



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS

EDUCACIÓN SANITARIA Y TAMIZAJE DE SÍFILIS EN ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE CUMANÁ
(Modalidad: Tesis de Grado)

SANDHI GABRIELA CUBILLÁN MAGO

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR
AL TÍTULO DE LICENCIADO EN BIOANÁLISIS

CUMANÁ, 2013

EDUCACIÓN SANITARIA Y TAMIZAJE DE SÍFILIS EN ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE CUMANÁ

APROBADO POR:



Prof. Genny Guillén
Asesor



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
LISTA DE TABLAS	iii
LISTA DE FIGURAS	iv
RESUMEN.....	v
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	9
Muestra poblacional	9
Normas de bioética.....	9
Obtención de la muestra biológica	9
Determinación de anticuerpos anti-cardiolipina (VDRL).....	10
VDRL cualitativo en placas	10
Análisis estadístico	11
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	i
CONCLUSIONES	i
RECOMENDACIONES	i
BIBLIOGRAFÍA	i
APÉNDICE 1	i
APÉNDICE 2	i
HOJAS DE METADATOS	41

AGRADECIMIENTO

A

Dios Todopoderoso, por ser mi guía espiritual, por iluminar mi camino y darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

Mi asesora la Lcda. Genny Guillén, por su ayuda, conocimientos y apoyo, que han sido muy importantes para el desarrollo de esta investigación.

Los directores (as) de los Liceos Bolivarianos “Br. Rafael Castro Machado”, “Creación Caiguire”, “Creación Cantarrana”, “República Argentina” y a la Escuela Técnica Comercial Robinsoniana “Modesto Silva.”

Los estudiantes de educación media de los liceos antes mencionados por su valiosa colaboración.

DEDICATORIA

A

Mis padres Jesús Cubillán y Jenny Mago, quienes con paciencia, amor y mucha comprensión siempre me han apoyado y guiado en todo momento, además me han suministrado las herramientas necesarias para desarrollarme como persona.

Mis hermanos: Daniela, María Celeste, Andrés y Graciela, por su amor y todos esos ratos de alegrías y tristezas que han vivido conmigo.

A mi familia en general, tíos (as), abuelos, primos, amigos, y a los que de una u otra manera han formado parte de mi vida durante mi desarrollo académico.

Les dedico el haber logrado mi principal meta.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Asociación entre la actividad sexual y la edad de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.	15
Tabla 2. Asociación entre la actividad sexual y el sexo de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.	17
Tabla 3. Asociación entre la actividad sexual y el conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual y su prevención, que tienen los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.	18
Tabla 4. Asociación entre el sexo y la edad de iniciación sexual de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.	20
Tabla 5. Asociación entre el uso del preservativo y el sexo de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.	22
Tabla 6. Asociación entre el número de parejas sexuales en los últimos 6 meses y el sexo de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná- estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Actividad sexual de los estudiantes de la ciudad de Cumaná durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.....	13
--	----

RESUMEN

Se evaluó la educación sanitaria en una población de 1 168 estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná, durante el período noviembre 2007- mayo 2008. A cada individuo, se le extrajo una muestra sanguínea, para la determinación de anticuerpos anticardiolipina en suero, mediante floculación por la prueba de laboratorio para el diagnóstico de enfermedades venéreas (VDRL) para la posterior confirmación a través de la hemoaglutinación de Treponemapallidum(TPHA). También se les aplicó una encuesta socioepidemiológica, con la finalidad de evaluar el comportamiento sexual de cada uno y los factores de riesgos asociados a la sífilis. Los resultados señalan ausencia de casos de VDRL reactivo, observándose que el grupo etario con mayor actividad sexual fue el de 14 a 16 años de edad. El inicio de la actividad sexual se ubicó entre los 13 y 15 años tanto para las mujeres (31,3%) como para los varones (33,3%). Un elevado porcentaje de individuos manifestaron poseer conocimientos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención (88,6%), así como del uso de preservativo (67,6%); por el contrario, se aprecia un bajo porcentaje (15,1%) de individuos con múltiples parejas sexuales en los seis meses previos al estudio. Estos resultados podrían indicar que a pesar de la influencia que puedan tener los medios de comunicación y la sociedad sobre los jóvenes, las medidas preventivas asumidas por los adolescentes evaluados, han disminuido su exposición al riesgo de contraer sífilis. Dentro de estas podemos señalar el uso de preservativo, una o pocas parejas sexuales, entre otros, conductas que han sido promovidas a través de la educación sexual impartida en las aulas de clase.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan uno de los principales problemas de salud pública, a pesar de los avances médicos logrados en las últimas décadas esta problemática continúa. Hasta ahora, se reconocen más de 30 enfermedades bacterianas, virales y parasitarias, las cuales pueden transmitirse por contacto sexual. Dentro de las infecciones que se transmiten mayoritariamente por esta vía se encuentran: sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidiasis, herpes genital, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otras, que se propagan con bastante rapidez y facilidad, presentándose en el 85,0% de los casos en jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y 30 años (De Toni y Fontana, 2002; Rojas, 2002).

Las ITS pueden hacer su aparición, manifestándose con síntomas tan comunes como la vulvovaginitis y la uretritis o tan graves como septicemia, que pueden dejar secuelas importantes como la infertilidad, el embarazo ectópico, el cáncer cérvico-uterino o el deterioro en el sistema inmunitario del organismo, exponiendo a las víctimas a las llamadas infecciones oportunista con una elevada tasa de mortalidad como sucede con el SIDA que hasta nuestros días no tiene cura (Munist y cols., 2002).

El tema de la sexualidad constituye sin lugar a dudas, un importante desafío para todos los que, desde la perspectiva de la educación integral, persiguen un mejoramiento de la calidad de vida y el perfeccionamiento de los modos de actuación en torno a la vida sexual, de pareja, de la familia y la reproducción, o sea de la educación sanitaria. En la actualidad existen serios problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes a escala mundial, ya que se ha visto un incremento en los comportamientos no adecuados de los adolescentes, como por ejemplo el inicio temprano de las relaciones sexuales, cambios frecuentes de parejas,

embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, unión premarital y deserción escolar (Lazo y cols., 2005). Otros de los factores desencadenantes del aumento en las ITS son la práctica de relaciones sexuales sin protección y la promiscuidad, los cuales son comunes entre los adolescentes (CENSIDA, 2004). Los adolescentes son más susceptibles de estar expuestos a las ITS, pues sus relaciones sexuales a menudo son imprevistas, esporádicas y, a veces, el resultado de la presión social, por lo que, generalmente, tienen lugar antes de que adquieran experiencia para protegerse a sí mismos (Vera y cols., 2001). La educación y costumbres de nuestra sociedad pudieran estar influyendo en este comportamiento pues en ocasiones se toma como símbolo de virilidad y masculinidad la promiscuidad y cambio frecuente de pareja; estos patrones generan un gran impacto en la toma de actitudes fundamentalmente a estas edades donde los adolescentes sufren de muchas presiones en sus círculos sociales (Lazo y cols., 2005). Todas estas características señalan la importancia de la educación sanitaria en la lucha contra la propagación de la infección por T. pallidum en la población ya que la aplicación de esta persigue la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, buscando la disminución de las conductas que se han descrito como factores de riesgo para las distintas ITS.

Los adolescentes, entonces, pueden presentar conductas que les hacen más propensos al contagio de una ITS, como la sífilis, riesgo que generalmente se ve incrementado por la falta de información sobre estas enfermedades y su prevención, la actitud despreocupada con que practican su actividad sexual y los sentimientos de vergüenza propios de su edad, que le impiden buscar o solicitar información al respecto, lo que se agrava con la tendencia actual de iniciación cada vez más temprana de las relaciones sexuales (Cortés y cols., 2000; Frías y García, 2002).

La sífilis es una enfermedad sistémica con distribución cosmopolita, cuya frecuencia varía con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. Por lo común, la

sífilis es más prevalente en las zonas urbanas que en las rurales (Benenson, 1997).

