

Facultad de Ciencias Médicas
“Dr. José Assef Yara” Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario”
Morón

Intervención Educativa sobre ITS/VIH-SIDA en adolescentes del consultorio 25 del policlínico Universitario de Morón.

Autor: Dra. Esmircy Jiménez Centeno.

Tutor: Dra. Yanet González Reyes

Asesora: Lic. Dixie Dávila Ferrer

Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Integral a la
Mujer

Ciego de Ávila
2009

Facultad de Ciencias Médicas
“Dr. José Assef Yara” Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario”
Morón

Intervención Educativa sobre ITS/VIH-SIDA en adolescentes del consultorio 25 del policlínico Universitario de Morón.

Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Integral a la Mujer.

Autor: Dra. Esmircy Jiménez Centeno.
Especialista en primer grado en MGI
Profesora instructora

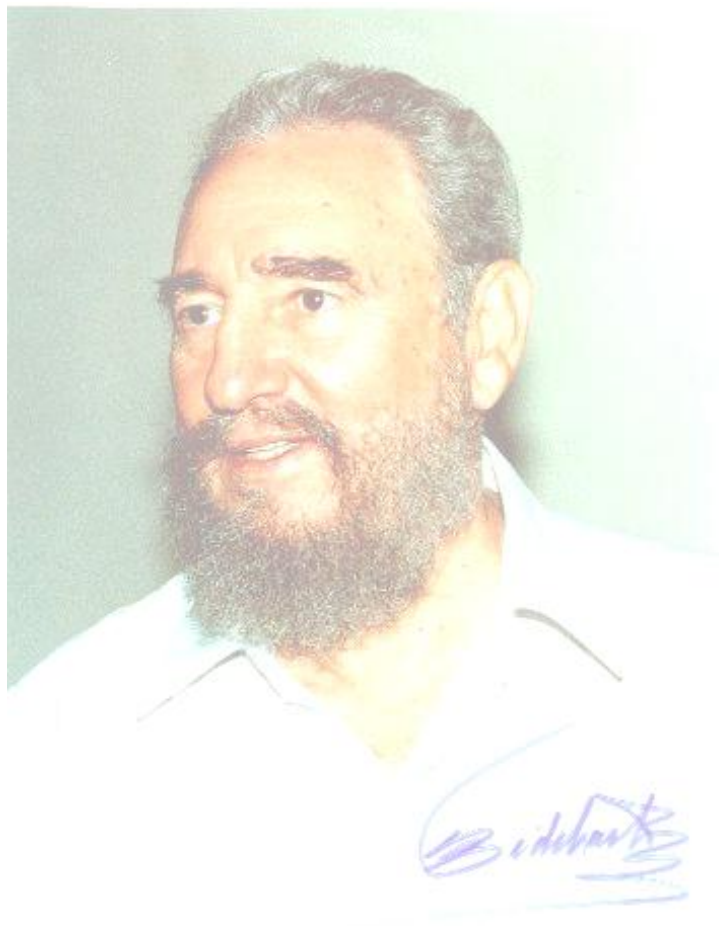
Tutor: Dra. Yanet González Reyes
Especialista en Primer Grado en MGI
Profesora instructora.
Msc. Atención Integral a la Mujer

Asesora: Lic. Dixie Dávila Ferrer
Especialidad Enfermería Comunitaria
Profesora instructora.
Msc. Atención Integral a la Mujer

Ciego de Ávila
2009

“Una importante especie biológica está en riesgo de desaparecer, por la rápida y progresiva liquidación de sus condiciones naturales de vida: el hombre”

Fidel





Dedicatoria

A nuestros padres, que siempre han soñado con ver en sus hijos hombres preparados y cultos.

A nuestra familia que siempre ha estado muy unida, y dándome el apoyo necesario para continuar adelante.

A mi madre, la flor más bella y mas incondicional que el cariño entrega.

A mis hijas, que me proporcionan aliento, amor comprensión, ternura y apoyo.



Agradecimientos

A la Revolución Cubana, que con su triunfo puso en nuestras manos la posibilidad de ser hombres dignos y de futuro.

Al claustro de profesores que nos brindaron el conocimiento y la enseñanza que recibimos durante nuestros estudios.

A los compañeros de estudios, que siempre nos apoyamos mutuamente en continuar adelante los estudios.

A todos aquellos que de una forma u otra han puesto su grano de arena a lo largo de los estudios.

A todos de corazón muchas gracias



RESUMEN

Se realizó un estudio Pre-experimental de intervención del tipo antes- después con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA en adolescentes del consultorio 25 del consejo popular oeste del Policlínico Universitario norte de morón en el periodo comprendido entre marzo del 2008 hasta enero del 2009. El universo estuvo constituido por 130 adolescentes que constituye el total de población de 12-19 años del consultorio en el período antes mencionado, de ellos 86 constituyeron la muestra a estudiar los cuales fueron seleccionados por un muestreo aleatorio simple. A las cuales se les aplicó un cuestionario para obtener un diagnóstico previo donde se detectaron las necesidades educativas con el fin de implementar una estrategia, en la que se aplicaron diferentes técnicas afectivas participativas y se utilizaron diversos medios de enseñanza. Se evaluó su impacto al final de la misma. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y por cientos, se calcularon la media y la desviación estándar en cada momento para su comparación. Además se calculó el estadígrafo Z para $N > 30$. Se trabajó con un nivel de significación de 0.05; se estimó el intervalo de confianza para tener la certeza de que la media de la población se encuentra con una probabilidad del 95% en el intervalo calculado. Con la intervención, los adolescentes elevaron el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA y cambiaron sus modos y estilos de vida.

Palabras claves: ADOLESCENTES, INFECCIONES DE TRASNMISSION SEXUAL (ITS) y el VIH/SIDA



INDICE

1- Introducción.....	1
2- Capitulo I Fundamentación teórica sobre las ITS.....	6
3- Capitulo II Material y Métodos.....	36
4-. Capitulo III Análisis y discusión de los resultados.....	54
5 Conclusiones.....	62
6. Recomendaciones.....	63
7. Referencias Bibliografías	64
8. Anexos	



INTRODUCCION

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han sido en la historia de la humanidad uno de los problemas a los que se ha tenido que enfrentar la práctica médica de todos los tiempos. Estas infecciones constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. A los más de treinta microorganismos que se transmiten por vía sexual y causan muchos de los síndromes de las ITS, se ha sumado en las últimas dos décadas la aparición del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuya extensión y repercusión nos hace enfrentar a la peor pandemia de nuestra era . (1-2).

El SIDA síndrome de inmunodeficiencia adquirida fue reportado por primera vez en los Estados Unidos, el año de 1981, desde entonces se ha convertido en la mayor epidemia en el mundo, causado por el virus de la 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.

Desde 1981, se han reportado en los Estados Unidos más de 700,000 casos de SIDA, y se considera que unos 900,000 norteamericanos pudieran estar infectados con el VIH. La epidemia muestra un crecimiento más acelerado en los grupos minoritarios de la población, siendo la principal causa de muerte en los hombres Afro-Americanos. Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el SIDA afecta siete veces más a los afro-americanos que a los de razas blancas y tres veces más a los hispanos que a los blancos.

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

ITS/VIH/SIDA en adolescentes



1959 se han detectado casos de SIDA y de VIH-1 y VIH-2 en África y desde 1968 en Norteamérica. (3).

En Cuba se ha producido en los últimos 20 años una situación que complica aún más las acciones de salud sobre estas enfermedades, mientras se evidencia una liberalización en las relaciones sexuales con cambios frecuentes de parejas que elevan el riesgo entre la población, especialmente en los jóvenes, por otro lado se mantienen los prejuicios y limitaciones en los momentos que resulte necesario hablar sobre ellas y las personas que han sido contactos sexuales. Posiblemente estas mismas circunstancias las ITS constituyen un serio problema de salud en el mundo entero. (2,3)

En nuestro país se notifican entre 40 y 50 mil casos anuales de todas las ITS, con tendencia al incremento desde hace años, para lograr la modificación de las tendencias y reducción de la transmisión de estas enfermedades se requieren acciones de promoción de salud dirigidas a establecer hábitos y conductas sexuales seguras, teniendo un impacto a largo plazo, pues es bien conocido que no resulta fácil modificar estos aspectos conductuales de la vida de las personas. (4,5).

En nuestro país se ha observado un incremento de las ITS/VIH en los adolescentes, lo que parece deberse a una maduración sexual más temprana, la ruptura de los antiguos patrones de conducta y una confianza excesiva en el tratamiento entre otros, que aparejado a factores como el desarrollo del Turismo, propician los comportamientos sexuales riesgosos y una sexualidad menos responsable.



Relacionado con la infección por el VIH/SIDA podemos apreciar que el grupo de edad correspondiente a la etapa de la adolescencia se ha incrementado en los últimos años su nivel de infección tanto a nivel mundial, nacional y regional (6).

La provincia de Ciego de Ávila tiene una incidencia acumulada a finales del 2008 de 195 personas infectadas de las cuales 38 pertenecen al municipio Morón. Al presentar una incidencia de nuevas infecciones de 22 casos y de ellas 7 son del nuestro municipio. De estos 38 casos del municipio, 4 son femeninos y 34 masculinos, han fallecido 7 y coexisten 31 personas que viven con el VIH - SIDA al cierre del 2008.

A pesar de los trabajos educativos realizados y la divulgación por los diferentes medios de difusión masiva sobre esa arista del saber, persiste aún un bajo nivel de conocimiento sobre dicho tema, los insuficientes conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA, y la poca responsabilidad en el uso de métodos de barrera (condón) de los adolescentes constituyen elementos importantes que nos conduce a la búsqueda de solución para la problemática anterior, por lo que nos decidimos a realizar nuestra investigación con el objetivo de elevar los conocimientos sobre el tema en cuestión.

Todo lo anterior nos condujo a la interrogante siguiente

Problema científico:

¿Cómo incrementar el nivel de conocimiento sobre la infección por las ITS/VIH/SIDA de los adolescentes del consultorio 25 del policlínico Norte de Morón?



Hipótesis del trabajo:

Si se aplica un programa de intervención educativa a los adolescentes del consultorio 25 del policlínico norte de Morón, entonces se elevarán los conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA y se desarrollará en ellos un comportamiento sexual más responsable.

Lo novedoso del estudio, es que se elaboró un programa de actividades participativas que permitió integrar un equipo de salud y hacer una evaluación coherente del aprendizaje de los adolescentes a los que fue dirigido, así como la utilización de técnicas participativas, cine-debate y videos.

Debido al incremento de este problema de salud en los adolescentes del Área norte de morón, se realiza una investigación científica en los adolescentes del consultorio 25, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual ITS VIH/SIDA, en el periodo comprendido de marzo del 2008 hasta enero del 2009.

Para dar respuesta al problema científico y a la hipótesis nos trazamos los siguientes Objetivos

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1- Objetivo General

Elevar el nivel de conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en los adolescentes del consultorios 25 del Consejo Popular Oeste perteneciente al Policlínico Universitario Norte del municipio Morón.



Objetivos Específicos

2.1- Distribuir los adolescentes de la muestra de acuerdo a las siguientes variables demográficas:

- Grupos de edad y sexo.

