

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PREVALENCIA DE ENFERMEDADES VENEREAS EN
NIÑAS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA"
(REVISION DE 5 AÑOS)

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACUL-
TAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

LEONEL ROBERTO ACEITUNO NAJERA

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA

DE

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. HIPOTESIS
4. LA DELINCUENCIA JUVENIL EN GUATEMALA
5. MARCO TEORICO DE LA INSTITUCION ENCARGADA DE LA ORIENTACION Y TRATAMIENTO DEL MENOR
6. ENFERMEDADES VENEREAS
7. MATERIAL Y METODO
8. ANALISIS DE RESULTADOS
9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo se inicia con el interés de evaluar la prevalencia de enfermedades venéreas en niñas y adolescentes que ingresan a los centros de observación de menores. Estas personas mal llamadas delincuentes juveniles son el producto de la estructura de la sociedad, e ingresan a los centros mencionados generalmente con acusaciones de tipo ilegal. Tal situación motiva a buscar las causas que desencadenan la conducta antisocial de estas adolescentes, ya que a las características propias de esta edad se agrega una serie de conflictos y un ambiente que genera agresividad y los lleva a veces a encontrar en la transgresión el medio de expresar un rencor e insatisfacción por la situación socioeconómica y ambiente en general que los rodea(13). En el presente estudio que es de caracter Médico Social, se pretende analizar algunos de los motivos por los cuales la adolescente guatemalteca con problemas de conducta ingresan a los centros institucionales de observación. Aquí se les efectúa un estudio social, psicológico y de salud. Como parte de la recopilación sobre los aspectos médicos se hizo un análisis sobre las venereopatías más frecuentes durante los últimos cinco años estudiando únicamente los centros de observación de niñas. Se han hecho estudios similares tomando en cuenta al sexo masculino y femenino (1), pero no se encontró ninguno que haya explorado detalladamente al sexo femenino. Se considera importante en este trabajo el hecho de que las venereopatías en el sexo femenino son asintomáticas en su mayoría y pueden pasar desapercibidas para la paciente y el médico(11, 12).

Este es un estudio descriptivo de la morbilidad venérea de las menores recluidas en los Centros de observación

cia de la República de Guatemala) efectuado con el propósito de conseguir información que en el futuro facilite la organización de investigaciones que, a su vez, profundicen en el estudio de la causa o causas de los fenómenos descritos aquí.

Según una versión bibliográfica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *, en los últimos años han llamado la atención las tasas crecientes de enfermedades venéreas observadas entre jóvenes de ambos sexos. Los incrementos relativos en este grupo han sido a veces significativamente mayores que los de la población en conjunto (Roseblatt y Kabasakalian 1966 citados por esta versión).

En este estudio se informó además que en nueve países se encontró que la frecuencia de blenorragia y la sífilis, es mayor entre los 15 y 19 años que en cualquiera otro grupo de edad.

Los estudios realizados indican que existe una gran promiscuidad, pero los jóvenes afectados han sufrido con frecuencia problemas educativos y sociales (Laird, 1963; Beigel, 1964; Juhlin, 1968 y según la revisión de la OMS). Otros estudios han demostrado una cierta correlación en grupos especiales entre las enfermedades venéreas y otra patología social como la delincuencia, la ilegitimidad y el consumo de drogas *

Esto se tomó como indicador de que las enfermedades venéreas son un síntoma de "enfermedad social" en los grupos problemáticos de las sociedades urbanizadas tanto en los países industrialmente desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo y que la infección se transmite de un grupo a otro. Por ejemplo la sífilis primaria y secundaria de una niña de 14 años en un condado de

los E.U.A. llevó a descubrir sífilis temprana en 17 individuos cuya edad promedio era de 10.1 años*. En Brisbane Australia, un grupo de 11 mujeres con sífilis temprana de las cuales 8 eran menores de 19 años pertenecían a grupos de bajo nivel socio económico* (En Thurst, 1969 citado por el informe de la OMS). En tales grupos las infecciones repetidas ocurren con frecuencia.

Un fenómeno frecuente y característico de nuestros días es la elevada tasa de enfermedades venéreas entre algunos estudiantes universitarios. En los países en vías de desarrollo del África y la América, se ha notificado que alrededor de 25 a 30% de los estudiantes, se contagian anualmente*.

En algunos países prósperos de Europa, tales como Suecia, el 34% de los estudiantes que acudían a una clínica universitaria en busca de tratamiento tenían blenorragia. Según otros estudios realizados en Norteamérica hasta un 50% de las personas que fueron diagnosticadas tenían muy poco o ningún conocimiento de las enfermedades venéreas.

Se ha reportado que en los centros de observación de menores de Guatemala hay la prevalencia de blenorragia en el sexo masculino es de 32% y en el sexo femenino es de 0.8% (1); también se ha reportado que la prevalencia de papilomatosis en el sexo masculino es de 4.6% y en el sexo femenino es de 4.8%; con respecto a la sífilis, en el sexo femenino la prevalencia es de 2.4% y en el masculino 4.0% (1). La muestra de ese estudio fué tomada en varios centros reeducativos y hogares temporales, por lo que se podría inferir que estas menores podrían haber adquirido la enfermedad venérea en los mismos centros por relaciones hetero y homosexuales. Para obtener una mejor idea sobre cuál

es el estado de salud urogenital de las adolescentes en el momento de ingresar a la institución, y para eliminar el factor de contaminación intrainstitucional en el Centro de Orientación y Reeducción de menores como factor que dé origen a confusión en este estudio de prevalencia, nuestra investigación se realizó únicamente en los centros de observación porque es aquí a donde llegan por primera vez las menores que son detenidas en la calle por un motivo jurídico de donde pasan a otras secciones del Centro(1)

Se debe dejar patente que los casos encontrados con diagnóstico de alguna venereopatía y que tienen tratamiento incompleto quedaron así debido a que la menor se fuga de la institución, o el Tribunal para menores le da egreso, sin tomar en cuenta las recomendaciones médicas.

Con esta tesis no se pretende dar una solución definitiva al problema, sino contribuir a poner en evidencia la problemática por la cual atraviesa un sector de la juventud guatemalteca.

Lo anterior indica que debe prestarse mayor atención a la educación para la salud más efectiva así como a la educación sobre la vida familiar. Muestra también que debe hacerse énfasis tanto en las responsabilidades de los padres, como en las de las escuelas y la del personal de salud. (9)

OBJETIVOS

El principal interés de éste trabajo es contribuir al conocimiento sobre de las enfermedades venéreas que presentan las menores recluidas en los centros de observación, así como evaluar algunos aspectos sociales que las afecta. Por lo tanto, en este estudio se plantean los siguientes objetivos:

1. Establecer la prevalencia de las enfermedades venéreas en adolescentes del sexo femenino que llegan a los centros de observación de menores.
2. Relacionar algunas causas socio-económicas y culturales, con el problema de las venereopatías.
3. Encontrar mecanismos y posibles soluciones prácticas para prevenir enfermedades venéreas, así como, buscar conductas terapéuticas eficaces para el tratamiento de estas enfermedades.
4. Sugerir técnicas más precisas para diagnosticar la enfermedad venérea en el Centro de Observación.

HIPOTESIS

En los Centros de Observación de niñas de la Dirección de Orientación para menores, la enfermedad venérea es más frecuente que en la población general del país.

EL PROBLEMA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL EN GUATEMALA LA

Guatemala es un país eminentemente agrícola, a cuyas condiciones de subdesarrollo afecta a todo el país e inciden con mayor fuerza en las poblaciones rurales que dependen del agro. La agricultura incluye el 65.3% de la población económica activa pero aporta únicamente el 28.9% del producto nacional bruto, según el último censo(8).

