

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JOSE ASEFF YARA

POLICLÍNICO NORTE DIEGO DEL ROSARIO

MORÓN

Intervención Educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA en estudiantes del Policlínico Norte de Morón en el año 2009.

AUTOR: Lic. Onisdelcis Reyes Pérez. Profesor Asistente.

PROYECTO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN 1ER GRADO EN ENFERMERÍA GENERAL COMUNITARIA.

MORON 2009

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JOSE ASEFF YARA

POLICLÍNICO NORTE DIEGO DEL ROSARIO

MORÓN

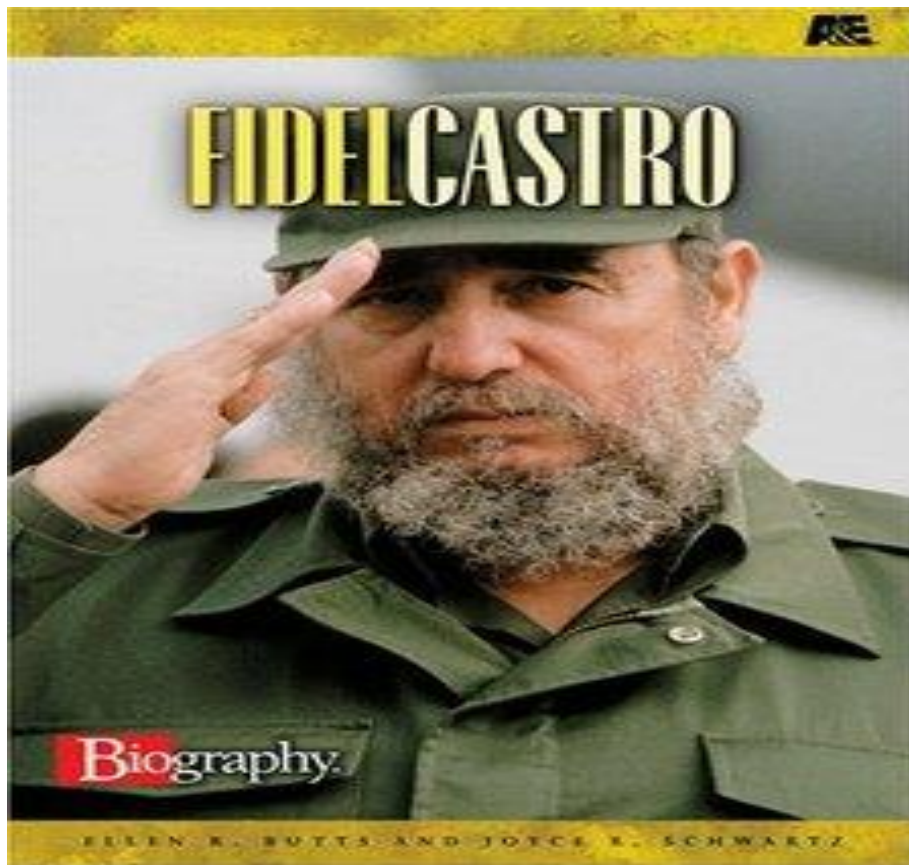
Intervención Educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA en estudiantes del Policlínico Norte de Morón en el año 2009.

AUTOR: Lic. Onisdelcis Reyes Pérez. Profesor Asistente.

TUTOR: Dra. MsC. Lourdes Gutiérrez Franco. Prof. Asistente

PROYECTO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN 1ER GRADO EN ENFERMERÍA GENERAL COMUNITARIA.

MORON 2009



El Comandante en Jefe, *Fidel Castro Ruz*, el 15 de enero de 1960, cuando
planteara:
...el futuro de nuestra Patria, tiene que ser, necesariamente un futuro de
hombre de ciencias...

A mis hijos
A mis padres

A mis hijos por ser la luz de mi inspiración.

A mi madre por la ayuda brindada ante las tareas familiares, lo que permitió mi dedicación ante el estudio.

A Milly por su paciencia ante las molestias ocasionada en sus horas de descanso y apoyo incondicional.

RESUMEN

Se realizará un estudio Pre experimental antes – después con el objetivo de conocer la utilidad de una Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA en estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Comunitario Docente del Área Norte de Morón. El universo estará constituido por 535 estudiantes que conforman la matrícula, se trabajará con los cinco años de la carrera (208 estudiantes), la muestra se escogerá por muestreo aleatorio simple de manera que quedará representando el 33%, quedando en el estudio un total de 66 estudiantes. Los datos se recogerán de las encuestas creadas por la autora y previamente validada que se aplicará antes y después de la intervención educativa.

La información se resumirá en tablas, los resultados se expresarán en por ciento. La investigación mostrará sí que existe desconocimiento sobre ITS VIH/SIDA en estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Comunitario Docente del Área Norte de Morón, que en su mayoría desconocen los temas tratados en la Intervención Educativa, los cuales quedaran esclarecidos después de la realización de estas, se elevara el nivel de conocimiento sobre ITS VIH/SIDA. Se realizarán encuestas antes y después de la Intervención Educativa para medir los conocimientos obteniéndose resultados satisfactorios.

Palabras claves:

ITS- VIH/SIDA- INTERVENCIÓN EDUCATIVA

ÍNDICE

	Pág.
I- Introducción-----	1-4
II- Hipótesis-----	5
III- Objetivos. -----	6
IV- CAPITULO I: Fundamentación teórica-----	7-27
V- CAPITULO II: Metodología-----	28- 31
VI- CAPITULO III: Análisis y discusión de los resultados-----	32- 40
VII- Conclusiones-----	41
VIII- Recomendaciones-----	42
IX- Referencias bibliográficas-----	43-47
X- Anexos-----	48-50

I- INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el año 1980, los especialistas en materia comenzaron a proponer diferentes teorías del surgimiento del virus. En nuestros días la teoría más aceptada sobre el origen del VIH/sida, basado en evidencias de sueros guardados hasta la fecha, es que este virus existía desde la década del 50 y se diseminó fácilmente por el mundo. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) provocan en todo el mundo problemas acuciantes con vastas repercusiones sociales, culturales, económicas, políticas, éticas y jurídicas. La relación sexual constituye el principal modo de transmisión de la infección por el VIH. (1-2)

El SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida fue reportado por primera vez en los Estados Unidos, el año 1981, desde entonces se ha convertido en la mayor epidemia en el mundo, causado por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus altera las habilidades del organismo en su lucha contra las infecciones y algunos tipos de cáncer, ya que actúa destruyendo o dañando progresivamente las células del sistema inmunológico.

Los orígenes del SIDA aún no están muy claros. Se sabe que en 1981 surgió una epidemia la cual creció rápidamente. En un principio los científicos pensaron que se debía a un nuevo virus creado por la CIA o por la KGB. Sin embargo, desde 1959 se ha detectado casos de SIDA y de VIH-1 y VIH-2 en África y desde 1968 en Norteamérica. (3)

De acuerdo con los nuevos datos del informe sobre epidemia mundial de SIDA, 2009, la epidemia parece estar desacelerándose al nivel global, pero el número de nuevos contagios continúa incrementándose en ciertas regiones y países. El reporte muestra una disminución en la presencia del VIH entre los jóvenes en algunos países a lo largo de los últimos 5 años, pero aun así continúa siendo una amenaza excepcional. (4)

En América Latina y el Caribe se estima que hay 760 000 jóvenes que viven con el VIH/SIDA (31%, mujeres). Unos pocos países caribeños tienen algunas de las más graves epidemias fuera de África y al menos 2% de sus mujeres jóvenes están infestadas. En América Latina el virus se ha propagado principalmente

entre hombres que tienen actividad sexual con otros hombres, pero está alcanzando otras poblaciones, entre ellas mujeres jóvenes.

Los jóvenes adultos de 15 a 24 años de edad constituyen la mitad de aproximadamente de 5000 000 de nuevos casos que cada año se agregan a las infestaciones con el VIH en todo el mundo. (5)

En Cuba se ha producido en los últimos años una situación que complica aún más las actuaciones de salud sobre estas infestaciones, mientras se evidencia una liberación en las relaciones, por otro lado, se manifiestan los prejuicios y limitaciones en los momentos que resulta necesarios hablar de ellos en aras de conocer su nivel de riesgo y orientar como hacerlas más seguras y saludables. (6)

En Cuba, la epidemia presenta un ritmo de crecimiento lento, pero sostenido.

Los sectores con mayor número de personas diagnosticadas son los sectores de la salud, educación, cultura, comercio interior y turismo, aunque el resto de los sectores también están afectados en menor proporción. El sexo más afectado es el masculino, 80% de la epidemia, con un crecimiento importante de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los que representan 67,0 % de todas las personas diagnosticadas y 86,1 % de los del sexo masculino. Por grupos de edades, las mayores tasas las aportan los grupos de 20 a 24 años; los grupos de mayor edad no están exentos de adquirir la infección, ya sus tasas se han elevado, aunque no llegan a ser como en los más jóvenes, 54,0% de la tasa lo acumula Ciudad de la Habana.

Aunque la guerra contra el sida está aún lejos de terminar, el 2009 podría ser un año clave en términos de prevención y tratamiento, señalan los expertos. (7-8)

El acceso más generalizado al tratamiento podría también producir beneficios en la prevención, destacó una experta.

También hubo nuevos indicios de esperanza en términos del tratamiento. Un relato importante procede de un caso de estudio que se publicó en febrero en la New England Journal of Medicine (NEJM). El paciente en cuestión era VIH positivo y tenía leucemia, por lo que recibió un trasplante de células madre para ayudar a curar el cáncer. Sin embargo, el trasplante fue único, ya que el donante portaba una mutación genética poco común que confería inmunidad virtual al VIH.

El resultado: después del trasplante, el paciente ya no tiene un nivel detectable

de

VIH.

Johnston subrayó que una terapia de este tipo quizá nunca llegue a convertirse en un tratamiento generalizado para el VIH/sida, debido a que el grupo de donantes es muy escaso y a que los trasplantes de médula ósea implican un riesgo de muerte de un 30%. Aunque el caso sí ofrece posibilidades interesantes. "Es una prueba de concepto de que quizás algún día podamos curar el VIH", señaló. "Por tanto, existe el interés de encontrar dónde se podría hacer algo similar a través de la terapia genética, por ejemplo", evitando los peligrosos trasplantes de células madre.

Otros avances en el VIH/sida también acapararon los titulares en 2009. (9)

En febrero, se encontró que un gel microbicida tópico reducía en un 30% las probabilidades de infección del VIH en mujeres africanas en riesgo, mientras que en septiembre, investigadores de la "Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA", señalaron que habían descubierto dos anticuerpos del sistema inmunológico que podrían convertirse en potentes objetivos de amplio espectro para la investigación de la vacuna en el futuro. (10)

Y en el mundo de la política, en octubre la administración de Obama derrocó la prohibición de entrada a extranjeros con VIH en Estados Unidos. Según informa Associated Press, Obama describió la prohibición como una política "basada en el miedo y no en hechos", y señaló que su derogación fomentaría el mayor uso de la prueba del sida y ayudaría a salvar vidas. Aun así, a pesar de los avances de este año, el VIH/sida continúa con su camino de destrucción desde hace décadas, tanto en Estados Unidos como en todo el mundo.