2.2- Diagnosticar el nivel de conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA que presenta la población estudiada.

- Formas de infectarse.
- Tipo de ITS que conoce.
- Presencia de síntomas inmediato de una infección por VIH/SIDA.
- Responsabilidad del uso del condón.
- Principales medidas para prevenir una ITS/VIH/SIDA.

2.3- Elaborar una intervención educativa sobre la base de los problemas encontrados.

2.4- Evaluar el conocimiento general después de aplicada la intervención educativa.



Capitulo I

FUNDAMENTACION TEORICA

Las ITS constituyen un gran grupo de enfermedades producidas por diferentes agentes etiológicos, que tienen en común que su principal vía de transmisión es las relaciones sexuales. Este hecho les 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 una ITS. (7).

La clasificación de las ITS propuesta por el Dr. Flores Colombino, destacado medico 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 blenorragia.

3-Sífilis

4-Herpes simple genital Tipo I y II.

ITS/VIH/SIDA en adolescentes



5-Hepatitis A y B.

6-Infección por VIH – SIDA.

7-Infección por citomegalovirus.

II-Infecciones de carácter menor

Generalmente localizadas en el aparato genital.

8-Candidiasis genital o moniliasis.

9-Trichomoniasis genitourinaria.

10-Condiloma acuminado o verrugas genitales.

11-Pediculosis pubis.

12-Escabiosis.

13-Moluscum contagiosum.

14-Vaginitis inespecífica.

III- Infecciones más raras

15-Chancro blando o chancroide.

16-Linfogranuloma venéreo.

17-Granuloma inguinal.

18-Giardiasis.



19-Amebiasis.

20-Oxiuriasis.

21-Infecciones por agentes bacterianos y parasitarios 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 el VIH, ocurren entre las personas menores de 25 años, según reportes de la OMS. Datos recientes sugieren que sigue 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. (8, 9,10).

Según datos de la Organización Mundial de la 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 del Papiloma Humano, la Hepatitis B y C, el Herpes 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. (11,12)

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 marineros, tanto 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,⁴ y con esta medida se logró frenar la propagación de estas enfermedades hasta finales del 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.

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. (13,14).

En el siglo XIX, las enfermedades venéreas y sifilíticas, tuvieron un considerable desarrollo, lo que obligó a crear hospitales especiales para su tratamiento, como fue el "El Retiro" de Don Vicente Garcini,⁵ y en el año 1840 el Hospital Militar de "San Ambrosio" situado en La Habana, que muestra que del total de 7 180 enfermos asistidos, se clasificaron muchos con las siguientes enfermedades venéreas: gonorrea (346), bubones (313), úlceras y pústulas veneras (422) y estrechez uretral (36). Asimismo ya en 1866 los hospitales de La Habana, atendieron a 2 609 pacientes con enfermedades venéreas.

Según el doctor 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 lo tanto hubo un



incremento en la población masculina flotante. En este quinquenio se asistieron en los hospitales de La Habana a 10 348 enfermos de dichos males. Entre 1870 y 1872, fueron atendidos en los hospitales 5 117 casos, y entre 1873 a 1875 un total de 5 162, (Delgado Amestoy. Me moría 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. (15).

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 1 073 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 casos de enfermedades venéreas, y se observó luego una disminución paulatina desde ese último año hasta el 1886.

En La Habana, el 15 % de la asistencia médica privada de los médicos de 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 1 409 casos, la más alta de todo el período⁽¹⁶⁾.



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 quintas 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 como mínimo. La morbilidad general de la población, calculándole a La Habana 250 000 hab., sería de 3,14 por 100. (17).

Medidas de control. Una 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 Riva, quien alarmado por el número de prostitutas existentes 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 espéculo. Con la reglamentación de la prostitución el gobernó trató de dar respuesta a 2 problemas fundamentales: uno sanitario y otro moral. El primero mediante la profilaxis y la reglamentación, y el segundo persiguiendo el clandestinaje (18).



Ya 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. (19,20).

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. (21).

Comportamiento en el período Republicano Burgués

En los primeros años de la seudore-pública 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 de 21 970 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 1 494 casos de personas que la padecían, es decir, por cada caso de sífilis, fueron atendidos 3,5 de blenorragia. (22,23).

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 cualesquiera 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 Emergencias 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 los problemas relacionados con las enfermedades dermato-lógicas y la sífilis. En 1929 se crea el Instituto Municipal de Profilaxis Venéreas "Joaquín Albarrán", 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 dirigidos 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 solicitó la adopción de medidas para combatirla.

En el servicio de profilaxis creado en 1942 en la Ciudad de La Habana para las enfermedades venéreas, en los primeros 4 meses de trabajo fueron tratados 74 casos de chancros sífilíticos sin complicaciones, 13 casos complicados, 38 enfermos de sífilis secundaria, 107 casos de blenorragia y 26 de chancros blandos.¹⁰ 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 enfermos de sífilis, enfermedades cutáneas y lepra, los cuales desarrollaban una labor beneficiosa y organizada científicamente. Como ejemplos de estas instituciones podemos citar los siguientes: (24,25).

- Dispensario de "Saenz" de La Habana, que en el primer semestre de 1944 trató a 245 enfermos.

- El dispensario de Pinar del Río, creado en 1945 desarrollaba una función social y de salubridad en la capital de esa provincia y sus poblaciones cercanas. En sus 4 primeros años de labor estadística de sífilis se diagnosticaron 800 casos.

- El dispensario de Matanzas comenzó a funcionar a partir de 1950, y durante 4 años y 6 meses acudieron a consulta 8 341 casos nuevos, de los cuales 1 506 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 incidencias de casos de sífilis, que de una cifra de 2 608 casos en



el año 1949, llegó en 1958 a registrar 896 casos solamente, lo que demostró la eficacia de ese medicamento en el tratamiento de la enfermedad.

El Patronato para la Profilaxis de la Lepra y 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 chancro 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 se constituyó la Comisión de Higiene, 2 meses antes de que se proclamara la República. Esta comisión quedó conformada por un grupo de ilustres personalidades, presididos por el doctor 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 del servicio de Higiene Especial en las distintas localidades de la isla. (26,27).

Durante el primer gobierno interventor norteamericano, en febrero de 1902, se dictó el Reglamento General para el Servicio de Higiene de la Prostitución.⁸ Este estado subsistió hasta el año 1913 en que por decreto del Presidente Mario García Menocal, y siendo el secretario de Sanidad el doctor 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 excediera 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 Secretaría 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 Secretaría 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 sometidas a ninguna medida de control higiénico o de supervisión sanitaria. (28).

En el año 1920 se creó por compromisos internacionales el Dispensario de Profilaxis Venéreas de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, que fue instalado con todos los adelantos existentes en aquella época, y que paulatinamente fue perdiendo, al ver reducidos 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 Secretaría de Sanidad y Beneficencia, organizado para desarrollar esas funciones en julio de 1943. Hasta ese momento, sólo existían servicios destinados 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 Sancti Spíritus. En 1940, en el libro la "Profilaxis de la Sífilis" el doctor Ferrer recomienda la implantación en Cuba de la declaración sanitaria, de la misma forma que se realizaba en Suecia, en Checoslovaquia y en Massachussets, lo que permitiría un mejor control estadístico. En el mes de abril de 1942, a instancias del doctor Matías Duque Perdomo y otros ilustres profesores se organizó un servicio



de profilaxis venérea para la Ciudad de La Habana, y se estableció en la Casa de Socorros, del distrito Cerro un servicio de tratamiento a todos los males venéreos. Este servicio llevaba un libro registro donde se anotaban los enfermos que acudían al centro con la información siguiente: nombre del enfermo, domicilio, tratamiento impuesto y fecha de egreso; esos mismos detalles se anotaban en unas tarjetas 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 de 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 Albarán brindaba tratamiento gratuito a los enfermos de 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 plantean ya como alternativas 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 doctor Alberto Oteizas Setien, director general del patronato, el que logró créditos financieros para la adquisición de la penicilina. Como ejemplo de los gastos ocurridos en 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 doctor Ismael Ferrer que planteaba la necesidad de la divulgación popular actuando sobre 3 grandes grupos sociales:

ITS/VIH/SIDA en adolescentes



- Los adultos de cada sociedad.
- La juventud, que constituía el sector de ataque de la 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 mediante técnicas de educación sexual en las escuelas y en los hogares, con la finalidad de que al convertirse en adultos conocieran el peligro venéreo.

Asimismo, el doctor 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 la Profilaxis de la 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 desconocimiento 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 medios de conferencias y folletos que se repartían gratuitamente a todos los enfermos que concurrían al dispensario, también se les enviaba a los médicos y a todas aquellas personas 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 propaganda por medio de carteles alusivos colocados en lugares visibles y de mayor tránsito público.



En el dispensario de Matanzas, la labor no se limitaba a los enfermos que acudían al servicio, sino que se extendía al examen y tratamiento a los reclusos de la cárcel de Matanzas, al pesquisaje y tratamiento de todo pretendiente a ingresar en el hogar de ancianos, 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 de 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 siguieron 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 1774. (31- 32).

En el siglo XIX el incremento notable de las enfermedades venéreas llevó a la creación del primer hospital especial 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 en este mismo año del 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 en 1879 fueron con la copaiba y las 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 trajo como paradoja un aumento de estas enfermedades. (33-34).

Se creó la primera consulta externa de dermatología, donde eran tratados los enfermos sifilíticos y se comienza a registrar la información según 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 (adultos, 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 comienzan a notificar obligatoriamente todos los casos. En este período se destacan las actividades de promoción de salud en el interior del país, y se incorporan a los propios enfermos como promotores de salud.



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.

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.^{14, 15} 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 guavacol 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.¹³ 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 el 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 del *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 deriva del latín de un poema titulado "Syphilis sive morbus 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).



1. 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 Girolano Fracastorius y de Paracelso. El primero bautizó la enfermedad con el nombre de "sífilis" -esto para algunos historiadores- y recomendó el guavacol 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. Este tratamiento 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 creyó 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.

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, Phillips 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 gonococcia. 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".

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. (44).

Desde 1981, se han reportado en los Estados Unidos más de 700,000 casos de SIDA, y se considera que unos 900,000 norteamericanos pudieran estar infectados con el VIH. La epidemia muestra un crecimiento más acelerado en los grupos minoritarios de la población, siendo la principal causa de muerte en los hombres Afro-Americanos. Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el SIDA afecta siete veces más a los afro-americanos que a los de razas blancas y tres veces más a los hispanos que a los blancos.

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 han detectado casos de SIDA y de VIH-1 y VIH-2 en África y desde 1968 en Norteamérica. (3).

El VIH-2, endémico en África occidental y que se ha propagado principalmente a la India y Europa, está emparentado con el virus SIVsm del mono mangabey y el SIVmac del macaco. El pariente simiesco más próximo del VIH-1, endémico en África central desde donde se ha extendido a América del Norte y Europa, es el virus SIVcpz del chimpancé.

De acuerdo con nuevos datos del Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2006, 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).

Se estima que 38 600 000 personas viven con el VIH al nivel mundial, y que en 2005, aproximadamente 4 100 000 personas contrajeron el VIH, mientras que 2 800 000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA.

