos. <sup>(36)</sup>

Zárate Aquino en el estudio realizado a adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria del colegio Marco Puentes Llanos en Perú obtuvo resultados muy

favorables al elevar el nivel de conocimientos a un 85 % después de aplicada la intervención. <sup>(45)</sup>

Romero Jara en la primera parte de su estudio encontró que nadie tenía conocimientos sobre las medidas preventivas, mientras que después de aplicado el programa el 100 % de las participantes obtuvo conocimientos adecuados sobre la prevención. <sup>(44)</sup>

En países en desarrollo con recursos limitados, es necesario fomentar la prevención del VIH-SIDA y otras ITS, a través de su búsqueda activa focal e integral, mediante asesorías y pruebas voluntarias en poblaciones que viven bajo contextos de vulnerabilidad y riesgos de tipo social, conductual y biológico, mas no de manera universal. <sup>(40)</sup>

Se debe igualmente fortalecer la promoción universal de la salud sexual y reproductiva y facilitar estrategias educativas y de comunicación e información, también con énfasis y propuestas diferenciales hacia las poblaciones menos favorecidas y a la vez más necesitadas de acceso a los servicios educativos y de salud. <sup>(40)</sup>

El autor coincide con Cubillán Mago al plantear que tanto los factores económicos como educativos juegan un papel importante en las conductas de riesgo que favorecen la transmisión de ITS. Las escuelas son de gran importancia para la formación cultural de los jóvenes, y pueden pasar a ser el espacio ideal para la educación sobre la sexualidad y las ITS; pueden ayudar a los adolescentes a evitar poner en riesgo su vida y la de sus parejas. <sup>(46)</sup>

Tabla 7. Internos según conocimientos sobre sífilis, antes y después de la intervención. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2017

Conocimientos sobre sífilis	Antes		Después		p*
	N	%	N	%	
Alto	5	12,8	26	66,7	0,000
Medio	27	69,2	13	33,3	
Bajo	7	17,9	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En la tabla 7 se muestra el nivel de conocimiento global de los internos sobre la sífilis antes y después de la intervención educativa. Antes solo el 12,8 % de los participantes obtuvo niveles adecuados. Mientras que después de realizar la intervención, con su conjunto de clases y esperar cuatro semanas para reevaluar el nivel de conocimientos, se obtuvo que el 66,7 % de los internos participantes pudo incorporarlos adecuadamente. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Pérez Salazar en el estudio realizado en Médicos de Familia obtuvo resultados muy favorables, al incrementar al 100 % el nivel de conocimiento de los galenos de forma global sobre la sífilis. <sup>(21)</sup> Resultados similares obtuvo Valiente Hernández y colaboradores en el programa educativo implementado a internos en un centro penitenciario, por lo que elevaron a un 100 % el nivel de conocimiento de los participantes. <sup>(38)</sup>

Zárate Aquino en el estudio realizado incorporó en los adolescentes un 81 % de conocimientos de forma global sobre sífilis en la segunda etapa de la intervención. <sup>(45)</sup> Mientras que Sol Charles elevó el nivel de conocimientos de los trabajadores de la salud a un 92,06 % después de realizar la intervención educativa. <sup>(36)</sup>

El autor coincide con Tagarro, que siglos después de conocerla, seguimos sin tenerle tomada la medida a la enfermedad. Al margen de perfeccionar las pruebas diagnósticas y los tratamientos, para conseguir la erradicación de la sífilis resulta imprescindible un compromiso por parte del sistema de salud. Eso incluye un entramado sanitario firme, sin fisuras, que asegure y facilite un seguimiento serológico completo de los pacientes y de sus parejas; además del personal médico convencido de la importancia de esta enfermedad y comprometidos con su erradicación. <sup>(47)</sup>

En Cuba después de 1959, con el triunfo de la Revolución, toma vida la medicina preventiva, por ser uno de los principales problemas identificados por Fidel Castro. La medicina preventiva es una de las principales tareas en el sistema nacional de salud cubano, la cual cada día tiene más vigencia y aplicación en la incorporación del médico de la familia.

El autor considera que los diferentes programas de educación sexual desarrollados no han resuelto las dificultades y aún persisten problemas en este sentido, pues continúa la falta de conocimientos, mitos, tabúes, falta de percepción de riesgo y estereotipos en la sexualidad de la sociedad cubana, por lo que se impone continuar el trabajo por elevar la educación en la prevención de las mismas. La atención primaria de salud debe tener un rol más activo en la promoción y prevención de la salud de los jóvenes, pues esta actividad es uno de sus principales objetivos.