La sífilis es causada por Treponemapallidum, subespecie pallidum, miembro de la familia Spirochaetaeaceae; este es un microorganismo en forma de espiral, bastante frágil, que mide, aproximadamente, de 6,0 a 15,0 μm de longitud por 0,2 μm de grosor, móvil, delgado y con un número de espirales que oscila entre 4 y 14. No soporta temperaturas superiores a los 42°C, es decir, es sensible a la desecación, por lo que su transmisión requiere un contacto directo. La sífilis se adquiere por contacto sexual, de forma congénita, por transfusión de sangre y por inoculación accidental (Koneman y cols., 1999; López y Frasquet, 2007).

La infección por esta bacteria, de acuerdo a la evolución de la enfermedad, se divide, biológicamente, en tres estadios clínicos denominados sífilis primaria, secundaria y terciaria, siendo esta clasificación importante para efectos de diagnóstico y tratamiento (Joly y cols., 1994).

El período de incubación de la enfermedad oscila entre 10 y 90 días, aproximadamente. La primera manifestación de la afección es el chancro sifilítico inicial, el cual aparece en el sitio de inoculación (sífilis primaria). Tras curar el chancro, entre las 6 a 12 semanas, después de la infección, se produce una espiroquetemia que da inicio a la sífilis secundaria, donde la mayoría de los individuos desarrolla adenopatías generalizadas y exantema mucocutáneo difuso, creando el foco local para la proliferación de espiroquetas, posteriormente, los síntomas desaparecen espontánea y gradualmente. Al igual que el chancro sifilítico inicial, el exantema de la sífilis secundaria es muy contagioso. Al cabo de diez años o más, comienzan a presentarse las manifestaciones tardías de la enfermedad dando origen a la sífilis terciaria. En esta fase se produce una inflamación difusa y crónica, la cual puede causar lesiones granulomatosas en piel, huesos, hígado (vísceras),

llegando hasta lesiones cardiovasculares y del sistema nervioso central (Pumarola y cols., 1999).

Existen dos tipos de pruebas para el diagnóstico serológico de sífilis: en primer lugar, las no treponémicas o reagínicas, las cuales son utilizadas como métodos de pesquisa, tanto en pacientes con sospecha clínico-epidemiológica, como en aquellos que se desea evaluar su estado (Rodríguez y cols., 2006). Entre estas pruebas, se encuentran: la estandarizada por el laboratorio para el diagnóstico de enfermedades venéreas (VDRL), la prueba de reagina de plasma rápido (RPR) y el test de suero con partículas coloreadas con rojo de toluidina (TRUST), basadas en antígenos compuestos de soluciones alcohólicas con cantidades predeterminadas de cardiolipina, colesterol y lecitina. Para confirmar los resultados reactivos obtenidos con las pruebas reagínicas, se emplean en segundo lugar, las pruebas treponémicas tales como: la prueba de hemoaglutinación de anticuerpos contra T.pallidum(TPHA), inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero (FTA-ABS), Test de Nelson (TPI) y aglutinación de partículas de T.pallidum. La prueba de hemoaglutinación para la determinación de anticuerpos anti-Treponemapallidumes uno de los métodos más sencillos de realizar, y su sensibilidad en los diferentes estadios de la infección se ubica en un 76,0% en la sífilis primaria, 100% en la sífilis secundaria, 97,0% en la sífilis latente y 94,0% en la sífilis tardía, con una especificidad de 99,0% para cada período (Estradas y Gallegos, 1998).

En términos generales, el tratamiento negativiza estas pruebas; sin embargo, en algunos pacientes puede observarse seropositividad a títulos bajos durante algunos años. Cuando el tratamiento se realiza en sífilis primaria reciente sintomática, entre 15,0 y 25,0% de los pacientes resultan no reactivos en dos o tres años. La positividad no está relacionada con la actividad de la enfermedad (Calderón, 2002).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han estimado que las ITS incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que conlleva al SIDA, están extendidas en todo el mundo y constituyen a escala mundial la morbilidad más frecuente entre los hombres de 15-19 años y la segunda causa más importante (después de las maternas) en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo (ONUSIDA, 2006).

En América Latina y el Caribe, la población comprendida entre los 10 y 24 años de edad, está teniendo relaciones sexuales a menudo sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (Cortes y cols., 2007).

La sífilis es una ITS, que se ha convertido en un problema de salud pública que nos afecta a todos. El manejo adecuado de las ITS otorga no sólo la oportunidad de proporcionar tratamiento eficaz, disminuyendo la aparición de complicaciones y secuelas, sino que también permite detectar personas con conductas sexuales de riesgos, que precisan información y formación para disminuir o eliminar su exposición sexual (Ballesteros, 2007).

La sífilis es una enfermedad con un incremento mundial en los últimos años, lo cual está asociado a factores tales como: edad temprana de las primeras relaciones sexuales, promiscuidad, uso de tabletas anticonceptivas, entre otros (Hernández., 2006).

Estimaciones de la OMS plantean que anualmente se presentan cerca de 250 millones de casos nuevos de ITS en el mundo, y de ese total 3,5 millones son por sífilis (Berdasquera y cols., 2004). En América Latina y el Caribe se estimó un total de 3 millones de casos nuevos de sífilis durante el año 2000 (WHO, 2001).

En los años 90, la incidencia de sífilis en Alemania decreció a 1,4 casos/100000 habitantes según cifras oficiales del Instituto Robert Koch de Berlín. Más recientemente, se observó una inversión de la tendencia oficial estimada a 3,1 casos/100000 habitantes en 2002; pero este incremento sólo se observó en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Fenton y cols., 2001).

En el año 2003, se notificaron al sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de España 917 casos de sífilis, observándose un incremento de 234 casos con respecto a los casos notificados para el año 2002 (Ministerio de Salud y Consumo, 2005).

En un estudio realizado en México a 454 mujeres embarazadas, se reportó que el grupo más susceptible a la sífilis es aquel en el rango de edades entre 18 y 30 años, ya que suelen tener menos acceso a la información y a los servicios sanitarios que necesitan para protegerse contra esta infección (Juárez y cols., 2001).

De acuerdo con un informe del sistema de vigilancia mundial de ITS de Chile, se observó que las tasas de incidencia de sífilis para los años 2000 y 2005 fueron de 23,9 y 17,4 por 100 000 habitantes, respectivamente, lo cual puede significar una disminución de 27,0% entre estos años. Sin embargo, se observó que los casos de sífilis, en los años 2004 y 2005 se incrementaron en individuos de edades tempranas, alrededor de los 15 años de edad (Martínez, 2005).

En 1999, se realizó un estudio seroepidemiológico en Brasil, en adolescentes con edad promedio de 16 años pertenecientes a una unidad del sistema correccional juvenil de Espírito Santo, en el cual se observó una prevalencia de sífilis de un 7,8% (Miranda y Zago, 2001).

En Colombia, esta infección ocupa un quinto lugar entre las enfermedades transmisibles (Bernal y cols., 2006). Mientras que, en Venezuela, la sífilis es la ITS más frecuente, con un repunte alarmante en los últimos 5 años (Montiel y cols., 2008). Según cifras registradas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), la mayoría de los casos de ITS ocurren en el grupo etario comprendido entre los 15 y 30 años, siendo los jóvenes los más afectados, debido a su mayor actividad sexual (MSDS, 2002).

Gamarra (1999), en una investigación epidemiológica realizada en San Juan de los Morros, estado Guárico, Venezuela, reportó que la edad donde se encuentra el mayor número de infectados por ITS se ubica entre los 15 y 24 años, etapa que comprende la edad del desarrollo sexual y el inicio de la etapa adulta.