En América Latina y el Caribe se estima que hay 560 000 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 infectadas. 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 5 000 000 de nuevos casos que cada año se agregan a las infecciones con el VIH en todo el mundo. (5).

La prevalencia del VIH en el Caribe es solo superada por África subsahariana al nivel mundial y los más afectados son los jóvenes. Se estima que 2,9 % de mujeres y 1,2 % de hombres entre 15 y 24 años de edad vivían con VIH en 2003 lo cual motivó que se constituyera la alianza caribeña Pan Caribbean Partnership Against HIV/AIDS (PANCAP), con el objetivo de frenar la propagación del VIH en la región.

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



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 grupo 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.

Los adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, pero también son la mayor esperanza para cambiar el desarrollo de la epidemia de SIDA. (6-7).

La falta de información para protegerse de las ITS/VIH/SIDA y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición de estas enfermedades, y difíciles de comprender por tener este un largo período de incubación y no ver en un comportamiento arriesgado inmediatas consecuencias manifiestas. Además, muchos adolescentes desconocen qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aún conociendo el riesgo, muchos creen que ellos mismos son invulnerables. (8).

La epidemia mundial de SIDA continúa creciendo y existen indicios preocupantes de que en algunos países que hasta fechas recientes tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso éstas vuelven a aumentar. Sin embargo, también se observan descensos en las tasas de infección en algunos países, así como tendencias positivas en el comportamiento sexual de los jóvenes.



De acuerdo con los datos más recientes que se dan a conocer hoy en la Situación de la epidemia de SIDA 2006 del ONUSIDA/OMS, se estima que actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas. En el 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (65%) correspondieron a África subsahariana y hubo importantes aumentos en Europa oriental y Asia central, donde se observan algunos indicios de que las tasas de infección han crecido en más del 50% desde 2004. En el 2006, 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA.

Los nuevos datos indican que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se mantienen estables o vuelven a subir.

En América del Norte y Europa occidental, a menudo los programas de prevención del VIH no se han sostenido y el número de nuevas infecciones se ha mantenido invariable. Del mismo modo, tan sólo en unos pocos países de ingresos bajos y medianos se han reducido verdaderamente las nuevas infecciones. Y en algunos países en los que anteriormente se habían obtenido resultados satisfactorios en la reducción de nuevas infecciones, como es el caso de Uganda, se ha frenado el ritmo de tales avances o incluso están aumentando las tasas de infección. (9).

Esto es preocupante, ya que como sabemos, hasta fechas recientes la ampliación de los programas de prevención del VIH en estos países había obtenido buenos resultados, y Uganda era un claro ejemplo de ello. Esto significa que los países no están actuando al mismo ritmo de sus epidemias,” ha manifestado el Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA. “Necesitamos intensificar mucho más los esfuerzos de prevención que salvan vidas al tiempo que ampliamos los programas de tratamiento del VIH.



La situación de la epidemia de SIDA destaca cómo en diversas regiones, incluidos algunos países de América Latina, el Caribe, Oriente Medio y África del Norte, la insuficiente vigilancia del VIH por lo general significa que las personas que corren mayor riesgo, eso es, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y los consumidores de drogas intravenosas, no están cubiertas o atendidas adecuadamente por las estrategias de prevención y tratamiento del VIH porque no se conoce lo suficiente su situación y su realidad particulares.

El informe recalca también que los niveles de conocimiento de las relaciones sexuales seguras y el VIH siguen siendo bajos en muchos países. Incluso en países en los que la epidemia tiene un gran impacto, como es el caso de Swazilandia y Sudáfrica, una gran proporción de la población piensa que no corre ningún riesgo de infectarse.

Conocer la propia epidemia y comprender los factores que la impulsan, como son las desigualdades entre varones y mujeres y la homofobia, es absolutamente fundamental para una respuesta a largo plazo al SIDA. No sólo hay que intensificar drásticamente la acción, sino que ésta debe ser estratégica, orientada y sostenible para asegurar que el dinero llegue a los que más lo necesitan. (10).

El informe anual Situación de la epidemia de SIDA presenta las últimas tendencias en la epidemia mundial de SIDA. La edición de 2006, que facilita mapas y estimaciones regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y del número de vidas que se ha cobrado y examina las nuevas tendencias en la evolución de la epidemia. En el mundo actual los adolescentes 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 cuidadosos, reacios 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 comunidad en su conjunto se enfrenta con los problemas planteados por la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, así pues las actividades de educación en las escuelas destinadas a prevenir la transmisión de estas infecciones debe contribuir también a fomentar las ideas y los valores que favorecen el interés comunitario por el problema, el deseo de cooperar y el respeto por los derechos humanos.

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, señaló 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 ello 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).

Siempre será más fácil influir en actitudes y prácticas en la etapa escolar antes de que se defina algún comportamiento sexual una vez ya establecido.



PROMOCIÓN DE SALUD.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (28,29)

Las condiciones económicas, políticas y sociales que dieron origen a esta concepción han cambiado y por tanto se hizo necesario reajustar el concepto a la realidad de un mundo globalizado, en Bangkok se realizó en el año 2005 una nueva carta para la promoción de la salud en el mundo globalizado.

Según la carta de Bangkok en el año 2005 La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.

La promoción de la salud consiste en capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (30,31)

Este tema ha sido abordado por varios autores tanto fuera como dentro de nuestro país. Heredia Hernández B, y otros en su estudio sobre infecciones de transmisión sexual y su relación con el embarazo plantea que las mujeres con infecciones de transmisión sexual analizadas tenían un alto nivel de escolaridad, pero



presentaban un pobre nivel de conocimientos pues las respuestas fueron insuficientes antes de la intervención, las que luego de aplicar la estrategia educativa fueron evaluadas de bien lo que se manifestó en un incremento de más del 75.0% con un predominio de conocimientos suficientes. (27)

Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil, cuyos resultados arrojaron que las mujeres en su mayoría no utilizan el preservativo en su relación con mas del 60.0% con algunas veces y nunca antes de la intervención, y posterior a la intervención aun quedó un 20.0% que continua engrosando estas categorías. (14)

La mayoría de los varones usa a veces o nunca el preservativo, y las féminas no lo exigen según refieren Brito Méndez y Guerra Rosales en su estudio. (7)

Kroeger A, Luna R. determinaron que antes de la intervención los hábitos higiénicos de las mujeres eran regulares y malos, los que mejoraron después de implementar la estrategia educativa. (13)

ALCANCE COMUNITARIO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Desde el punto de vista comunitario las ITS VIH/SIDA fundamentalmente en los adolescentes representan un gran problema de salud, por lo que se propone con esta intervención educativa profundizar y elevar los conocimientos sobre las ITS VIH/SIDA, para que una vez preparado sean capaces de modificar sus modos de actuar y así tener una conducta más responsable ante la problemática planteada.



CAPÍTULO II

METODO O DISEÑO METODOLOGICO.

Se realizó un estudio Pre-experimental (antes-después) de tipo intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en los adolescentes pertenecientes al consultorio 25 del Consejo Popular Oeste, correspondiente al Policlínico Universitario Norte del municipio Morón. En el periodo comprendido entre marzo del 2008 hasta enero del 2009. El universo estuvo constituido por 130 adolescentes que constituye el total de población de 12-19 años del consultorio y período antes mencionado, de ellos 86 constituyeron la muestra que fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple representando el 66.01% del universo. Los que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

1. Adolescentes entre 12 y 19 años de los consultorios, municipio y periodo antes mencionado que hayan brindado su consentimiento informado de participar en la investigación (Anexo 1).
2. Adolescentes sin alteraciones siquiátricas, ni retrasados mentales que impiden su cooperación con la investigación.

Criterios de exclusión

1. Adolescentes entre 12 y 19 años de los consultorios, municipio y periodo antes mencionado que no se encuentren en el área de salud en el momento de la investigación y los que no hayan brindado su consentimiento informado de participar en la investigación (Anexo 1).
2. Adolescentes con alteraciones siquiátricas, y retrasados mentales.
3. Los que voluntariamente deseen abandonar el estudio.



A todos los que constituyeron la muestra de estudio se les realizó una encuesta (Anexo 2). Una vez concluida ésta se evaluó el nivel de conocimientos con indicadores de alto, medio y bajo nivel, con los cuales se realizaron diferentes actividades de actualización sobre las ITS/VIH/SIDA (ver Programa Educativo) y después se aplicó el instrumento inicial se comprobaron los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa.

Ética y bioética

Al final se redactó el informe para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestra investigación, cumpliendo con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada participante, además de cumplir con los requisitos docentes en caso de la Facultad de Ciencias Médicas de Morón en la Provincia de Ciego de Ávila.

Conceptualización y operacionalización de las variables:

Variable dependiente:

Conocimiento: La adquisición de conocimientos a través de la vida de temas relacionados a la infección por las ITS/VIH/SIDA.

Operacionalización de estas variables

Conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en adolescentes del Consejo Popular Este sobre:

- Tipos de ITS.
- Formas de infectarse con una ITS/VIH/SIDA.
- Presencia de síntomas inmediatos en dichas infecciones.



- La responsabilidad del uso del condón es de ambos sexos.
- Principales medidas de prevención.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos: (Anexo 3 y 4).

Variable Independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr elevar el nivel de conocimientos en sectores de la población; debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de ésta variable.

Centrado en el sujeto: El adolescente es el centro de la actividad, siendo sujeto objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivo.



Operacionalización de otras variables usada en la investigación:

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Sexo	Cualitativa	Masculino	Según sexo biológico de pertenencia
	Nominal	Femenina	
	Dicotómica		
Grupo de edad	Cuantitativo	Entre 12 y 15	Según último año cumplido
		Entre 16 y 19	

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la misma fueron:

Métodos Del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico – lógico:** Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el



decurrir de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre las ITS/VIH/SIDA.

- **Inducción – deducción:** Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

Métodos empíricos:

- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación.
- **La encuesta o instrumento:** Se utilizó como **técnicas** para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los adolescentes que constituyeron la muestra, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca de las ITS/ VIH/SIDA.
- **El procesamiento estadístico:** Los datos obtenidos se procesaron en una microcomputadora y se realizó la validación y revisión de la misma. Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencia y los porcentajes (%). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$:

Ho: $\mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos (La intervención no fue efectiva)



H1: $\mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos. (La intervención fue efectiva)

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Estos datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v.15 y para los textos y gráficos se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007. Para dar respuesta a los objetivos propuestos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y los principios de la ética médica que resguarda la información y el respeto al individuo; cumpliendo para ello con los requisitos docentes exigidos por el departamento de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Control semántico.

ITS. Infecciones de transmisión sexual.

PVVIH. Personas que viven con el VIH/SIDA.

VIH. Virus de inmunodeficiencia humana.



SIDA. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SINDROME. Un grupo de problemas de salud que constituyen una enfermedad.

INMUNODEFICIENCIA. Debilidad en el sistema del cuerpo que combate la enfermedad.

ADQUIRIDA. Puede contraerlo.

Aspectos Metodológicos del programa de intervención.

Según los Documentos Normativos de la Vice-Dirección de Post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, se elaboró un programa de Intervención Educativa correspondiente a las ITS/VIH/SIDA, diseñado en la modalidad de Taller y debidamente acreditado según la metodología establecida. La investigación se implementó en **tres etapas** esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

1.-Diagnóstico.