En el mundo actual los estudiantes tienen una de las tasas más altas de ITS, incluso se plantea que alcanzan proporciones de epidemias entre ellos, por ser más activos sexualmente, menos cuidadoso, reacción a consejos médicos y a tratamientos adecuados y en Cuba, estas constituyen después de los accidentes el segundo problema de salud con una elevada morbilidad en este grupo poblacional. (11)

La introducción de la enseñanza sobre las ITS-VIH-SIDA en las escuelas genera cuestiones potencialmente polémicas, aunque se reconocen en general las ventajas personales, comunitarias y mundiales de una educación eficaz en ese

terreno, la OMS, señalo que la educación ha dejado de ser un lastre para convertirse en un escudo (12 - 13)

El propósito de los programas de educación en estas infecciones es proveer a los estudiantes del conocimiento y la destreza que le permitan comportarse de forma responsable y por consiguiente proteger su propia salud y bienestar.

Es de esperar que las personas jóvenes adopten un comportamiento sexual más seguro si disponen de la información, los conocimientos prácticos y los medios necesarios para ellos por lo que es necesario orientar esos programas hacia la adquisición de actitudes para la vida que permitan hacer frente a las situaciones de riesgo de la infección por ITS/VIH/SIDA, también son fundamentales para responder adecuadamente a las peticiones de relaciones sexuales u ofrecimiento de drogas y tomar decisiones responsables ante opciones difíciles.(14)

Por todo lo anteriormente expuesto se puede plantear que el problema **de la investigación** resulta ser que existen insuficiencias en el conocimiento de los estudiantes sobre ITS/VIH/SIDA.

Para el desarrollo de este estudio se centró en el objeto: el proceso preventivo de salud conformando el **campo de investigación** a las ITS/VIH/SIDA

II- HIPÓTESIS.

Si se aplica una Intervención Educativa basada en un sistema de acciones, entonces se elevará el nivel de conocimientos en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Norte de Morón

III- OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar una intervención educativa basada en un sistema de acciones para elevar el nivel de conocimiento de ITS/VIH-SIDA en estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Norte de morón.

ESPECIFICOS

Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la Intervención Educativa en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería en estudio sobre los siguientes aspectos:

1. Infecciones de transmisión sexual.
2. Transmisión de estas enfermedades.
3. Manifestaciones de estas enfermedades.
4. Evolución de estas enfermedades.
5. Actitud asumida en presencia de una ITS.
6. Hábito sexual practicado.
7. Protección en las relaciones sexuales.

IV FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO

Las ITS constituyen un grupo de enfermedades producidas por diferentes agentes etiológicos, que tienen en común que su principal vía de transmisión es las relaciones sexuales. Este hecho le confiere la especial connotación pues para su control se necesita conocer y actuar sobre las relaciones y conductas sexuales de las personas, aspectos de la vida en que muchas no están de acuerdo en que se inmiscuyan.

Por otra parte, las relaciones sexuales y las enfermedades que se relacionan con las mismas, aún están rodeadas de prejuicios y mientras a nadie le resulta penoso reconocer que es portador de otra enfermedad, muchos prefieren que no se conozca que padecen de una ITS. (15).

La clasificación de la ITS propuesta por el Dr. Flores Colombino, destacado médico sexólogo uruguayo, se basa en el criterio de gravedad e importancia.

- I- Infecciones graves e importantes de no ser tratadas dañan órganos ajenos al aparato genital.
 - 1- Infección genital no específica. Uretritis no gonocócicas o no específicas y enfermedades inflamatorias de la pelvis por clamidias y otros.
 - 2- Gonorrea o blenorragias.
 - 3- Sífilis.
 - 4- Herpes simples genital tipo I y II
 - 5- Hepatitis A y B
 - 6- Infección por VIH-Sida.
 - 7- Infección por citomegalovirus.
- II- Infecciones de carácter menor. Generalmente localizada en el aparato genital.
 - 8- Candidiasis genital o moniliasis.
 - 9- Trichomoniasis genitourinarias.
 - 10-Condiloma acuminado o verrugas genitales.
 - 11-Pediculosis pubis.
 - 12-Escabiosis.
 - 13-Moluscum contagiosum.
 - 14-Vaginitis inespecíficas.

III- Infecciones más raras.

15-Chancro blando o chancroides.

16-Linfogranuloma venéreo.

17-Granuloma inguinal.

18-Giardiasis.

19-Amebiasis.

20-Oxiuriasis.

21- Infecciones por agentes bacterianas y parasitarias en varones homosexuales.

22-Mononucleosis infecciosas.

La incidencia de las ITS en los jóvenes ha aumentado a nivel mundial pero la prevalencia varía de una región a otra.

Aproximadamente una tercera parte de los 333 millones de casos nuevos de ITS que surgen cada año, excluido VIH, ocurren entre las personas menores de 25 años, según reporte de la OMS.

Datos recientes sugieren que siguen creciendo el número de casos con ITS lo cual traduce que la prevención de estas infecciones entre los jóvenes es una estrategia excelente para frenar la pandemia del SIDA y el resto de las ITS. (16-17)

Según datos de la Organización Mundial de Salud, en el 2003 se detectaron en el mundo más de 60 millones de nuevos casos de gonorrea.

Además del VIH existen otros virus que producen ITS como la infección por el Virus Papiloma Humano, la Hepatitis B y C, el Herpe simple genital e infecciones bacterianas como la clamidiasis producida por la *Chlamydia Trachomatis*, la Blenorragia producida por el *Gonococo*, la sífilis producida por el *Treponema Pallidum* y el chancro blando. (18)

El incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es motivo de preocupación para el personal de la salud, especialmente para el epidemiólogo y los médicos de la atención primaria que luchan constantemente contra los factores de riesgo que actúan en la cadena epidemiológica, y con las dificultades que plantea actualmente su prevención.

En la bibliografía histórica revisada la idea predominante es que estas enfermedades se fueron extendiendo entre la población indígena por el contacto

con los mineros, tantos militares como civiles de la flota española que llegaban a las nuevas tierras.

Es por ello que épocas tan tempranas como fue el año 1557. El Cabildo de la Habana dictó un pregón prohibiendo y condenando la prostitución con pena de 50 azotes a las mujeres que fueran sorprendidas ejerciéndola, y con esta medida se logró frenar la propagación de estas enfermedades hasta finales siglo XVII, en que se eleva el número de enfermos a cifras alarmantes y el gobierno colonial se ve en la necesidad de adoptar medidas administrativas dentro de la sociedad para evitar que el mal continuara. (19)

En 1774 se realiza el primer censo de prostitutas. Al fundarse en el año 1668 el Hospital de San Francisco de Paula, en la Habana se cuenta por primera vez con una institución dedicada a la atención de la mujer enferma, única en su clase por más de un siglo, pues no es hasta el año 1794 que se crea la Real.

Casa de Beneficencia que, además de brindar protección a los niños desamparados, también debía acoger a las mujeres pobres sin recursos ni familiares. (20)

En el siglo XIX, las enfermedades venéreas sifilíticas, tuvieron un considerable desarrollo, lo que obligó a crear hospitales especiales para su tratamiento, Como fue “El Retiro” de Don Vicente Garcini, y en el año 1840 el Hospital Militar de “San Ambrosio” situado en la Habana, que muestra que, del total de 7180 enfermos asistidos, se clasificaron muchos con las siguientes enfermedades venéreas: gonorrea (346), bubones (313), úlceras y pústulas veneras (422) y estrechez uretral (36). Así mismo ya en 1866 los Hospitales de la Habana, atendieron a 2609 pacientes con enfermedades venéreas.

Según el Dr. Claudio Delgado durante el período de 1868 a 1872 las enfermedades venéreas aumentaron de manera considerable, dado por el inicio de la lucha armada por la independencia de Cuba y por tanto hubo un incremento en la población masculina flotante estos quinquenios se asistieron en los Hospitales de La Habana a 10348 enfermos de dichos males. Entre 1870 1872, fueron atendidos en los hospitales 5117 casos, y entre ellos 1873 a 1875 un total de 5162, Delgado Amestoy.

Memoria sobre la higiene de la prostitución en la Habana y reglamento correspondiente aprobado por el general de esta isla vigente en esta capital, 1876/ Manuscrito en la Oficina del Historiador SP. (21)

En el mes de junio de 1873 fue abierto el Hospital de Higiene, que primitivamente era el asilo de niños pobres San José, y en él verificaba el internamiento de las prostitutas que los inspectores médicos encontraban enfermas de males venéreos. En este período las enfermas debían pagar sus tratamientos.

Al año 1878 (conclusión de la guerra) le correspondieron 1073 casos atendidos en Hospitales civiles, aumento que también se observó en los Hospitales militares. Entre los años 1879 a 1883, las estadísticas de las Casas de Salud de la Habana, mostraron un aumento de caso de enfermedades venéreas, y se observó luego una disminución paulatina desde ese último año hasta 1886.

En la Habana, el 15 % de la asistencia médica privada de las Sociedades de Socorros Mutuos, se ofrecía a enfermos venéreos, así como el 10 % de las consultas de los HOSPITALES MILITARES. 5.6 EN EL hospital de Higiene, durante el período de 1874 a 1898 según el movimiento hospitalario, se observó que en los años que siguieron a la guerra de independencia hubo un aumento considerable de mujeres enfermas en la Quinta de Higiene, que llegó en el año 1879 a mostrar una de las cifras más elevadas con 502 casos, superados solamente por el año 1896, donde se reporta la cifra de 1409 casos, la más alta de todo el período. Distinguidos autores sostenían que la blenorragia tenía su origen en el contacto con pus de otro enfermo de blenorragia, aunque la opinión predominante era la que aceptaba que la blenorragia se debía a una irritación excesiva de la uretra principalmente por “excesos venéreos”.

El examen de las estadísticas de los Hospitales y quinta de la Habana tienden a probar que la mortalidad por enfermedades venéreas y sifilíticas en los enfermos atendidos en esos años, llegó hasta 2,43 por 100, mínimo la morbilidad general de la población, calculándole a la Habana 250 000 Hab. Sería de 3,14 por 100. (22)

Medidas de control. Unas de las primeras actividades de control ejercidas por las autoridades coloniales sobre las enfermedades venéreas, fue la disposición tomada en el mes de abril de 1873, por el gobernador Pérez de la Rivas quien alarmado por el número de prostitutas existente en la Habana, decretó un registro especial para su control. 8 Creó al efecto una sección administrativa y otra médica compuesta por 4 facultativos, número que en agosto del año siguiente se elevó a 6, además de una de policía que lo formaban 4 celadores. 5 En Diciembre del propio año aparece el primer reglamento de control de prostitución

titulado Reglamento Especial de Higiene Pública en el que se especifica que la supervisión de la prostitución era misión encomendada a los municipios, 7 y la inspección médica era a domicilio, 2 veces a la semana un día para el examen general y externo, y otro para el reconocimiento vaginal con espejo con la reglamentación de la prostitución el gobernador trato de dar respuesta a dos problemas fundamentales: uno sanitario Y otro moral. El primero mediante la profilaxis y la reglamentación, y el segundo persiguiendo el clandestinaje.