Entre los factores que inciden en el estancamiento del sector agrario, uno que ocupa un lugar primordial es el sistema de tenencia de la tierra(8). La concentración de grandes extensiones familiares en poder de un alto porcentaje de la población, da como consecuencia el surgimiento del latifundio y minifundio; esta organización constituye un complejo económico que ha sido mantenido por los grandes terratenientes que manejan la economía agrícola del país.

Como consecuencia del sistema de distribución de la tierra, las condiciones de la vida de la población campesina se desarrollan bajo un sistema de explotación en el que su economía no le permite la satisfacción de sus necesidades; por otro lado, los programas de seguridad social no la incluyen en los programas de salud; la recreación y la educación son mínimos las oportunidades de empleo son escasas.(8).

Esta falta creciente de oportunidades e incentivos, unida al empobrecimiento lleva al campesino a abandonar su lugar de origen, o impulsándolo a emigrar a la ciudad en espera de mejores perspectivas de la vida.

El campesino emigra a la ciudad algunas veces en compañía de un grupo familiar y otras veces solo; en cualquiera de es

tas formas carece de condiciones que le permitan enfrentarse al medio que le es hostil y que no está preparado para recibirlo. (8)

La frustración se apodera de él, ya que surgen necesidades apremiantes que hay que cubrir de inmediato como son: la vivienda, la alimentación y el vestuario. Se disponen a desempeñar cualquier tarea, generalmente un oficio bajamente remunerado, cayendo en un sub-empleo o en una ocupación disfrazada; los ingresos son muy bajos y no llegan a cubrir sus necesidades básicas. El núcleo familiar que se trasladó del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, comienza a desintegrarse ya que cada uno por separado tiene que salir a proveerse de lo necesario para subsistir. (8)

Es de hacer notar que estas masas campesinas que migran del campo a la ciudad, no se asientan inicialmente en las áreas marginales sino que se establecen en las áreas de deterioro urbano para luego asentarse definitivamente. (8)

Los asentamientos marginales constituyen en la actualidad un volumen considerable de la población marginada social, física y políticamente.

El incremento demográfico de ésta área es alto si consideramos que la tasa de crecimiento de la población del país es de 3.1% mientras que el crecimiento de la población de las áreas marginales es de 6.7% (8)

Este movimiento migratorio que es regular y constante provoca invasiones de terrenos baldíos, generalmente en barrancos o áreas de propiedad estatal en donde se instala una vivienda provisional que con el tiempo se hace definitiva.

Ello viene a constituir núcleos de viviendas precarias ya que la mayor parte de ellas ha sido construida con material de desecho. Lo anterior trae como consecuencia el hacinamiento y promiscuidad de estos grupos. (8).

Todas las situaciones anteriormente expuestas traen como consecuencia serios desequilibrios en la familia que llega generalmente a provocar su desintegración u otro tipo de conflictos que se exponen seguidamente.

Delincuencia Juvenil:

En múltiples ocasiones hemos escuchado el comentario de que el problema de la delincuencia juvenil de un país es el reflejo de la sociedad en que se vive. Este comentario es fiel a lo real en nuestro medio, ya que el hombre no es producto solamente del hecho biológico de la concepción y la procreación sino que es básica y fundamentalmente conocido es de todos la carencia de fuentes de trabajo y la poca oportunidad de preparación ocupacional que tiene el obrero de clase baja que le permita mejorar su ingreso económico. Esta situación influye directamente en la insatisfacción de las básicas necesidades humanas. Se asume que la satisfacción de esas necesidades brinda a la relación familiar gran parte de la estabilidad emocional y propicia un clima de grata relación afectiva entre los miembros de la familia que es básico para la formación afectiva normal del niño y que vive de base a su futura personalidad, según lo sostenido por algunos psicólogos. (13)

Se puede decir que la delincuencia juvenil en Guatemala se ha ido recrudeciendo y aumentando poblacionalmente en una relación geométrica (12)

Han aumentado los ingresos a los centros de menores. Estos son referidos por diferentes causas entre las que destacan por su constante repetición, "Las faltas contra la propiedad o el patrimonio". Esta es la denominación que legalmente se le dá a los actos transgresionales relacionados con la apropiación indebida a las cosas realizada por un menor ya sea hombre o mujer en cualquiera parte del país (6)

Desintegración familiar:

Seguidamente expongo las causas por las cuáles existe desintegración familiar en los hogares de las menores. Considero que éste es uno de los factores determinantes de la conducta anti-social de las menores (13)

a) convivencias eventuales de los progenitores: estas son las relaciones que se dan cuando un hombre y una mujer establecen relaciones eventuales, sin darle estabilidad a su unión, lo que a su vez provoca inestabilidad a los hijos que procrean (8). De este tipo de relaciones proceden la mayor parte de menores que ingresan a los centros de observación. Carecen así de las mínimas condiciones para su desenvolvimiento por haberse efectuado éste dentro de un ambiente inestable y carente de protección (12).

b) Divorcio o separación de los padres: la falta de comprensión entre los padres, irresponsabilidad de algunos de los padres o ambos, vicios de algún tipo, malos tratos, traen como consecuencia malas relaciones familiares, que llegan a la separación y que en algún caso de matrimonio legalizados al divorcio.

c) Desintegración por causas ajenas al individuo:

Analizaremos en este rubro las causas de desintegración familiar que son ajenas a la madre y/o al padre por ejemplo:

los padecimientos o enfermedades prolongadas de uno o de ambos padres, hospitalización, fallecimiento, encarcelamiento, migración en busca de fuentes de trabajo y mejores ingresos económicos.

d) Hijos nacidos de relaciones casuales: en estos aspectos se encuentran tanto el padre y la madre separados que se unen casualmente; podemos mencionar en este rubro, para poner un ejemplo, a la madre soltera.

En este renglón se encuentran un número considerable.

e) la presencia de padrastro o madrastra:

Cuando por alguna causa falta alguno de los padres, la figura ausente se sustituye por otra se puede dar lugar a situaciones conflictivas si la persona sustituta debido a su nivel cultural u otras circunstancias no está preparada para ocupar ese lugar. Puede darse rechazo hacia la hijastra(o), o también se observa la preferencia por hijos propios estableciéndose de esa manera diferencias entre los miembros del grupo familiar. Son de conocimiento común las situaciones tales como malos tratos, tensiones emocionales, malas relaciones intra familiares, incluso el abuso sexual de parte de los padrastros hacia las menores. La menor al sentirse rechazada e inadaptada puede reaccionar abandonando el hogar, abusando en el uso de las drogas, alcohol, ejerciendo la prostitución vagancia, mendicidad y un sinnúmero de formas de conducta irregular.

f) El factor económico; consideramos que es uno de los factores que afectan la estabilidad familiar por las implicaciones que el mismo conlleva y que analizaremos seguidamente. Como ya se expuso anteriormente las áreas marginales están constituidas por sectores de población de

escasos recursos y debido a una situación de constante deterioro.

Marco teórico de la Dirección de Tratamiento y Orientación para menores de la Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia de la República.

La Dirección de Tratamiento y Orientación para menores, única institución a nivel nacional que se dedica a la reeducación y readaptación de adolescentes con problemas de conducta antisocial. Cuenta esta dependencia adscrita a la Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia, con una Dirección y Subdirección General, con Departamentos Técnicos de Servicio Social, Psicología, Médico y Orientación y Capacitación Ocupacional. Incluye además del personal técnico y maestros reeducadores, maestros auxiliares, personal de servicio y administrativo.