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con el Consultorio Médico de la Familia Tipo I (25) situado en la Calle Martí esquina libertad Popular Oeste de Morón con el objetivo de lograr la participación de los adolescentes que intervienen en el estudio, lo que quedó validado a través de un documento (consentimiento informado Anexo 1), que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio. Se explicaron los objetivos del estudio y se aplicó un instrumento que permitió caracterizar la muestra de estudio.

2.-Intervención.

Para dar cumplimiento a la segunda etapa de la investigación se impartió un Programa Educativo prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las



necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento. La muestra se dividió en los cuatro grupos básicos de educación en el trabajo a los cuales pertenecen, esto nos permitió utilizar la técnica de grupos focales.

Se realizaron 5 encuentros de 90 minutos de duración, con cada grupo, con una frecuencia semanal. El programa educativo consta con 5 sesiones de actividades donde se concibieron diferentes formas de enseñanza y métodos participativos de 4 horas, para una equivalente total de 20 horas electivas (para un total de 80 horas). Se trabajo con las variables antes mencionada mediante conferencia, videos-debate, técnicas reflexivas y técnicas participativas (talleres). Las sesiones fueron realizadas semanalmente (cada 7 días) y se evaluó el aumento del nivel de conocimiento adquirido en esa arista del saber (tipos de ITS, las formas más comunes de infectarse, el uso del preservativo, medidas de prevención de las ITS/VIH/SIDA) los datos se obtuvieron mediante la aplicación del instrumento.

3.- Evaluación.

En la semana cinco después de haber comenzado el programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial con las mismas características que en la primera etapa para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa. Para la evaluación del nivel de conocimiento de manera general, es decir a la encuesta se le otorgó 90 puntos y se distribuyó entre las 5 preguntas que miden conocimientos de dicha encuesta aplicada, Por lo que se evaluó de forma general en: (Anexo3).

En una (1) de las preguntas aplicadas en la encuesta el nivel medio de la clasificación quedó exceptuado por ser la respuesta de una sola opción.

Alto: Calificación entre 75 y 90 puntos



Medio: Calificación entre 55 y 74 puntos

Bajo: Calificación de 54 puntos o menos.

Programa educativo para incrementar los conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en los adolescentes del Consejo Popular Este de Morón.

1) Título: actualización sobre contenidos de las ITS/VIH/SIDA como vía de fortalecimiento al programa nacional vigente en salud.

2) Fundamentación: desde inicio del 1983 en Cuba se comenzaron a tomar una serie de medidas para evitar la diseminación de estas enfermedades en el país, el establecimiento de la prohibición de la importación de hemoderivados, la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en 1983, fueron las primeras medidas que implementó el gobierno cubano para interrumpir la diseminación de la epidemia. En esa época quedó establecido el primer Programa de Control, se organizó una red de diagnóstico, se estableció el Sistema de Atención Ambulatoria (SSA) y se constituyó por decisión del gobierno un Grupo Operativo para la eliminación y Lucha contra el SIDA (GOPELS).

En aras de garantizar una correcta vigilancia epidemiológica sobre estas patologías, es que se elabora un programa que incluye un total de cinco (5) conferencias con actividades participativas y un tiempo de duración de 80 horas dirigido a adolescentes del Consejo Popular Oeste de Morón.

3) Objetivo General:

Elevar los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA en los adolescentes del consultorio 25 Consejo Popular Oeste del municipio Morón, de manera tal que los conduzca hacia una sexualidad responsable.



Objetivos Específicos:

- Profundizar en los conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades en la identificación de una ITS.
- Desarrollar conocimientos que les permita mantener una sexualidad responsable.
- Desarrollar conocimientos y habilidades necesarios para la toma de decisiones antes la posible aparición de una ITS/VIS/SIDA.

4) Requisitos de ingresos:

- Ser adolescentes pertenecientes al Consultorios 25 del Consejo Popular Oeste del Municipio Morón.
- Estar presentes durante la investigación.

5) Duración: 5 semanas.

6) Modalidad: Curso Municipal (TALLER).

7) Perfil del egresado:

El egresado de este taller contará con los conocimientos necesarios para identificar las características más generales de una ITS, sus formas de prevención y las medidas o pasos de control a dar en caso de infectarse, en este curso se describen los lineamientos de la investigación epidemiológica de campo desde el punto de vista operativo y aplicado a los niveles locales de salud. Desarrolla los procedimientos básicos de generación de datos, información y conocimiento orientados a la detección, caracterización, confirmación y control oportuno de casos en la población. Resume los contenidos revisados en un ejercicio integrador que promueve la dinámica grupal y enfatiza la necesidad, factibilidad e importancia de evitar las infecciones de transmisión sexual.



8) Estructura del plan de estudio y aspectos organizativos:

Semanas lectivas: 5

Frecuencia semanal: 1 de 4h

Total de horas: 20h lectivas (80 general)

Se realizará en el Consultorio Tipo I Ubicado en la calle Martí del Municipio Morón con una matrícula de 86 adolescentes.

El mismo se planificará de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	07/03/08	14/01/09

Programa Analítico: Todos los temas que se expresan son tratados en el taller y se han preparados con aplicación a problemas de salud en relación con las ITS/VIH/SIDA. (ANEXO 5).

Sede: Consultorio 25 Tipo I perteneciente al Policlínico Universitario Norte de Morón.

Tema No.1: Presentación del programa.

Sumario:

1. Presentación de los participantes y el programa.
2. Aplicación de la encuesta
3. Cierre

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los adolescentes seleccionados a capacitar.

ITS/VIH/SIDA en adolescentes



Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Tiempo: 4 horas.

Frecuencia: 1 vez semanal.

Recursos: Papel, lápiz, TIC.

Responsable: Dra. Esmircy Jiménez Centeno.

Promotores del CMPES.

Participantes: Adolescentes seleccionados en la muestra.

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

Sumario:

- 1- Epidemiología de las ITS/ VIH/SIDA.
- 2- Vías o Modos de transmisión por el cual se puede adquirir una ITS/VIH/SIDA, período de incubación, período de transmisibilidad.
- 3- Situación epidemiológica internacional.
- 4- Programa de prevención y Control de las ITS/ VIH/SIDA.

Objetivo: Analizar la epidemiología de las ITS/VIH/SIDA y el comportamiento de la epidemia a nivel mundial teniendo en cuenta la bibliografía orientada.

Tipo de actividad: Conferencia y Video –Debate.

Tiempo: 4 horas.

Frecuencia: 1 vez semanal.

Recursos: Televisor y video casetera.



Responsable: Dra. Esmircy Jiménez Centeno.

Participantes: Adolescentes seleccionados en la muestra.

Tema No.3 Asociación de las ITS al VIH/SIDA.

Sumario:

1. Principales ITS que afectan al hombre, formas en que se puede infectar con una ITS/VIH/SIDA, sintomatología y vía de transmisión.
2. Actualización de conceptos educación sanitaria a llevar a cabo en la comunidad, que impliquen cambios conductuales.
3. Promover las medidas de protección desde edades tempranas de la vida.

Objetivo: Valorar los conocimientos acerca del tema, así como nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar los adolescentes en sus relaciones sexuales, como el uso del preservativo (sexo seguro).

Tipo de actividad: video-debate.

Tiempo: 4 horas.

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Recursos: Televisor, video local.

Responsable: Dr. Yanet González Reyes

Participantes: Adolescentes seleccionados en la muestra.

Tema No.4: Prevención de las infecciones de transmisión sexual.



Sumario:

1. Manifestaciones clínicas y clasificación del VIH/SIDA.
2. Historia natural de la infección por VIH/SIDA
3. Manifestaciones clínicas complicaciones y tratamiento.

Objetivo: Desarrollar habilidades cognoscitivas para la prevención de las ITS, incentivándolos hacia conductas sexuales responsables.

1. Principales ITS que afectan al hombre, características, sintomatología y vía de transmisión.
2. Principales medidas para prevenir las ITS/VIH/SIDA.
3. Uso del preservativo en todos los sexos.
4. Prácticas sexuales seguras para no adquirir una infección de transmisión sexual.
5. Identificar las manifestaciones clínicas de la infección por VIH en situaciones reales y/o modeladas.

Tipo de actividad: Conferencia/ Taller.

Tiempo: 4 horas.

Frecuencia: 1 vez semanal.

Recursos: Hojas, lápices, televisor y video casetera.

Responsable: Msc. Dixie Dávila Ferrer.

Dra. Esmircy Jiménez Centeno.



Participantes: Adolescentes seleccionados en la muestra

Tema No.5 Cierre y evaluación.

Objetivo

1. Reafirmar y/o consolidar los contenidos impartido,
2. Aplicar encuesta para evaluar la efectividad de la intervención educativa.

Tipo de actividad: Conferencia / Taller. Videos- debate.

Se distribuyen **Plegables** sobre las ITS/VIH/SIDA, que contienen los contenidos necesarios y pertinentes para garantizar la consolidación de los conocimientos.

Tiempo: 4 horas

Frecuencia: 1vez semanal.

Recursos: lápices, hojas, plegables.

Responsable: Dra. Esmircy Jiménez Centeno.

Promotores del CMPES.

Métodos generales:

Conferencias, Clases Prácticas, Talleres, Debates en grupos y Trabajo de terreno.



Profesores:

Lic. Dixie Dávila Ferrer.

Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria.

Master en Atención Integral a la Mujer

Dra. Yanet González Reyes.

Especialista de primer grado en MGI

Master en Atención Integral a la Mujer

Dra. Esmircy Jiménez Centeno

Especialista de primer grado en MGI

Promotores del CMPES.

PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Profesor
		Conf.	CTPP	SEM	Taller		
1	Presentación del programa, se aplica la encuesta	2			2	4	Dra Esmircy Jiménez y Promotores CMPES
2	Epidemiología de las ITS/VIH/SIDA	2			2	4	Dra. Esmircy Jiménez
3	Asociación de las ITS al VIH/SIDA	2			2	4	Dra. Yanet González Reyes.
4	Prevención de las ITS/VIH/SIDA	2			2	4	Lic Dixie Dávila y Lic. Julia Ma.
5	Cierre y Evaluación	2			2	4	Dra. Esmircy Jiménez y

							Pro- Motores CMPES.
Total docencia	10			10	20		
Horas totales curso						80	

9) Evaluación: Cuanti-cualitativa.

- La asistencia y puntualidad.
- La participación, habilidades demostradas durante el desarrollo del curso.

10) BIBLIOGRAFIA

A) CD ROM: Maestría en Enfermedades Infecciosas .Curso 14.Tema 5. Año 2004.

B) Colectivo de Autores. Infecciones de Transmisión Sexual, pautas para su tratamiento. Ministerio de Salud Pública, 2004.

C) Conde Martínez JA Tras los orígenes del SIDA. La Habana BOLIPK. Enero de 2001, 11/2 y 12/13.

CH) El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes. Network en Español de Family Health International 2000 20-3.

D) Gala González A. El SIDA es uno de los principales retos para el desarrollo. BOLIPK. La Habana Julio 1999 9-26,204.