Y por los años 1839 y 1840 gozaba de fama como tratamiento aplicado a enfermos de sífilis, las fumigaciones de vapor y los baños sulfurosos. El tratamiento utilizado contra la blenorragia se basaba en medicina verde; la copiaba, era uno de los medicamentos más eficaces para combatirla en el hombre, así como otras enfermedades que no fueran sifilíticas, además del tratamiento con hojas de nogal: En el caso del uso de la copiaba para combatir la blenorragia en la mujer existieron criterios diversos, al comunicar diferentes médicos que este no era efectivo, porque la mencionada sustancia necesitaba mezclarse con la orina para lograr su efecto terapéutico. (23)

En el año 1888 después de las transformaciones radicales de las ideas con respecto a dicha enfermedad, el tratamiento era muy sencillo; se reducía por lo general a las inyecciones antisépticas que exterminasen el agente infeccioso, el gonococo, y a un tratamiento general que modificara la constitución diatésica de los enfermos con la aplicación de tónicos; y la tendencia flexionaría de la uretra (acumulación morbosa de humores se trataría con los bálsamos. (24)

Comportamiento en el período Republicano Burgués.

En los primeros años de la pseudo república era difícil poder conocer el número exacto de enfermos de sífilis en el país, al no contar con estadísticas de esta enfermedad en su totalidad, solamente las reportadas por los Hospitales y las Casas de Salud de la Ciudad de la Habana. La información brindada por estas instituciones para el año 1902 fue 21970 casos, de estos 418 eran sifilíticos, lo que representaba el 2 de la morbilidad general.

En el Manual de Práctica Sanitaria se señala que los médicos que prestaban sus servicios a las sociedades regionales y de socorros mutuos, sabían por experiencia que del 8 al 10 de los enfermos que acudían a las consultas eran sifilíticos. En el año 1902 se afirmaba que la blenorragia en Cuba, era la más frecuente de todas las enfermedades venéreas.

Durante este año se atendieron en todos los Hospitales de la Habana 1494 casos de personas que la padecían, es decir, por cada caso de sífilis, fueron atendidos 3,5 de blenorragia. (25)

Las estadísticas (siempre insuficientes) de los distintos establecimientos benéficos públicos hacen notar que en la Quinta de Salud La Benéfica en el año 1912 se reportaron una gran cantidad de enfermos, 405 casos de blenorragia, 206 chancros blandos y 178 sífilis en cualquiera de sus 3 períodos.

Por su parte, en la Quinta de Salud la balear durante el año 1913 hasta el mes de octubre, se habían atendido 135 casos de males venéreos, destacándose la sífilis en número de 49. En el mismo período la Quinta de Salud de la asociación canaria atendió 170 casos de enfermedades venéreas, de los cuales 82 eran sifilíticos.

Después del año 1920 se fundó el Hospital Freyre Andrade, conocido como hospital de emergencia en el cual se habilitó una consulta externa de dermatología que trataba a los enfermos que padecían de sífilis y no otras enfermedades venéreas, recibiendo como promedio diario el beneficio de esta consulta de 8 a 10 sifilíticos.

En mayo de 1928 fue fundada la sociedad cubana de dermatología y sifilografía, integrada por un grupo de destacados jóvenes profesionales que tenían interés con el problema relacionado con las enfermedades dermatológicas y la sífilis.

En 1929 se crea el instituto municipal de profilaxis venéreas "Joaquín Albarran" Pero anteriormente a este, venían funcionando brillantemente los servicios de dermatología y sifilografía de los Hospitales "Nuestra Señora de las Mercedes" y "General Calixto García", adscriptos a la cátedra de la especialidad, y dirigido por sus profesores Braulio Sáenz y Vicente Pardo Castellón, en los cuales además de la atención de enfermedades dermatológicas, se realizaba el tratamiento de los enfermos de sífilis. En 1939 se expone ante el cuerpo médico cubano la gravedad que representaba la endemia de sífilis en Cuba, por lo que solicito la adopción de medidas para combatirlas.

En el servicio de profilaxis creado en 1942 en la ciudad de la Habana para las enfermedades venéreas, en los primeros cuatros meses de trabajo fueron tratados 74 casos de chanclos sifilíticos sin complicaciones, 13 casos complicados, 38 enfermos de sífilis secundaria, 107 casos de blenorragia y 26 chanclos blandos.

Esta información hace presumir la elevada morbilidad de estas enfermedades en toda la nación. A partir de esta fecha comienzan a funcionar en distintas ciudades del país dispensarios, donde eran atendidos gratuitamente, conforme a sus estatutos, a los enfermeros de sífilis, enfermedades cutáneas y lepra, los cuales desarrollaban una labor beneficiosa y organizada científicamente. Como ejemplo de estas instituciones podemos citar los siguientes: (26)

Dispensario de "Saenz" de la Habana, que en el primer semestre de 1944 trató a 245 enfermo.

El dispensario de Pinar de Río, creado en 1945 desarrollaba una función social y de salubridad en la capital de esa provincia y sus poblaciones cercanas. En sus cuatros primeros años de labor estadísticas de sífilis se diagnosticaron 800 casos.

El dispensario de Matanzas comenzó a funcionar a partir de 1950 y durante cuatro años y seis meses acudieron a consulta 8341 casos nuevos, de los cuales 1506 padecían de sífilis, para un 18,1 %. De estos pacientes solo completaban el tratamiento un 11,4 % en los casos de sífilis adquirida, y un 17 en los casos de sífilis congénita, a pesar de que utilizaban todos los medios persuasivos posibles.

Con la generalización del uso de la penicilina, se observó un decrecimiento en la curva de incidencia de caso de sífilis, que, de una cifra de 2608 casos en el año 1949, llegó en 1958 a registrar 896 casos solamente, lo que demostró la eficacia de este medicamento en el tratamiento de la enfermedad.

El patronato para la profilaxis de la lepra, las enfermedades cutáneas y sífilis continuó su labor después de la caída de la dictadura de Batista.

La presencia en las ciudades del campesinado de los más remotos lugares del país, registró un aumento en los casos de sífilis, principalmente el chanclo sifilítico, que ya prácticamente no se presentaba.

Medidas de Control. Los años 1901 y 1902 son considerados como una etapa en que nuestro estado sanitario progresó considerablemente, a lo cual contribuyó con eficacia al servicio médico de higiene especial. El 3 de marzo de 1902 constituyó la comisión de higiene, dos meses antes de que se proclamara la república esta comisión quedó conformada por un grupo de ilustres personalidades presididos por el Dr. Carlos J Finlay por un período de 4 años. A través de esta comisión todos los ayuntamientos del país, enviaron datos acerca

de la organización de servicios de higiene especial en las distintas localidades de la Isla. (27)

Durante el primer gobierno interventor norteamericano, en febrero de 1902, se dictó el reglamento general para el servicio de higiene para la prostitución. Este estado subsistió hasta el año 1913 en que por decreto del presidente Mario García Menocal, y siendo el secretario de la sanidad el Dr. Enrique Núñez Palomino, entró nuestro país en las filas de las naciones abolicionistas de la prostitución, dejando en suspensión la aplicación de los reglamentos anteriormente referidos que regulaban el ejercicio de esas mujeres. Se debe señalar que dicho decreto en su artículo 2do. Establecía que los Jefes de sanidad de las poblaciones de la república, cuyo número de habitantes excedieran de 10 000, quedarían encargados de establecer consultorios para atender gratuitamente y para la aplicación de tratamientos de las enfermedades venéreas y sifilíticas; así como también en los artículos 4to y 5to.

Se ordenaba a la policía y a la secretaria de gobernación: “La Adopción de cuantas medidas permitiera reprimir el libre ejercicio de la prostitución, y el escándalo público originado por el libertinaje”, además se ordenaba a la secretaria de sanidad y beneficencia “La adopción de las medidas más oportunas para la profilaxis de las enfermedades venéreas.

A partir de aquel decreto de 1913, nuestro país, que había abolido la prostitución, se convirtió en la práctica en el paraíso de esta, y lógicamente las enfermedades venéreas alcanzaron un auge extraordinario sin estar sometida a ninguna medida de control higiénico o de supervisión sanitario. (28)

En el año 1920 se creó por compromisos internacionales el dispensario de profilaxis venéreas de la secretaria de sanidad y beneficencia, que fue instalado con todo el adelanto existente en aquella época, y que paulatinamente fue perdiendo, al ver reducido cada vez más escasos presupuestos.

El 5 de diciembre de 1938 por el decreto presidencial No. 265, se creó el denominado patronato para la profilaxis de la lepra, enfermedades cutáneas y sífilis, como una dependencia de la secretaria de sanidad y beneficencia, organizado para desarrollar esas funciones en julio de 1943. Hasta ese momento, sólo existían servicios destinado a la atención de las enfermedades venéreas en la capital de la república, con capacidad de tratamiento y suministro gratuito muy reducido. En 1939 se creó la liga antivenérea de Santa Clara y la

liga contra la sífilis de Santi Spiritus. En 1940, en el libro de la “Profilaxis de la Sífilis” el Dr. Ferrer recomienda la implantación en Cuba de la declaración Sanitaria, de la misma forma que se realizaba en Suecia, Checoslovaquia y en Massachssets, lo que permitiría un mejor control estadístico. En el mes de abril de 1942, a instancias del Dr. Matías Duque Perdomo y otros ilustres profesores se organizó un servicio de profilaxis venéreas para la ciudad de la Habana, y se estableció en la casa de socorro, del distrito Cerro un servicio de tratamiento a todos los males venéreos.

Este servicio llevaba un libro registrado donde se anotaban los enfermos que acudían al centro de la información siguiente: Nombre del enfermo, domicilio, tratamiento impuesto y fecha de egreso; esos mismos detalles se anotaban en una tarjeta para la fácil confección de la estadística y para encontrar en un momento dado el historial clínico del paciente.

El código de defensa social, al incorporar en nuestra ley penal el delito del contagio venéreo puso a Cuba en la avanzada de la legislación sobre el control de enfermedades transmisibles, suministrando un valioso instrumento legal para la prevención de esos males. (29)

Tratamiento. El instituto Albarrán brindaba tratamiento gratuito a los enfermos con sífilis y blenorragia, y realizaba una labor profiláctica muy extensa, aunque en la práctica se veía afectada por la falta de la pesquisa epidemiológica.

En la conferencia sanitaria de Caracas de 1947 se planteaba ya como alternativa de tratamientos, los arsenicales o penicilina para la sífilis, y la penicilina y las sulfamidas en el caso de la gonorrea.