Cada uno de los diferentes Departamentos y Centros desempeñan un trabajo multidisciplinario encaminado a la reeducación de los menores atendidos. Dichos Departamentos son:

Departamento de Servicio Social:

Es el encargado de efectuar el estudio social de los menores, con el fin de conocer su situación Socio-Económica familiar, así como el tratamiento social en cada caso a través del enfoque individual o de grupo.

Departamento Médico:

Se encarga de la evaluación y exámenes médicos del menor, estableciendo su estado de salud, tanto a su ingreso como durante su permanencia y al egreso de la Institución. Así mismo, se encarga de aplicarlos tratamiento preventivos

y curativos necesarios en cada caso y de la labor del saneamiento ambiental de los distintos centros.

Departamento de Psicología:

Es el encargado del estudio de la dinámica de la personalidad de las menores y el tratamiento psicológico y psiquiátrico necesarios en cada caso conglomerado. Utiliza técnicas de evaluación con psicoterapia de grupo o comunal.

Departamento de Orientación y Capacitación Ocupacional:

Encargado de los aspectos pedagógicos y laborales de las alumnas de los centros, ya que bajo su dirección comprenden las labores docentes. Realiza estudios de casos y es el designado para las colocaciones académicas y laborales de las muchachas que se encuentran en dichos campos.

Respecto a los Centros de la Institución se clasifican así:

Centros de Observación:

Son los encargados de la recepción de las menores a su ingreso a la institución y permanecen en el, de uno a tres meses, tiempo durante el cual se hacen los estudios completos o se resuelve su situación legal. Luego pasan a los centros de reeducación o son egresados con sus familias estos centros desarrollan actividades académicas y manuales encargadas a lograr en los menores, estabilidad y motivación para su proceso reeducativo.

Centros Reeducativos:

Como su nombre lo indica, estos centros son los encargados de la reeducación del menor, con el fin de lograr

su readaptación a la sociedad como ciudadanos útiles y capaces de trabajar en forma aceptable dentro de su medio. Es aquí donde reciben educación académica y laboral y tratamiento psicológico social, todo esto encaminado a lograr una reeducación y cambio de actitudes. De estos Centros egresará con sus familias a colocaciones labores o académicas, hogares sustitutos o al centro de pre-egreso.

Centro de pre-egreso:

Fué creado con el propósito de ofrecer a los menores un último eslabón antes de romper su dependencia institucional, brindándoles alojamiento y apoyo en tanto se adaptan a las colocaciones académicas o laborales dentro de la comunidad no debiendo exceder de un año su período de permanencia (7, 8, 14)

CONCEPTO DEL DELICUENTE JUVENIL:

El término delincuente juvenil es mal aplicado y obsoleto, actualmente se le llama "transgresor" a los menores de edad que cometan un acto equivalente al considerado como delito en el adulto (5)

Desde el punto de vista legal se considera como transgresor a todo aquel individuo que viole o transgreda las normas y preceptos que constituyen la ley de una comunidad.

Los últimos párrafos del Artículo número 55 de la Constitución de la República establecen la forma en que se deben ser tratados los problemas de los menores así (6). "Los menores de edad no pueden ser considerados como delincuentes, y por ningún motivo ser enviados a cárceles o a los establecimientos destinados para los mayores, sino deberán ser atendidos en instituciones adecuadas y bajo el cuidado de personal idóneo, a fin de procurar la educación integral, asistencia

médico social y adaptación a la sociedad. El tratamiento de menores, de conducta irregular y la protección de la infancia desvalida, serán previstos por una ley especial. Se crearán instituciones adecuadas para el cumplimiento de las prescripciones de este artículo" (6).

Enfermedades venéreas:

Para una mejor interpretación de la presente investigación, me permití extraer algunos conceptos y manifestaciones. Clínico-Patológicas de las enfermedades venéreas más relevantes encontradas en la población estudiada.

Papilomatosis (verrugas venéreas) las verrugas son un aumento uniforme o desigual de la dermis papilar benignos provocados, por virus de la piel y mucosas vecinas.

Estas formaciones papilomatosis, auto y hetero inoculables, sesiles o pediculadas, únicas o múltiples, de coloración rosado pálido, localizadas generalmente a nivel de los órganos genitales o zona anal. Es producida por un virus filtrable. La falta de aseo, la blenorragia y el embarazo actúan como factores predisponentes. Se inician como pequeñas pápulas que al desarrollarse lo hacen en suficiente gofrada avegetante; una vez constituidas, administración de varias de ellas toman un aspecto semejante al de una coliflor o cresta de gallo; se observa en frecuencia máxima entre los diez y veinte años de edad.

Complicaciones:

Fimosis o transformación epiteliomatosis.

Tratamientos tópicos con la solución alcohólica de las

resinas de podofilino al 20% se aplica sobre las papilomas y se deja actuar 6 horas, luego se lava con agua y jabón el área donde se aplica tópicamente el podofilino; a los tres o cuatro días caen los papilomas. Se puede repetir la aplicación de siete a ocho días después caso de ineficacia o recidivas se tendrá en cuenta el electrocauterio o la cirugía(3, 11)

Sífilis Primaria(lues)

El chancro sífilítico, o chancro duro, es una erosión o úlceración de forma redondeada u ovular, de color rojo muscular generalmente único indurado(es decir de base infiltrada), indoloro y acompañado de una macropoliadenopatía regional aflegmática; estos caracteres son los habituales, pero puede haber variaciones de alguno o de algunos de ellos, de acuerdo con los casos clínicos las lesiones secundarias que afecta la piel y las mucosas, largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, huesos, vísceras, sistema nervioso central y cardiovascular. La infección sin chancro es muy común durante las cuatro o seis semanas siguientes, aún sin tratamiento específico comienza la involución del chancro y aparece la reacción secundaria generalizada, acompañada frecuentemente, de síntomas orgánicos leves. Las manifestaciones secundarias desaparecen en un período que varía desde algunas semanas hasta doce meses, seguidas después por un estado de latencia que puede durar semanas o años. A veces este estado es interrumpido en los primeros años por la recurrencia de las lesiones infecciosas en la piel y en las mucosas o por el desarrollo de las lesiones en los ojos y en el sistema nervioso central; años más tarde lo interrumpe la aparición violenta de lesiones destructivas, no infecciosas, en la piel, las vísceras, los huesos y las superficies mucosas. A veces, este estado de latencia dura toda la vida. No se puede estimar de manera precisa la letalidad real de la sífilis, pero la infección

congénita en el período prenatal o en la infancia con frecuencia es mortal. La sífilis temprana adquirida no es mortal ni produce incapacidad grave, pero las manifestaciones tardías acortan la vida, afectan la salud y limitan la productividad del individuo(3, 11, 12)

El diagnóstico de laboratorio de Sífilis:

Observación microscópica en campo obscuro, busca las espiroquetas móviles características, a menudo se hace necesario examinar muchos campos en varias preparaciones para obtener resultados positivos. El hallazgo de las espiroquetas típicas en un material proveniente de una lesión clínicamente característica de sífilis temprana, establece el diagnóstico.

El método de los anticuerpos fluorescentes para el examen de campo obscuro es más sensible que los exámenes comunes de campo obscuro y no requiere especímenes frescos con treponemas vivos.

Pruebas diagnósticas basadas en reacciones serológicas para la sífilis.

1. Reacciones de floculación: En este grupo de reacciones se incluyen las de Hinton, Kahn, Kline, Mazzini y VDRL(Venereal Disease Research Laboratory). La más corrientemente usada en nuestro país es el VDRL; estas reacciones de floculación están basadas en el hecho de que las partículas del antígeno lipídico permanecen dispersas en el suero normal, pero se combinan con la reagina para formar agregados visibles, particularmente cuando se les agita o centrifuga.