E) Gala González A. Identifican tratamientos para impedir infecciones del SIDA de madre a hijo. BOLIPK. La Habana Julio 1999. 9-26 de 204 a 205

F) Ho D They originalis of AIDS, 1401,32 a 38.



G) Hernández Cuesta. Sistema de atención ambulatoria para personas que viven con VIH/SIDA. En Jiménez Sandoval, Álvarez González, A Alfonso Cruz MA, Vallaron Oramas M, Reyes Chacón X, Carnota del Busto R. Conocimiento sobre el VIH. La Habana Editorial Pueblo y Educación 1999, 91 a 95.

H) Jiménez Sandoval O, Epidemiología en Jiménez Sandoval O, Alvarez González A, Alfonso Cruz MA, Vallon Oramas M, Reyes Chacon X, Conocimiento sobre el VIH. La Habana Editorial Pueblo y Educación 1999, 1 a 9.

I) La pandemia del SIDA sigue sin detenerse. BOLIPK. La Habana Agosto 2000 10-32, 251.

J) López P. L. Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. Tesis en opción al título de master. Año 2007.

J) MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología VIH/SIDA/ITS Municipios más afectados en Cuba. La Habana 24 de Mayo de 2002.

K) Molina R. Los casos de SIDA declarados se reducen en España un 15% durante 1998.

L) Ortega González LM, Infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana. Alvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R, Temas de Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana 2001 V-I 417 a 421.

M) Pedroso P. Alerta OMS sobre peligro vínculo con el SIDA y la Tuberculosis BOLIPK La Habana Marzo 2001, 11-2 de 90 a 91

N) Primera Conferencia de la internacional AIDS society. Horacio Salomón. June 9 , 2002.

ITS/VIH/SIDA en adolescentes



O) Rodríguez F. El SIDA avanza BOLIPK. La Habana Julio 2000 10-30 237.

P) Robinson ET 33 Millones de personas infectadas por el VIH. Network en Español.



CAPITULO III

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1: Distribución de los encuestados según grupos de edad y sexo.

N = 86

Grupos de edad (años)	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%
12-15	22	58.3	21	43.8
16-19	15	41.7	28	56.2
Total	37	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 podemos apreciar que de 86 adolescentes encuestados 28 de ellos para un 56.2% pertenecen al grupo de 16-19 años siendo el grupo etéreo que predomina en la investigación, coincidiendo que son del sexo masculino por lo que se evidencia la prevaecía de este sexo en nuestro trabajo. La adolescencia fue considerada por largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez sin dedicarle mayor preocupación, en la actualidad se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez necesario dedicarle nuestra atención ya que se producen importantes cambios en esta etapa de la vida que conducen al individuo hacia la madurez del adulto ^(5, 6, 7). En este sentido, la solución consiste quizás en reconocer, como lo hace Kon I. S, la existencia de una juventud temprana de 14-15 a 17-18 años y de una juventud tardía de 17-18 a 25 años, aproximadamente ⁽⁵⁾.



Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre Infecciones que son consideradas de transmisión sexual.

Nivel de conocimiento sobre Infecciones que son consideradas de transmisión sexual	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	12	14.3	82	97.7
Medio	56	66.7	4	2.3
Bajo	18	19.0	-	-
Total	86	100.0	86	100.0

En esta tabla 2 podemos apreciar que antes de la intervención educativa el 19.0% (16) tenían un conocimiento bajo, siendo la categoría de nivel medio la de mayor conocimiento con el 66.7 %. Posterior a la intervención educativa se logra elevar sustancialmente la esfera cognoscitiva de éstos adolescentes pues el 97.7% (82) elevaron sus conocimientos quedando vacía la categoría de nivel bajo y lográndose los objetivos del programa educativo.

Estos resultados son similares a los encontrados por Heredia Hernández B, y otros en su estudio sobre enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo, pues las respuestas coincidieron con niveles de conocimientos insuficientes antes de la intervención, que luego se manifestó en un incremento de más del 75.0% con un predominio de conocimientos suficientes después de la intervención ⁽³⁷⁾.



Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre forma de infectarse con una ITS VIH SIDA.

Nivel de conocimiento sobre forma de infectarse con una ITS VIH SIDA	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	74	88.1	86	100
Medio	8	9.5	-	-
Bajo	4	2.4	-	-
Total	86	100.0	86	100.0

En la tabla 3 se muestra el reconocimiento de los adolescentes encuestados sobre las formas más comunes del contagio de una ITS /VIH /SIDA antes y después de la intervención educativa, de un total de 86 encuestados el 88.1% que representa 74 adolescentes conocían las formas más comunes de infectarse, mientras que el 9.5 % (8 encuestados) tenían un nivel medio. Posterior a la intervención educativa los 86 capacitados representando el 100% señaló la respuesta correcta.

En relación con el conocimiento de la transmisión materna podemos apreciar que las mujeres de Cali; Colombia en el 2005; pudieron constatar que el 86.9% de las mujeres encuestadas afirmaron la transmisión vertical, resultados superiores al nuestro que fue del 79.5% antes de la intervención ⁽³⁸⁾.

La Dra. Ortiz Maza en el estudio realizado con las mujeres del Consejo Popular Vaquerito en el municipio Morón; encontró resultados semejantes al nuestro ya que el 100% reconocieron las tres formas de infectarse después de la intervención educativa⁽³⁹⁾.



Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre síntomas inmediatos a la infección por el VIH/SIDA.

Nivel de conocimiento sobre síntomas inmediatos a la infección por el VIH/SIDA	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	54	64.3	86	100
Medio	9	10.7	-	-
Bajo	23	25.0	-	-
Total	86	100.0	86	100.0

En la tabla 4 se expone el conocimiento de los adolescentes encuestados de la presencia de síntomas inmediatos a la infección por el VIH/SIDA antes y después de la intervención educativa. De un total de 86 encuestados el 25 % (23 encuestados) no sabía si todas las personas que adquieren el virus del sida presentan inmediatamente síntomas de la enfermedad, mientras que 9 de ellos que representa el 10.7% respondían que todas las personas que adquieren el virus del sida presentan inmediatamente síntomas de la enfermedad. De un total de 86 encuestas el 64.3 % (54 encuestados) conocían que los síntomas no siempre aparecen al inicio de la enfermedad. Después de aplicada la intervención el 100% (86 capacitados) señaló la respuesta correcta.

Nuestros resultados coinciden con los encontrados por Patterson Serrano I, la cual realizó una intervención educativa sobre VIH/SIDA en adultos jóvenes en la Facultad de Ciencias Médicas de Morón en el año 2008⁽⁴⁰⁾ donde se muestra que el 71.5% (150) refirieron que en la infección por VIH/SIDA “no hay presencia de síntomas inmediatos”, sin embargo el 28.5% contestaron afirmativamente, al inicio de la intervención; porque después de la misma el 100% (210 adultos jóvenes) reconocen que “no hay síntomas inmediatos”.



Tabla 5: Nivel de conocimiento sobre responsabilidad del uso del preservativo.

Nivel de conocimiento sobre responsabilidad del uso del preservativo	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	81	96.4	86	100
Bajo	5	3.6	-	-
Total	86	100.0	86	100.0

En la tabla 5 se observa el reconocimiento de los adolescentes encuestados, sobre la responsabilidad del uso del preservativo antes y después de la intervención educativa. De un total de 86 encuestados el 96.4 % (81 de los mismo conocían que el uso del preservativo es responsabilidad de ambos sexos), mientras que tres de los adolescentes que representa el 3.6 % respondió que el preservativo es responsabilidad sólo del hombre. Después de aplicada la misma el total de ellos 86 capacitados representando el 100% señalo la respuesta correcta.

Al revisar la bibliografía publicada de otros estudios podemos apreciar que la Dra. Ortiz Maza en las mujeres del Consejo Popular el Vaquerito en el municipio Morón; encontró que el 92.4% refieren que la responsabilidad del uso del condón es de ambos sexos antes de la intervención y después de la misma se elevó en el 100%, ⁽³⁹⁾. Nuestro estudio coincide con sus resultados por Patterson Serrano la cual realizó una intervención educativa sobre VIH/SIDA en adultos jóvenes en la Facultad de Ciencias Médicas de Morón en el año 2008⁽⁴⁰⁾); ya que después de la misma adquieren conocimientos el 98.0% (206 capacitados) al plantear que es de “ambos sexos” la responsabilidad del uso del condón.



Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre principales medidas de prevención.

Nivel de conocimiento sobre principales medidas de prevención	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	22	26.2	86	100
Medio	38	45.2	-	-
Bajo	26	28.6	-	-
Total	86	100.0	86	100.0

En la tabla 6 se muestra el reconocimiento de los adolescentes encuestados sobre las principales medidas para prevenir las infecciones de transmisión sexual antes y después de la intervención educativa. En la tabla se puede apreciar que antes de la intervención 28.6% (38 de los encuestados) poseían conocimiento bajo, seguido de un 45,2 % (38 de los encuestados) tenían un conocimiento medio y sólo el 26.2% (22 de los encuestados) tenían un conocimiento alto. Posterior a la intervención educativa el 100% (86 capacitados) elevaron sus conocimientos.

Éstos resultados son semejantes a los encontrados por la Dra. Ortiz Maza ⁽³⁹⁾ donde más del 95% de las encuestadas reconocieron las principales medidas de prevenir la infección por el virus que causa el SIDA después de la intervención educativa. Resultados semejantes al nuestro se encontró también en el que realizó la Dra. Reselló Izquierdo ⁽⁴¹⁾ en los trabajadores de la construcción de Cayo Coco que más del 97% de los trabajadores encuestados incorporaron en sus conocimientos las principales medidas de prevención de la infección después de la intervención educativa .



Tabla 7: Nivel de conocimiento general sobre las ITS/VIH/SIDA.

Nivel de conocimiento general sobre las ITS/VIH/SIDA	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	5	5.96	82	97.62
Medio	58	69.04	4	2.38
Bajo	23	25.00	-	-
Total	86	100.0	86	100.0

N = 86 $\alpha = 0.05$

Cuando analizamos los resultados antes y después de la intervención observamos lo siguiente (Tabla N° 7): el nivel de conocimiento de los encuestados antes de la intervención es de nivel medio con el 69.04%, solo un 5.95% se puede clasificar como alto, en un segundo momento (después de la intervención ya el nivel es alto con un 97.62% y solo un 2.38% se mantiene en medio y esto se explica porque la adolescente tuvo dos (4) ausencias a los temas impartidos relacionados con las patologías que son consideradas de transmisión sexual, lo que hizo posible que no contestara correctamente las preguntas que daban salida a esos objetivos, por lo que consideramos que se hace necesario reincorporarlo a otras versiones del programa.

Resultados semejantes fueron obtenidos por la Dra. Ortiz Maza ⁽³⁹⁾ y la Dra. Reselló ⁽⁴¹⁾ ya que ambas elevaron los conocimientos entre alto y medio en las mujeres del Consejo Popular el Vaquerito y del Contingente Tres de Cayo Coco respectivamente.