Para el año 2005, en el estado Sucre, Venezuela, se diagnosticaron un total de 534 casos de VDRL reactivos entre las personas que asistieron a la unidad de ITS del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”. De estos casos reactivos 43 correspondieron a mujeres embarazadas, cuyo rango de edades se ubicó entre 15 y 24 años de edad (MSDS, 2005).

González (2010), en un estudio realizado en el Municipio Libertador, del Distrito Metropolitano de Caracas, Venezuela, sobre la caracterización de los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en Adolescentes y Jóvenes, obtuvieron, que una edad inferior a los 20 años, con estado conyugal soltero, condiciones socioeconómicas desfavorables, inicio temprano de la actividad sexual, mayor número de parejas en el último año, no empleo del condón en las relaciones sexuales, conocimientos deficientes sobre las ITS y nivel escolar bajo, resultaron ser conductas de riesgo que favorecen la transmisión de ITS, como la sífilis. Además en el señalado estudio, de forma general, se obtuvo una correlación directamente

proporcional entre el nivel escolar y la calidad de los conocimientos, es decir, a medida que se eleva la escolaridad mejoran los conocimientos sobre las diferentes ITS.

Flores y cols (2011), en un estudio realizado en Cumaná, estado Sucre, Venezuela durante el período 2008-2009, acerca de la frecuencia de sífilis en pacientes con úlcera genital y lesiones cutáneas extragenitales, encontraron que el perfil de los pacientes con sífilis correspondía a individuos procedentes de sectores de bajos recursos económicos y que poseían bajo grado de instrucción, sugiriendo dichos autores que, el hecho de no buscar asistencia médica temprana, podría ser consecuencia del desconocimiento de la enfermedad debido a la falta de educación sexual y sanitaria. Según Berdasquera y cols (2006) el nivel de escolaridad constituye una premisa que condiciona regularmente la ocupación laboral que va a desarrollar un individuo. Cuando la escolaridad de una persona o de un grupo es baja contribuye a la falta de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social y la satisfacción de necesidades, lo que de manera indirecta se convierte en una amenaza, es decir, un riesgo.

La propagación de la sífilis avanza día a día en forma alarmante a nivel mundial, constituyendo un grave problema de salud pública en términos de morbilidad y mortalidad que afecta, principalmente, a los jóvenes, grupo altamente vulnerable si por la falta de educación sanitaria incurre en prácticas que constituyen factores propiciadores para la diseminación de dicha enfermedad. Ante la falta de investigaciones sobre educación sexual e ITS en este grupo poblacional en el estado Sucre, se consideró de gran importancia, evaluar la educación sanitaria así como realizar un tamizaje de sífilis en estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná, con la finalidad de determinar el grado de concientización que causa la educación sexual y reproductiva que reciben los jóvenes en los programas de educación media y su influencia en el número de casos de sífilis entre estos.

METODOLOGÍA

Muestra poblacional

Se realizó un tamizaje, a una población de 1 168 estudiantes, que constituían la matrícula de estudiantes de 4^{to} y 5^{to} año en el Liceo Bolivariano “Rafael Castro Machado”, la Escuela Técnica Comercial Robinsoniana “Modesto Silva”, Liceo Bolivariano “Caigüire”, Liceo Bolivariano “Creación Cantarrana” y la Unidad Educativa “República Argentina” durante el período escolar noviembre 2007 a mayo 2008, a los cuales se les solicitó su consentimiento por escrito para participar voluntariamente en la investigación, y se les aplicó una encuesta socioepidemiológica (apéndice 1 y 2).

Normas de bioética

En esta investigación, se siguieron los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para trabajos de investigación en humanos y la declaración de Helsinki; según los cuales el trabajo de investigación debe estar a cargo de personas con la debida preparación científica y bajo la vigilancia de profesionales de la salud; se debe respetar el derecho de cada individuo participante en la investigación y salvaguardar su integridad física y mental (OPS, 2003).

Obtención de la muestra biológica

A cada uno de los individuos seleccionados, se le extrajo 5 ml de sangre completa por punción venosa con jeringas estériles desechables y previa asepsia de la zona de punción, con algodón y alcohol al 70,0% (Bauer, 1986). Una vez que se obtuvieron las muestras, éstas se colocaron en tubos de ensayos secos, estériles y previamente identificados. Se colocaron en reposo durante 20 a 30 minutos para la retracción del coágulo, luego, se centrifugaron las muestras a 1 500 rpm, durante 10 minutos para

la separación de los respectivos sueros sanguíneos, los cuales fueron transferidos con pipetas Pasteur a tubos de ensayo estériles, identificados, bien tapados y almacenados a -20°C hasta el momento de su procesamiento (Bauer, 1986).

Determinación de anticuerpos anti-cardiolipina (VDRL)

Cada una de las muestras se evaluó para la búsqueda de anticuerpos anti-cardiolipina, presentes en el suero de aquellos individuos infectados por T.pallidum mediante el uso de la prueba de microfloculación para suero en portaobjetos de VDRL clásico (DIFCO). Esta es una prueba no treponémica, en la cual se emplea un antígeno compuesto por una solución alcohólica con cantidades predeterminadas de cardiolipinas, colesterol, lecitina y un buffer salino, que forman una suspensión de partículas finas, las cuales se hacen reaccionar con las reaginas presentes en el suero de los individuos infectados por T.pallidum, originando flóculos que se observan al microscopio óptico, los cuales demuestran la positividad de la prueba (Larsen, 1998). Para el control de calidad, se emplearon sueros controles reactivos para T.pallidum(1:32) y sueros controles no reactivos preparados en el laboratorio. Esta prueba posee un 89,0% de especificidad y un 90,0% de sensibilidad (Joklik y cols., 1994).

VDRL cualitativo en placas

Para la realización de la prueba de VDRL cualitativa, los sueros que se recolectaron, los controles positivo y negativo se inactivaron a 56°C por 30 minutos. Luego, en una placa especial para determinación de VDRL, se colocaron simultáneamente un control de visualización del antígeno constituido por 50 µl de solución salina fisiológica (SSF) y una gota del reactivo (antígeno) y se procesaron las muestras con 50 µl de las mismas y 1 gota del antígeno, utilizando una pipeta calibrada a 17,3 µl (volumen de una gota emitida por la anteriormente empleada aguja calibre 18. Se colocó la placa en un rotador por 4 minutos a 180 rpm y se observó al microscopio

óptico con el objetivo de 10X (Larsen y cols., 1998). Se realizó un test semicuantitativo para titular la concentración, aproximada, de anticuerpos presentes en aquellos sueros que generaron resultados reactivos y débilmente reactivos; así como diluciones para descartar la posible inhibición por un efecto prozona.

Análisis estadístico

Los resultados obtenidos se presentaron a través de estadísticas descriptivas (tablas). Además, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) con un nivel de confiabilidad de 95,0%, con la finalidad de establecer posibles asociaciones entre los factores epidemiológicos que se evaluaron en la población estudiada (Milton, 2001).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación fue analizado un total de 1 168 muestras de suero pertenecientes a estudiantes de educación media (ciclo diversificado), no obteniéndose serorreactividad al VDRL en ninguna de las muestras procesadas, lo que sugiere una ausencia de infección por Treponemapallidum en la población evaluada.

Ningún caso serorreactivo al VDRL también fue reportado por López y cols. (2008), en un estudio sobre ITS, realizado en 40 adolescentes en Guadalajara, México. Así también, Berdasquera y cols. (2001), en un estudio realizado en Guanajay, Cuba, en 351 mujeres, encontró que el 10,5% eran adolescentes, y sólo el 0,9% presentaron sífilis. No obstante, Cortés y cols. (2007), en un estudio realizado en 100 adolescentes en Cuba, obtuvieron que un 29% habían tenido antecedentes de sífilis.

La ausencia de casos de VDRL reactivo encontrado en este estudio, puede estar relacionado con que en la actualidad la educación sexual es impartida desde los primeros niveles educativos, logrando formar individuos con mayor conciencia sobre su actividad sexual, con lo que se ha esperado que, mientras mayor sea el nivel educativo que tenga el individuo mayor sea su conciencia sexual. La educación sanitaria para la prevención de ITS constituye una actividad fundamental para lograr cortar la cadena de transmisión (CONASIDA, 2009).