2. Reacciones de fijación del complemento:

En este grupo de pruebas se incluyen las de Wassermann, Kolmer. Estas reacciones están basadas en el he

cho de que los sueros que contienen reagina fijan el complemento en presencia del "antígeno" de cardiolipina. Puede hacerse una estimación de la cantidad de reagina presentes en el suero llevando a cabo las reacciones serológicas luéticas con diluciones progresivas al doble del suero, y expresando el "título" como la más alta dilución que aún dá un resultado positivo.

Los errores en la interpretación (falsos positivos), ciertos sueros regularmente dan reacciones de floculación o de fijación del complemento positivas en ausencia de infección sífilítica. Esto se presenta en otras infecciones: paludismo, lepra, sarampión, vacunación anti variólica en enfermedades del colágeno; lupus eritematoso periarteritis nodosa, disproteinemias, mononucleosis infecciosa, leishmaniasis, tripanosomiasis, leptosporosis.

La sífilis es una de las enfermedades transmisibles más frecuentes y extendidas que afecta principalmente a personas jóvenes entre los 15 y los 30 años de edad. Su prevalencia es mayor en zonas urbanas que en rurales, es más común en los hombres que en las mujeres (11, 12).

El agente infeccioso es el *treponema pallidum*, espiroqueta que en el hombre es el único reservorio. El medio de transmisión es por contacto directo en actividades hetero y homosexuales con exudado de las lesiones húmedas de la piel y membranas mucosas con líquidos y secreciones orgánicas (saliva, semen, sangre y secreciones vaginales) de las personas infectadas durante los períodos infecciosos. Cuando ocurren un contacto con el *treponema pallidum*, a través de objetos contaminados casi no hay posibilidad de contagio.

Por lo tanto las personas que manipulan secreciones con *treponema* están excimidas de contaminarse. La Infección prenatal puede ocurrir después del cuarto mes de embarazo y

puede afectar al feto por transmisión transplacentaria; la enfermedad puede transmitir por transfusión sanguínea.

Dicha enfermedad tiene un período de incubación de 10; días a 10 semanas, generalmente tres semanas. La susceptibilidad es universal; no existe inmunidad natural, esto quiere decir que el organismo no elabora anticuerpos ni existe vacuna alguna para protegerse contra el *treponema pallidum*, por lo tanto todo ser humano es sensible a contraer la enfermedad.

Leucorrea: (Leuco -⁺ gr rhóia, flujo). El término leucorrea es un signo que se utiliza para describir el flujo vaginal, que es blancuzco y viscoso procedente de la vagina y/o del útero, consecutivo a algún proceso irritativo de sus mucosas. Es sumamente frecuente durante el embarazo. Suele ser inespecífico; pero habitualmente obedece a procesos sépticos determinados, siendo los más frecuentes la gonococia, la tricomoniasis y la moniliasis.

TRICHOMONIASIS VAGINAL: Infección generalmente venerea difundida en las mujeres y en el hombre producida por la *Trichomona Vaginalis*. Su frecuencia oscila según los observadores entre 8.6 y 5.4% de la población femenina. La contaminación se produce casi siempre por las relaciones sexuales y las reinfecciones conyugales.

Morfología e identificación. El agente biológico es un protozoo flagelado con forma de pera y con una membrana ondulante que se extiende en la parte media del cuerpo. Posee cuatro flagelos anteriores. Los organismos no pueden sobrevivir a la acidez vaginal normal de un pH de 3.8 a 4.4 y tampoco pueden vivir en el pH neutro que se encuentra en la vagina de las muchachas jóvenes.

nes.

En la mujer la infección está limitada a la vulva, la vagina y el cérvix; rara vez se extiende al interior del útero. Las superficies mucosas aparecen tiernas, inflamadas, erosionadas y cubiertas de una secreción amarilla y espumosa o de color crema.

Pruebas diagnósticas de laboratorio: examen microscópico, las secreciones vaginales y retrales del flujo, se deberán examinar al microscopio en una gota de solución salina y observar su movilidad característica.

El cultivo de las secreciones vaginales, puede mostrar la presencia de organismos cuando el examen directo es negativo.

Tratamiento: El éxito del tratamiento requiere la destrucción de las tricomonas, la restauración del epitelio vaginal normal y su acidez. El compañero sexual de la paciente debe ser examinado y tratado simultáneamente.

El medicamento efectivo es el metronidazole (Flagyl R) (11, 12)

GONOCOCIA: Enfermedad infecciosa de origen venéreo - causada por el gonococo *Neisseria gonorrhoeae*, ataca las mucosas del trato genitourinario y al ojo produciendo una supuración aguda que puede dar lugar a la invasión de los tejidos, esta es seguida por una inflamación crónica y por fibrosis. En el hombre se presenta una uretritis, con exudación purulenta cremosa y micción dolorosa. En la mujer la infección se disemina de la uretra a la vagina y al cérvix, dando lugar a una exudación mucopurulenta, puede extenderse hasta las trompas de falopio, provocando un proceso inflamatorio, fibrosis y obliteración de las trompas con esterilidad como consecuencia. También pueden dar una salpingitis o Peritonitis pélvica.

Esta enfermedad tiene como característica especial que en sus primeras etapas es asintomática. La gonorrea está distribuida por todo el mundo, siendo el hombre el único reservorio. Es común en personas de bajo nivel socioeconómico y en grupos caracterizados por alto grado de promiscuidad sexual.

Diagnóstico de Laboratorio: Se hace mediante:

1. La observación microscópica: en el frotis con azul de metileno y la técnica de gram, se observan muchos diplococos intracelulares en los plocitos, lo cual constituye un diagnóstico presuntivo.

2. El cultivo: El más recomendado es el medio de Thayer Martin el cual confirma el diagnóstico. En mujeres, con frecuencia se necesitan cultivos seriados, por la dificultad para obtener la muestra específica.

Tratamiento: Estudios recientes recomiendan; 1 gramo de Probenecid por vía oral y 15 minutos después, 4.8 millo-

nes de Penicilina procaína intramuscular profunda la mitad en cada glúteo(2)

MONILIASIS VAGINAL: (lat. monile, collar + iasis) *Candida Albicans* (*monilia albicans*) Es una enfermedad cuya causa biológica es un hongo levaduriforme oval y gemante que produce pseudomicelio en los tejidos y los exudados. Es una enfermedad inflamatoria de la vagina se halla en el 33% de mujeres embarazadas asintomáticas y un 66% de las que presentan signos vaginales. Se considera en término medio que el 55% de las embarazadas con leucorrea presentan monilias en la secreción vaginal

Los signos son los clásicos: leucorrea, dispareunia y prurito intenso; la mucosa se observa congestionada, con concreciones blancoamarillentas con tituidas por partículas caseosas exfoliativas, adheridas a la mucosa roja, acentuadamente sangrante. El prurito se extiende a la región vaginal y a las regiones vulvar e inguinal vecinal.

El Diagnóstico: se asegura por la observación microscópica y cultivo. Los hallazgos aerológicos carecen de valor ya que muchos adultos poseen anticuerpos aglutinantes contra la *Candida*.

Tratamiento: Son efectivos la limpieza vaginal con torundas impregnadas de una solución de Bicarbonato de Sodio a 5% seguidas de pinceladas de violeta de genciana al 1 o 2 % es aconsejable también el uso tópico de Nistatina (*Mycostatin*^R) Se describe esta enfermedad, ya que es una de las que producen leucorrea aunque no pertenece a las enfermedades venéreas, se considera para hacer diagnóstico diferencial(11)

MATERIAL Y METODOLOGIA

La muestra:

Se escogió la muestra al azar, de los expedientes de las menores de los Centros de Observación, desde el año 1974, siendo estos centros el primer contacto que ellas tienen con la Institución.