Cuando analizamos los resultados estadísticos y comparamos ambos momentos buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos lo siguiente:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	57.97	10.21	(57.76; 60.19)
DESPUES	86.30	4.59	(85.31; 87.30)

La media para el primer momento (antes de la intervención) fue de 57.97 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel medio, ya en un segundo momento (después de la intervención) la media es de 86.30 lo que los clasifica en la categoría de nivel alto. Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p= 0.0001$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula, que se complementa si observamos que las medias para ambos momentos están contenidos en los intervalos de confianzas por lo que podemos afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos o lo que es lo mismo que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo de nuestra investigación.



CONCLUSIONES

En nuestra intervención se pudo constatar la efectividad de la Estrategia de Intervención propuesta pues hubo un incremento considerable de los conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en los adolescentes del Consejo Popular Oeste pertenecientes al Policlínico Universitario Norte de Morón relacionados con: patologías que son consideradas de transmisión sexual (97.7%), forma de infectarse con una ITS VIH SIDA (100.0%), síntomas inmediatos a la infección (.100.0%), responsabilidad del uso del preservativo, principales medidas de prevención (100%) y de conocimiento general sobre las ITS/VIH/SIDA (97.62%).



RECOMENDACIONES

Al tener en cuenta los resultados obtenidos en nuestra investigación recomendamos;

- Generalizar la estrategia propuesta sobre las ITS/VIH/SIDA a otros adolescentes de los diferentes consultorios del Médico de la Familia, para con ello prevenir y evitar la propagación de la enfermedad y conducir a éstos hacia una sexualidad responsable.
- Extender a todos los profesionales de la salud de nuestro municipio los resultados obtenidos en la investigación a través de su presentación en eventos y la publicación.
- Divulgar el plegable en todas las áreas de salud y bibliotecas como un medio más de información.
- Publicar la Tesis.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1- MINSAP. Programa de Control y Prevención del VIH/SIDA. Cuba, 2001
- 2- El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes africano. Network en español. Family Health Internacional, 2004; 20(3)
- 3- El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes africano. Network en español. Family Health Internacional, 2004; 20(3)
- 4- Domínguez García L. Papel de los cambios biológicos y su repercusión psicológica en las etapas de la adolescencia y la juventud. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelie L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La Habana 2006: 63-69.
- 5- Kon I. S. La Juventud como objeto de investigación científica. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelie L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La Habana 2005: 18-47. 2006: 63-69. Finger W. La educación sexual ayuda a preparar los jóvenes. Network en Español 2006; 20(3):23-29.
- 6- Gogna M, Pantelides E y Ramos S. Las enfermedades de transmisión sexual: Género, salud y sexualidad. Panamá 2003. Cuaderno Cenep. 52: 55-56.
- 7- Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación. ONUSIDA/OMS. 2004.
- 8- Gottlieb S. News roundup unprotected oral sex can transmit HIV. BMJ, April 2005: 326-730.
- 9- Ho D. They originalis of AIDS. Instituto Aeron Diamond. New York. Revista Nature. Diciembre 2006; (1401): 34-38.
- 10- Conde Martínez JA. Tras los orígenes del SIDA. La Habana. BOLIPK. Enero del 2003; 11(2): 12-13.



- 11-Carrero Ramos R. ¿Qué sabe usted sobre ETS? Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integrar. Ciudad de la Habana, 1998.
- 12-Ledesma González A. Conocimiento y percepción de riesgo en relación a las ITS/SIDA. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integrar. Boyeros, Ciudad Habana. 2005.
- 13- Finger W. La educación sexual ayuda a preparar los jóvenes. Network en Español 2006; 20(3):23-29.
- 14-Ortega Gonzáles LM. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana. En Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana 2001. V-II: 417-421.
- 15-Ortiz González LM. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana. Afecciones infecciosas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R. Principales Afecciones del individuo en el contexto familiar y social. Temas de Medicina General Integral. La Habana 2003; volumen II: 417-421.
- 16-Hernández R. R. Intervención educativa sobre el uso del preservativo en adolescentes del CMF # 15. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Norte. 2003.
- 17-Rodríguez F. La pandemia de SIDA sigue sin detenerse. BOLIPK. La Habana Diciembre 1999 10-30 250 a 253.
- 18- Kirby D. Sexuality and sex education at home and school. Adolesc. Med. 2004; 10(2):195-209.
- 19-Kornblit A, Jiménez L, Méndez Díaz A, Petracci M y Vujosevich J. El SIDA está entre nosotros. Editorial Corregidor; Buenos Aires 2006: 55-56.
- 20-Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación. ONUSIDA/OMS. 2004.
- 21-Pedroso P. Alerta OMS sobre peligroso vínculo entre el SIDA y la Tuberculosis. BOLIPK. La Habana Marzo 2003; 11(12):90-91.



- 22- Petracci M, Muraro H. Circuitos Comunicacionales de información sobre los modos de contagio y de prevención del VIH/SIDA. <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih1.htm>. 2005: 62.
- 23-Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA Habana Julio 2004; 9(26):204-205.
- 24-Conde Martínez JA Tras los orígenes del SIDA. La Habana BOLIPK. Enero de 2001, 11/2 y 12/13.
- 25-Mustelier Ibarra L. Las relaciones con los adultos en la adolescencia y la juventud. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelier L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La Habana 2004: 245-256.
- 26-Robinson ET. 33 millones de personas infectados por el VIH. Network en Español. Family Health Internacional, 2006; 20(1):2.
- 27-CDC:US Public Health Service Recommendations for HIV Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women.MMWR ,1995; volume 44(RR-7):1-15.
- 28-Ferrera M. Adolescent sexuality: Contracepción and DST/AIDS. Rev. Braz. Med.; 2004; 5(3):1.
- 29-Ochoa Soto R. Santana I. Hernández Fernández M, Chacon Asusta L, Ricardo Puig O and et. Al. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP y centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP. Ciudad de la Habana. 2004, 122.
- 30-Ochoa Soto R. Santana I. Hernández Fernández M, Chacon Asusta L, Ricardo Puig O and et. Al. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP y centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP. Ciudad de la Habana. 2004, 128.
- 31-Control of Sexually Transmitted Diseases. Who. Second edition.1998
- 32-Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación ONUSIDA/OMS.2000.



- 33-Manual para el control de las Enfermedades Transmisibles. Publicación Científica No 564.OPS-OMS,2007
- 34-Colectivo de Autores. Infecciones de Transmisión Sexual, pautas para su tratamiento. Ministerio de Salud Pública, 2004.
- 35- CD ROM: Maestría en Enfermedades Infecciosas .Curso 14.Tema 5. Año 2004
- 36-Petracci M, Murano H. Circuitos Comunicacionales de la información sobre los modos de contagio y prevención del VIH/SIDA 2004.
- 37-Heredia Hernández B, Velazco Boza A, Cutié Lión E, Álvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. Rev Cubana Obst Ginecol 2004.
- 38-Canaval G E, Valencia Cl P, Forero L, Guardera N, Macaña A y Valgas Y . Factores protectores y de riesgo para el VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia. Ciencias y Enfermería. 2005: XI (2): 23-33.
- 39-Ortiz Maza Y, Gutiérrez Villa N, Castillo L. La Mujer. Vulnerabilidad y su relación con el VIH/SIDA. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral] Policlínico Sur. Morón. 2006.
- 40- Patterson Serrano I. Intervención educativa sobre VIH/SIDA en adultos jóvenes de la Facultad de Ciencias Médicas Morón. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer grado en atención de Enfermería Comunitaria) 2008.
- 41- Reselló Izquierdo A, Conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA en trabajadores de la construcción del municipio Morón. Septiembre 2005 a marzo del 2006 [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral] Policlínico Norte. Morón. 2006.



BIBLIOGRAFÍA

- a) Bayarre VA, Hodfort G. Inferencia Estadística. ENSAP. La Habana. 2003.
- b) Canaval G E, Valencia Cl P, Forero L, Guardera N, Macaña A y Valgas Y. Factores protectores y de riesgo para el VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia. Ciencias y Enfermería. 2005: XI (2): 23-33.
- c) Castellanos Oñate CM, Vera Noda CR, Gutiérrez Venegas P, Escobar Gómez R. Educación sexual en un grupo de estudiantes secundarios. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 16(1):31-8
- d) Colectivo de Autores. Infecciones de Transmisión Sexual, pautas para su tratamiento. Ministerio de Salud Pública, 2004.
- e) Conferencia de la internacional AIDS society. Horacio Salomón. Primera June 9 , 2002.
- f) Control of Sexual Transmitted Diseases WHO. Second edition 1998.
- g) Domínguez García L. Caracterización de diferentes etapas del desarrollo de la personalidad. La adolescencia. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelie L, Fernández Ruiz Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La Habana 2006: 459-470.
- h) Domínguez García L. El sistema de comunicación en las etapas de la adolescencia y la juventud: Relaciones con los adolescentes. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelie L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La Habana 2005: 214-230.
- i) Domínguez García L. La adolescencia y la juventud como etapas de desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. En: Domínguez García



- j) L, Ibarra Mustelier L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La habana 2004: 9-17.
- k) Domínguez García L. Sistema de actividades y desarrollo intelectual en las etapas de la adolescencia y la juventud. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelier L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La habana 2002: 185-217.
- l) Gala González A. Identifican tratamientos para impedir infecciones del SIDA de madre a hijo. BOLIPK. La Habana Julio 1999. 9-26 de 204 a 205.
- m) Gala González A Nuevos Orígenes de la infección del SIDA. BOLIPK. La Habana Julio 2002, 9-26, de 204 a 205.
- n) Gogna M Pantelides E y Ramos S. Las enfermedades de transmisión sexual. Género salud y sexualidad. Panamá 2000. Cuaderno Cenep. 52. 55,56.
- o) Grinder RE. Amenazas para la salud de los adolescentes. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelier L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La habana 2005: 122-157
- p) Griender R F. El desarrollo físico durante la adolescencia. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelier L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Editorial Félix Varela. La habana 2003: 70-87.
- q) Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación ONUSIDA/OMS.2000.
- r) Ho D They originalis of AIDS, 1401,32 a 38. 53. Info Red SIDA Nuevo México. La nutrición del PVVIH.



- s) Hernández Cuesta. Sistema de atención ambulatoria para personas que viven con VIH/SIDA. En Jiménez Sandoval, Álvarez González, A Alfonso Cruz MA, Vallaron Oramas M, Reyes Chacón X, Carnota del Busto R. Conocimiento sobre el VIH. La Habana Editorial Pueblo y Educación 1999, 91 a 95.
- t) Jiménez Sandoval O, Epidemiología en Jiménez Sandoval O, Alvarez González A, Alfonso Cruz MA, Vallon Oramas M, Reyes Chacon X, Conocimiento sobre el VIH. La Habana Editorial Pueblo y Educación 1999,
- u) Kornblit A, Jiménez L. Méndez Dias A Petracci M Y Vujosevich J. El SIDA está en nosotros. Editorial Corregidort Buenos Aires 2000 55 a 56.
- v) La pandemia del SIDA sigue sin detenerse. BOLIPK. La Habana Agosto 2000 10-32, 251.
- w) Manual para el control de las Enfermedades Transmisibles. Publicación Científica No 564.OPS-OMS, 2007
- x) Molina R. Los casos de SIDA declarados se reducen en España un 15% durante 1998. Manual de Controle das Doencas Sexualmente transmissiveis. Ministério da Saúde. Coordenacao Nacional DTS e AIDS. 1999.
- y) MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología VIH/SIDA/ITS Municipios mas afectados en Cuba. La Habana 24 de Mayo de 2002.
- z) Ortega González LM, Infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana. Alvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R, Temas de Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Medicas. La Habana 2001 V-I 417 a 421.
- aa)* Ortiz González MN Infecciones por virus de la Inmunodeficiencia Humana. Afecciones infecciosas más frecuentes. En Alvarez Sintés R, principales afecciones del individuo en el contexto familiar y



social. Temas de medicina General Integral La Habana 2001 Vol I

417 a 421.

- bb) Ochoa Soto R. Santana I. Hernández Fernández M, Chacon Asusta L, Ricardo Puig O and et. Al. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP y centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP. Ciudad de la Habana. 2004, 122.
- cc) Ochoa Soto R. Santana I. Hernández Fernández M, Chacon Asusta L, Ricardo Puig O and et. Al. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP y centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP. Ciudad de la Habana. 2004, 128.
- dd) Parejo. L. Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA. Tesis en opción al título de master .Año 2006.
- ee) Pattersson Serrano I. Intervención Educativa Sobre VIH/SIDA en Jóvenes. Tesis en opción al titulo de especialista de enfermería comunitaria. Año 2008.
- ff) Pedroso P. Alerta OMS sobre peligro vinculo con el SIDA y la Tuberculosis BOLIPK La Habana Marzo 2001, 11-2 de 90 a 91g
- gg) Rodríguez F. El SIDA avanza. BOLIPK. La Habana Julio 2000; 10(30):237
- hh) Roses M. Diez países de América Latina logran rebajar en medicamentos contra el SIDA. OPS. Washington, 12 junio del 2003 (Reuters) En: INFOMED Red telefónica de Salud en Cuba. Junio 2005; 10(162): 3-4.
- ii) El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes. Network en Español de Family Health International 2000 20-3.



ANEXO 1

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 adolescentes 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 representará un problema para mi persona, ni tendrá ninguna repercusión en mis resultados docentes.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en Morón los ____ días del mes de _____ del 2008.

Firma Dra. Esmircy Jiménez Centeno

Investigador principal

Firma del paciente



Lámina No. 1:

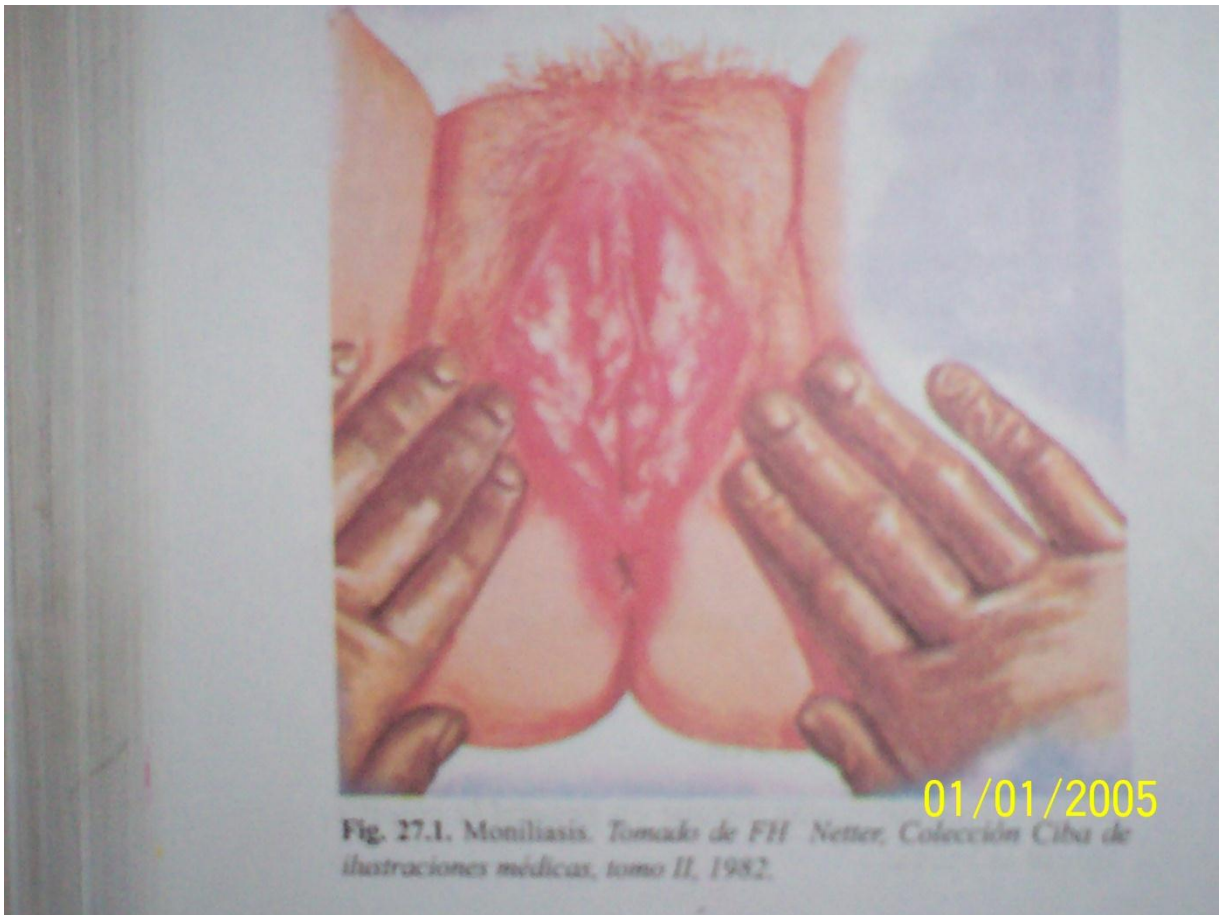
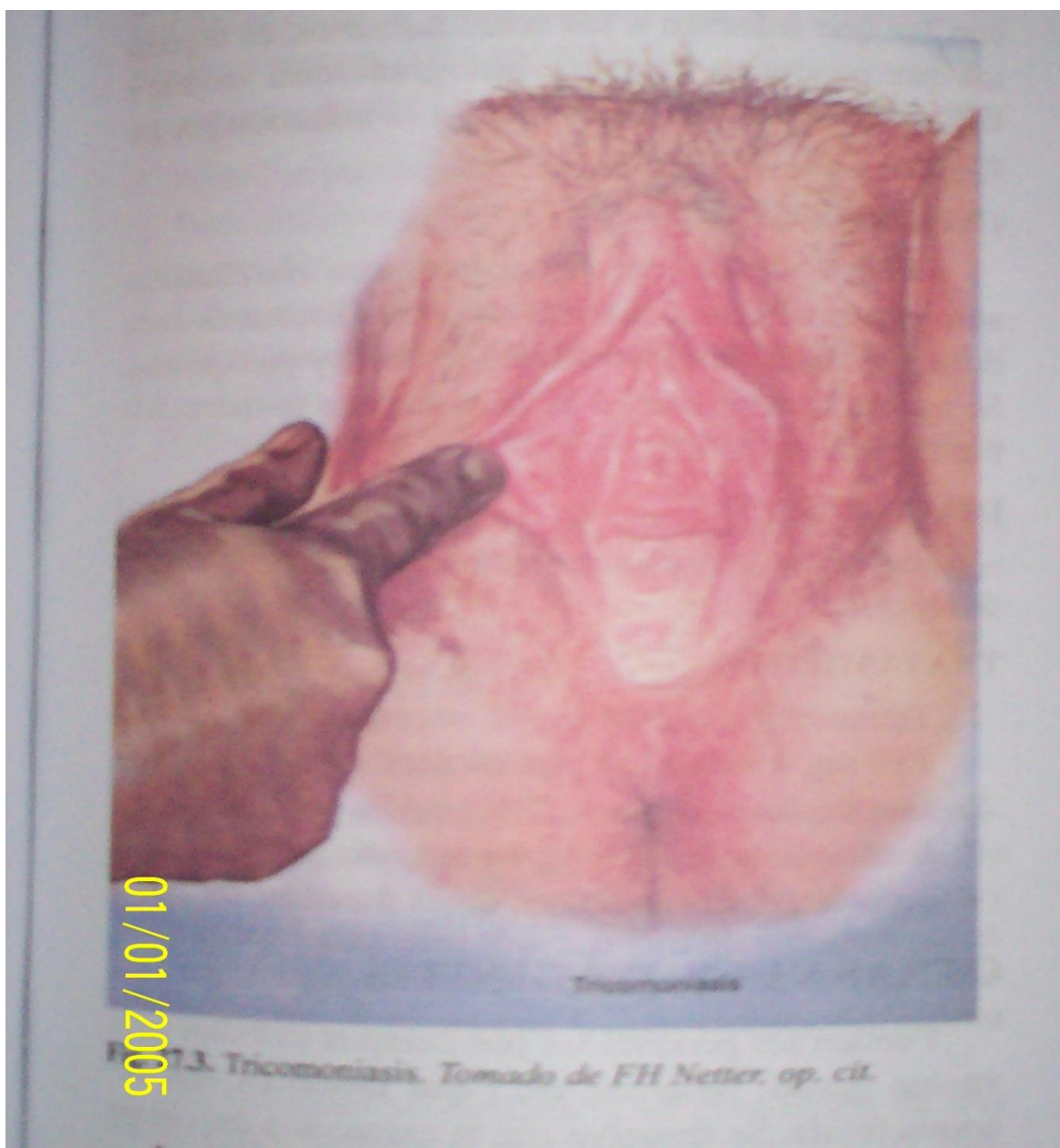


Fig. 27.1. Moniliasis. Tomado de FH Netter, Colección Ciba de ilustraciones médicas, tomo II, 1982.



Lámina No. 2:



01/01/2005

F 17.3. Trichomoniasis. Tomado de FH Netter, op. cit.



ANEXO 2

ENCUESTA

Tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cuál es la mejor respuesta y cuál es tu criterio personal. (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

1- Edad _____ Años.

2- Sexo. 2.1-Femenino _____ 2.2-Masculino _____.

3) De las siguientes enfermedades, señale cuales considera usted que son de Transmisión sexual. (Marca con una X las que usted conoce).

3.1 _____ Monilia.

3.2 _____ Sífilis.

3.3 _____ VIH/SIDA.

3.4 _____ Clamidia.

3.5 _____ Condiloma o Verrugas.

3.6 _____ Trichomona.

3.7 _____ Blenorragia (gonorrea).

3.8 _____ Hepatitis B.

3.9 _____ Lepra.

3.10 _____ Herpes genital.