En Cuba se comienza a utilizar la penicilina para el tratamiento de la sífilis en el año 1949, gracias a las gestiones del Dr. Alberto Oteizas Setien, director general del patronato, el que logró créditos financieros para la adquisición de la penicilina. Como ejemplo de los gastos ocurridos de la implementación de estos tratamientos estuvo la provincia de Pinar del Río, que en la década del 40 los principales gastos recayeron en los medicamentos siguientes; bismuto, arsenicales y penicilina.

Acerca de la prevención de estas enfermedades en esos años era señalada por el Dr. Ismael Ferrer que planteaba la necesidad de la divulgación popular actuando sobre 3 grandes grupos sociales.

- Los adultos de cada sociedad.

- La juventud, que constituía el sector de ataque de sífilis (de cada 10 casos de sífilis 8 la habían adquirido antes de los 30 años de edad.
- Los niños sobre los cuales se actuaría con técnicas de educación sexual en las escuelas y hogares con la finalidad que al convertirse en adultos conocieran el peligro venéreo.

Así mismo el Dr. Ferrer expresaba la importancia de la educación profesional con la capacitación de un equipo integrado por médicos, enfermeras, epidemiólogos, estadísticos, trabajadoras sociales y otros, especialmente entrenados en los requerimientos de la campaña contra la sífilis.

La dirección del patronato para profilaxis de lepra, enfermedades cutáneas y sífilis, expresó en junio de 1945, que la prevención de la sífilis en nuestro país carecía de elementos profilácticos.

Esta dirección reconoció que el reconocimiento era el mayor obstáculo en nuestra lucha por salvar a las clases pobres que eran las víctimas propiciatorias de dicho mal. (30)

Mientras tanto en el interior del país se desarrollaban un conjunto de importantes actividades, el dispensario de Pinar del Río realizaba campañas de divulgación y propagandas por medio de conferencias y folletos que se repartían gratuitamente a todos los enfermos que acudían al dispensario, también se les enviaba a los médicos que prestaban su colaboración.

En los folletos se instruía acerca de las medidas profilácticas que se debían tomar para evitar la enfermedad los peligros del contagio, sintomatología inicial, profilaxis de las embarazadas etc. Además, realizaban propagandas por medio de carteles alusivos colocados en lugares visibles de mayor tránsito público.

En el dispensario de Matanzas la labor no se limitaba a los enfermos que acudía al servicio, sino que se extendía al examen y tratamiento a los reclusos de la cárcel de Matanzas, al pesquisar y tratamiento de todo el pretendiente a ingresar al hogar de anciano, hogar infantil y todos los solicitantes de certificados de salud.

En el dispensario de Santiago de Cuba que se creó el 3 de octubre de 1944 se organizó un servicio social integrado por trabajadoras sociales voluntarias escogidas entre las propias enfermas que asistían a tratarse por sífilis, y que entrenadas dentro lo posible por los médicos fueron, a pesar de su escaso nivel

cultural y gracias a su entusiasmo, unas valiosas colaboradoras en el empeño de mantener bajo tratamiento a la mayor cantidad posible de enfermos inscriptos. Desde los primeros años que surgieron al descubrimiento de nuestra isla se evidenció la existencia de enfermedades venéreas, las que fueron relacionadas con el ejercicio de la prostitución. Esto conllevó a que se prohibiera en 1557 esta práctica por primera vez, realizando el primer censo de prostitutas en 1754. (31-32)

En el siglo XIX el incremento notable de las enfermedades venéreas llevó a la creación del primer hospital para su tratamiento en la estancia "el retiro" de Don Vicente Garcini. En 1840 se tienen noticias de estadísticas proporcionadas por el hospital militar "San Ambrosio" sobre las enfermedades venéreas.

Esto fue seguido por la inauguración por el hospital de higiene para internar a las prostitutas enfermas, y la primera regulación sobre prostitución que se llamó Reglamento especial de higiene pública.

Los tratamientos contra la blenorragia 1879 fueron con la copaiba y hojas de nogal, los que fueron sustituidos en 1888 por inyecciones antisépticas tónicos y bálsamos. La sífilis era tratada con fumigaciones de vapor y baños sulfurosos. En marzo de 1902 se crea la Comisión de Higiene de la Prostitución o Higiene Especial de la Isla de Cuba.

Con la Proclamación de la República el 20 de mayo de 1902 comienza una nueva etapa. Se concentran en la capital del país las actividades curativas de las enfermedades venéreas, destacándose en el año 1913 la abolición del control de la prostitución, lo que tajo como paradoja un aumento de estas enfermedades. (33-34)

Se creó la primera consulta externa de dermatología, donde eran tratados los enfermos sífilíticos y se comienza a registrar la información según la edad, sexo, lugar de residencia y otros datos que permitieron los primeros análisis estadísticos. En contraposición con la colonia, en que las prostitutas pagaban su tratamiento, ya aquí el estado asume esta responsabilidad.

En 1938 se crea el Patronato para la profilaxis de la lepra, Enfermedades cutáneas y Sífilis, y se identifica por primera vez la necesidad de actividades educativas a grupos de alto riesgo (adulto, jóvenes y niños), así como la importancia de mejorar la educación profesional.

Aparece el código de defensa Social, que registra como delito el contagio venéreo, y a partir de los años 40 se comienza a notificar obligatoriamente todos los casos. En este Periodo se destacan las actividades de promoción de salud en el interior del país, y se incorpora a los propios enfermos como promotores de salud. Según opinión hoy acertada la palabra sífilis se deriva del nombre del pastor Syphilus, inspirado en una historia de Ovidio, de un poema titulado Syphilis sive morbos gallicus, escrito en el siglo XVI (1530) por Girolano Fracastoro (1483-1553), quien, al seguir la costumbre de los humanistas de la época, altero 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. El término Lúes, utilizado también como sinónimo, significa epidemia en latín y en el habla popular se han 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 que hoy y en la que el tratamiento posible era muy deficiente. (35)

En la Edad Media, la sífilis causó estragos semejantes a los de la peste, y desbastó 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.

La denominación de venérea le viene de Venus, la diosa griega del amor, y su antigüedad y origen constituyen una de las controversias clásicas en la historia de la medicina. El hallazgo de lesiones sifilíticas óseas en las excavaciones arqueológicas ha dividido a los investigadores en 2 grandes grupos: uno que sitúa el origen en las América y otro que lo ubica en Europa, Cercano Oriente y África.

Los primeros plantean que hace 5 siglos se introdujo en Europa, proveniente de la América recién descubierta, a través de los conquistadores españoles, y se extendió rápidamente por este continente.¹³ Ya a finales del siglo XV se había propagado, tras el sitio infructuoso de Nápoles en 1495, por las tropas francesas de Carlos VIII.

Durante el sitio las prostitutas francesas tuvieron relaciones sexuales con los soldados españoles, y 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 morbo gallico. (36)

Desde principios del siglo XVI se convirtió en un azote para la humanidad. Se consideraba un mal innombrable, y que no era más que el estigma vergonzante que dejaban en el cuerpo los placeres carnales.

La iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino.

Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias.

A comienzos del siglo XV, alrededor del 15 % de la población europea la padecía. En esta época se destacaron importantes figuras en el estudio de esta enfermedad, por ejemplo, Gerolano Fracastorus y Paracelso. El primero bautizó la enfermedad con el nombre de sífilis -esto para algunos historiadores- y recomendó el guayacol y los mercuriales como tratamiento, y el segundo afirmó que madres sifilíticas daban hijos sifilíticos.

Otro grupo de investigadores han descubierto lesiones en huesos desenterrados en el Mediterráneo Oriental, lo cual ha reavivado las discusiones y ha planteado la posibilidad de un origen común. (37)

Una infección similar a la sífilis fue descrita por los chinos hace miles de años, y la plaga bíblica de Moab ha sido también reconocida como sífilis por muchos autores. Tanto en Europa como en América, Medio Oriente y África hay testimonios en los escritos y en las manifestaciones artísticas más antiguas acerca de la evidencia de esa enfermedad.

Hay excavaciones que revelan que la sífilis no procede de América; por lo tanto, la teoría que sostienen científicos acerca de que la sífilis fue traída a Europa desde América por exploradores europeos y transmitida a su alrededor o surgida de un modo independiente en cada región, no tiene validez, según recoge el estudio de esqueletos descubiertos en un convento en el norte de Inglaterra.

Los investigadores sostienen que esta enfermedad ya estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje.

Estos esqueletos excavados en Hull y fechados entre el año 1300 y 1450 poseían claros signos de padecer sífilis, según informes del departamento de

Arqueología de la Universidad de Bradford, en el norte de Inglaterra, , que realizó las investigaciones.

Sin dudas, este descubrimiento en Hull ayuda a clarificar algunas dudas acerca de los orígenes biológicos de la enfermedad y convierte las preguntas acerca del origen biológico de la sífilis, mucho más interesantes.

Los europeos empezaron a ser conscientes de la enfermedad después del año 1500, pero algunas investigaciones plantean que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en períodos anteriores. ⁽³⁸⁾.

Sus características clínicas fueron precisadas con particular maestría por Fournier en el siglo XIX, y correspondió al zoólogo Fritz Schaudinn y al dermatólogo Erich Hoffmann 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 Wassermann, Neisser y Bruck. Entre 1909 y 1910 se introdujo, el Salvarsán por Paul Ehrlich, utilizado en la terapéutica de la sífilis. En 1911, Noguchi cultivó la *treponema*, y en 1913 se aisló en el sistema nervioso central de un tabético.¹⁶ En 1943 se impuso el primer tratamiento con penicilina, y 6 años más tarde, en 1949, se realizó la prueba de inmovilización de la *treponema pallidum* por Nelson y Mayer.

Después de 500 años de existencia, la sífilis mostró un marcado aumento en los países occidentales a partir de 1955, que se incrementó de un 30 a un 85 % por año.¹⁶ Entre los años 1958 y 1960 hubo un descenso en la incidencia de esta enfermedad, y ocurrió otro aumento a partir de los años 70 (según datos de la OMS).

Se consideró desde esa época la existencia de millones de sifilíticos repartidos en forma desigual entre todas las naciones, y se explicó la diseminación de la enfermedad, y a veces la reaparición, a la mezcla cada vez mayor de poblaciones distintas y a los puertos como grandes reservorios de *treponemas*.
(39)

Desde la referencia utilizada por muchas generaciones de estudiantes de medicina como recordatorio memorístico y que se refiere a la familia sifilítica y su naturaleza sorprendentemente destructora y que dice: “Hubo una vez en Torbay, un hombre que pensó que la sífilis se había ido./ Ahora tiene Tabes,/ y niños con tibias en sable/, y cree que él es la reina de mayo;” puede decirse que

tanto la sífilis como la gonorrea han tenido una Fascinación arrolladora en su historia a lo largo de mucho tiempo.

La palabra sífilis derivada del latín de un poema titulado “Syphilis sive morbos gallicus”, escrito en el siglo XVI por un médico llamado Fracastorrus. En este poema, Sífilis era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en la montaña.

Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias. El miedo a la enfermedad condujo a la incorporación de uno de los 14 Santos de Urgencia de la Iglesia: San Dionisio fue el Patrono de los sifilíticos.

En Munich, existe en la biblioteca del estado Bávaro, una breve plegaria de intercesión a este santo. En cada una de las esquinas inferiores, hay pintado un penitente con una erupción cutánea, cuya cabeza mira al cielo en súplica. (40) Ambas entidades han sido descritas desde la antigüedad.¹ Hay escritos chinos que datan de hace más de 2 500 años que describen una infección en la uretra tratable con esencia de soja.

Una enfermedad de transmisión sexual, que podía haber sido la gonorrea, fue la que la Biblia describe que afectó a Sara, la mujer de Abraham, según aparece en Génesis, capítulo 12.

La misma infección puede haber sido la plaga que se extendió por la corte del faraón y sus concubinas. Las alteraciones de la fertilidad debidas a esta infección podrían también haber sido la causa de la incapacidad de Sara para concebir, hasta muy tardíamente.

El libro del Levítico describe una enfermedad que era de transmisión sexual. Moisés, no solamente describe la contagiosidad de la gonorrea, sino que además da normas para prevenir el contagio y la diseminación.

En el libro de los Números podemos aprender más sobre las enfermedades de transmisión sexual que tienen lugar en tiempo de guerra.

Esta enfermedad -probablemente la gonorrea- tuvo lugar cuando los israelitas guerreaban contra los madianitas. Moisés discutió el significado del problema y prohibió las relaciones sexuales durante el tiempo correspondiente al inicio de los síntomas. Como hoy sabemos, valía de muy poco.

Pero también se pueden encontrar más descripciones de la enfermedad en el papiro de Eber. No solamente se describen los síntomas de una uretritis aguda en estos escritos, sino también se da una fórmula que permite la cura por medio de la instilación intrauretral de aceite de sándalo

Hipócrates (del 460 al 355 antes de Cristo) hace una de las primeras descripciones científicas de la infección gonocócica.

Disecó la uretra de los hombres que estaban infectados por este agente y notó la existencia de modificaciones en el tejido epitelial, a la vez que una secreción.

Describió el hallazgo de la estenosis uretral que con tanta frecuencia acompaña al problema. Galeno fue el que acuñó el término gonorrea. (41-42)

Los avances en el conocimiento médico en los siguientes 900 años se desconocen. No obstante, una ley del siglo XII en Londres, prohíbe a los dueños de burdeles el contratar mujeres que padecieran de escozor en los genitales.

Se podía interpretar, referido a las mujeres que tuvieran molestias, hasta la sensación de ardor al realizar la micción.

En el año 1300 John Ardeme, cirujano de Ricardo II y Enrique IV de Inglaterra, fue el primero en utilizar el término purgación. El origen de esta palabra es poco claro y puede hacerse referencia a la palabra francesa clap plover, que significa buba; a le clapier, casa de prostitución; o a la palabra clappers, que eran unos instrumentos para hacer ruido y que se utilizaban para advertir la proximidad de los leprosos.

El regreso de Colón al Nuevo Mundo y la explosión de sífilis en la Europa Continental tuvo como resultado que se originara gran confusión. De todos son conocidas las teorías precolombina y colombina en cuanto al origen de la sífilis. Los pacientes que padecían tanto la gonorrea como la sífilis, llevaron a muchos a creer que ambas enfermedades estaban relacionadas y que la gonorrea era un síntoma temprano de la sífilis.

Hay que recordar que por aquella época se creía que el origen de las enfermedades se debía a los humores y al aire³ y los problemas que planteaba la sífilis no podían ser resueltos por los hombres del Renacimiento, pues el hombre del siglo XV era científicamente poco desarrollado. Este siglo dio figuras de la talla de Girolamo Fracastorius y de Paracelso.

El primero bautizó la enfermedad con el nombre de "sífilis" -esto para algunos historiadores- y recomendó el guayacol y los mercuriales como tratamiento, y el

segundo afirmó que madres sífilíticas daban hijos sífilíticos. Por esta época y durante mucho tiempo se utilizaron los mercuriales para el tratamiento de la sífilis.

Esta trata miento mató más enfermos que la propia sífilis, si a esto añadimos que, en algunos hospitales, después de la cura, le propinaban al enfermo una tunda de palos para castigar "la carne pecadora". (43)

Hunter fue uno de los que creyeron que la gonorrea era un síntoma precoz de la sífilis y se inoculó a sí mismo con el pus de la uretra de un paciente con gonorrea y contrajo la sífilis. Murió, según algunos historiadores de un aneurisma sífilítico de la aorta. Fue un mártir de la ciencia.

Bell, en 1700, inoculó a estudiantes de medicina y fue capaz de determinar que sífilis y gonorrea eran entidades clínicamente diferentes. Sin embargo, esta idea no se aceptó de inmediato, debido a la fuerte influencia de Hunter en toda la época. (43)

Las disputas sobre el origen determinaron que a la sífilis se le conociera como "enfermedad de La Española", "mal francés", "mal napolitano", etcétera.

No fue hasta mediados de 1800, cuando un médico nacido en Baltimore, Phillip Reicort, que practicaba la medicina en París, llevó a cabo más de 1 000 estudios y fue capaz de demostrar de forma inequívoca que sífilis y gonorrea eran entidades diferentes. Veinte años después, Sims describió tumores inflamatorios en la mujer y los relacionó con la gonococia. Esto fue comprobado por Werthein, que cultivó el pus de las trompas.

Los hitos fundamentales de la historia posterior de ambas afecciones incluyen la introducción de la sulfamida y la revolución ocasionada por el descubrimiento de la penicilina, que pasa por los aportes clínicos hechos en el siglo XIX por Hutchinson, Ricord, Fournier y Hallopeau. Fue un decir común durante mucho tiempo de todo aquel que practicó el tratamiento con los mercuriales: "Por una hora con Venus, veinte años con Mercurio". (44). La sífilis parece haber cambiado su forma inicial virulenta a una menos rápida y a una infección más predecible.

Es posible que la enfermedad haya cambiado menos que sus víctimas y que la propia tecnología; un público en algunas ocasiones más educado, en otras más preocupado por la aparición de otras enfermedades más acuciantes, sobre todo por su mortalidad, consulta más pronto al médico. Pero a pesar de todo y de los

avances de la ciencia, estas infecciones siguen siendo un importante problema de salud y, probablemente seguirán siéndolo en el futuro, quizás por mucho tiempo.

Las ITS/VIH/SIDA, constituyen en nuestro país un serio problema en el nuevo milenio tanto para el sector salud como para el resto de nuestra sociedad; situación está que impone a los proveedores de salud enfrentar este reto buscando nuevas estrategias y metodologías de trabajo para abordar esta problemática. (45)

En nuestra provincia teniendo en cuenta los pronósticos de estas infecciones y la situación epidemiológica actual, nos dimos a la tarea de aplicar dentro del marco de la planificación estratégica de salud lo que se conoce como Escenarios Futuros; metodología esta que ayuda a los decisores en la toma de decisiones relacionadas con los principales problemas de salud locales.

No siempre es fácil ejercer la vigilancia en salud, por lo que es necesario que los decisores se apoyen en algunos métodos estadísticos-matemáticos que les posibiliten prever el posible comportamiento futuro de una enfermedad a corto o mediano plazo. Nuestros directivos, se mantienen en constante incertidumbre, deben decidir constantemente que hacer (incertidumbre en la acción), como hacerlo (incertidumbre en el método), en qué medida (incertidumbre en la demanda), cuando (incertidumbre en el momento más oportuno), que usar (incertidumbre en los recursos), y que ocurrirá (incertidumbre en los resultados). Con este trabajo pensamos reducir estas incertidumbres; pues se contará con una mejor información y se podrá tomar mejores decisiones que redundarán en servicios de mejor calidad y en un uso más eficiente de los recursos en todo el sistema de salud.

La incertidumbre sobre el futuro es cada vez mayor, y no siempre se cuenta con datos estadísticos históricos para la aplicación de métodos tradicionales de predicción que, por otra parte, no toman en consideración la interacción de las variables que se estudian con el entorno en que estas se desarrollan.(46)

Hasta estos momentos, las variables que se escogían para hacer predicciones eran exclusivamente cuantitativas, con este nuevo método de hacer predicciones se introducen también las cualitativas, tomándose en consideración la mayor cantidad de variables que caracterizan el fenómeno a estudiar, las interacciones

entre estas variables, así como los factores internos y externos que rigen el desarrollo o evolución del problema.

Situación actual de las ITS y VIH/SIDA. Las ITS constituyen un serio problema a nivel mundial por la gran cantidad de enfermos que se notifican y por el número de secuelas que aparecen fundamentalmente en personas mal tratadas, con la aparición del VIH/SIDA la situación es mucho más preocupante por su repercusión social, y las afectaciones desde el punto de vista económico.

En Cuba la situación es diferente, sin embargo, las ITS después de las EDA, IRA, son las que reportan mayor número de casos dentro de las enfermedades transmisibles y esta situación obedece fundamentalmente a causas tales como: baja percepción de riesgo de la población, pobre uso del condón, débil acción intersectorial, entre otras. (47). La provincia de Holguín ha estado reportando anualmente aproximadamente 4500 casos de ETS sujetos a programas de control en los últimos 5 años, siendo los municipios Holguín y Mayarí los que históricamente reportan tasa de incidencias por encima de la media provincial.

La Blenorragia en los últimos años ha tenido un comportamiento irregular, con disminución en la notificación de casos, por causas conocidas como son: la automedicación, sub. Registro y sub. Notificación de casos por problemas de mejores fuentes de educación sexual suelen ser los padres, los programas escolares o las campañas de salud pública. Los muchachos que no reciben información adecuada de estas fuentes frecuentemente llenan ese vacío con consejos inadecuados que oyen de sus amigos y de la televisión. (48)

Aunque la educación sexual se incluye de una u otra manera en muchas escuelas, sigue siendo un tema controversial en muchos países, sobre todo acerca de que tanto y a qué edad los estudiantes deben de ser informados sobre sexo seguro y los métodos anticonceptivos, también si se debería de incluir la educación moral sobre el tema.

La educación sobre la reproducción describe el proceso en el cual un nuevo ser humano nace, incluyendo la fecundación, el desarrollo del embrión y el feto, y el nacimiento del bebé. Usualmente también incluye temas como las conductas sexuales apropiadas, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y como evitarlas, y el uso y funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos. (49)

En muchos países de Latinoamérica donde todavía se le da importancia a la virginidad femenina, la educación sexual en las escuelas se limita a recalcar la abstinencia como único método para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

En Estados Unidos este es un tema muy debatido: Sobre todo si la libertad sexual en los menores es algo positivo o negativo, al igual de que si la información sobre condones y píldoras de control de natalidad reduce o incrementa las posibilidades de embarazos o ETS en los jóvenes.