Es conveniente mencionar que cuando una menor es detenida por cualquier hecho de orden jurídico social, el tribunal para menores ordena su internamiento en los Centros de Observación, y es aquí, en donde se les hace un estudio integral; psicológico, social y médico, para luego ser entregados a sus padres con las recomendaciones pertinentes, o son trasladadas a los Centros Reeducativos.

Para la toma de la muestra se tomaron los expedientes por año y al azar (de los últimos cinco años). Se utilizaron cien expedientes por año, en el orden que fueron apareciendo.

Técnica de Recolección de los datos:

Para realizar la investigación se tomaron los datos de las fichas clínicas, que incluyen tanto aspectos médicos como sociales. Las variables estudiadas son:

Edad	Uso de drogas
Origen	Motivo jurídico de ingreso
Ocupación	Situación familiar
Escolaridad	Ocupación y estado civil
Historia Sexual	
Enfermedad	
Tratamiento	
Evolución.	

Descripción de las variables

Edad. Todas las jóvenes estudiadas están comprendidas entre los 12 y los 18 años, aunque hay un mínimo porcentaje de 19, 20 y 21 años, esto es debido a que dichas muchachas carecen de documentos que legalicen su edad; por eso muchas veces son referidas al Médico Forense, se establece la misma, y así, se determina si en realidad pueden ser atendidas por la institución, o por otro centro.

Origen: en relación a este rubro como se analizará más adelante se clasificaron por departamento o cabecera municipal, aunque la mayoría son originarias de municipios, aldeas o caseríos del departamento de Guatemala, y el resto del interior de la república. Un mínimo porcentaje es originario de El Salvador, Honduras y de Tapachula México. Las adolescentes pertenecientes a este sector son deportadas a su país de origen por medio del Departamento de Migración de Guatemala.

Ocupación. Este aspecto se analizó basándose en las ocupaciones más corrientes y poco calificadas, como se mencionó anteriormente, oficios domésticos, vendedoras ambulantes, meseras de-bar, etc. aunque algunas veces hacen dos o tres actividades simultáneamente.

Motivo Jurídico-Social de ingreso a la Institución. Abordaremos en este tema las faltas por las cuales llegan a ingresar las menores a los Centros de Observación.

Se trató de ser objetivos sobre la variedad de motivos o delitos que puede cometer una adolescente y usó la terminología del tribunal de menores y algunas veces de la Policía Nacional, que son los centros que refieren a las menores al Centro de Observación(13)

Escolaridad: Las diferentes causas económicas culturales laborales y el bajo nivel cultural hace que los padres tengan poco interés por conocer la dinámica del adolescente y sus problemas, lo cual, podría ayudarlos a manejar mejor la vida de sus hijos dándoles orientación a la vez que comprendería lo necesario que sus hijos asistan a la escuela, para que puedan tener así un mejor futuro y mejores oportunidades a una vida más decorosa que la que llevan actualmente. Cabe mencionar que el factor económico es el más importante de todos ya que obliga a las menores a trabajar.

Enfermedad y tratamiento al ingreso a la Institución. Estos aspectos son el principal objetivo de la presente investigación. Se analizó la morbilidad presentada por los adolescentes en el momento de su primera relación con el Centro de Observación de menores.

Exámenes de Laboratorio. Se ha supuesto que los Centros de Observación carecen de laboratorio propio para el análisis de sus muestras por lo que necesita los servicios de los Centros de Salud y de los Hospitales. Cuando el médico sospecha de alguna enfermedad luética o gonocócica puede enviar sus muestras a estos Centros para su diagnóstico; los servicios que le presta el Centro de Salud No. 1 son los frotos coloreados continción de gram y no cultivos. Además hacen exámenes serológicos de VDRL para diagnóstico de sífilis.

Ocupación de los padres: Se consideró importante la ocupación de los padres por ser esta determinante en los problemas sociales y jurídicos de las menores(14). Se encontró ocupaciones corrientes no calificadas como vendedoras ambulantes, cocineras, ayudantes de albañil, vendedoras del mercado en la terminal etc., las cuáles se analizarán más adelante.

Estado Civil de los Padres: Como se ha mencionado en páginas anteriores los hogares de las menores son desintegrados por diferentes causas, sociales, culturales y económicas, haciéndose el análisis de esta situación más adelante.

Historia Sexual: se clasificó de acuerdo a la respuesta dada por la menor durante la entrevista del médico y comprobándose al examen clínico. Este aspecto es uno de los más importantes porque algunas jóvenes han tenido su primera relación sexual por violación de su progenitor, padrastro o por comercio sexual de las mismas madres.

Este problema es multicausal. Se sabe que tiene relación con la promiscuidad, el hacinamiento, el alcoholismo, la mala orientación sexual y el poco acceso que tienen las menores a los establecimientos estatales de educación. Todo esto permite que se abuse de relaciones sexuales que facilitan la aparición de trastornos y enfermedades tales como enfermedades venéreas, embarazos no deseados, abortos sépticos, inestabilidad emocional y prostitución.

RESULTADOS

Los datos obtenidos de la muestra estudiada, los resultados se presentan en forma de tablas.

NUMERO DE CASOS POR EDAD

TABLA No. 1

EDAD	No. de Casos	Porcentaje
12-13	15	3.0
13-14	30	6.0
14-15	84	16.8
15-16	99	19.8
16-17	131	26.2
17-18	108	21.6
18-19	24	4.8
19-20	6	1.2
20-21	1	0.2
21-22	<u>2</u>	<u>0.4</u>
Totales	500	100

Como puede observarse en la tabla número uno, la edad está comprendida entre 12 a 21 años. Es de hacer mención que los centros de observación toman únicamente a las menores de 12 a 18 años. Se puede ver en esta tabla que el grueso de la población está comprendida entre los 15, 16, y 17 años. Y la mayor población está en los 16 años con 26.2% edad promedio 16.04 años. Aparecen algunos jóvenes de más de 18 años debido a que en ocasiones no es posible establecer la edad por medio de documentos. En estos casos, se registra la edad manifestada verbalmente.

PROCEDENCIA U ORIGEN

TABLA No. 2

DEPARTAMENTOS	No. Casos	%
1. Guatemala	251	50.2
2. Escuintla	36	7.2
3. San Marcos	30	6.0
4. Quezaltenango	18	3.6
5. Santa Rosa	17	3.4
6. Coban Alta Verapaz	16	3.2
7. Suchitepequez	13	2.6
8. Jutiapa	12	2.4
9. Chimaltenango	12	2.4
10. El Progreso	11	2.2
11. Zacapa	10	2.0
12. Retalhuleu	9	1.8
13. Antigua Guatemala	8	1.6
14. Quiché	8	1.6
15. Chiquimula	8	1.6
16. Puerto Barrios-Izabal	5	1.0
17. Totonicapán	5	1.0
18. Huehuetenango	4	0.8
19. Baja Verapaz	3	0.6
20. Jalapa	3	0.6
21. Sololá	3	0.6
22. El Salvador	12	2.4
23. Honduras	3	0.6
24. Tapachula-México	1	0.2
Totales	500	100.0

Como se puede observar el 50.2% de las menores procede del Departamento de Guatemala, 50.2 no es únicamente de la ciudad sino que es del interior del Departamento en su gran mayoría, que comprende aldeas, municipios, caseríos y cantones

TABLA No. 3

OCUPACIONES MAS FRECUENTES DE LAS MENORES.