Además, se ha planteado que tanto los factores económicos como educativos juegan un papel importante en las conductas de riesgos que favorecen la transmisión de ITS. Las escuelas son de gran importancia para la formación cultural de los jóvenes, y pueden pasar a ser el espacio ideal para la educación sobre la sexualidad, las ITS y las

aptitudes que pueden ayudar a los adolescentes a evitar poner en riesgo su vida y la de sus parejas (Joanes y cols., 2003). Lee y cols. (2002), señalan que una forma de reducir los riesgos de contraer ITS es promover una mejor educación sexual y sanitaria.

Una relación entre el nivel de escolaridad y la frecuencia de reactividad al VDRL fue reportada en un estudio sobre sífilis realizado en Argentina, en el que se encontró que el 80,0% de los individuos evaluados que presentaron serología reactiva para el VDRL, habían logrado sólo el primer nivel de educación (Tomisani y cols., 2004). Así mismo, Williams y Ekundayo (2001), al estudiar la distribución y factores de riesgos epidemiológicos que afectaban la infección por sífilis en la ciudad de Baltimore, Estados Unidos, demostraron que el nivel educacional fue un factor significativo en el conocimiento y actitud de los pacientes evaluados en relación con la sífilis, así como en la incurrancia de los factores de riesgos relacionados.

En cuanto a la actividad sexual, del total de los individuos estudiados el 57,1% (667) manifestaron ser sexualmente activos al momento del estudio, mientras que el 42,9% (501) señalaron no haber iniciado su actividad sexual (figura 1).

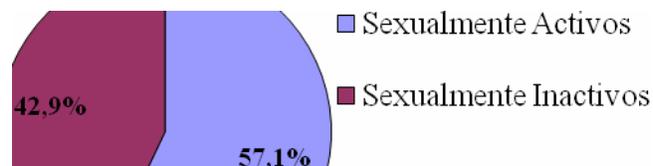


Figura 1. Actividad sexual de los estudiantes de la ciudad de Cumaná durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

El elevado porcentaje de adolescentes sexualmente activos, hallados en el presente estudio es importante, ya que aunque no se encontraron casos reactivos al VDRL, la OMS, declara que en la etapa de la adolescencia se pueden desarrollar comportamientos riesgosos que exponen al individuo a contraer una ITS (OMS, 2000).

El incremento en la actividad sexual, en los adolescentes en la actualidad puede estar vinculado, a la influencia que tiene en los individuos los medios de comunicación. Todo esto muy a pesar de la educación que están recibiendo en los planteles educativos. Es de esperarse, que la exposición a contenidos de tipo sexual en los medios de comunicación, al menos contribuya a los patrones de comportamiento sexual que observamos en el mundo contemporáneo: relaciones sexuales tempranas e inseguras con múltiples parejas y altos índices de embarazos no deseados (Crovi, 2000).

No existe una programación que oriente, informe o presente hechos que puedan servir como patrones o modeladores ejemplarizantes hacia los adolescentes. Es importante analizar el contenido de los mensajes televisivos relacionados con la sexualidad, puesto que la televisión tiene mayores índices de audiencia entre los adolescentes en comparación con el público adulto, cuyo objetivo principal es alterar el estado de ánimo, afectos y emociones, los cuales ocurren con una regularidad nada despreciable (Parra y Oliva, 2004).

Las investigaciones muestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela y el hogar (en ese orden) son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes (SIECUS, 2002).

Un incremento en la actividad sexual de los adolescentes, fue registrado en un trabajo realizado por Flores y cols. (2007), en Chile, en el cual se señala un aumento en el porcentaje de adolescentes sexualmente activos de 33,0% en el año 1994 a 40,0% para el año 2003.

En la tabla 1, se muestra la asociación entre la actividad sexual y la edad de los estudiantes evaluados, observándose que el grupo etario que presentó mayor número de estudiantes fue el de 14-16 años, observándose que el 75,0% (876) de los individuos de la población estudiada se ubicó en este intervalo, asimismo, el mayor porcentaje de adolescentes sexualmente activos, 495 (42,9%) pertenecían a este grupo de edades. Sin embargo, el análisis estadístico de Chi-cuadrado, no estableció asociación entre la actividad sexual y la edad de los estudiantes de educación media evaluados en la ciudad de Cumaná.

Tabla 1. Asociación entre la actividad sexual y la edad de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

Edad	Sexualmente activos		Sexualmente inactivos		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
14-16	495	42,4	381	32,6	876	75,0	
17-19	172	14,7	120	10,3	292	25,00,52	ns
Total	667	57,1	501	42,9	1168	100,0	

n= número de estudiantes. %= porcentaje de estudiantes. χ^2 = Chi-cuadrado. ns= no significativo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que cada vez son más los adolescentes sexualmente activos, en edades tempranas por lo que su correcta orientación es primordial, pues Schulte y cols. (2002), refieren que la frecuencia de ITS en los adolescentes es mayor que en cualquier otro grupo de edad sexualmente

activo por razones físicas y psicosociales. A pesar de la ausencia de serorreactividad encontrada en la presente investigación son múltiples los estudios en la zona que refieren a los adolescentes como un grupo vulnerable a la infección sifilítica.

En un estudio realizado por Salazar(2007), en la ciudad de Cumaná, reportó a los adolescentes como el grupo más afectado con VDRL reactivo. De igual forma, según datos de la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de ITS del estado Sucre, el mayor número de casos de sífilis para el año 2003 se ubicó en adolescentes con 15 casos serorreactivos (FUNDASALUD, 2003) y para el 2004 este número se incrementó en 19 casos para este grupo etario (FUNDASALUD, 2004).

Rodríguez (2006), en un estudio realizado en la ciudad de Carúpano, estado Sucre señaló que 81 individuos del total de 399 analizados se ubicaron en el grupo etario de 15 a 19 años, resultando dos individuos afectados por T.pallidum. También, en otras áreas del país se ha registrado esta tendencia, Villalobos (2004), en un estudio realizado en Barquisimeto, señaló que un alto porcentaje con VDRL reactivo (33,2%) se ubicó en adolescentes con edades comprendidas entre los 16 y 19 años.

Torres y cols. (2001), encontraron en un estudio realizado en Argentina, que el grupo etario más vulnerable a la sífilis lo constituyen los adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

En la tabla 2, se aprecia la asociación entre la actividad sexual y el sexo de la población estudiada, observándose que la mayor parte de la población de estudiantes sexualmente activos 318(27,2%) pertenecían al sexo masculino, pues sólo una minoría de los individuos de este sexo, señalaron no haber iniciado su actividad sexual, 180 (15,4%).

En relación al sexo femenino, se observa que existe una proporción similar entre las féminas que se habían iniciado sexualmente 349 (29,9%) y las que para el momento de este estudio no habían comenzado su actividad sexual 321 (27,5%). A pesar de que en la actualidad, el sexo de los individuos pareciera no condicionarlos en su actividad sexual, en el presente estudio los individuos del sexo masculino predominaron sobre las féminas.

Tabla 2. Asociación entre la actividad sexual y el sexo de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

Sexo	Sexualmente activos		Sexualmente inactivos		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Femenino	349	29,9	321	27,5	670	57,4	
Masculino	318	27,2	180	15,4	498	42,6	16,14***
Total	667	57,1	501	42,9	1168	100,0	

n= número de estudiantes. %= porcentaje de estudiantes. χ^2 = Chi-cuadrado. ***= altamente significativo.

En cuanto al análisis estadístico de Chi-cuadrado se observa una asociación altamente significativa entre la actividad sexual y el sexo masculino de los estudiantes evaluados. Pudiendo estar relacionado estos resultados con el carácter machista que aún posee la sociedad, a pesar de los adelantos que hemos experimentado. Algunas normas culturales influyen en la transmisión de las ITS, por ejemplo, en las culturas latinas el machismo todavía juega un papel muy importante en las relaciones sexuales (OPS, 2005).