Una de las variables a medir respuesta fue los antecedentes patológicos personales de haber padecido alguna ITS y solo uno de los participantes padeció de alguna. Se tuvo en cuenta ya que se considera un factor de riesgo para adquirir otra.

Una vez concluida la intervención promocional y aplicada la encuesta, se quiso conocer cómo los internos evaluaban el programa impartido y todos opinaron que les resultó agradable e instructivo y que les aportó conocimientos nuevos acerca de la sífilis.

## **CONCLUSIONES**

El grupo de edades que predominó fue el adulto joven y el nivel educacional el preuniversitario. La intervención educativa logró una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimiento, donde se logró que los internos alcanzaran niveles altos de conocimientos sobre los temas impartidos. Resultó agradable e instructiva, fue positiva y evidenció un cambio en la percepción sobre la sífilis en la población penal del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vall Mayans M. Infecciones de transmisión sexual en el medio penitenciario. Rev Esp Sanid Penit. 2013 [citado 13 Jun 2017]; 15(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-0620201300010000](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-0620201300010000)
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Pautas para la atención integral al paciente con infección por VIH/sida en Cuba. La Habana: MINSAP [citado 13 Jun 2017]; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/cuba\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/cuba_art.pdf)
3. Cavalcanti de Albuquerque AC, da Silva DM, Cabral Rabelo DC, Torres de Lucena WA, Silva de Lima PC, Cunha Duarte Coelho MR, et al. Soroprevalência e fatores associados ao Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc Saúde coletiva. 2014 [citado 13 Jun 2017]; 19(7). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702125](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702125).
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan regional contra la sífilis. OPS Ahora. El boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud [citado 13 Jun 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora05\\_jul04.htm](http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora05_jul04.htm).
5. Fernández Hernández-Baquero G. Dermatología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987. p. 300-23.
6. Castro Abreu I, Rizo Montero Y, Reyes Pelier Y, Vázquez Adán Y. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual. Matanzas. Rev Méd Electr. 2009. [citado 13 Jun 2017]; 31(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n3/spu05309.pdf>
7. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999; 12:187 - 209.

8. Hook EW, Peeling RW. Syphilis control a continuing challenge. *N Eng J Med* 2004; 351:122-124.
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014 – 2019.
10. Ministerio de Salud Pública (Cuba), Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud 2017. [Internet] La Habana: MINSAP; 2018 [citado 9 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba>.
11. Ciego de Ávila. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Programa de ITS, VIH/SIDA, 2013 – 2017.
12. Ciego de Ávila. Centro Municipal de Promoción de Salud. Comportamiento de las ITS, 2013 – 2017.
13. Ochoa Soto R. Factores psicosociales y VIH. Habana: Editorial Lazo Adentro del Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; 2014.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Comunicación sin exclusión. Cartilla no sexista por una comunicación sensible a género y a favor del desarrollo. New York: PNUD; 2014 [citado 26 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.cu.undp.org/content/cuba/es/home/presscenter/articles/2015/09/03/nueva-cartilla-para-comunicaci-n-sin-exclusi-n.html>.
15. Ciego de Ávila. Base de datos de los Servicios Médicos del MININT. Programa de ITS, VIH/SIDA, 2013 – 2017.
16. Berdasquera Corcho D, Lazo Álvarez MA, Galindo Santana B, Gala González A. El control reciente de la sífilis. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en Internet] 2006[citado 5 Feb 2017]; 22(3). [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_3\\_06/mgi08306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi08306.htm).
17. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ginebra: WHO; 2003.p.1-5.
18. Mendoza JP. Adolescencia y sexualidad. La Habana: Pueblo y Educación; 2003.p. 7-15.