OCUPACION	No. de Casos	Porcentajes
1. Oficios Domésticos	355	71.0
2. Estudiantes	64	12.8
3. Comerciantes	24	4.8
4. Meseras de bar	42	8.4
5. Obreras	10	2.0
6. Vagancia	5	1.0
TOTALES	500	100.0

Tabla No. 3

Las ocupaciones de las menores son diversas. Por ejemplo los oficios domésticos en donde está el 71% de la población comprenden los quehaceres de la casa, cocineras, lavanderas, empleadas en casas particulares y otros trabajos no calificados. Dentro de las comerciantes tenemos a las vendedoras de la terminal, vendedoras ambulantes de ropa, y las meseras de bar son aquellas que sirven alcohol y otras bebidas en los bares.

MOTIVO JURIDICO SOCIAL DE INGRESO A LA INSTITUCION
TABLA No. 4

MOTIVO	No. de Casos	%
1. Robo	140	28.0
2. Fuga de su casa	90	18.0
3. Riña	71	14.2
4. Indocumentación	60	12.0
5. Uso de drogas	34	6.8

Continúa.....

MOTIVO	No. de Casos	%
6. Prostitución	33	6.6
7. Vagancia	23	5.6
8. Ebriedad	15	3.0
9. Protección	13	2.6
10. Agresión	8	1.6
11. Homicidio	3	0.6
12. Violación	2	0.4
13. Intento de Suicidio	1	0.2
14. Portación de arma blanca	1	0.2
15. Secuestro	<u>1</u>	<u>0.2</u>
TOTALES	500	100.0%

Para relacionar la tabla No. 3 en donde se observa que las ocupaciones de las menores son no calificadas, la inmigración de familias campesinas a la ciudad con escasos recursos, vienen a ofrecer su mano de obra barata y los salarios son bajos algunos, las menores se dedican a la estafa y el fraude, como se puede constatar en la tabla No.4 el robo es la causa más frecuente como motivo jurídico de ingreso. Los problemas económicos aunados a la desintegración familiar y otros factores obliga a las menores a fugarse de la casa en busca de mejoras, así algunas son ingresadas al centro por vagar, usar drogas, prostitución. (13)

OCUPACION DE LOS PADRES

Tabla No. 5

En el Caso del Padre:

Ocupación	No. de casos	porcenta
1. Albañil	35	7.0
2. Chofer	27	5.4
3. Agricultor	107	21.4
4. Comerciante	56	11.2

Contínua.....

Ocupación	No. de casos	Porcentaje
5. Policía	3	0.4
6. Obreros	67	13.4
7. Otros	<u>205</u>	<u>41.0</u>
TOTAL	500	100.0%

Como se ha mencionado anteriormente el padre de la alumna se dedica en su mayoría a oficios no calificados, clasificado como otros: cargadores de bultos en la terminal, mandaderos, servicio de limpieza, carreteros y otros oficios domésticos. En este aspecto está comprendido el grueso de la población que corresponde al 41.0%; en segundo lugar se encuentran los agricultores que es un 21.4% de la población estudiada. Algunos se encuentran en su lugar de origen y otros son agricultores ocasionales, jornaleros en las épocas de cosecha en las grandes extensiones de los latifundistas, los obreros, trabajan en talleres, fábricas, zapateros, carpinteros y otros oficios técnicos.

En el caso de las madres

Tabla No. 6

OCUPACION	No. de Casos	%
1. Oficios Domésticos	332	66.4
2. Comerciantes	44	8.8
3. Enfermeras	2	0.4
4. Se ignora	<u>122</u>	<u>24.4</u>
TOTAL	500	100.0%

Como se puede observar que los oficios domésticos ocupan el primer lugar de la ocupación de la madres es un 66.4% de la población estudiada, y se concluye que estas madres se ocupan únicamente al cuidado y oficios del hogar. Cuando hace falta el conyuge estas madres se dedican al

lavado de ropa ajena, servidumbre en casas particulares. Las comerciantes son un mínimo porcentaje 8.8% son las vendedoras de verduras, de ropa, etc. Población que sufre la persecución y malos tratos de la policía municipal y nacional, sujetos a tener que darles "mordida" o perder sus mercaderías, injusticias mantenidas por grandes comerciantes y amparadas por gobiernos mal instituidos.

RELACION CIVIL DE LOS PADRES
TABLA No. 7

ESTADO CIVIL	No. DE CASOS	%
1) Unidos	288	57.6
2) Viudos	72	14.4
3) Separados	71	14.2
4) Casados	19	3.8
5) Se ignora	50	10.0
Total.....	500	100.0%

Se confirma lo anteriormente expuesto que las familias de las menores son desintegradas, vemos un 14.4% de viudos, 14.2% de separadas y un 10% que se ignora la relación que total suman un 38.6% y en las familias que están unidas o casadas la gran mayoría padece de problemas económicos, enfermedades, desempleo(8)

HISTORIA SEXUAL
FRECUENCIA DE CASOS CON HISTORIA SEXUAL POR EDAD
TABLA No. 8

Edad	No. de casos	Si (%)	No. (%)
12	15	6 1.2	9 1.8
13	30	12 2.4	18 3.6
14	84	64 12.8	20 4.0
15	100	86 17.2	14 2.8

Edad	No. de casos	si (%)	no (%)
16	132	116 23.2	16 3.2
17	108	103 20.6	5 1.0
18	23	23 4.6	0 0
19	5	4 0.8	1 0.2
20	1	1 0.2	0 0
21	2	2 0.4	0 0
	500	417 83.4	83 16.6

La tabla demuestra la frecuencia en que se presenta la historia sexual de la menor por edad. Vemos que el mayor porcentaje se presenta en niñas de 16 años con un rango entre 15 y 17 años, vemos también que en la edad de los 12 años se encuentran 1.2% en estos casos que como se mencionó anteriormente es por violación.

ESCOLARIDAD
Tabla No. 9

AÑO CURSADO	No. CASOS	PORCENTAJE
1. Analfabetas	178	35.6
2. 1er. año primaria	69	13.8
3. 2do. año primaria	56	11.2
4. 3er. año primaria	65	13.0
5. 4to. año primaria	29	5.8
6. 5to. año primaria	39	7.8
7. 6to. año primaria	43	8.6
8. 1ro. Básico	12	2.4
9. 2do. Básico	4	0.8
10. 3ro. Básico	3	0.6
11. 5to. Secretariado	1	0.2
12. 1ro. Perito Contador	1	0.2
	500	100.0

Vemos en esta tabla por razones y análisis antes expuestos que el analfabetismo predomina en un 35.6%, la primaria hasta 6to. año la tienen un 8.6% y la primaria incom-

pleta 51.6%

USO DE DROGAS
TABLA No.10

DROGA	No. de Casos	%
1. Cigarrillos	86	17.2
2. Alcohól	72	14.4
3. Marihuana	21	4.2
4. Pegamento(thiner)	15	3.0
5. Barbitúricos	5	1.0
6. Ninguna Droga	<u>301</u>	<u>60.2</u>
	500	100.0

El uso de drogas es un aspecto importante ya que las menores acosadas por un sin número de situaciones adversas a su formación y educación para ser un miembro responsable en la sociedad, recurre a la droga.

En la presente tabla se muestran las drogas que las menores consumen, o que usan frecuentemente; se puede inferir que no todas confiesan francamente respecto al uso de marihuana, pegamento, (thiner), tranquilizantes, barbitúricos y LSD por ser el uso de estas drogas castigadas severamente por la ley. Las menores que afirman el consumo de alguna droga son las que han sido detenidas por tenencia y consumo de la misma, es decir que ya son conocidas en los tribunales para menores por estos delitos.