4) ¿Cómo usted puede infectarse con una ITS/VIH/SIDA?

a) Por el uso de vasos, cubiertos y otros objetos de uso personal

1) Si _____ 2) No _____

b) Usando baños públicos

1) Si _____ 2) No _____

c) Teniendo contacto con sangre contaminada

1) Si _____ 2) No _____



- d) De la madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia materna.
1) Si _____ 2) No _____
- e) Tener relaciones sexuales desprotegidas con personas que cambian frecuentemente de parejas o poco conocida.
1) Si _____ 2) No _____
- 5)- ¿Todas las personas que adquieren el virus del SIDA presentan Inmediatamente síntomas de la enfermedad?
1) Si _____ 2) No _____ 3) No sé _____
- 6) El uso del condón o preservativo es solo responsabilidad:
6.1 _____ De la mujer.
6.2 _____ Del hombre.
6.3 _____ O de ambos.
- 7) Las principales medidas para prevenir las ITS/VIH/SIDA son:
7.1 _____ Seleccionar adecuadamente la pareja y mantenerse estable.
7.2 _____ No tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente o cambien de parejas.
7.3 _____ Usar preservativo o condón cuando se tiene relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas.
7.4 _____ Usar preservativo en todas las relaciones sexuales.
7.5 _____ Tener relaciones sexuales sin penetración.



ANEXO 3

Dimensiones e indicadores

Dimensiones	Indicadores	Técnica que utilizó o ítem que evalúa
<p>1. Conocimiento en adolescente sobre la ITS/VIH/SIDA</p>	<p>- Alto: Si conoce entre 7 y 9 tipos de ITS , las 3 formas más comunes de infectarse, si conoce que todas las personas que adquieren el virus del SIDA no presentan síntomas inmediatos y conocer que el uso del condón es responsabilidad de ambas personas de la pareja y que conozcan 3 ó 4 principales medidas de prevención.</p> <p>- Medio: Si conoce entre 5 y 6 tipos de ITS, 2 formas más comunes de infectarse, si responde que todas las personas que adquieren el virus del SIDA si presentan síntomas inmediatos y que conozcan 2 principales medidas de prevención.</p> <p>- Bajo: Si conoce 4 ó menos tipos de ITS, 1 forma más común de infectarse y si responde que no sabe que todas las personas que adquieren el virus del SIDA presentan síntomas inmediatos y como que el uso del condón es responsabilidad del sexo masculino o del femenino y que conozcan 1 de las principales medidas de prevención.</p>	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta 3: Incisos: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.10.</p> <p>Pregunta 4: Incisos: 4.c, 4.d .4, e.</p> <p>Pregunta 5: Incisos: 5.2.</p> <p>Pregunta 6: Incisos: 6.3.</p> <p>Pregunta 7: Incisos 7.2, 7.3, 7.4, 7.5.</p> <p>Los incisos se evaluarán con 5 puntos para un total de 90 pts. y se evaluará</p> <p>Alto: Entre 75 – 90 pts. Medio: Entre 55– 74 Bajo: - de 54.</p>



ANEXO 4

Puntuación del cuestionario que se aplicó antes y después del Programa Educativo.

La encuesta tenía un total de 7 preguntas, de ellas cinco midieron conocimientos, la pregunta 3 sobre patologías consideradas de transmisión sexual, la 4 sobre las formas de infectarse con una ITS, 5 sobre los síntomas inmediatos a la infección, 6 responsabilidad del uso del preservativo y la 7 principales medidas de prevención de las ITS/VIH/SIDA.

Las preguntas 1 y 2 no miden conocimientos.

CLAVE DEL CUESTIONARIO:

Las preguntas se evaluaron en **ALTO, MEDIO Y BAJO**, y se le dio puntuación a cada una, al final sumando una cantidad de 90 puntos.

Pregunta # 3 Alto: si responde 7 a 9 patologías consideradas ITS (5pts por cada respuesta correcta)

Medio: si responde 5 a 6 patologías consideradas ITS (5pts por cada respuesta correcta)

Bajo: si responde 4 o menos patologías consideradas ITS (5pts por cada respuesta correcta)

Si responde negativamente (0 pts).

Pregunta # 4 Alto si responde 3 de las formas de infectarse con una ITS/VIH/SIDA (5pts por cada respuesta correcta)

Medio: si responde 2 de las formas de infectarse con una ITS/VIH/SIDA (5pts por cada respuesta correcta)

Bajo: si responde 1 de las formas de infectarse con una ITS/VIH/SIDA (5pts por cada respuesta correcta).

Si responde negativamente (0 pts).

Pregunta # 5 Alto: si responde que todas las personas que adquieren el virus del SIDA no presentan síntomas inmediatos (5pts por cada respuesta correcta)



Medio: si responde que todas las personas que adquieren el virus del SIDA si presentan síntomas inmediatos (0 pts por cada respuesta)

Bajo: si responde que no sabe que todas las personas que adquieren el virus del SIDA (0 pts por cada respuesta)

Pregunta # 6 Alto: si responde que el uso del preservativo es responsabilidad de ambos sexos (5pts por cada respuesta correcta)

Bajo: si responde que el uso del preservativo es responsabilidad del hombre o de la mujer (0 pts).

Pregunta # 7 Alto: si responde 3 ó 4, sobre principales medidas preventivas para evitar las ITS/VIH/SIDA (5pts por cada respuesta correcta)

Medio: si responde 2, sobre principales medidas preventivas para evitar las ITS/VIH/SIDA (5pts por cada respuesta correcta)

Bajo: si responde 1, sobre principales medidas preventivas para evitar las ITS/VIH/SIDA (5pts por cada respuesta correcta)

Si, no responde (0 pts).



ANEXO 5
Esquema de Intervención Educativa.

TEMA	OBJETIVO	Forma de Enseñanza	Método de Enseñanza
1. Presentación del programa.	Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los adolescentes seleccionados a capacitar.	Dinámica de grupo.	Papel, TIC.
2. Epidemiología de la transmisión de las ITS/VIH/SIDA.	Analizar la epidemiología de las ITS/VIH/SIDA y el comportamiento de la epidemia a nivel mundial teniendo en cuenta la bibliografía orientada.	Conferencia y Video –Debate.	Televisor y video casetera.
3. Asociación de las ITS al VIH/SIDA.	Valorar los conocimientos acerca del tema, así como nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar los adolescentes en sus relaciones sexuales, como el uso del preservativo (sexo seguro).	Video - Debate.	Televisor, video local.
4. Prevención de las infecciones de transmisión sexual.	Desarrollar habilidades cognoscitivas para la prevención de las ITS, incentivándolos hacia conductas sexuales responsables.	Conferencia/ Taller.	Hojas, televisor y video casetera.

TEMA	OBJETIVO	Forma de Enseñanza	Método de Enseñanza
5. Cierre y evaluación.	<p>Reafirmar y/o consolidar los contenidos impartido,</p> <p>Aplicar encuesta para evaluar la efectividad de la intervención educativa.</p>	<p>Conferencia / Taller. Video-Debate</p>	<p>Hojas, plegables.</p>



TÉCNICAS GRUPALES UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN

Técnicas participativas: Se pueden clasificar por sus objetivos o fines (para animar, para integrar, para confrontar) por sus métodos (trabajo grupal, trabajo individual, que supone la secuencia de pasos ordenados hacia una meta) por sus aplicaciones (didácticas, manuales, terapéuticas y otras).

Técnicas de animación y presentación subjetivas: Es una forma de presentación, donde cada participante se presenta diciendo su nombre, porqué está aquí y a qué quisiera parecerse y porqué. Se utiliza con el objetivo de conocernos mejor, crear empatía.

Técnicas de trabajo en grupo: Normas para el trabajo en grupo. Se orientan las normas para el trabajo grupal y se discuten en el colectivo.

Técnicas de las expectativas: Donde cada participante expone la idea de lo que espera el programa educativo y sus expectativas al respecto. (Ver anexo 3).

Técnica noticiero en (Tres minutos): Cada participante traerá en la próxima actividad una noticia sobre las infecciones de transmisión sexual. Después se discute en el grupo.

Técnica (El correo): Es una técnica que estimula a la paciente para que identifique cuales son las características positivas y negativas y como influyen estos en la regulación de su comportamiento sexual durante el embarazo.

Técnica (Todo Mezclado): Es una técnica utilizada para construir conceptos sobre diversos temas, ejemplo: Infecciones de transmisión sexual, educación sexual, prevención. Se entrega a cada paciente un pequeño cintillo donde se le orienta la reflexión sobre un aspecto del tema en pequeños grupos. Posteriormente se intercambian los resultados y reflexiones en plenaria.

Técnica de aplicación para la evaluación (PNI): El PNI (positivo, negativo, interesante) es una técnica para la evaluación de cada encuentro por parte de los participantes por escrito (anexo 5).



Técnica (Las caritas): Estoy alegre porque.....Estoy triste porque.....Para evaluar la actividad en grupo (anexo 4).

Técnica (Las tres sillas): Para integrar los temas tratados en el programa educativo y evaluar el trabajo realizado, donde el coordinador ubica las tres sillas frente al grupo y explica a las participantes que esto representa tres momentos diferentes.

- Silla #1 ¿Cómo llegaste?
- Silla #2 ¿Qué has logrado?
- Silla #3 ¿Cómo te sientes ahora?

Los participantes responderán por escrito cada interrogante con la mayor sinceridad posible.

Hemos hecho referencia a algunas de las técnicas aplicadas en el programa, todas encaminadas a aumentar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y educación sexual en los adolescentes escogidos para la investigación.

Las sesiones 8 y 9 se destinaron a la evaluación del grupo y se realizó una actividad integradora final, con el objetivo de obtener una visión conjunta del trabajo realizado, valorar los resultados alcanzados durante el programa. Se analizaron poemas y se realizó una actividad recreativo- cultural.



TÉCNICA DE EVALUACIÓN

Objetivo: Evaluar la actividad en grupo.

Técnica:

___ Encuentro No: _____

Estoy alegre porque.....



Estoy triste porque.....





TÉCNICA DE EVALUACIÓN

Objetivo: Evaluar la actividad en grupo.

Con el objetivo de evaluar este encuentro, se desea su criterio u opinión sobre el mismo, para así enriquecer nuestro trabajo. Deseamos sea lo más sincero posible en sus respuestas

Positivo:

Negativo:

Interesante:



MIS OPINIONES SOBRE EL PROGRAMA EDUCATIVO

Expresa su opinión sobre el programa que hemos terminado:

1. Organización:

2. ¿Llenó el grupo sus expectativas?

4. ¿Qué es lo más significativo que usted aprendió?

5. Contenido y metodología de los temas.

6. ¿Qué tipo de actividad les gustaría que se organizaran para dar continuidad a esta experiencia?

7. ¿Pudieras ayudar a otros con las experiencias adquiridas aquí? _____

8. Recomendaciones



INFORME DE LA UNIDAD QUE INTRODUCIRÁ EL RESULTADO

Morón, 1 de Marzo del 2008

“ Año 50 Aniversario de la Revolución ”

De Policlínico Comunitario Norte de Morón.

A quien pueda interesar:

Por medio de la presente comunicamos que después de realizar el Análisis de la Situación de Salud del área y comprobar que las ITS tienen una tasa elevada , decidimos pedir al equipo de investigación para que nos identificara las pacientes portadoras y trazaran las estrategias de intervención educativas necesarias.

Por lo que abaleamos que los resultados de esta investigación serán introducidos en nuestra área con el objetivo de realizar actividades preventivas que modifiquen la situación actual.

Dr. Yinera Reyes Pérez

Director Policlínico Comunitario Norte Morón