En Latinoamérica, los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana, aunque en las mujeres adolescentes, la actividad sexual por lo general se da dentro del matrimonio (Singh, 2000).

La asociación entre la actividad sexual y el conocimiento acerca de ITS y su prevención, señalada por los individuos estudiados, se muestra en la tabla 3, donde se aprecia que un alto porcentaje de los estudiantes que participaron en la presente investigación 1 035 (88,6%), manifestaron tener conocimientos sobre las ITS y su prevención, mientras que un número minoritario de estudiantes 133 (11,4%), declaró no poseer dicha información.

En relación al análisis estadístico, éste no arrojó diferencias significativas entre el conocimiento sobre ITS y su prevención, y la actividad sexual que señalaron poseer los estudiantes de educación media evaluados, encontrando que la mayor parte tanto de los jóvenes que presentaban vida sexual activa (50,9%) como los que aún no habían iniciado su actividad sexual (37,7%) poseían conocimientos sobre estas infecciones y su profilaxis.

Tabla 3. Asociación entre la actividad sexual y el conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual y su prevención, que tienen los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

Conocimiento	Sexualmente activos		Sexualmente inactivos		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Sí	594	50,9	441	37,7	1035	88,6	2,48 ns
No	73	6,3	60	5,1	133	11,4	
Total	667	57,2	501	42,8	1168	100,0	

n= número de estudiantes. %= porcentaje de estudiantes. χ^2 = Chi-cuadrado. ns= no significativo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio señalan que, la educación impartida en las aulas de clases pareciera estar siendo efectiva, es decir, los estudiantes están asimilando la información recibida y por ende aplicando las medidas preventivas lo que explicaría la ausencia de casos de reactividad al VDRL. A respecto, Calderón (2002), señalan que la tenencia de conocimientos sobre sexualidad y todo lo relacionado con esta, es un factor que influye considerablemente en la disminución de las ITS. Así mismo, la educación sexual y la participación en el autocuidado de la salud sexual, son procedimientos considerados como altamente efectivos, para reducir el número de casos de ITS.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre ITS en jóvenes, García y cols. (2002), en un estudio realizado en Cuba, obtuvieron que el 95,0% de los adolescentes estudiados señaló poseer dicha información. Así mismo, de acuerdo con Cortes y cols. (2000), los adolescentes conocen las ITS más frecuentes y la forma de evitarlas.

En un estudio realizado por Porras y cols. (2007), en el estado Aragua, en 362 adolescentes, el 66,7% de estos señaló poseer conocimiento sobre las ITS y su prevención. De igual manera, un estudio realizado en Cuba, por Gutiérrez (2007), en 115 adolescentes encontró que un alto porcentaje de estos (75,6%), señaló poseer conocimientos sobre ITS y su profilaxis.

No obstante, Gardner (2006), señala que en los adolescentes el inicio de las relaciones sexuales, sin la implementación de las medidas preventivas adecuadas, puede traer consecuencias como la posibilidad real del embarazo y la adquisición de ITS.

En la tabla 4, se aprecia la asociación entre el sexo y la edad de iniciación sexual de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná, observándose que la

iniciación sexual ocurrida entre los 13 a 15 años de edad, fue la más frecuente, resultando señalada por porcentajes similares de estudiantes en ambos sexos (31,5% mujeres; 33,3% hombres).

Tabla 4. Asociación entre el sexo y la edad de iniciación sexual de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

Edad	Femenino		Masculino		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
10-12	18	2,7	45	6,7	63	9,4	
13-15	210	31,5	222	33,3	432	64,8	0,87 ns
16-18	119	17,8	507,5		169	25,3	
>19	2	0,3	1	0,1	3	0,4	
Total	349	52,3	31847,7		667	100,0	

n= número de estudiantes. %= porcentaje de estudiantes. χ^2 = Chi-cuadrado. ns= no significativo.

Ferreira y Torgal (2011), acota que la edad de iniciación sexual en adolescentes, es cada vez más temprana, sin importar en muchos casos el género, condición que los puede llevar a desarrollar una ITS. Barbe y cols. (2010), señaló que en el mundo se observa una tendencia ascendente en la ocurrencia de las ITS, a expensas de un desplazamiento de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Sin embargo, en nuestro estudio esta situación no se cumple, ya que a pesar de su iniciación sexual temprana, ninguno de los individuos, presentó VDRL reactivo.

Según Cutié y cols. (2005), en una investigación hecha entre un grupo de adolescentes cubanos de ambos sexos (612) sobre la edad de la primera relación sexual, encontró que, el 46,9% comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años de edad y sólo el 25,8% las iniciaron después de los 17 años. Evidenciando la

ocurrencia cada vez más frecuente del inicio precoz de la actividad sexual, en las sociedades actuales.

En la tabla 4, también se muestra, que la mayoría de los estudiantes que manifestaron haber iniciado su actividad sexual entre los 10 a 12 años de edad, pertenecían al sexo masculino 45 (6,7%), mientras que un alto porcentaje de individuos pertenecientes al sexo femenino, 119 (17,8%), señalaron haber comenzado su actividad sexual más tardíamente, entre los 16 y 18 años de edad. En relación al análisis estadístico, éste no arrojó diferencias significativas entre el sexo y la edad de iniciación sexual, de los adolescentes evaluados.

Sin embargo, al respecto, Moya (2002) cita que en Latinoamérica los jóvenes del sexo masculino inician su actividad sexual a la edad de 12,7 a 16,0 años, mientras que las mujeres lo hacen a la edad de 15,6 a 17,9. De acuerdo con los datos del Grupo de Epidemiología y Salud pública de Cali, se reporta que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es en varones de 13,4 años y en hembras de 14,8, comportamiento que viene dado por las modificaciones en los estilos de vida que constituyen un fenómeno universal, con tendencia a un aumento cada vez mayor para ambos sexos (Pérez y cols., 2002).

En la tabla 5 se observa la asociación entre el uso del preservativo y el sexo de los estudiantes evaluados, obteniéndose que la mayoría de la población estudiada sexualmente activa, 451 (67,6%) señaló usar el preservativo al momento de tener relaciones sexuales, observándose una paridad en ambos sexos (36,6% mujeres, 37,5% hombres); en cuanto al análisis estadístico, éste no arrojó diferencias estadísticas significativas.

En la mayoría de los casos la ausencia de VDRL reactivos, está estrechamente relacionado con el uso adecuado y constante del preservativo. En el presente estudio

se aprecia esta tendencia, ya que un alto porcentaje de estudiantes señaló hacer uso del condón. Además, Del Río y Uribe (2006) señalan que está demostrado que el preservativo es el medio más eficaz de protección contra las ITS por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales.

Tabla 5. Asociación entre el uso del preservativo y el sexo de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

Uso del preservativo	Femenino		Masculino		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Sí	244	36,6	207	31,1	451	67,7	1,76 ns
No	105	15,7	111	16,6	216	32,3	
Total	349	46,3	318	47,7	667	100,0	

n= número de estudiantes. %= porcentaje de estudiantes. χ^2 = Chi-cuadrado. ns= no significativo.

González y cols. (2007), al evaluar el comportamiento sexual en 4 971 adolescentes, que asistieron al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, (CEMERA) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, entre los años 1990 y 2005, encontraron que el 69,0% de estos, señaló utilizar como método de prevención, el preservativo.

Ahmed y cols. (2001), en un estudio realizado en Uganda, sobre la incidencia del HIV y la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual asociadas con el uso del condón, concluyeron que, el uso constante de este es una estrategia importante para reducir el riesgo asociado de adquirir ITS.