Por lo anterior se puede señalar que este aspecto no fué estudiado con suficiente profundidad. En la tabla se puede ver que el consumo de cigarrillos es el que ocupa el lugar más alto que de 86 casos el 17.2% consumen esta droga con respecto al consumo de marihuana que de 21 casos corresponde al 4.2% de la población estudiada.

ENFERMEDADES VENEREAS POR ORDEN DE FRECUENCIA

Tabla No. 11

	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
1.	Papilomatosis	70	14.0
2.	Lues	28	5.6
3.	Tricomoniasis	15	3.0
4.	Moniliasis	10	2.0
5.	Gonorrea	3	0.6
6.	Chancro Blando	<u>3</u>	<u>0.6</u>
		129	25.8

Estos aspectos constituyen el tema principal de la presente investigación, pero durante el desarrollo de la misma nos podemos dar cuenta que no se pueden separar de la infinidad de motivos (sociales, económicos y culturales), por las cuáles estas menores padecen más de alguna enfermedad venérea.

Como se puede observar en la tabla No.11 la enfermedad venérea más frecuente es la papilomatosis que ocupa un 14.0% del total de la población estudiada, y en segundo término la sífilis con un 5.6%

La papilomatosis se encontró un total de 70 casos lo que corresponde al 14.0%. Este diagnóstico fué eminentemente clínico.

La edad predominante se encuentra alrededor de los 16 años.

El 100% de las pacientes fueron tratadas con aplicaciones tópicas de podofilina al 20%.

Del número total 58 casos evolucionaron satisfactoriamente 12 pacientes no tuvieron control, por fuga del centro o el tribunal de menores autorizó el egreso de la menor de la institución.

Las edades que padecen estas enfermedades están comprendidas entre 15, 16 y 17 años.

El tratamiento para la tricomoniasis en todos los casos fué con metronidazol(Flagyl) por vía oral y tópicamente por 10 días.

La evolución de estas pacientes fué satisfactoria.

En el caso de la Moniliasis se usó Micostatín óvulos vaginales y/o Micostatín por vía oral, también se trataron estas enfermedades con duchas vaginales y con una evolución satisfactoria.

GONORREA:

La incidencia de esta enfermedad en la población estudiada fué de un total de tres casos, que corresponde a 0.6% pero dominó la edad comprendida entre los 15 y 16 años. El diagnóstico fué hecho por frote de secreción vaginal. El tratamiento fué de penicilina procaína a razón de: 800,00 UI, IM, cada 24 horas por 10 días. Sedesconoce la evolución de estas pacientes ya que no se les tomó nuevo frote ni se les hizo cultivo de la secreción vaginal se desconoce. A continuación expongo datos notificados de blenorrea por 100,000 habitantes en Guatemala.

AÑO	PREVALENCIA	
1966	76.7	por 100,000 Habit.
1967	80.8	por 100,000 Habit.
1968	77.3	por 100,000 Habit.
1969	94.8	por 100,000 habit.

Se puede ver con los datos desde 1966, la blenorragia ha ido creciendo pero son datos insignificativos con respecto a la muestra estudiada en la presente investigación.

SIFILIS:

La sífilis ocupa un segundo en prevalencia en el presente estudio. Se encontraron 28 casos que corresponden a un 5.6% de la población.

En el 30% de los casos se encontró lesión visible, luego se confirmó la enfermedad con exámenes de laboratorio VDRL seriados en número de 2 positivos. Al 70% restante se les hizo el diagnóstico de sífilis por VDRL(ya que todas las menores que ingresan a la Institución, por rutina se les hace éste examen de laboratorio), repidiéndoseles una vez más la prueba en caso de salir positiva. A ninguna de estas pacientes se les hizo examen del exudado de las lesiones. La edad predominante de esta enfermedad está entre los 15 y 16 años.

Tratamiento. Del total de las 28 menores solamente 19 o sea 67.8% del total de sífilíticas fueron tratadas con penicilina procaína; a razón de 800,000 U.I.I.M cada 24 horas por 10 días, del total de las tratadas a 15 de ellas o sea el 53.57% tuvieron buena evolución negatívisándose el VDRL.

El 14.28% o sea 4 de las 15 no tuvieron control por fuga y/o fueron entregadas a sus familiares con las recomendaciones respectivas del médico.

Del total de las pacientes luéticas 9, o sea el 32.14% fueron tratadas con penicilina benzatínica a razón de 2.400,000 U.I.I.M. en una sólo dosis.

La evolución de estas pacientes fué satisfactoria en el tiempo de su internamiento, pero se desconoce la evolución ulterior por razones antes mencionadas. Se puede comparar la incidencia de sífilis en esta población estudiada con la población general de Guatemala por 100,000 habitantes.

1966	38.4 por 100,000 habitantes
1967	30.3 por 100,000 habitantes
1968	29.4 por 100,000 habitantes
1969	23.4 por 100,000 habitantes

Se puede señalar que estas cifras para la población general son de pequeña frecuencia relacionándolas con la población estudiada.

TRICOMONIASIS Y MONILIASIS VAGINAL:

Como ya se aclaró en páginas anteriores, la tricomoniasis y moniliasis no se catalogan como enfermedades venéreas, pero sí producen flujo.

Para tricomonas y moniliasis el diagnóstico fué clínico y confirmado con frotos de secreción vaginal.

Frotos positivos para tricomonas	7
Frotos positivos para monilia	4
Frotos negativos	<u>145</u>
	156

CONSOLIDADO DE MORBILIDAD

TABLA No.12

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
1. Papilomatosis	70	14.0
2. Leucorrea	52	10.4
3. Sarcoptiosis	32	6.4
4. Lues	28	5.6
5. Tricomoniasis	15	3.0
6. Moniliasis	10	2.0
7. Gonorrea	3	0.6
8. Chancro Blando	3	0.6
9. Embarazo	47	9.4
10. Sanas	177	35.0
11. Otras	<u>65</u>	<u>13.0</u>
	500	100.0%

En esta tabla se analiza la morbilidad de la población estudiada en donde se incluye las veneropatías y otras causas de morbilidad. Como se puede observar en segundo término encontramos leucorrea, como se describió en páginas anteriores. Las causas de este signo pueden ser gonorrea, tricomonas y moniliasis. Al no encontrarse nin-

guno de estos gérmenes patológicos, se pueden inferir que podría tratarse de una vaginitis inespecífica o flujo menstrual, esto es, si se agotan todos los recursos para descartar una enfermedad venérea, como por ejemplo; frotos de gram seriados, frotos en solución salina y cultivos para hongos y bacterias.

En el cuadro No. 12 podemos observar 52 casos de leucorrea que hacen un 10.4% de la población, a las cuáles únicamente se les hizo un frote con la técnica de Gram. En ningún caso se hizo cultivo, por lo tanto se puede inferir que se escaparon gran cantidad de venereopatías.

A estas pacientes con leucorrea se les trató sintomáticamente, con Ovosal I y/o Orthovagil^R crema, para uso tópico. La evolución de estas pacientes se desconoce debido principalmente a la falta de interés de ellas o del Departamento médico de la Institución, en algunos casos las pacientes mejoran espontáneamente o egresan del Centro de Observación perdiéndose el caso.

En el numeral II del cuadro 12 se observa el término otras, en donde se agruparon las enfermedades tales como gripes, parasitismo intestinal, diarreas, infección urinaria, epilepsia, sarcoptiosis, amigdalitis, que son cantidades poco significativas.