19. Ickowicz D, Rocha M. Enfermedades de transmisión sexual. En: Ickowicz D, Rocha M, editores. Enfermedades de transmisión sexual. Costa Rica: CIMED; 2004.p.1-3.
20. Chelala CA. Salud sexual y reproductiva. Washington: OPS; 1995.p. 4-10.
21. Pérez Salazar RM. Estrategia para incrementar el nivel de conocimiento de los médicos de la familia sobre sífilis. 2009 [citado 13 Dic 2017]. Disponible en: <file:///Y:/2016-2017/Sifilis%202017/S%C3%ADfilis-%20ClinicalKey.htm>.
22. Farreras V., Rozman C., Cardellach F. Medicina Interna. 17ma ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
23. Fadrugas Fernández A, Valdés Sánchez M, Fernández Machín LM. Caracterización del nivel de información sobre ITS/VIH/sida en adolescentes de la escuela secundaria básica José Luis Arruñada. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2012 [citado 14 Dic 2017]; 28(1):15-25 [aprox. 11 p]. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/mgi/v28n1/mgi03112.pdf>.24.
24. Berdasquera Corcho D, Rodríguez González IC. El médico de familia y el control de la sífilis después de una estrategia de intervención. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet] 2006 [citado 2017 Dic 13]; 22(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252006000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252006000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Berdasquera Corcho D, Lazo Álvarez MA, Galindo Santana B, Gala González A. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet] 2004 [citado 5 Feb 2017]; 42(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu.php/?script=sci\\_arttext&pid=s0253-17512004000200008&lng](http://scielo.sld.cu.php/?script=sci_arttext&pid=s0253-17512004000200008&lng)
26. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA | 2014-2018 Resolución Ministerial no. 773; 2013.
27. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Ecimed; 2002.

28. Goldman L, Ausiello D. Cecil Tratado de medicina interna. 23ª ed. Elsevier. 2012.
29. Roca Goderich R., Noya Chaveco ME., Moya González Noel. Temas de Medicina Interna. 5ta ed. La Habana: Ecimed; 2017.
30. Rodríguez González I, Torres Rodríguez C, Echevarría Pérez E, Noda Ramos A. Nueva propuesta metodológica para la pesquisa serológica de sífilis con VDRL-Plus. Rev Cubana de Med Tropical [serie en Internet]. 2014 [citado 14 Dic 2017]; 66(1):158-161 [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v66n1/mtr16114.pdf>.
31. Chaine B, Janier M. Infecciones de transmisión sexual. EMC –Urología [monografía en Internet]; 2013 [citado 14 Dic 2017]; 45(1):1-11. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1761331013641596.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1761331013641596.pdf?locale=es_ES).
32. Ministerio del Interior. Dirección de Servicios Médicos. Manual para la atención primaria de salud en los Establecimientos Penitenciarios, 2017. [documento no publicado]
33. Fernández Martell RM, Muro Mena F, Abillú ME, Dávila Véliz Y, González Carrillo L, Sánchez Fernández CM. Prevalencia de sífilis temprana. Policlínico Universitario “Héroes del Moncada”. Cárdenas, 2014. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Mar-Abr [citado 14 Dic 2017]; 38(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1453/3020>.
34. Janier M, Caumes E. Sífilis. [Internet]. 2012 [citado 13 Dic 2017]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1761289612627186.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1761289612627186.pdf?locale=es_ES).
35. Rodríguez González I, Álvarez Maturell E, Fernández Molina C. Aplicación de la hemaglutinación de treponema pallidum en el diagnóstico de la sífilis venérea. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2002 [citado 13 Dic 2017]; 40(2):108-11. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol40\\_2\\_02/hie05202.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol40_2_02/hie05202.pdf).

36. Sol Charles M. Intervención educativa sobre la sífilis en el personal de salud del Policlínico Universitario Norte, municipio Morón, 2009-2010. [Internet]. 2010 [citado 5 Ab 2017]. Disponible en: <http://www.repotesis.cav.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=114&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26FK%3DS%25C3%25ADfilis%26RP%3D10%26SR%3D0%26ST%3DQuick>
37. Arévalo Castro OR, Suárez Pérez Y. Determinación de sífilis por método serológico en gestantes de la ciudad de Guayaquil. Rev Cubana Inv. Biomédicas. 2015 [citado 14 Dic 2017]; 34(3):224-236. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v34n3/ibi03315.pdf>.
38. Valiente Hernández Y, Hernández Moya M, Sánchez Poulot M. Formación de reclusos como promotores de salud para la prevención del contagio de sífilis en un centro penitenciario. MEDISAN [serie en Internet]. 2016 [citado 3 Ab 2018]; 20(6):843. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000600008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000600008)
39. Sánchez Gómez A. Epidemiología del VIH y sífilis en grupos más expuestos y vulnerables en Ecuador. 2014 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: [https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12468/Tesis%20Doctoral%20Amaya%20Sanchez\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12468/Tesis%20Doctoral%20Amaya%20Sanchez_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
40. Pinzón Fernández MV, Mueses Marín F, Galindo Quintero J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia. Rev Cubana Sal Pub [serie en Internet]. 2013 [citado 14 Dic 2017]; 39(3):474-488. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/rcsp/v39n3/spu06313.pdf>.
41. Castro-Rodríguez A, Zamora-Reinaldo B, Lemes-Báez J, Maillo-Fonseca A, Espinosa-Guerra A. Factores sociodemográficos y de comportamiento sexual, asociados a la aparición de sífilis en embarazadas. Granma. Enero 2012 - 2015. MULTIMED Granma [revista en Internet]. 2017 [26 Jun 2018]; 20(5):

[aprox. 18 p.]. Disponible en:  
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/394>.

42. Juan Ruiz. Prevalencia de sífilis connatal y factores de riesgo asociados en el Departamento de Itapúa, registrados en el Hospital Regional de Encarnación en el periodo 2013-2014. 2015 [26 Jun 2018]; disponible en: <https://medicinauni.edu.py/wp.../Sifilis-neonatal-juan-ruiz-3-feb>  
Autoguardado.docx
43. Cortés Alfaro A, Lazo González Z, García Roche R, Bolaños JC. Conocimientos sobre ITS/VIH/sida en alumnos de la Facultad de Tecnología de la Salud en el municipio Cerro, 2012. 2014 [14 Feb 2017]; disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/53/73>
44. Romero Jara CM. Prevalencia de sífilis en gestantes de 15 – 35 años de edad en el hospital Teófilo Dávila en el área de consulta externa del año 2012. 2014 [citado 25 Jun 2018]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/2184>.
45. Zárate Aquino JJ. Efectividad de la educación sanitaria en el nivel de conocimientos y prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio Marco Punte Llanos. [Internet]. 2009 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/262/1/Zarate\\_jj.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/262/1/Zarate_jj.pdf)
46. Cubillán Mago SG. Educación sanitaria y tamizaje de sífilis en estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná. 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/handle/123456789/3400>.
47. Tagarro A. ¿Somos capaces de erradicar la sífilis congénita?. Med Clin (Barc) 2013 [citado 13 Dic 2017]; 141(4):159–160. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0025775313000766.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0025775313000766.pdf?locale=es_ES).

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Carta de autorización institucional**

Por este medio hago constar que se me ha solicitado autorización para realizar una investigación con fines educativos en la población penal del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila.

Según declaran los autores de la investigación, su propósito es elevar el nivel de conocimientos sobre la sífilis, a partir de evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa durante el período de enero a diciembre de 2017.

Se realizarán encuestas y se proyectarán materiales educativos a los internos seleccionados para participar en el estudio, los cuales serán los encargados de divulgar lo aprendido al resto de la población penal; para con ello, elevar los conocimientos sobre la enfermedad y con ello disminuir la morbilidad de la enfermedad en la institución y reducir la transmisibilidad en la comunidad.

---

Jefe del Establecimiento Penitenciario  
Provincial de Ciego de Ávila

---

Firma

---

Fecha

## **Anexo 2. Consentimiento informado de participación en la investigación**

Yo \_\_\_\_\_ hago constar que se me ha invitado a participar en una investigación sobre sífilis y he sido informado del objetivo que se persigue con la misma y que tendré que responder algunas preguntas de índole privada, que me mantendré en el anonimato; que los resultados no se harán públicos con fines que no sean para beneficio científico y social por lo que acepto participar en la misma, para lo que firmo el presente documento como constancia de mi aceptación.

\_\_\_\_\_

Firma del interno

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

\_\_\_\_\_

Fecha

### **Anexo 3. Encuesta sobre prevención de la sífilis**

**Consigna:** Usted forma parte de una investigación relacionada con la prevención de los factores de riesgo de la sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial. Por ello le solicitamos su colaboración, contestando esta encuesta que te presentaremos a continuación, queremos que sepa que toda la información recogida en este cuestionario es absolutamente confidencial y anónima. Le agradecemos su colaboración.

#### **Información general:**

Edad: \_\_\_\_

Nivel escolar vencido:

\_\_\_ Ninguno (Analfabeto)

\_\_\_ Primario terminado

\_\_\_ Primario sin terminar

\_\_\_ Medio Inferior (Secundario)

\_\_\_ Medio Superior (Preuniversitario)

\_\_\_ Superior (Universitario)

#### **Cuestionario:**

1. De los siguientes aspectos, ¿Cuál usted relaciona con el tipo de enfermedad que es la sífilis? Marque con una x:

a) \_\_\_ Enfermedad crónica

b) \_\_\_ Enfermedad infectocontagiosa

c) \_\_\_ Ninguno

2. ¿Alguna vez has padecido de alguna infección de transmisión sexual?

\_\_\_ Si

\_\_\_ No

3. De los elementos siguientes ¿Cuáles crees que sea el modo de transmisión de la sífilis?

a) \_\_\_ Por contacto sexual

- b) \_\_\_ Por vía aérea (gotas de flugge o saliva)
- c) \_\_\_ Por vía digestiva
- d) \_\_\_ De forma hereditaria
- e) \_\_\_ Por transfusiones de sangre contaminada

4. Entre los principales factores de riesgo de padecer la sífilis se incluyen. Marque con una x:

- a) \_\_\_ Alcoholismo
- b) \_\_\_ Relaciones sexuales desprotegidas
- c) \_\_\_ Drogadicción
- d) \_\_\_ Homosexualidad
- e) \_\_\_ Conducta sexual de riesgo (promiscuidad)
- f) \_\_\_ Higiene inadecuada de los alimentos de consumo
- g) \_\_\_ Hacinamiento (cuando viven más de dos personas en un cuarto)
- i) \_\_\_ Fumadores
- j) \_\_\_ Inmunodepresión
- k) \_\_\_ No los conoce

5. ¿Cuáles de los siguientes síntomas o signos te hacen sospechar que puedes tener la enfermedad? Marque con una x:

- a) \_\_\_ Secreción uretral
- b) \_\_\_ Expectoración con estrías de sangre o hemorragias francas
- c) \_\_\_ Chancro (úlceras indoloras que aparecen en los genitales)
- d) \_\_\_ Erupción en la piel
- e) \_\_\_ Dolor abdominal y diarreas
- f) \_\_\_ Fiebre con malestar, cefalea, pérdida de peso
- g) \_\_\_ Resfriados repetidos o prolongados
- h) \_\_\_ Ardor al orinar
- i) \_\_\_ Adenopatías (ganglios)
- j) \_\_\_ Alopecia en cuero cabelludo, barba y las cejas (caída del cabello)
- k) \_\_\_ Meningoencefalitis aguda

l) \_\_\_ No los conoce

6. La sífilis es hoy en día una preocupación en el mundo ¿A través de qué medidas crees que se pueda evitar? Marque con una x:

a) \_\_\_ Buena higiene personal

b) \_\_\_ Uso de condón o preservativo

c) \_\_\_ Vacunación

e) \_\_\_ Evitar el hábito de fumar

d) \_\_\_ Educación sexual

f) \_\_\_ Tomar agua hervida

g) \_\_\_ Conducta sexual adecuada (no ser promiscuo)

h) \_\_\_ Seguimiento serológico a las parejas sexuales

i) \_\_\_ Evitar el hacinamiento

j) \_\_\_ Realizar serología (VDRL) sistemáticamente a los donantes de sangre

**Puntuación para cada pregunta y pautas a seguir en cada ítem para clasificar los diferentes niveles de conocimientos.**

**Pregunta 1.** Se le asignó un valor de 20 puntos.

Alto: si identificó el inciso correcto (20 puntos).

Medio: si identificó el inciso correcto y uno incorrecto (10 puntos)

Bajo: si no identificó el inciso correcto (0 punto).

**Pregunta 3.** Se le asignó un valor de 20 puntos.

Alto: si identificó tres incisos correctos (20 puntos).

Medio: si identificó dos o uno correcto. (10 puntos).

Bajo: si no identificó ninguno (0 punto).

**Pregunta 4.** Se le asignó un valor de 20 puntos.

Alto: si identificó seis o más incisos correctos (20 puntos).

Medio: si identificó de tres a cinco correctos (10 puntos).

Bajo: si identificó menos de tres (0 puntos).