Sin embargo, en algunos países de Latinoamérica se reporta un escaso uso del condón, como lo destaca un estudio realizado por la OPS, en Perú, en el que se

encontró que el 50,0% de los jóvenes estudiados en dicha investigación, nunca habían hecho uso del condón, y el 70,0% de las jóvenes sexualmente activas no le pedían a sus parejas el uso de preservativos, por lo que, este comportamiento es considerado como un factor importante de riesgo en la propagación y transmisión de las ITS en dicho país (OPS, 2000).

En la tabla 6, se muestra la asociación entre el número de parejas sexuales en los últimos 6 meses y el sexo de los individuos estudiados, en esta tabla se aprecia que la mayoría de la población estudiada tanto femenina como masculina, manifestó haber tenido de ninguna a una pareja sexual en los últimos seis meses, con 316 (47,4%) y 250 (37,5%) respectivamente.

Tabla 6. Asociación entre el número de parejas sexuales en los últimos 6 meses y el sexo de los estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná-estado Sucre, durante el período escolar noviembre 2007- mayo 2008.

N° de parejas	Femenino		Masculino		Total	χ^2
	n	%	n	%	n	%
0-1	316	47,4	250	37,5	566	18,42***
2 o más	33	4,9	68	10,2	101	
Total	349	52,3	318	47,7	667	100,0

n= número de estudiantes. %= porcentaje de estudiantes. χ^2 = Chi-cuadrado. ns= no significativo.

El comportamiento, en cuanto al número de parejas señalado por los adolescentes en nuestro estudio, puede haber conllevado a la ausencia de VDRL reactivos, ya que la OMS (2002), señala que los comportamientos sexuales de alto riesgo guardan relación con el número, tipo y frecuencia de cambio de pareja, además de la naturaleza de los actos sexuales.

En un estudio realizado, en la ciudad de Cumaná sobre sífilis, se observó que aquellos pacientes que refirieron tener varias parejas sexuales, para el momento del estudio, resultaron con el mayor número de casos reactivos, obteniéndose una asociación altamente significativa entre el número de parejas y la serorreactividad al VDRL (Salazar, 2007). De igual forma, en un estudio realizado en la ciudad de Carúpano, se encontró que el 32,1% de la población que señaló haber tenido dos o más parejas sexuales resultaron serorreactivos (Rodríguez, 2006).

Cabe destacar que los individuos del sexo masculino sexualmente activos que señalaron tener 2 o más parejas sexuales en los últimos seis meses, 68 (10,1%), duplicó a la población femenina que manifestó tener el mismo comportamiento, 33 (5,0%), encontrándose una asociación altamente significativa entre la cantidad de parejas sexuales en este período de tiempo y el sexo masculino de la población evaluada. El comportamiento promiscuo se destaca en la población masculina, estas conductas son favorecidas por la tradición cultural iberoamericana que incita a los hombres a demostrar habilidades sexuales, por lo que, desde muy temprana edad se les motiva a sostener encuentros sexuales con varias compañeras, creando un hábito que coloca en riesgo al individuo y a su pareja estable (Abarca, 2000).

La sífilis es un problema de todos, así como el resto de las ITS, que puede ser provocado por la falta de medidas adecuadas al momento de tener relaciones sexuales. La ausencia de VDRL reactivos en este estudio, puede deberse a las medidas o conductas asumidas por los adolescentes evaluados, como son, un aumento en el uso de preservativo, disminución en el número de parejas sexuales en los 6 meses previos al estudio, así como un incremento en el conocimiento sobre ITS y su profilaxis, esto debido a la educación que están recibiendo en las aulas de clases, la cual que parece estar influyendo en ellos, a pesar del poder que puedan tener los medios de comunicación y la sociedad sobre ellos.

CONCLUSIONES

El tamizaje para sífilis evidenció la ausencia de infección por Treponemapallidumen la población estudiada.

La mayoría de los estudiantes evaluados así como los sexualmente activos presentaron edades entre 14 y 16 años.

La actividad sexual y el comportamiento promiscuo estuvieron altamente asociados al sexo masculino.

La mayoría de los jóvenes estudiados refirió tener conocimientos sobre las ITS y su prevención.

La edad de iniciación sexual más frecuente, se ubicó entre los 13 y 15 años mostrando los adolescentes del sexo masculino una tendencia al inicio más temprano de su actividad sexual.

Un alto porcentaje de los adolescentes evaluados, señaló utilizar el condón al momento de tener relaciones sexuales.

RECOMENDACIONES

Organizar con mayor frecuencia jornadas de información por parte de los organismos garantes de la salud, sobre las formas de transmisión, síntomas y prevención de las ITS en la población en general.

Realizar otros estudios de tipo comparativo entre adolescentes que no reciben ningún tipo de educación y estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, H. 2000. Discontinuidades en el modelo heterogénico de masculinidad y feminidad. Buenos Aires. Centro de estudio de estado y sociedad.
- Ahmed, S.; Lutato, T.; Warver, M.; Serwadda, D.; Serwankambo, N.; Nalugoda, F y Gray, R. 2001. HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakay, Uganda. AIDS, 15: 2171-2179.
- Ballesteros, J. 2007. Enfermedades de transmisión sexual: actualización de su abordaje. IT. Sist. Nac. Sal., 31(2): 39-53.
- Barbe, A.; Moreno, H.; Gomez, L. y Rodríguez, O. 2010. Estrategia de intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana.
<<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211114978005>>>(13/07/2011)
- Bauer, J. 1986. Análisis clínico, métodos e interpretación. Novena edición. Editorial Reverté S.A. Barcelona, España.
- Benenson, A. 1997. Manual para el control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Dc. OPS., 564: 262-264.
- Berdasquera, D.; Fariñas, A. y Ramos, I. 2001. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev. Cubana Med. Gen. Integr., 39: (2): 110-114.
- Berdasquera, D.; Lazo, M.; Galindo, B. y Gala, A. 2004. Sífilis: pasado y presente. <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_2_04/hig08204.htm>> (05/07/2011).
- Berdasquera, D. y Rodríguez, I. 2006. El médico de la familia y el control de la sífilis después de una estrategia de intervención. <<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi08306.htm>>(05/02/2013)
- Bernal, M.; Zúñiga, M.; Guzmán, M.; Gordillo, M y Álvarez, M. 2006. Frecuencia de sífilis en una población altamente vulnerable. Evaluación de dos tipos de antígenos para su diagnóstico. Rev. Col. Fac. Med., 11(1): 56.
- Calderón, E. 2002. Diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual. Rev. Fac. Med. UNAM., 45(3): 115.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).2004. Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Segunda edición. México: 9-12, 18-24.

Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA). 2009. Modelo para el abordaje educativo de la prevención de las infecciones de transmisión sexual en el ámbito clínico.

Crovi, D. 2000. Mediaciones e identidad en las audiencias jóvenes de México. Reunión anual de la Asociación Internacional de Comunicación. México.

Cortés, A.; García, R.; Fullerat, R. y Fuentes, J. 2000. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. Rev. Cubana Med. Trop., 52(1): 48-54.

Cortés, A.; Marleidys, Y.; García, R.; Mezquía, A. y Pérez, D. 2007. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes.<<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi07107.htm>> (11/07/2011).

Cutié, J.; Laffita, A. y Toledo, M. 2005. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Rev. Chilena Obstet.Ginecol., 70(2): 83-86.

De toni, T. y Fontana, I. 2002. Sexuallytransmitteddiseases. Minerva. Pediatría, 54: 593-595.

Del Rio-Chiriboga C, y Uribe, P. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. Salud Pública de México. Septiembre-Octubre 2006; 35(5). <<<http://www.monografias.com/trabajo/condon/condon.shtml>>>(05/07/2011).

Estradas, M. y Gallegos, M. 1998. El laboratorio en el diagnóstico de la sífilis. Med. Lab., 5: 30-34.

Fenton, K.; Giesecke, J. y Hamers, F. 2001. Vigilancia europea de las infecciones de transmisión sexual: Una intervención oportuna y adecuada. EuroSurveil, 6: 69-70.