La existencia del VIH y el sida ha dado un sentido de urgencia al tema, de hecho, en muchas naciones africanas, donde el SIDA se considera una epidemia, la educación sexual es considerada por los expertos como una estrategia vital para mantener la salud de la población. Algunos organismos internacionales como Planned Parenthood (Paternidad Planeada) ven un beneficio global gracias a los programas de educación sexual, en tópicos como el control de la natalidad y la igualdad sexual.

Definir la sexualidad humana desde perspectivas científicas, y describirlas desde un punto de vista genético, hormonal, fisiológico, anatómico, psicológico, social, legal, etc., es científicamente interesante, pero resulta insuficiente para entenderla en su totalidad. (50)

La sexualidad humana está caracterizada por su heterogeneidad y complejidad, Esta por componentes biológicos, sociales y psicológicos. La valoración y el juicio que sobre ella se hace dependen del contexto histórico y cultural en que se desarrolla. Sus fines y objetos se alejan de aquellos naturales y propios del mundo animal ya que la sexualidad del ser humano va mucho más allá de la reproducción y el coito, ya que, en su mayor parte, va dirigida hacia la obtención de placer y a la necesidad de relación, más que una conducta reproductiva.

Se encuentra desde la niñez hasta la edad adulta, significando un ámbito fundamental de realización y satisfacción para las personas en el encuentro con otros y consigo mismo. Entre los factores que influyen en la conducta sexual se encuentran: El condicionamiento biológico, que viene definido por la dotación genética y hormonal que determina una configuración física y ciertos patrones de conducta; factores educacionales; factores culturales; principalmente los que tienen que ver con la conducta moral y la religión, factores psicológicos que

contienen todos los miedos, preocupaciones y tabúes relacionado con la sexualidad, aunque todos los estados psicológicos influyen en estas. (51)

En estudio realizado por MsC. Anaiza Barbé Agramonte, MsC. Huodeixis Moreno Rangel, MsC. L iliana Gómez

López, Dra. Odalys Rodríguez Heredia, ¿Se evidenció un nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, incluido el Virus de inmunodeficiencia Sida; las acciones educativas al inicio de la intervención educativa fueron bajas en cuanto al conocimiento y al final se alcanzó niveles satisfactorios. (52)

En estudio realizado por Norma Doblado Donis; Idania De la Rosa Batista; Emelina Pérez Rodríguez; Carmen J. Jiménez Sánchez; Grisel González, Se demostró dentro de las infecciones de transmisión sexual más conocidas se encuentran el SIDA, sífilis y gonorrea, y los anticonceptivos más conocidos son: el condón y tabletas anticonceptivas. Existe desconocimiento de los métodos anticonceptivos, aborto e infecciones de transmisión sexual. La creación del sitio web permite mejorar la educación sexual en los estudiantes, y fue aceptado por los estudiantes y profesores. (53)

V- METODOLOGÍA

Se realizará un estudio pre-experimental antes- después con el objetivo de conocer la utilidad de una Intervención Educativa para elevar el nivel de

conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Norte de Morón. El universo estuvo constituido por los 535 estudiantes que conformaban la matrícula, se trabajará con los cinco años de la carrera (208 estudiantes), la muestra se escogió por muestreo aleatorio simple de manera que quedara representando el 33%, quedando en el estudio un total de 66 estudiantes que por consentimiento informado mostraron la voluntad de integrar la muestra (Anexo I).

A los estudiantes se les evaluó el nivel de conocimiento sobre ITS/VIH-SIDA a través de una encuesta confeccionada por la autora al efecto y previamente validada (Anexo 2). Posteriormente se aplicó una Intervención Educativa, consistente en un debate entre los estudiantes y un grupo de promotores, entrega de condones y material educativo, así como consulta de consejería.

Después de 3-6 y 9 meses de haberse realizado la intervención, se aplicó el test para determinar el cambio ocurrido en el nivel de conocimientos y prácticas en la intervención de las ITS/VIH-SIDA.

Variables:

Independientes:

- Intervención Educativa.

Dependientes:

- Nivel de conocimiento sobre:
 - Infecciones de Transmisión Sexual Conocidas.
 - Transmisión de estas infecciones.
 - Manifestaciones de las ITS.
 - Curación de las ITS/VIH-SIDA.
 - Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones.
 - Actitud ante una ITS.
 - Prevención de las ITS.
 - Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos.
 - Práctica sexual.
 - Homosexualidad.
 - Heterosexual.
 - Homo bisexual.
 - Sexo oral.

- Sexo anal.
- Coito genital.
- Portador de una ITS en alguna ocasión.
- Uso de preservativo.
- Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales
- Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales
- Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales
- Razones por lo que no se usa:
 - Disminuye la sensibilidad
 - No sabe usarlo
 - Pena de negociarlo con la pareja
 - Vergüenza de adquirirlo en la farmacia
 - Pareja estable
 - Relaciones sexuales con desconocidos
- Uso del condón en estas relaciones:
 - Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales
 - Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales
 - Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Técnicas y procedimientos:

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación. Se le pidió su consentimiento informado (Anexo 1) para participar en el mismo, que implicara su autorización formal a través de su firma.

Validación de la encuesta:

Se realizó un pilotaje con estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Norte de Morón, y se les aplicó la propuesta de encuestas, se hicieron adecuaciones ante las dudas presentadas.

Procesamiento y análisis de la información:

Las variables cualitativas se describieron teniendo en cuenta si conocían o no las enfermedades de transmisión sexual y el nivel de conocimiento que mostraban las variables cuantitativas según el número de estudiantes que

respondían ante cada pregunta y se utilizaron para su análisis las proporciones y por cientos.

Se creó una base de datos y la información fue procesada de forma manual y computarizada, los resultados fueron vertidos en tablas que permitirán la discusión y análisis estadístico de la misma. Como medida de resumen se utilizó la proporción por ciento (%). La redacción de los resultados se realizó en Microsoft Word 2000. Posteriormente se elaboró el informe final teniendo en cuenta los requisitos exigidos por el departamento de post grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Morón.

Criterios de inclusión:

- Disposición de participar en la investigación
- Estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Norte de Morón.

Criterio de exclusión:

- Que no cumplan los requisitos anteriores

Operacionalización de las variables:

En la pregunta número uno sobre el nivel de conocimiento de si conocen o no las ITS se realizó de la siguiente forma:

- Siete variables con si - B
- Cinco variables con si -R
- Cuatro variables con si- M

En la pregunta número dos sobre el nivel de conocimientos de cómo se manifiestan las ITS se realizó de la siguiente forma:

- Cinco variables con si – B
- Tres variables con si –R
- Dos variables con si –M

En la pregunta número tres sobre el nivel de conocimientos de cómo se manifiestan las ITS se realizó de la siguiente forma:

- Seis variables con si-B
- Cuatro variables con si-R
- Tres variables con si-R

En la pregunta número cuatro sobre el nivel de conocimientos de la cura o no de las ITS se realizó de la siguiente forma:

- Cinco variables con si-B
- Cuatro variables con si-R

- Tres variables con si-R

En la pregunta número cinco sobre el nivel de conocimientos en el enfrentamiento ante una ITS se realizó de la siguiente forma:

- Seis variables con si-B

- Cuatro variables con si-R

- Tres variables con si-M

En la pregunta número seis sobre el nivel de conocimientos del hábito sexual practicado se realizó de la siguiente forma:

- Tres variables con si-B

- Dos variables con si-R

- Una variable con si-M

En la pregunta número siete sobre el nivel de conocimientos del uso del preservativo se realizó de la siguiente forma:

- Cinco variables con si-B

- Tres variables con si-R

- Dos variables con si-M

Para obtener los resultados se escogieron el total de las variables evaluadas de (B) que respondían al (SI) y las evaluadas de (R) y (M) que respondían al (NO), midiéndose así el nivel de conocimientos expresado en las tablas correspondientes.

VI- Análisis y Discusión de los resultados

Intervención educativa para mejorar el nivel de conocimiento sobre ITS/VIH-SIDA en adolescentes del Policlínico Norte del municipio Morón.

Tabla # 1 Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.

N 66

Infecciones de transmisión sexual	Antes				Después			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
que conocen								
VIH-SIDA	54	81.81	12	18.18	66	100	0	0
Sífilis	37	56.06	29	43.93	66	100	0	0
Condiloma	38	57.57	28	42.42	63	95.45	3	4.55
Blenorragia	35	53.03	31	46.96	65	98.48	1	3.04
Clamidias	21	31.81	45	68.18	64	96.96	2	3.04
Trichomonas	37	56.06	29	43.93	64	96.96	2	3.04
Otras	18	27.07	48	72.72	60	90.90	6	9.09

En la tabla número 1 se aprecia que antes de la intervención el mayor número de estudiantes desconocían la generalidad de las ITS, por ejemplo las clamidias que representa un 68.18 % de ellos, no siendo así en el VIH-SIDA donde si se tiene un mayor conocimiento de la enfermedad 81.81% hay que seguir insistiendo aunque la educación sexual se incluye de una u otra manera en muchas escuelas, sigue siendo un tema controversial, sobre todo acerca de que tanto y a qué edad los estudiantes deben de ser informados sobre sexo seguro y los métodos anticonceptivos, también si se debería de incluir la educación moral sobre el tema. Después de la intervención educativa se elevó el nivel de conocimientos a un 100%.

Coincidiendo en estudios realizados nacionalmente por M sC. Anaiza Barbé Agramonte, M sC. Huodeixis Moreno Rangel, M sC. Liliana Gómez López, Dra. Odalys Rodríguez Heredia. (52) y Doblado Donis N; De la Rosa Batista I; Pérez Rodríguez E; Jiménez Sánchez C. J; González V G. (53)

Tabla # 2 Nivel de conocimientos sobre transmisión de estas enfermedades.

Transmisión de estas infecciones	Antes				Después			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Contacto sexual sin penetración	20	30.30	46	69.69	64	96.96	2	3.03
Contacto sexual con penetración	38	57.57	28	42.42	66	100	0	0
Por transfusión sanguínea	35	53.03	31	46.96	65	98.48	1	1,51
Madre a hijo por embarazo parto Y lactancia	41	62.12	25	37.87	66	100	0	0
A través del beso o sudor	24	36.36	42	63.63	66	100	0	0

En esta tabla se aprecia que el nivel de conocimiento sobre transmisión de las ITS VIH/SIDA ante de la intervención era muy escaso sobre todo en contacto sexual sin penetración con 69.69 % y a través del beso o sudor 63.63%, después de la intervención se elevó el nivel de conocimientos de un 98.48% a un 100%.

En estudios realizados por M sC. An aiza Barb é Agramonte, M sC. Huodeixis Moreno Rangel, M sC. Liliana Gómez López, Dra. Odalys R odríguez Heredia el nivel de conocimientos sobre ITS VIH/SIDA de estudiantes es bueno y la población estudiada tiene una alta incidencia de factores de riesgos sexuales para la adquisición de la enfermedad y los adultos jóvenes a pesar de los buenos conocimientos que tienen no los aplican de manera preventiva a su vida sexual. (52)

Tabla # 3 Nivel de conocimientos sobre manifestaciones de estas enfermedades

Manifestaciones de estas enfermedades	Antes				Después			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Presencia de secreción por los genitales externos	25	37.87	41	62.12	66	100	0	0
Dolor bajo vientre	31	46.96	35	53.03	62	93.93	4	6.07
Verrugas en genitales externos	20	30.30	46	69.69	63	95.45	3	4.54
Inflamación de los ganglios	18	27.27	48	72.72	65	98.48	6	9.10
Manchas en la piel	24	36.36	42	63.63	64	96.96	2	3.03
otras	35	53.03	31	46.96	60	90,90	6	9,10

Podemos apreciar que la manifestación de estas enfermedades en mi trabajo se comportó de la siguiente forma antes de la intervención, en la inflamación de los ganglios 72.72 %, verrugas en genitales externos 69.69 % y manchas en la piel 63.63 % y después de la intervención se elevó a un 96.96 %, 98,48% y 100 % por lo que podemos decir que fue efectiva coincidiendo con la investigación realizada por M sC. An aiza Barb é Agramonte, M sC. Huodeixis Moreno Rangel, M sC. Liliana Gómez López, Dra. Odalys Rodríguez Heredia. Donde su estudio, arrojó al finalizar la intervención educativa que alcanzaron niveles suficientes de conocimiento 172 lo que representó el 95,5% de la población estudiada por los mismos. (52)

Tabla # 4 Nivel de conocimientos sobre evolución de estas enfermedades.

Son curables estas infecciones	Antes				Después			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
VIH-SIDA	37	56,06	29	43,94	66	100	0	0
Sífilis	35	53,03	31	46,97	65	98,48	1	1,52
Condilomas	15	22,72	51	77,28	65	98,48	1	1,52
Blenorragia	37	56,06	29	43,94	66	100	0	0
Clamidias	16	24,24	50	75,75	63	95,45	3	4,55
Trichomonas	31	46,26	35	53,04	63	95,45	3	4,55

En cuanto a la evolución de las ITS en mi estudio obtuvimos que antes de la intervención existía un desconocimiento elevado sobre la cura o no de estas enfermedades destacándose el condiloma con un 77,28 % y las clamidias con un 75.75 % a un 100 %.

Un trabajo realizado por Doblado Donis N; De la Rosa Batista I; Pérez Rodríguez E; Jiménez Sánchez C. J; González V G. En su tabla 6 muestra la respuesta con relación al conocimiento sobre las enfermedades que pueden adquirirse a través de las relaciones sexuales (ITS), se aprecian como resultados en orden descendente: el SIDA, la gonorrea y la sífilis para un 100 %, 83,6 %, y 81,6 %, respectivamente. Le sigue en orden de frecuencia la infección por el virus del Herpes simple con un 59,1 % y el Condilomas acuminado con un 48,9 %. (53)

Tabla # 5 Nivel de conocimientos sobre la actitud asumida en presencia de una ITS.

Actitud Asumida enn en presencia	Antes				Después			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Hospital cercano	25	37,87	41	62,13	45	68,18	30	45,46
Médico de la familia	38	57,57	28	42,43	66	100	0	0
Farmacia	24	36,36	42	63,64	30	45,46	36	54,54
Otro amigo(a)	52	78,79	14	21,21	21	31,81	45	68,19
Conversar con sus padres y familia	21	31,81	45	68,19	66	100	0	0
Otras	3	4,54	63	95,46	20	30,30	46	69,70

En esta tabla se aprecia que los estudiantes encuestados antes de la intervención 78,79 % conversaban con sus amigos sobre las ITS, otros le aconsejarían ir al médico de la familia con un 57,57%, después de la intervención se apreció que se elevó la actitud asumida por ellos ante las ITS a un 100% obteniendo resultados favorables. Coincidiendo con estudios realizados por M sC. Anaiza Barbé Agramonte, M sC. Huodeixis Moreno Rangel, M sC. Liliana Gómez López, Dra. Odalys Rodríguez Heredia sobre el nivel de conocimiento sobre acciones educativas, se recogieron los indicadores de necesidad de aprendizaje, importancia de la promoción de salud, cualidades que favorecen la comunicación interpersonal. (52)

Tabla # 6 Nivel de conocimientos sobre hábito sexual practicado.

Habito sexual practicado	Antes				Después			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Sexo oral	42	63,63	24	36,36	20	30,30	36	54,54
Sexo anal	55	83,33	11	16,66	3	4,54	63	95,45
Coito genital	66	100	0	0	66	100	0	0

En esta tabla se aprecia que al habito sexual practicado antes de la intervención eran 83.33 % y el sexo oral 63.63 % después de la intervención se logra que los que realizaban sexo anal disminuyeran a un 4.54 % y el coito genital se mantenga a un 100 %.

Lo que no concuerda con estudios realizados por M sC. Anaiza Barbé Agramonte, MsC. Huodeixis Moreno Rangel, MsC. Liliana Gómez López, Dra. Odalys Rodríguez Heredia, ellos en su trabajo no analizan el hábito sexual practicado. (52)

Tabla # 7 Nivel de conocimientos sobre protección en las relaciones sexuales con preservativos.

Protección de las relaciones sexuales con preservativos	Antes				Después			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Siempre	10	15,15	56	84,85	66	100	0	0
Ocasionalmente	8	12,12	58	87,88	63	95,45	3	4,55
Nunca	56	84,84	10	15,16	66	100	0	0
Disminuye la sensibilidad	59	89,39	7	10,61	66	100	0	0
No se utilizarlo	6	9,10	60	90,90	66	100	0	0
Me da pena negociarlo	58	87,87	8	12,13	6	9,10	60	90,90
Siento vergüenza al comprarlo	60	90,90	6	9,10	0	0	66	100
Mi pareja es estable	15	22,72	51	77,28	6	9,10	60	90,90

En esta tabla se aprecia que en cuanto a la protección de las relaciones sexuales se logró un incremento en el uso del preservativo a un 100%, como primera vía de protección esto está acorde con estudio realizado por Doblado Donis N; De la Rosa Batista I; Pérez Rodríguez E; Jiménez Sánchez C. J; González V G. En relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos reflejados en su tabla 5 se constató que de los métodos anticonceptivos el más conocidos resultó ser el condón, el seleccionado por el 100 % de los encuestados, método este sobre el cual hay una amplia difusión.(53)

PROGRAMA EDUCATIVO

Programa educativo para elevar el nivel de conocimiento de ITS/VIH/SIDA en los estudiantes de licenciatura en enfermería, pertenecientes al Policlínico Norte de Morón.

OBJETIVO

Incrementar el nivel de conocimiento de ITS/VIH/SIDA en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes al Policlínico Norte de Morón.

Tema No.1: presentación del programa Educativo.

Sumario:

1_Presentación de los participantes y el programa.

2_Aplicación de la encuesta.

3_Cierre.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición y establecer reglas del grupo dentro de los estudiantes.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Papel, lápiz, papel o grafo.

Frecuencias: Cada quince días.

Responsable: Psicóloga del área y promotores del CMEPS de Policlínico Norte de Morón.

Participantes: Estudiantes involucrados

Tema No. 2: Epidemiología de la transmisión de las ITS/VIH/SIDA

Sumario:

1. Vías o modo por el cual se puede adquirir una ITS/VIH/SIDA.

2. Tipos de infecciones de transmisión sexual y su curabilidad.

3. Principales síntomas de una infección de Transmisión Sexual.

Objetivos: Valorar los conocimientos acerca del tema, así como las nuevas experiencias a las que se pueden enfrentar los estudiantes del Policlínico Norte de Morón con relación a la sexualidad y el uso del preservativo.

Tipo de actividad: Videos – Debate.

Recursos: Televisor, videos, local.

Frecuencia: Cada quince días.

Responsable: Medico y Enfermero Especialista en Higiene y Epidemiología y promotores.

Participantes: Estudiantes involucrados.

Tema No.3 Prevención de las Infecciones de transmisión sexual.

Sumario:

1. Principales medidas para prevenir las ITS/VIH/SIDA.
2. Prácticas sexuales para no adquirir una Infección de Transmisión Sexual.
3. Uso del preservativo o condón.

Objetivo: Crear en los estudiantes conductas sexuales responsables ante la sexualidad y como prevenir una Infección de Transmisión Sexual.

Tipo de actividad: Debate y dramatización.

Recursos: Hojas, lápices, papel o grafo.

Frecuencia: Cada quince días.

Responsable: Especialista y Promotores del CMEPS.

Participantes: Estudiantes involucrados.

Tema No4: Cierre y evaluación.

Sumario:

1. Reafirmación del contenido.
2. Aplicación de la encuesta y composición.

Objetivo: Elevar nivel de conocimiento y la percepción del riesgo en los estudiantes involucrados con relación a las ITS-VIH-SIDA.

Tipo de actividad: Debate.

Recursos: Hojas, lápices, papel o grafo.

Frecuencia: Cada quince días.

Responsables: Especialistas y promotores del CMEPS de Morón.

Participantes: Estudiantes involucrados.

VII- CONCLUSIONES

Se diagnosticó el nivel de conocimiento de los estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Policlínico Norte de Morón, antes y después de la intervención educativa realizada. Luego se implementó un programa de intervención educativa basado en los principios de la promoción y educación para la salud. Elevándose el nivel de conocimientos acerca del tema.

VIII- RECOMENDACIONES

Realizar en los distintos centros estudiantiles de salud intervenciones educativas sobre ITS/VIH/SIDA, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos de estos estudiantes. Aplicar este proyecto educativo a los diferentes perfiles de salud para disminuir el por ciento de contagio de ITS/VIH/SIDA.

IX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Control de las enfermedades de transmisión sexual. Washington, DC: OPS, 1997: (Publicación Científica; no. 564).
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999:85-90.
3. Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana. En: Gordon Acosta AM. Medicina indígena en Cuba y su valor histórico. La Habana: A Miranda Impresora, 1984:279-316.
4. Ferrer I. Profilaxis de la sífilis. Patronato para la profilaxis de la lepra, enfermedades cutáneas y sífilis. La Habana: Talleres Tipográficos de Carasa, 1940:25-31.
5. Barnet EB. Manual de práctica sanitaria. La Habana: Secretaría de Gobernación, 1905: 431,453, 662, 681, 1060.
6. Duque Perdomo M. Estudio sobre enfermedades venéreas. La Habana: Secretaría de Gobernación, 1925:1-20.
7. Patronato para la profilaxis de la sífilis, la lepra y las enfermedades cutáneas. Editorial Rev. De sífilo. derma y lepro. 1945. 2(1): junio:25-34.
8. Sánchez Díaz JL. La sífilis en el dispensario de Pinar del Río. Rev Sifil Leprol Dermatol 1949; 6(2):2-15.
9. Varela Díaz E. García Suárez M. La sífilis en el dispensario de Matanzas. Rev Sifil Leprol Dermatol 1950; 6(3):42-52.
10. Dixan MR, Wasserheit J. La cultura del silencio. Infecciones del tracto reproductivo entre las mujeres del tercer mundo. Nueva York: International Women's Health Coalition 1991:1-4.
11. Salud sexual y reproductiva. Washington (DC): OPS-OMS; 1995:17-8 (Comunicación para la salud # 8).
12. Schyver A, Meheus A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panorama Mundial. Bol Ofic Sanit Panamá 1993; 114(1):45-9.

13. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington: OPS 1997:3-24,174-81.
14. Peláez Mendoza J. Sexualidad, imaginación y realidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1997:91-110.
15. Willar CN. Gonorrhea, Chlamydia and Pelvic Inflammatory Disease. Current Opinion Infect Dis 1990; 30:10-9.
16. Schryver A, Mehers A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panorama Mundial. Bol ofic Sanit Panam 1993;141(1):1-14
17. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Washington, DC: OPS;2001;581: 571-73.
18. Spence RM. Gonococcia. Clin Obstet Ginecol 1983;1(3):129-31.
19. Medivisión. Historia de las enfermedades: sífilis y gonorrea. (Citado 13 de enero de 2004). Disponible en: <http://www.revistamedica.8m.com/histomed11A.htm>.
20. Masemann S. Enfermedades cutáneas e infecciones venéreas. La Habana: Editorial Científico-Técnica 1987:126-7.
21. Asociación para la difusión de la historia en Internet. Sífilis: la maldición de Venus. (Citado 13 de enero de 2004). Disponible en: <http://www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/sifilis.asp>.
22. Lugones Botell MA. Hipócrates. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(3):461-3.
23. Unas excavaciones revelan que la sífilis no procede de América. (Citado 15 de enero de 2004). Disponible en: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent040900comtris.htm>
24. Sánchez MD. Las enfermedades transmitidas sexualmente (STD) son un formidable desafío a la Salud Pública. Med Interamericana 1994:34-
25. Garcia Vicente S, Baixauli Rubio A. Guías Clínicas Epistaxis físterra 2004;4(48) Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/epistaxis.asp>

26. Bibliosida con cine-debate. 13 octubre 2009. Se celebró en la BMN la actividad cine debate De la piel y la memoria, de la realizadora cubana Margarita Mateo.
27. .Bibliosida 19 junio 2009. *Con Bibliosida describo un mundo de información.* Actividad con especialistas de Información científica que se preparan para trabajar con la comunidad en el aprendizaje de uso de tecnología y información sobre VHI/SIDA.
28. Actividad Bibliosida en la comunidad. 17 marzo 2009. Gaspar González (autor del personaje animado "Chuncha" y el equipo Bibliosida, desarrollan una actividad divertida, saludable y educativa con alumnos de la escuela primaria "Adlberto Gómez".
29. Actividad en la Feria del Libro para ganadores del Concurso Nacional de Literatura y de Dibujo. 17 febrero 2009-2008
- 30.Primer encuentro provincial de bibliotecarios promotores de salud. Centro Provincial de Información Ciudad de la Habana, julio 2008
31. El método de escenario. Curso de formación Prospectiva Estratégica. Bogotá: Universidad de la Sabana, 1995.
32. Duverger Goyanes J. Aspectos de la investigación moderna sobre el futuro. Guantánamo: UATS. 1998.
33. Ministerio de Economía y Planificación. Metodologías Generales. Introducción a la prospectiva estratégica y al método de escenarios. Ciudad de La Habana; Instituto Nacional de Investigaciones Económicas, 1996.
34. Godet. M. Escenarios económicos y sociales hasta el año 2000. Prospektiker. Erakudea, S.A. Tomado de: De la anticipación a la Acción.
35. Green L.W., Kreuter M.V, Deeds S.G., Portridge K.B. Técnicas de grupo nominal. Traducido de: Social Diagnosis. Assesing quality of Life Concerns. En: Health Education planning: A Diagnostic Approach. Polo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1980: 18-32.
36. Introducción a la prospectiva. Curso de formación Prospectiva Estratégica. Bogotá: Universidad de la Sabana, 1995.

37. La Habana hacia el 2000. Enfoque metodológico para la obtención de la estrategia de desarrollo urbano. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas. Cuba, 1996.
38. Duverger Goyanes J, Segura Prevot R, Ortíz Mesa D. Escenario futuro de la Leptospirosis en la provincia Guantánamo, Estudio prospectivo hasta el año 2002. Guantánamo: UATS. 1998.
39. González Rey F. Comunicación personalidad y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995: 1-10 1.
40. Martínez Calvu S. Higiene y Epidemiología y Educación para la Salud. Licenciatura en Enfermería. Minsap. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990: 181-186.
41. Silvestre, Margarita y Celia Rizo. Aprendizaje y diagnóstico. En: Seminario Nacional para el personal docente. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 2007.
42. Miranda, Teresita, Mercedes Silverio y Verena Páez: El currículo hoy: realidad y perspectivas en Cuba. Centro de Estudios Educativos, Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, La Habana, Diciembre/2000.
- 43 Dra. Yanara Toledano Grave de Peralta MsC. Martha Campos Muñoz, Dr. Serguei Silveria Digón y Dra Luzmila Pérez Castillo. Modificación de los conocimientos sobre el VIH/SIDA en estudiantes Guatemaltecos del Instituto de magisterio de Fray Bartolomé 2006.
44. Pelve J. Enfermedades de Transmisión Sexual. Causas. Transmisión, riesgos y prevención. Impacto juvenil, su importancia. La Habana: Sociedad Científica Cubana 1996:19-25.
45. Ochoa Soto R. Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/Sida. La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA; 2003.
46. Albornoz O. La educación superior en América Latina y el Caribe. Ideas, problemas y propuestas. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América latina y el Caribe. La Habana. Noviembre. 1996.

47. Abreu Naranjo R. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana. 2008; 10(2).
48. Acosta, M., "La Enfermería cubana inmersa en el paradigma de la transformación". Revista Cubana de Enfermería 21(3), 2005.
49. Marrugo Martha L. Anticoncepción en la adolescencia ¿cuestión de método? [consultado 21 Nov 2008]. Disponible en: <http://www.universia.net.co/vihsida/destacado/anticoncepcion-en-la-adolescencia-cuestion-de-metodo.html>. Año 2006.
50. Aguilera Serrano, Y y otros., "Estrategia para fomentar el pensamiento crítico en estudiantes de Licenciatura en Enfermería". Revista Educación Médica Superior. 19 (4), 2005.
51. Aguirre, D A., "Fundamentos de la relación enfermera/enfermero-sujeto sano o enfermo". Rev. Cub. Sal. Púb. 30(4), 2004.
52. MsC. ¿Barbé Agramonte A. ; MsC. Moreno Rangel H., MsC. Gómez López L ; Dra. Rodríguez Heredia O. Estrategia de intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2009
53. Doblado Donis N; De la Rosa Batista I; Pérez Rodríguez E; Jiménez Sánchez C. J; González V G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en Estudiantes. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2009; 35(4):191-204.

X - ANEXOS

ANEXO1

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El que suscribe:

He sido informado de que:

Las ITS-VIH-SIDA constituyen un serio problema de salud y que la población mayormente afectada en Cuba y en el mundo está representada por estudiantes y jóvenes y que la única forma de evitar la enfermedad es a través de la prevención, para lo cual se requiere de información necesaria para alcanzar estos objetivos.

El estudio que se plantea consistirá en una actividad educativa diseñada para lograr tales objetivos, precedida de un diagnóstico inicial y final por medio de un cuestionario, para saber nuestros conocimientos, actitudes y prácticas en relación con estas enfermedades.

Declaro que he sido informado del objetivo del estudio, así como de haber recibido una explicación de la utilidad del mismo en la prevención de estas infecciones.

También se me ha comunicado que en caso que lo desee puedo abandonar el estudio y que esto no representara un problema para mi persona, ni tendrá ninguna repercusión en mis resultados docentes.

Ante cualquier duda puede contactarnos en el Policlínico Norte de Morón.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en Morón a los ____ días del mes de _____ del 2009.

Firma Lic. Onisdelcis Reyes Pérez

Investigador principal.

ANEXO 2

ENCUESTA

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Lo alentamos a responder todas las preguntas. Sus respuestas son confidenciales anónimas y de gran importancia por el estudio. La información obtenida solo se revisará de procesar los datos, por lo que es necesario contar con su apoyo:

1 --¿Qué infecciones de Transmisión Sexual conoces? Sífilis SI----- NO-----
-----Condiloma SI----- NO----- Blenorragia o Gonorrea SI ----- NO----- Sida
SI-- NO-----Clamidiasis SI---- NO---- Trichomoniasis SI---- NO----- Otras
SI----- NO-----

2--¿Usted sabe cómo se transmiten estas enfermedades?

Contacto sexual sin penetración SI---- NO----- Contacto sexual con
penetración SI----- NO---- Por una transfusión de sangre SI----- NO-----
De una madre infectada a su hijo por el embarazo , parto , lactancia SI---- NO-
--- A través de un beso o el sudor SI---- NO---- Otras SI---- NO----

3-Sabes cómo se manifiesta la ITS? Presencia de secreción por los genitales
externos Si-

NO---- Dolor en bajo vientre SI-----NO---- Verrugas en genitales SI--- NO----
Inflamación de los ganglios SI--- NO---- Mancha en la piel SI---- NO---- Otras SI-
----NO---Señale cuales -----

4- ¿Son curables estas infecciones? Sífilis SI--- NO-- Condiloma SI--- NO----
Blenorragia o Gonorrea SI---NO--- Clamidiasis SI----NO-----SIDA SI--- NO----
Trichomoniasis SI-----NO----

5- ¿Si conocieras a un amigo o (a) con una ITS? ¿A dónde lo recomendarías
acudir a recibir atención? A un hospital cercano SI----- NO----A su médico
de familia SI---NO----A una farmacia SI----NO---- A otro amigo o (a) para que te
sugiera tratamiento SI---NO---Conversar con sus padres SI----- NO-----
Otras SI-----NO---- Cuales -----

6--¿Qué tipo de hábito sexual utilizas durante tus relaciones sexuales?

Sexo oral SI----- NO----- Sexo anal SI----- NO-----Coito genital SI-
--- NO-----

7- ¿Utilizas condón en relaciones habituales con tu pareja?

Siempre-----Ocasionalmente -----Nunca---- ¿Si no lo has utilizado? ¿Por qué?

Disminuye la sensibilidad SI-- NO----No se utilizarlo SI--- NO----me da pena

negociarlo con mi pareja SI--- NO----Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia

SI---- NO---- Considero que mi pareja es estable SI--- NO----

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

Por medio de la presente apruebo que la Tesis titulada **Intervención Educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA en estudiantes del Policlínico Norte de Morón en el año 2009**, de la autora Lic. Onisdalcis Reyes Pérez, en opción al título para optar por el título de especialista en 1er grado en enfermería general comunitaria.

Para que así conste firmo la presente en Ciego de Ávila, el ----- de ----- de 20----.

Dra. MsC. Lourdes Gutiérrez Franco. Prof. Asistente