**Pregunta 5.** Se le asignó un valor de 20 puntos.

Alto: si identificó cuatro o más incisos correctos (20 puntos).

Medio: si identificó tres correctos (10 puntos).

Bajo: si identificó menos de tres (0 puntos).

**Pregunta 6.** Se le asignó un valor de 20 puntos.

Alto: si identificó cuatro o más incisos correctos (20 puntos).

Medio: si identificó tres incisos correctos (10 puntos).

Bajo: si identificó menos de tres (0 puntos).

**Por lo que se calificó de forma general en:**

Alto: calificación entre 85 y 100 puntos

Medio: calificación entre 60 y 84 puntos

Bajo: calificación de menos de 60 puntos.

## **Anexo 4. Programa de intervención educativa sobre sífilis**

Dirigido a internos con un adecuado coeficiente intelectual con insuficientes conocimientos sobre la prevención de la sífilis en el Establecimiento Penitenciario. Muestra conformada por 39 participantes, distribuidas en un solo grupo docente y dos subgrupos para las actividades prácticas con 20 y 19 alumnos cada uno.

### **Objetivo general**

Elevar el nivel de conocimiento de los internos del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila sobre los factores de riesgo que se relacionan con la sífilis en este ambiente específico para lograr un cambio de aptitud respecto a la prevención de la enfermedad.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar la situación actual de la sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial.
2. Identificar los factores de riesgo relacionados con la enfermedad
3. Describir los elementos esenciales del modo de transmisión de la enfermedad.
4. Reflexionar sobre la influencia de las condiciones y factores que propician la transmisibilidad de la enfermedad en el ambiente específico para lograr influencias favorables que modifiquen sus conductas y divulguen lo aprendido al resto de la población penal.

### **Organización de las sesiones**

#### **Primera sesión:**

Tema: Presentación y situación actual de la sífilis.

Objetivos:

1. Responder la encuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimientos en los internos seleccionados sobre la enfermedad.

2. Reconocer los elementos fundamentales que se abordarán en el curso para lograr la motivación.
3. Identificar la situación particular de la sífilis en la institución penal.

Tipo de actividad: técnica participativa

Recursos: papel, lápiz, pizarra.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: Residente de Medicina General Integral.

Participantes: todos los internos que participaron en la investigación y dieron su consentimiento.

### **Aspectos metodológicos a cumplir:**

#### **Introducción**

Se conversar con los internos sobre la sífilis, familiarizándolos con la situación de ésta en la institución penal, informándoles que se le realizará una encuesta sobre la misma.

#### **Desarrollo**

Se explica que deben ser lo más sincero posible respondiendo las preguntas de la encuesta y se lee la misma. Se reparten las encuestas a los internos. Los internos de forma individual responden el formulario. Cuando los internos terminan se recoge la encuesta.

#### **Conclusiones**

Se les da las gracias a los internos por haber trabajado de forma individual.

### **Segunda sesión:**

Tema: Modo de transmisión de la sífilis.

Objetivos:

1. Definir los elementos esenciales de la triada ecológica en la enfermedad.
2. Identificar los principales elementos que conforman la cadena de transmisión de la enfermedad.
3. Explicar las características esenciales de la vía respiratoria en el mecanismo de producción de la enfermedad.

Tipo de actividad: dinámica de grupo.

Tiempo de duración: 45 minutos.

Recursos: pizarra, tizas, papeles y lápices.

Responsable: Residente de Medicina General Integral.

### **Aspectos metodológicos a cumplir:**

#### **Introducción**

Se comienza recordando los aspectos de la encuesta de la clase anterior. Se les explica que en la actividad van a conocer elementos esenciales de la sífilis, para identificar los elementos que conforman la cadena de transmisión y las características de la vía sexual en el mecanismo de producción de la enfermedad.

#### **Desarrollo**

Se presenta una pancarta con los elementos esenciales de la triada ecológica de la enfermedad. Con ayuda de los conocimientos de los internos se explica cada elemento. Se reparten tarjetas con los elementos principales que conforman la cadena de transmisión de la enfermedad. Los internos la leen y se explica cada una.

¿Cuáles serán las características esenciales de la vía sexual en el mecanismo de producción de la enfermedad?

La investigadora explica cada vía detalladamente. Invita a contestar de forma escrita las siguientes preguntas:

- Menciona algunos elementos de la triada ecológica de la enfermedad.

- Di algunos de los elementos que conforman la cadena de transmisión de la enfermedad.
- ¿Cómo es la vía sexual en el mecanismo de producción de la enfermedad?

## **Conclusiones**

Creo importante la actividad de hoy. ¿Por qué?

## **Tercera sesión:**

Tema: Factores de riesgo y cuadro clínico de la sífilis.

Objetivos:

1. Identificar los principales factores de riesgo que se relacionan con la enfermedad.
2. Describir cómo influyen e interactúan estos factores en las condiciones específicas de un Establecimiento Penitenciario.
3. Reconocer los principales síntomas de la enfermedad en los demás internos.
4. Informar oportunamente al médico de cada destacamento cuándo identifiquen internos con la sintomatología de la enfermedad.

Tipo de actividad: video debate

Tiempo de duración: 45 minutos.

Recursos: Microcomputadora, pizarra, tizas, papeles y lápices.

Responsable: Residente de Medicina General Integral.

## **Aspectos metodológicos a cumplir:**

### **Introducción**

Se recuerda lo tratado en la clase anterior. En la actividad se va a observar un video sobre los principales factores de riesgo, cómo influyen e interactúan en un establecimiento penitenciario; van a ver los principales síntomas de la enfermedad y conocerán lo que deben hacer cuando identifiquen un interno con los síntomas.

## **Desarrollo**

Se invita a ver el video en la microcomputadora. Al terminar de ver el video se presenta en la pizarra varias preguntas que los internos deben debatir para comprobar sus conocimientos.

## **Conclusiones**

Para concluir pregunta. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la enfermedad en un centro penitenciario?

## **Cuarta sesión:**

Tema: Medidas de prevención de la sífilis.

Objetivos:

1. Describir las principales medidas de prevención de la enfermedad.
2. Aplicar las principales medidas de promoción y prevención de la enfermedad.

Tipo de actividad: video debate

Tiempo de duración: 45 minutos.

Recursos: Microcomputadora, pizarra, tizas, papeles y lápices.

Responsable: Residente de Medicina General Integral.

## **Aspectos metodológicos a cumplir:**

### **Introducción**

Se recuerdan los factores de riesgo de la enfermedad, pues van a conocer las principales medidas de prevención de la enfermedad y cómo aplicarlas.

### **Desarrollo**

Se presenta en la microcomputadora las principales medidas de prevención de la enfermedad. Después de analizada cada medida, se pregunta a cada interno cómo aplicaría estas medidas en la vida diaria.

## **Conclusiones**

Consideran importante conocer estas medidas de prevención ¿Por qué?

## **Quinta sesión:**

Tema: Evaluación y cierre.

Objetivos:

1. Responder la misma encuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimientos en los internos seleccionados sobre la enfermedad.
2. Responder la encuesta para evaluar la satisfacción con el programa implementado.

Tipo de actividad: dinámica de grupo

Tiempo de duración: 45 minutos.

Recursos: Pizarra, tizas, papeles y lápices.

Responsable: Residente de Medicina General Integral.

## **Aspectos metodológicos a cumplir:**

### **Introducción**

Para esta actividad van a responder la encuesta anterior para comprobar los conocimientos de los temas impartidos.

### **Desarrollo**

Se reparten las encuestas y se les pide que trabajen de forma individual. Los internos responden la encuesta.

## **Conclusiones**

Consideran que el programa fue importante ¿Por qué?

Se reparte el formulario para medir satisfacción con el programa.

## **Anexo 5. Encuesta para evaluar la satisfacción con el programa de intervención educativa sobre sífilis implementado**

**Consigna:** Usted formó parte de una investigación relacionada con la prevención de los factores de riesgo de la sífilis en el Establecimiento Penitenciario Provincial. Por ello le solicitamos su colaboración, contestando esta encuesta que te presentamos a continuación para evaluar su satisfacción con la preparación recibida. Queremos que sepa que toda la información recogida en este cuestionario es absolutamente confidencial y anónima. Le agradecemos su colaboración.

### **Cuestionario:**

1. Me aportó conocimientos nuevos y aclaré dudas.  si  no
2. Me resultó agradable e instructivo.  si  no
3. Me ayudó a ver la sífilis de una forma diferente.  si  no
4. Me enseñó a tratar con los demás internos la prevención de la sífilis.  si  no