Ferreira, M. yTorgal, M.2011. Estilos de vida naadolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. Rev. Esc. Enferm. USP., 45(3): 589-595.

Flores, E.; López, E. y Albarado, L. 2011. Frecuencia de sífilis en pacientes con úlcera genital y lesiones cutáneas extragenitales. Cumaná, Venezuela, 2008-2009. Rev. Panam. Infectol. 13(4): 7-11.

Flores, T.; Salinas, C. y Rodríguez, L. 2007. Diagnóstico regional participativo situación de la epidemia VIH/SIDA y ETS Región Metropolitana.

Frías, J. y García, J. 2002. Reporte de resultados de 9809 exámenes de VDRL realizados en el hospital central militar entre julio de 2001 y julio de 2002. Rev. Sanid. Milit. Méx., 51(6): 251-254.

Fundación para la Salud (FUNDASALUD). 2003. Vigilancia epidemiológica de ITS 2003. Servicio SIDA/ITS. Ambulatorio “Arquímedez Fuentes Serrano”. Estado Sucre.

Fundación para la Salud (FUNDASALUD). 2004. Consolidado mensual de vigilancia epidemiológica de ITS 2004. Programa Nacional de SIDA/ITS. Estado Sucre.

García, I.; Ávila, E.; Lorenzo, A. y Lara, M. 2002. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana Pediatr., 74(4): 97-99.

Gardner, A. 2006. Menos adolescentes tienen comportamientos sexuales arriesgados. [Monografía en internet]. Washington: Centro Nacional de Información de la Salud. Disponible en: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=534355>. Consultado Julio 5, 2011.

Gamarra, C. 1999. Estudio sobre el comportamiento de la población mayor de 15 años de las enfermedades de transmisión sexual en San Juan de los Morros. Trabajo de pregrado. Universidad Experimental Rómulo Gallegos, Guárico.

González, A.; Molina, T.; Montero, A.; Martínez, V. y Leyton, C. 2007. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Rev. Méd. Chile., 135(10): 1261-1269

González, D. 2010. Caracterización de los factores de riesgo para las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes y Jóvenes. <<<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2000/1/Caracterizacion-de-los-factores-de-riesgo-para-las-Infecciones-de-Transmision-Sexual-en-Adolescentes-y-Jovenes-.html>>> (05/02/2013)

Gutiérrez, D. 2007. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes en el municipio Camaguey, República de Cuba. <<<http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&n=1006>>> (12/09/2011).

Hernández, C. 2007. Anticoncepción y Enfermedades de transmisión sexual. <<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi08306.htm>> (05/02/2013).

Joanes, J.; Torres, R.; Lantero, M.; Alonso, M. y Satén, M. 2003. Vigilancia de la infección por el VIH en grupos seleccionados. Cuba, 1993-2002. II foro VIH, Cuba.

Joly, V.; Cremieux, A. y Carbon, C. 1994. Epidemiology, diagnosis, treatment and seconder syphilis. Rev. Prat., 44(12): 1685-1686.

- Joklik, W.; Wilfert, C. y Bernard, D. 1994. Zinsser Microbiología. Editorial Médica. Vigésima edición. Buenos Aires, Argentina.
- Juárez, L.; Meléndez, L. y Conde, C. 2001. Hallazgo de sífilis a término del embarazo en mujeres de Cuernavaca, México. Rev. Invest. Clin., 53: 375-377.
- Koneman, E.; Allen, S.; Janda, W. y Scheckenberger, P. 1999. Diagnóstico microbiológico. Quinta edición. Panamericana, Buenos Aires- Argentina.
- Larsen, S.; Pope, V.; Johnson, R. y Kennedy, J. 1998. A manual of test for syphilis. Ninth edition. American Public Health Association. Washington.
- Lazo, M.; Berdasquera, D.; Martínez, A. y Díaz, D. 2005. Comportamiento de la actividad sexual en adolescentes de un Policlínico Cubano. Rev. Panam. Infectol., 7(1): 8-14.
- Lee, D.; Ross, M.; Mizwa, M. y Scott, D. 2002. HIV risk in a homeless population. Int. J. STD. AIDS., 11(8): 509-515.
- López, A.; Domínguez, M.; Pérez, G.; Goldaraz, M. y Hernández, I. 2008. Infecciones por transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas. Rev. Fac. Med. UNAM., 51(4): 144-146.
- López, J. y Frasquet, J. "Sífilis: una revisión actual." <<¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.>> (13/07/2011).
- Martínez, P. 2005. Situación de las Enfermedades de Notificación Obligatoria. <<<http://epi.minsal.cl/evigant/Numero40/evigia/html/notific/sifilis/sifilis.htm>>> (06/06/2010).
- Milton, S. (ed). 2001. Estadística para la biología y ciencias de la salud. Editorial Interamericana McGraw-Hill, Madrid, España.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). 2002. Dirección General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, Dirección Técnica de Programas de SIDA-ITS.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). 2005. Dirección General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, Dirección Técnica de Programas de SIDA-ITS.
- Ministerio de Salud y Consumo. 2005. Infecciones de transmisión sexual. Resultados 2003. Evolución 1995-2003. España.
- Miranda, A. y Zago, A. 2001. Prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correccional para adolescentes. DST- J. Bras. Doenças. Sex. Trans., 13(4): 35-39.

Montiel, M.; Arias, J.; Pozo, E. y Mogollón, A. 2008. Importancia de las pruebas específicas e inespecíficas para el diagnóstico de sífilis en donantes de sangre. Kasmera, 36(2): 169-176.

Moya, C. 2002. The sexual and reproductive health of young people in Latin American and the Caribbean. Washington D.C. <<<http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssexualhealth.htm>>> (24/01/2012).

Munist, M.; Giurgiovich, A.; Solis, J. y Mora, G. 2002. Factores relacionados con la fecundidad en la adolescencia. En: La salud del adolescente y del joven. Washington. OPS, 2002:248-250.

Organización Mundial de la Salud. 2000. ¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.

Organización de las Naciones Unidas para el SIDA. (ONUSIDA). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 2006. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Publicación Científica. 26.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2000. Promotion of Health: Recommendations for Action. Publicación Científica. OPS-OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. Bioética. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos. Publicación científica. OPS-OMS. 15-50.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2005. Comportamientos de riesgo. <<<http://www.ops.org.bo/its-vihsida/?TE=20040628161706>>> (12/09/2011)

Parra, L. y Oliva, G. 2004. Análisis de la oferta televisiva en promoción para la salud y en Salud sexual para adolescentes. Rev. Ciencias Sociales (ve), 10(1): 112-130.

Pérez, Z.; Casas, L.; Peña, Y.; Miranda, O. y Zladivar, M. 2002. Información sexual en un grupo de adolescentes. <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_4_02/mil060402.htm>> (06/06/2010)

Porras, E.; Romero, P.; Conde, P. y Jiménez, J. 2007. Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. Gaceta Médica Espirituana, 9(1): 10.

Pumarola, A.; Rodríguez, A.; García, J. y Piedrola, A. 1999. Microbiología y parasitología médica. Segunda edición. Editorial científica y técnica, S.A. Barcelona, España.

Rodríguez, I.; Fernández, C. y Martínez, M. 2006. Falsos biológicos positivos por VDRL en el diagnóstico serológico de la sífilis. <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol58_1_06/mtr15106.htm>> (16/09/2008)

Rodríguez, S. 2006. Estudio de prevalencia y factores de riesgo de la enfermedad producida por el VIH y Treponema pallidum en individuos de edad reproductiva de Carúpano, municipio Bermúdez, Estado Sucre. Trabajo de pregrado. Departamento de Bioanálisis. Universidad de Oriente, Cumaná.

Rojas, J. 2002 “Epidemiología mundial de las enfermedades de transmisión sexual.” <<<http://www.siccsalud.com/des/des009/98828026.htm>>> (16/09/2002).

Salazar, R. 2007. Serorreactividad de la prueba de VDRL en mujeres embarazadas que acuden al ambulatorio “ Arquímedez Fuentes Serrano” Cumaná- Estado Sucre. Trabajo de pregrado. Departamento de Bioanálisis. Universidad de Oriente, Cumaná.

Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS). 2002. Innovative Approaches to Increase Parent-Child Communication about Sexuality: Their Impact and Examples from the Field. 30(6).<<**¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.**>> (11/07/2011)

Singh, S. 2000. "Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review." Studies in Family Planning,29(2): 117-136.

Schulte, E.; Price, D. y Gwin, J. 2002.Enfermería pediátrica de Thompson. Capítulo 16. Octava edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

Tomisani, A. 2004. Sífilis congénital. Un indicador de calidad de servicio? Una expresión de condiciones de vida?<<http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/archivos/inv_03.pdf>> (28/06/2011).

Torres, R.; Jacquies, N.; Santos, L.; Rodríguez, M.; Deschutter, J. y González,C. 2001. Trends of syphilis in Posadas city (Misiones State, Argentina), 1997-2000. J. Bras. Patol. Med. Lab., 37(4): 235-259.

Vera, L.; López, N. y Orozco, L. 2001. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta Med. Col.,26: 16-23.

Villalobos, K. 2004. Incidencia de mortalidad perinatal por sífilis congénita en el hospital central universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto. Septiembre-

Diciembre 2004. Trabajo de postgrado de pediatría y puericultura. Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado” Lara.

Williams, P. y Ekundayo, O. 2001. Study of distribution and factors affecting syphilis epidemic among inner – city minorities Baltimore. Pub.Hlth.,115: 387-393.

World Health Organization. 2001. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: Overview and estimates. Geneva: WHO. (WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10).<<<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/>>> (10/09/2004).

APÉNDICE 1

ENCUESTA

Código: _____

Fecha: _____

Grado: _____ Sección: _____

1.- Sexo: M__ Edad: ____

F__

2.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí__ No__

3.- ¿A qué edad iniciaste tu actividad sexual?

4.- ¿En los últimos seis (6) meses cuantas parejas sexuales has tenido?

Una__ 2 ó más__

5.- ¿Sabes que es un preservativo o condón?

Sí___ No___

6.- ¿Lo utilizas al momento de tener relaciones sexuales?

Sí___ No___

7.- ¿Sabes que es una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

Sí___ No___

8.- ¿Has sufrido alguna ITS?

Sí___ No___

8.1.- ¿Cuál?

Sífilis___ Gonorrea___ VPH___ Otras___

9.- ¿Sabes que es la sífilis?

Sí___ No___

10.- ¿Conoces cómo prevenirla (que hacer para que no te la transmitan)?

Sí___ No___

11.- ¿Has tenido relaciones sexuales por dinero?

Sí ___ No ___

12.- ¿Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

Sí ___ No ___

APÉNDICE 2

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

Bajo la coordinación de la Licenciada Genny Guillén (Asesora) y la Br. Sandhi Cubillán se está realizando el proyecto de investigación titulado: “EDUCACIÓN SANITARIA Y TAMIZAJE DE SÍFILIS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE CUMANÁ”.

Yo: _____

Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____

En pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción, ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconveniente y riesgo relacionados con el estudio indicado, declaro mediante la presente:

Haber sido informado(a) de manera clara y sencilla por parte del grupo de investigadores de este proyecto, de todos los aspectos relacionados con el proyecto de investigación titulado: “EDUCACIÓN SANITARIA Y TAMIZAJE DE SÍFILIS EN

ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE CUMANÁ”.

1. Tener conocimiento claro que el objetivo del trabajo es: Evaluación de la educación sanitaria e impacto en la prevención de sífilis en estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná.
2. Conocer bien el protocolo experimental expuesto por el investigador, el cual se establece mi participación en el trabajo consiste en: donar de manera voluntaria una muestra de sangre, tomada por el investigador del proyecto.
3. Que la muestra de sangre que acepto donar será utilizada única y exclusivamente para determinar la frecuencia de infección por T.pallidum en estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná.
4. Que el equipo de personas que realizan esta investigación coordinada por la Lic. Genny Guillén, me han garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como a cualquier otra información relativa a mi persona a la que tenga acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado.
5. Que bajo ningún concepto podré restringir el uso para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.
6. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgos e inconvenientes algunos para mi salud.
7. Que bajo ningún concepto se me ha producido ni pretendo recibir ningún beneficio de tipo económico producto de hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO

Luego de haber leído, comprendido y aclaradas mis interrogantes con respecto a este formato de consentimiento y por cuanto a mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, acuerdo:

1. Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar al equipo de investigadores a realizar el referido estudio, el cual acepto realizar para los fines indicados anteriormente.
2. Reservarme el derecho de revocar esta autorización y donación en cualquier momento sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Firma del voluntario: _____

Nombre y Apellido: _____

C.I: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Nombre y Apellido: _____

C.I: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante el presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en este estudio. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

Por el trabajo de grado de “EDUCACIÓN SANITARIA Y TAMIZAJE DE SÍFILIS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE CUMANÁ”.

Nombre: _____

Lugar y fecha: _____

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	EDUCACIÓN SANITARIA Y TAMIZAJE DE SÍFILIS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE CUMANÁ.
---------------	---

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Cubillán Mago, Sandhi Gabriela	CVLAC	15742855
	e-mail	sandhicubillan@gmail.com

Palabras o frases claves:

Infecciones transmisión sexual.
Sífilis.
VDRL.
Educación sanitaria.
Adolescentes.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias	Bioanálisis

Resumen (abstract):

Se evaluó la educación sanitaria en una población de 1 168 estudiantes de educación media de la ciudad de Cumaná, durante el período noviembre 2007- mayo 2008. A cada individuo, se le extrajo una muestra sanguínea, para la determinación de anticuerpos anticardiolipina en suero, mediante floculación por la prueba de laboratorio para el diagnóstico de enfermedades venéreas (VDRL) para la posterior confirmación a través de la hemoaglutinación de Treponemapallidum(TPHA). También se les aplicó una encuesta socioepidemiológica, con la finalidad de evaluar el comportamiento sexual de cada uno y los factores de riesgos asociados a la sífilis. Los resultados señalan ausencia de casos de VDRL reactivo, observándose que el grupo etario con mayor actividad sexual fue el de 14 a 16 años de edad. El inicio de la actividad sexual se ubicó entre los 13 y 15 años tanto para las mujeres (31,3%) como para los varones (33,3%). Un elevado porcentaje de individuos manifestaron poseer conocimientos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención (88,6%), así como del uso de preservativo (67,6%); por el contrario, se aprecia un bajo porcentaje (15,1%) de individuos con múltiples parejas sexuales en los seis meses previos al estudio. Estos resultados podrían indicar que a pesar de la influencia que puedan tener los medios de comunicación y la sociedad sobre los jóvenes, las medidas preventivas asumidas por los adolescentes evaluados, han disminuido su exposición al riesgo de contraer sífilis. Dentro de estas podemos señalar el uso de preservativo, una o pocas parejas sexuales, entre otros, conductas que han sido promovidas a través de la educación sexual impartida en las aulas de clase.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Guillén, Genny	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	6259224
	e-mail	gennygui@msn.com
Flores, F. Evelin, M.	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	11825759
	e-mail	eve_linff@yahoo.com
Rodríguez, L. Yoleida, J.	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	5699860
	e-mail	yoleidarl@hotmail.com

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2013	02	28
------	----	----

Lenguaje: **SPA**

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-cubilláns.doc	Application/word

Alcance:

Espacial:

Temporal:

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciada en Bioanálisis

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciatura

Área de Estudio: Bioanálisis

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUMPELE
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



Cubillán M. Sandhi G.



Prof: Guillén Genny

Asesor