CONCLUSIONES

1. La edad más frecuente de menores que ingresan a los Centros de Observación fué de 16 años, o sea un 26.2% de la población estudiada.
2. El origen o procedencia más sobresaliente corresponde al Depto. de Guatemala, con sus municipios aldeas y caseríos con un total de casos de 251 que corresponde al 50.2% el resto es del interior de la República.
3. La ocupación de las menores más relevante son los oficios domésticos un total de casos de 355 o sea un 71.0% de la población.
4. El motivo jurídico de ingreso a la institución fué el robo en 1er. lugar con 140 casos o sea el 28% del total general.
5. La ocupación del padre, más frecuente son los oficios comunes, no calificados, con un total de 205 casos que corresponde al 41.0% en segundo término encontramos a los agricultores con un total de 107 casos que corresponde al 21.4% de la población estudiada.
6. La más común de las ocupaciones de las madres son los oficios domésticos 332 casos o sea un 66.4%
7. Las familias de las menores se encuentran desintegradas, ya que el 38.6% que incluyen viudas, separados y madres solteras.
8. Las menores que han tenido relaciones sexuales son el 83.4% y las edades más sobresalientes se encuentran entre los 15, 16 y 17 años que suman un 61.0%
9. El tóxico más usado por las menores es el cigarrillo que corresponde al 17.2%, en segundo lugar está el alcohol en un 14.4%. La marihuana ocupa un 3er. lugar con un

4.2%, el grueso de la población o sea un 60.2% no consume ningún tóxico.

El analfabetismo ocupa un primer lugar en un 35.6% el 8.6% tienen la primaria hasta el 6to. año, el 51.6% corresponde a las menores que tienen la primaria incompleta.

Las enfermedades venéreas más frecuentes son:

Papilomatosis	70 Casos	14.0%
Lues	28 Casos	5.6%
Tricomoniasis	15 Casos	3.0%
Moniliasis	10 Casos	2.0%
Gonorrea	3 Casos	0.6%
Chancro Blando	3 Casos	0.6%

La suma de todas las enfermedades venéreas es de un total de 129 casos que corresponde al 25.8% de la población estudiada.

La edad más frecuente de las niñas que padecen estas venéreas oscila entre los 15, 16 y 17 años.

El tratamiento con podofilina para las pacientes con papilomatosis fue eficaz en 58 casos que hace un 82.85%, el resto de pacientes no tuvieron control.

19 de las pacientes sífilíticas fueron tratadas con penicilina procaína a razón de 800,000 U.I. I.M c/ 24 horas X 10 días. Nueve de estas pacientes fueron tratadas con penicilina benzatínica 2,400,000 U.I del total de estas pacientes 15 tuvieron buena evolución negativizándose los controles de VDRL; el resto se les desconoce su evolución.

Para la tricomoniasis y Moniliasis vaginal el trata-

Conclusiones.....

miento fué efectivo en un 100%

17. Para la gonorrea el tratamiento instituido fué la penicilina procaína con 800,000 U.I.I.M. c/24 horas se desconoce la evolución ya que no se les hizo ningún examen ulterior.

RECOMENDACIONES

Que los servicios médicos de estos centros deben mantener un control estricto de la salud de las menores, mediante exámenes, clínicos y de laboratorio dicha evaluación deberá ser periódicamente durante el internamiento de las menores, y al egreso de la institución; establecer un mecanismo mediante el cual no se le de egreso a ninguna menor si no está completamente sana.

Que el personal médico, paramédico y educadores de los centros deben prestar principal atención, a las enfermedades venéreas; tales como, papilomatosis, sífilis y gonorrea, ya que estas son las que se encuentran con mayor incidencia en los centros de observación además deberán reforzar el diagnóstico clínico de estas enfermedades con el laboratorio.

Solicitar que se mejoren los servicios de salud en las instituciones encargadas de los tratamientos de las menores, crear un laboratorio clínico con personal calificado y así hacer diagnósticos con más confiabilidad, exponer la tremenda necesidad de adquirir métodos, equipos y técnicas de laboratorio para exámenes de secreciones, frote, cultivos, campo oscuro y cardiolipina; y el mismo médico o enfermera (técnico de laboratorio) los puedan procesar en los mismos centros de observación.

Establecer un mecanismo por el cual las menores continúen sus tratamientos y evitar que se bloqueen lo mismos al egreso de la menor de la institución. Programar una o dos campañas al año a nivel nacional para prevención de la enfermedad venérea; con cursillos, seminarios, charlas en escuelas y principalmente en los asentamientos y áreas marginales suburbanas.

Que el tratamiento de la gonorrea sea cambiado a dosis más alta de penicilina procaína a la dosis recomendada de 4,800,

Recomendaciones.....

000 unidades más un gramo de probenecid por vía oral; utilizando las técnicas propuestas en el Weeckly Epidemiological Record del 17 de septiembre de 1975. Además efectuar cultivos con sensibilidad antibiótica(2).

BIBLIOGRAFIA

- BALCARCEL R. HUGO. El problema de las venereopatías en el transgresor juvenil. Tesis (médico-Cirujano) Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1978. 30p.
- BOLAÑOS VILLACORTA RAMIRO E. Efectividad de dosis única de penicilina para erradicar Neisseria gonorrhoeae de portadores residentes en Puertos Barrios. Tesis (Médico-Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1978, 37 p.
- GATTI, J. C. y J. E. CARDAMA. Sífilis en su manual de Dermatología. 4 ed. Buenos Aires El Ateneo 1965 pp 240-277
- Afecciones de los órganos genitales Ibid. pp 441-446
- Guatemala, Leyes, Decretos etc. Código de menores, decreto No. 61.69 Guatemala. José Pineda Ibarra, 1970 37 p.
- Constitución de la República de Guatemala. Artículo No. 55. Guatemala, José Pineda Ibarra 1970.
- Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia de Guatemala. Anteproyecto de Centro de Observación de niñas. Octubre 1977. 20 p. (mimeografiado)
- Factores socioeconómicos de los menores que ingresan a la Institución 1973. 22p. (mimioografiado)

Bibliografía.....

9. GUTHE THOSSTEIN. Tendencias Epidemiológicas Mundiales de Sífilis y Blenorragia. Washington. O.P.S. 1971 pp 8, 13, 35 (publicaciones científicas No. 220)
10. IDESAC. El reto del Desarrollo en Guatemala, un enfoque multidisciplinario. Guatemala, Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia de la República de Guatemala. 1970. 30p (mimeografiado)
11. JAWETZ, ERNEST. et al Manual de Microbiología Médica. Trad. por Amado González Mendoza. 4. ed. México, El Manual Moderno, 1971. pp. 262-265, 280, 304, 308, 524, 525.
12. SCHWARTZ, RICARDO Y SALA, SILVESTRE, Obstetricia 3. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1973. pp. 381, 382, 383.
13. VELASQUEZ T. JOSE ANGEL. Características Psicosocial del transgresor juvenil. Tesis (licenciado en Psicología) Guatemala, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, 1977 103 p.
14. WANTLAND B. MA. CONCEPCION ° Evaluación del Programa de Hogares Sustitutos de la Dirección de Tratamiento y Orientación para menores "Juan José Orozco Posadas". Tesis (Trabajador Social) Guatemala, Universidad de San Carlos Escuela de Servicio Social. del IGSS, 1976. 51p.

[Handwritten signature]

Dr. Leonel Roberto Aceituno Nájera .

[Handwritten signature]

alcarcel Roldán .

[Handwritten signature]

Revisor

Dr. Manuel González Avila.

[Handwritten signature]

se III
Leon .

[Handwritten signature]

Secretario General

Dr. Raúl Castillo Rodas .

.Bo.

[Handwritten signature]

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo