

Estudio de la Prostitución en Tela y su
Relación con las Enfermedades de
Transmisión Sexual. Tela, Atlántida 1980.

Tesis de Grado

PRESENTADO A LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

POR EL BACHILLER

Gustavo Adolfo Castro Hedman

PREVIA OPCION DEL TITULO:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

1980

6/6.95/
C.3.5
C.3
TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Estudio de la Prostitución en Tela y su Relación con las Enfermedades de Transmisión Sexual. Tela, Atlántida 1980.

Tesis de Grado

PRESENTADO A LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

POR EL BACHILLER

Gustavo Adolfo Castro Hedman

PREVIA OPCION DEL TITULO:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

1980

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

RECTOR: DR. JUAN ALMENDAREZ P.
SECRETARIO GENERAL: LIC. ANGEL ANTONIO MEJIA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:	DR. NELSON VELASQUEZ G.
VICE DECANO:	DR. MARIO ZAMBRANO
SECRETARIO:	DR. PEDRO R. FORTILLO
PRO-SECRETARIO:	DR. CECAR CACERES
VOCAL 1ro.	DR. DANILO ALVARADO
VOCAL 2do.	DR. GALINO CORDOVA
VOCAL 3ro.	DR. ARMANDO PALOMO
VOCAL 4to.	DR. SALOMON STARKMAN
VOCAL 5to.	DR. EDUARDO LANZA
VOCAL 6to.	DR. JOSE CRUZ LOPEZ

COORDINADOR

DR: CARLOS GARCIA V. (COORDINADOR)

DR: CESAR CASTELLANOS

DR: DENNIS ESPINAL GUILLEN

SUSTENTANTE

DR. GUSTAVO ADOLFO CASERO MEDMAN

ASESOR:

LIC. MARCO A. PONCE

PADRINOS

EDUARDO TALBOTT

D E D I C A T O R I A

Dedico este trabajo:

Con fé: A nuestro Divino Creador

A mi difunto Padre:

GILBERTO CASTRO CHACON (JDDG)
CON TODO AMOR.

A mi querida Madre:

Estela Hedman Vda. de Chacón,
A quién le debo la culminación
de mis ambiciones.
A quién más quiero, respeto y
admiro.

A mi querida hermana:

Gladis de Nasser, a su esposo
Rafael Nasser y a mis queridos
sobrinos Rafael y Heidi.

A mi esposa querida:

Patricia Talbott de Castro, a
quién adoro y respeto.
quién me ha ayudado a hacer éste
trabajo.

A mi futuro retoño:

Con todo mi amor.

A mis queridos suegros:

Eduardo Talbott y Alma Godóñez
de Talbott.

A mis cuñados:

Eduardo Talbott y Dennis Talbott

A mis Maestros:

Con todo respeto y agradecimiento

A mis compañeros y amigos:

Con aprecio

A mis compañeros Difuntos:

(Q. D. D. G.)

C O N T E N I D O

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE TELA
- IV. EL C.H.E. DE TELA
- V. HIPOTESIS
- VI. LA PROSTITUCION, CONCEPTO E HISTORIA
- VII. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
- VIII. LA PROSTITUCION EN TELA
- IX. CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN EL C.H.E. DE TELA
- X. MATERIAL Y METODOS
- XI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION
- XII. CONCLUSIONES GENERALES
- XIII. RECOMENDACIONES
- XIV. BIBLIOGRAFIA
- XV. APENDICE

I. I N T R O D U C C I O N

La presentación de trabajos de tesis previa opción al grado de Doctor en Medicina y Cirugía, ha sido y se mantiene actualmente como un requisito ineludible para optar a él.

La elaboración de la tesis debe verse como un trabajo científico de investigación, como tal, debe reunir ciertas características básicas entre ellas, que sea una aportación al tema que se estudia, y que conlleve un conocimiento científico de la realidad nacional.

Si aceptamos que el Médico al ejercer su profesión, es un agente de cambio (porque introduce formas nuevas de prevenir y curar las enfermedades) es imprescindible que para implementar cualquier tipo de cambio conozca e interprete la realidad en que vive.

Una facultad que sólo se dedica a recibir las investigaciones hechas en otros lugares, está destinada a estar subordinada académicamente a los polos académicos de donde proceden dichas investigaciones. Para superar esta condición he escogido el presente tema que asocia la evaluación operacional del programa de Venéreas y dado la íntima relación con prostitución le hemos unido a un estudio Médico Sociológico de ésta área. En la presente tesis se hace en primer lugar, una revisión general de la prostitución y las enfermedades de transmisión sexual, terminando con las conclusiones del estudio realizado en el Centro de Salud de Tela, primero orientado al personal (médico, enfermería y laboratorio) sobre el conocimiento del programa de control y su opinión sobre prostitución, finalmente se expone el estudio hecho en las meretrices y en un grupo testigo (no meretrices) tomadas al azar.

En Honduras encontramos que de las 10 primeras causas de enfermedades transmisibles ocupan las infecciones Gonococicas el séptimo lugar y la Sífilis el octavo. Se tiene que en 1972 se registró una frecuencia de Gonorrea de 167.3 X 100.000 habitantes con incremento en 1979 a 267 X 100.000 habitantes. Para la Sífilis tenemos, que en 1972 fue de 91.1 X 100.000 habitantes y en 1979 de 143.5 X 100.000 habitantes.

El tema de prostitución ha llamado siempre la atención y ahora nos resultó un tema obligado, dado que en el Centro de Salud se ha fusionado la llamada profilaxis venérea, (que es un exámen semanal de las meretrices del lugar) con el del control de enfermedades de transmisión sexual.

La Meretríz es la principal portadora de enfermedades venéreas, pero nuestro interés médico no se ha limitado a este tópico. Se hace un estudio sociológico tratando de penetrar en un mundo de seres rechazados en todos los tiempos, talvez injustamente por una sociedad carente de medios para su rehabilitación y cuya tendencia más bien es a fomentarla como parte del concepto del negocio.

II. O B J E T I V O S

A. GENERALES.

1. Hacer un estudio Médico Sociológico de la prostitución en Tela, Atlántida.
2. Evaluar la aplicación del programa de control de enfermedades de transmisión sexual en el C.H.E., de Tela.

B. ESPECIFICOS.

1. Hacer una revisión bibliográfica de la prostitución, enfermedades de transmisión sexual y conceptos asociados a lo anterior.
2. Determinar el estado del programa de control de las enfermedades de transmisión sexual a través de las acciones ejecutadas por el personal formal, basada en las normas dictadas por la División de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
3. Determinar el grado de conocimiento del programa y de enfermedades venéreas en el personal del C.H.E. de Tela (Diagnóstico, tratamiento y epidemiología).
4. Hacer estudios transversales (estadísticos) de V.D.R.L. y secreciones en el C.H.E. de Tela.
5. Evaluar la utilización de los servicios disponibles respecto al Dx, tratamiento y control de enfermedades de transmisión sexual en el Che de Tela.
6. Hacer un estudio de la opinión del personal del Centro de Salud respecto a la prostitución, causas, necesidad y solución.

7. Investigar algunas condiciones que favorecen la prostitución del lugar, en relación con una muestra testigo (sociales, familiares, económicos).
8. Establecer la relación entre la práctica de la prostitución, embarazos, frotis de secreciones, relaciones sexuales y enfermedades venéreas.
9. Hacer un estudio de secreciones cervicales, V.D.R.L., en prostitutas y una muestra testigo.
10. Hacer un estudio del estado socio-económico y físico de las prostitutas.
11. Realizar un adiestramiento y dejar establecido en lo posible en forma correcta y de acuerdo a las normas dictadas por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, el programa tiene control de enfermedades de transmisión sexual.
12. Determinar las actitudes de las pacientes ante el programa de venérea.

III.- ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA CIUDAD DE TELA

1.- ASPECTO GEOGRAFICO.

NORTE: Con el Mar Caribe o de Las Antillas.

OESTE: Por una línea imaginaria que corre a partir de la desembocadura del Río La Esperanza en la Laguna de Los Micos, corre hacia el Este hasta su intersección con el meridiano 47 en dirección al Sur hasta su intersección con el eje del viejo camino de acceso a Tela, por el camino señalado en dirección N.E. hasta la intersección del eje con el paralelo 43; de este en dirección al Este con intersección con el meridiano 48, y de este en dirección al Sur hasta su intersección con el eje de la nueva carretera Tela-Ceiba hasta el límite del Proyecto Agrícola del INA en el Este por este límite en dirección 100,000 metros.

SUR: La línea paralela imaginaria que corre mil metros al Sur del eje de la carretera que une a Tela con La Ceiba hasta su intersección con el Río Hillan Creek.

ESTE: Siguiendo el curso del Río Hillan Creek, aguas abajo hasta su intersección con el meridiano 54, prosiguiendo el mismo meridiano en dirección al Norte donde se encuentra la línea de la Laguna Negra, desviándose en éste punto a la derecha y continuando por la misma línea hasta su intersección con el paralelo 47 en dirección al Este hasta su intersección con el meridiano 55, saliendo de aquí recto y en dirección al Norte, terminando en la línea costera del Mar Caribe.

1.A COMPOSICION AREA URBANA.

Comprende el pueblo de Tela los siguientes Barrios agrupados en cuatro sectores:

1. Barrio Morazán, Suyapa, San José, San Antonio, Miramar, Buenos Aires donde habita el 30% de la población.
2. Barrios Lempira, Hillan Creek, y Terensio Silva, donde reside el 25% de la población.
3. Barrio El Centro, donde reside el 17.8% de la población.

4. Barrios de Tela Nuevo donde habita el 27.2 de la población urbana, los cuales son Barrio El Paraíso, Las Brisas, Independencia, Colonia Sitraterco, 15 de Enero, El Potrero, Bellavista, Watertank, La Isla, La Curva, Guávaricle y Barrio Chino.

2. POBLACION.

La población del Municipio de Tela en 1979 fué de aproximadamente 64454 habitantes. No existe censo de población reciente por lo que no basaremos el último censo poblacional que corresponde al año de 1974, en el que se puede encontrar que la mayor parte de la población es joven, en edades que oscilan de 20 a 24 años y que representan un 66.1% de la población de la Ciudad.

En análisis por sexo se aprecian las mismas características en la observación de la población femenina, que va siendo mayor a partir de los 15 a 29 años hasta el final (VER CUADRO No 1).

3. DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE POBLACION.

En el censo de Tela de 1974 se registra una población de 46521 de los cuales 19055 se encontraban distribuidos en la Zona Urbana, y 27466 en la Zona Rural, la cual se presenta un 41% de población en zona urbana y un 59% en zona rural. (VER CUADRO II).

4. ASPECTO SOCIO-ECONOMICO.

La población económicamente activo (10 años y más) es de 14158 habitantes. Según censo 1979, éste representa el 73.5% de la población urbana. El 47.5% está constituido por el sexo masculino, y el 26% por el sexo femenino, que resulta una diferencia de 1.3% por persona ocupada.

Cabe hacer notar que una parte de la población anda embarcada y de esta manera sostienen a su familia, pero al estar en Tela, estas personas en su mayoría no conocen otro oficio y se mantienen de meses a años sin trabajos hasta que logran embarcarse de nuevo.

El factor empleo gira en derredor de la TELA RAILROAD COMPANY, seguida de actividades comerciales, agrícolas. (VER CUADRO No. III Y CUADRO No. IV).

5. EDUCACION.

El equipamiento escolar de la Ciudad de Tela está dividido en dos sectores, Rural y Urbano.

En el Sector Urbano hay 50 escuelas, 40 dentro del casco urbano y 10 fuera de el; el número de maestros es de 197.

En el Area Rural existen 44 escuelas oficiales y 2 privadas, laboran 105 maestros.

6. SERVICIOS PUBLICOS.

Existen cuatro sistemas de distribución de agua potable que son administradas por la Municipalidad, T.R.R.CO. y los patronatos de los Barrios San José y Las Brisas, debido a que la administración está en manos de diferentes entidades se hace difícil garantizar la calidad uniforme del agua.

La Ciudad cuenta con una sub-estación de energía eléctrica que está interconectada con Cañaveral.

7. SALUD.

En Tela existe un centro hospitalario de área que depende del M.S.P. y A.S., éste centro consta de un área de consulta externa que se encuentra situado en el centro de la ciudad. Existe un dispensario de la T.R.R.CO, que presta servicios mínimos a cierto sector de la población.

Hay dos (2) Clínicas Privadas con internamiento y atención ambulatoria, se cuenta con tres (3) Clínicas Odontológicas y dos atendidas por técnicos adiestrados.

A nivel comunitario existen 12 centros de salud rural, uno de los cuales no funciona por falta de personal situado en una aldea.

La población atendida es de aproximadamente 77367 habitantes, provenientes de 94 aldeas.

No cuenta con servicios de salud el llamado sector de la línea. donde el único medio de transporte es el ferrocarril, el cual pasa recogiendo pacientes provenientes de 20 aldeas, 13 de las cuales quedan distantes de la línea, y el resto está localizado a orillas de la línea; el valor del pasaje es de Lps.5.00 independientemente de la distancia recorrida, y en tiempo de mucha lluvia y hay inundaciones el ferrocarril no pasa y toda ésta población queda desamparada.

(VER CUADRO NO. V.)

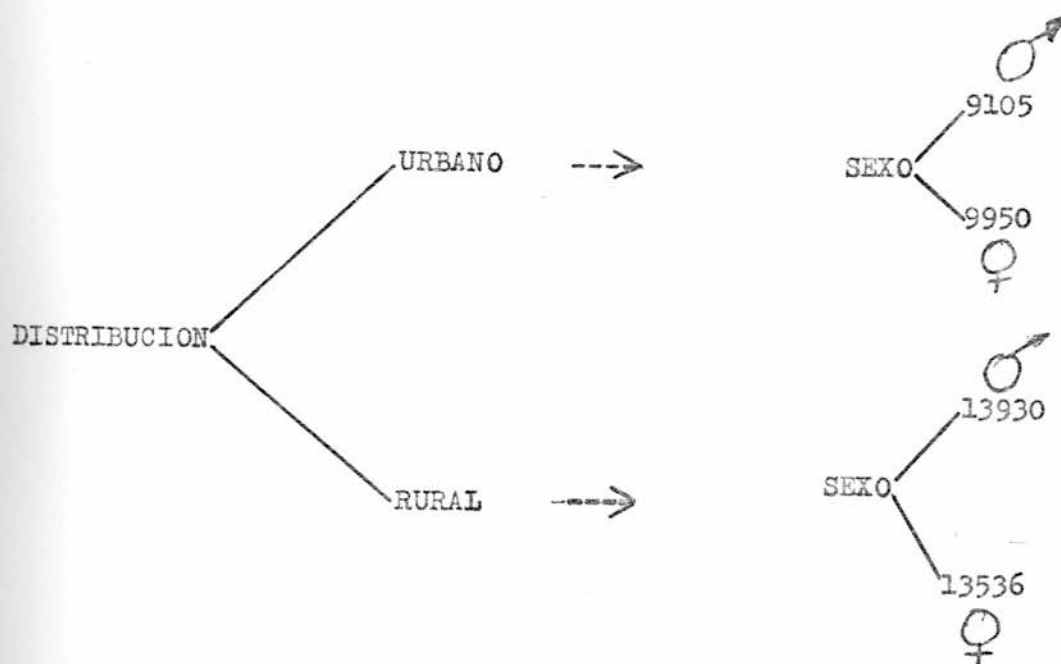
POBLACION DE LA CIUDAD DE TELA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

CENSO Y ESTADISTICA 1979

DESCRIPCION	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No. ♂	%	No. ♀	%		
≤ 1	355	1.9	350	1.8	705	3.7
1 - 9	2648	13.9	2420	12.7	5068	26.6
10 - 19	2404	12.6	2608	13.7	5012	26.3
20 - 29	1357	7.2	1711	8.9	3068	16.1
30 - 39	920	4.8	1081	5.7	2001	10.5
40 + 49	637	3.3	754	4.0	1391	7.3
60 +	401	2.2	533	2.7	934	4.9

CUADRO No. I

POBLACION DE TELA, ATLANTIDA SEGUN DATOS DEL CENSO ELECTROAL DE 1974



POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

TELA, 1979

POBLACION	MASCULINO		FEMENINO		T O T A L	
	No. ♂	%	No. ♀	%	No.	%
P.E.A.	6728	47.5	7430	52.5	14158	100
TRABAJA	4420	31.20	1597	11.28	6017	42.5
TENIA TRABAJO	121	0.85	50	0.35	171	1.21
BUSCA TRABAJO	688	4.86	215	1.52	903	6.38
ESTUDIA	1175	8.29	1275	9.0	2450	17.31
OFICIOS DOMESTICOS	43	0.30	4185	29.6	4228	29.86
VIVE DE VENTAS	65	0.46	15	0.10	80	0.56
INCAPACITADO	216	1.52	86	0.60	302	2.13
OTROS	0	0	7	0.05	7	0.05

CUADRO No.III

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVATELA, 1979

LUGAR DE TRABAJO	POBLACION	%
TOTAL	6017	100
CASA	968	16.09
COMERCIO	954	15.86
BIENES	308	5.11
SERVICIOS	646	10.7
GOBIERNO	832	13.83
COMPANIA BANANERA	1436	24.30
OBRERO DE CONSTRUCCION	395	6.56
VENDEDOR AMBULANTE	373	6.20
FUERA DE LA CIUDAD	273	4.53
PESCA	64	1.07
OTROS	695	11.56

CUADRO NO. IV

CENTROS DE SALUD RURAL

TELA, 1980

CESARES	POBLACION	NO. DE ALDEAS
PUERTO ARTURO +	2154	6
TELA +	30710	9
PAJÜILES +	4568	10
MEZAPA SANTA ROSA NORTE	3973	6
ATENAS +	5153	10
ARIZONA +	6074	12
SAN JUAN PUEBLO +	5674	12
CEIBITA WAY	2513	6
ESPARTA	5257	5
SANTA MARIA	8581	7
MEZAPA DE LEAN	3316	6
SAN JUAN BENQUE	2557	4
SAN JUAN MORENAL	1837	++
TOTAL	77367	94 ALDEAS

+ A ORILLA DE CARRETERA

++ NO FUNCIONA POR FALTA DE PERSONAL

CUADRO NO. V

IV. EL CENTRO DE SALUD "DR. MANUEL G. ZUNIGA" DE TELA

Este Centro fué fundado en 1959 y fue construido por el Ministerio de Salud Pública, en cooperación con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), durante la administración del Dr. Ramón Villeda Morales.

El edificio se encuentra ubicado en Tela Nuevo, calle principal a 2 cuadras del comercio, cuenta con un edificio de una sola planta, 8 cubículos para consulta, 2 para inyecciones y curaciones, antes funcionaba un laboratorio el cual a mediados de año fue incorporado por completo al Hospital Tela Integrado, el cual queda ubicado fuera de la ciudad y resulta un inconveniente para los pacientes de consulta externa.

En el Centro de Salud se atiende sólo consulta externa, lo hacen 14 Médicos, 3 Especialistas, 7 Médicos Generales, y 4 en Servicio Social, existe una Enfermera Profesional, y 12 Enfermeras Auxiliares. Tiene su personal de farmacia y archivo. Hay control de Neumología, Venéreas, y Planificación Familiar.

Las consultas se dan por turnos médicos de 7-10 a.m. Los Médicos que sólo dan consulta externa (Médicos Generales con varios años en servicio). De 10 a.m. - 12 a.m. la llamada hora del tren, en donde los vecinos de la "orilla de la línea" afluyen en gran cantidad en busca de servicios médicos, consulta dada por los Médicos en Servicio Social, después de haber atendido pacientes en el Hospital. Luego

de 1 p.m. a 4 p.m. en donde todos participan dando consultas.

V. H I P O T E S I S

Hipótesis I

El programa de control de enfermedades de transmisión sexual, no funciona en el C.H.E. de Tela por:

- a. Falta de conocimiento del programa de las enfermedades, por parte del personal de servicio.
- b. A pesar de contar con ciertos recursos para su cumplimiento no son utilizados adecuadamente.
- c. Existen actitudes apáticas por parte del personal que no permite el funcionamiento del programa.

Hipótesis II

Hay un escaso y superficial conocimiento del personal respecto a las condiciones predisponentes, legales y de la práctica de la prostitución.

Hipótesis III

Las meretrices proceden de hogares de escasa integración familiar y es un individuo explotado física y económicamente.

Hipótesis IV

Existen actitudes negativas de las meretrices respecto al control venéreo originado en el desconocimiento de medidas profilácticas e importancia del programa.

VI.

LA PROSTITUCION, CONCEPTO E HISTORIA

En este capítulo se hará una revisión de los diferentes conceptos respecto a la prostitución, así como una breve reseña histórica de ella.

Casi todos los conceptos de la prostitución están enfocados a la oferta del amor mediante don o precio, por lo cual se pone en duda su caracterización como tal en las diferentes épocas históricas.

Algunos consideran a esta como un problema social, la mayoría como Médico-Social por su caracter de fuente de transmisión de enfermedades venéreas. Entre las más usadas tenemos prostitución según el Dr. Martinau como "El comercio del placer" y llama prostituta a la mujer que se somete a la disposición del que paga.

Según los diccionarios; "Práctica habitual de la copula sexual, promiscuo estado de comercio de una mujer con varios hombres, con el fin de lucrar dinero."

Puede verse que se engloban el lucro a cambio de la oferta sexual

Según el reglamento profiláctico venéreo de 1937 aún vigente en Honduras, considera prostituta "A todas aquellas mujeres que por vicio o negocio llevan vida deshonesta, entendiéndose por deshonestidad en este caso, el hecho de apartarse de las relaciones de la moral y las buenas costumbres."

Algunos autores exponen períodos de la prostitución, pero en el presente trabajo se hablará de ella en forma continua como hecho social distinto y de heterogeneas manifestaciones.

Se ha llamado la profesión más antigua, debido a su inicio en la promiscuidad sexual de un rebaño u horda humana, que hacía de la prenda de todo macho. Aunque no puede considerarse propiamente como prostitución, dada que en las comunidades primitivas no se comercializaba con las relaciones sexuales; era algo muy natural en esta época y la poliandria y poligamia, son condenadas hasta que surge la monogamia y con el surgimiento de la propiedad privada, esta forma de familia se institucionaliza.

De lo anterior los textos exponen el surgimiento de la llamada prostitución sagrada, que se ofrecía en los templos en honor a una deidad u homenaje al antiguo ritual de las hordas, especialmente se vio en los pueblos Asiáticos y existen en algunos de la India.

En Argelia existió la prostitución "dotal" (de dote), donde las muchachas solteras sin fortuna la ejercían para adquirir dinero de dote y aspirar al matrimonio.

La época siguiente a la prostitución es la llamada legal, donde se tolera y se trata de controlar en nombre de la higiene y la moral.

En Grecia, Solón impuso como ley la prostitución oficial, reglamentada bajo el estado, compró por cuenta de la República esclavas Asiáticas y las encerró para servir de prostitución pública, tratando con esto de defender a la mujer Ateniese de la prostitución.

Lo anterior degeneró en desorden, trayendo consigo severas leyes contra el adulterio (muerte para ambos sexos), para proteger a la mujer casada de la corrupción.

A las prostitutas les era prohibido mostrarse antes que se pusiera el sol.

En Esparta ocurrió una costumbre para proteger generaciones futuras y considerada como prostitución para algunos autores; como ser el hecho de que (los maridos hacían que sus esposas tuvieran relaciones sexuales con hombres fuertes y bien parecidos, y así tener hijos hermosos y robustos.

Con las conquistas romanas, no se pudo evitar la existencia de mujeres esclavas y desde la infancia se educaban con el propósito de dedicarlas a la prostitución, esto por cuenta de mercaderes, pudiendo siempre las prostitutas liberarse por un precio fijado que pagaban los amantes.

Habían templos especiales y lugares donde se realizaba el acto sexual, como el templo de Isis en Roma, Los Pórticos, El Coro, Los Anfiteatros, Los Arenales y hasta los cementerios y los Lupanares en Pompeya.

Podrá leerse en las obras de Griegos y Romanos, el derroche y opulencia de la vida en esas épocas, donde se combinaban a la promiscuidad, las bebidas alcohólicas y la perversión sexual.

En la época medioeval se adoptó la forma cerrada de burdel, aunque no faltó la forma ambulante con las danzarinas, música de arpa o cítara.

Esto último llegó a constituir un problema que dio como origen la emisión de leyes para combatir el contagio venéreo que se

tradujo en reglamento contra la prostitución; como dijo Santo Tomás; "Prohibid a las mujeres públicas en la ciudad y el desorden de todo genero desaparecerá por todas partes." La prostitución era prohibida únicamente a las menores, poniendo más empeño en ello los moralistas y los higienistas. Históricamente en América no existían enfermedades venéreas, hasta que en 1493, la Sífilis fue introducida por los compañeros de Colón y la prostitución como posible "causante" fue atacada con crueldad incluyendo el látigo.

En 1774 a 1785 se estableció en Paris vigilancia con visitadores que examinaban diariamente a las meretrices, y en 1908 no pueden ser inscritas en Francia ninguna prostituta menor de 18 años y sin que la prostitución esté debidamente comprobada, así que una muchacha a quién sólo se le puede reprochar recibir el mismo amante en su alcoba no puede inscribirse en el reglamento.

El problema de la prostitución se ha investigado y ha sido objeto de teorías interesantes; incluso de algunos naturalistas como Wuntlekl que expone la existencia de prostitución en antropoides, pero en realidad lo único que sucede es una satisfacción de necesidades naturales aún sin propósito de reproducción.

La prostitución se concluye caracterizada por tres elementos:

- a. El tráfico con el cuerpo humano, considerado como una mercancía
- b. La promiscuidad: mezcla confusa de placer, vicio, falta de madurez emocional y medios de subsistencia.

- c. Influencia emocional: por su carácter lucrativo, no hay factores emocionales al realizarse como trabajo en forma mecánica.

Existen condiciones jurídicas que han sido clasificadas como "estados peligrosos o pre-delictivos", talvez con propósitos preventivos. Por ejemplo, el Código de Defensa Cubano los definía "aquellas disposiciones morbosas, congenita o adquirida por hábitos, que destruyendo o enervando las facultades inhibitorias del sujeto, facilita su inclinación hacia el delito." Agrega el Código Cubano a estos estados el padecer de enfermedades venéreas, para evitar el contagio que se considera como delito.

En Honduras la ley sobre prostitución vigente es el reglamento de profilaxis venérea emitido el 25 de Febrero de 1937, el cual es desconocido por Médicos y autoridades policiales y aún por autoridades sanitarias.

En dicho reglamento puede verse la "clara" definición de una prostituta que es más que todo en concepto moral.

Establece: Un exámen Médico bisemanal, un archivo personal de la meretríz, y algunas reglas sanitarias absoletas. Supedita toda la vida de la meretríz a la autoridad del propietario del prostíbulo y el cual le asigna funciones normalizadoras. (Reglamento de Profilaxis Venéreas, Inciso 7, Artículo 30).

El reglamento en mención tiene algunos aspectos positivos, pero no es aplicable al medio y favorece los intereses creados, además nunca se ha puesto en práctica.

Otra ley es la de policía, que se limita a cuatro artículos en donde clasifica a rufianes y prostitutas, considerando esta última como vagancia.

VII ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual llamadas venéreas por Jacques Bethancour en 1927, son usualmente aquellas que se transmiten por contacto homo o hetero-sexual.

La palabra venérea se originó de la Diosa del Amor Venus, de ésta palabra se ha originado la palabra veneno y envenenamiento, en mención al arte usado por matronas de dar pociones a los hombres para producir efectos afrodisíacos y también de dar pociones abortivas.

El grupo de enfermedades de transmisión sexual comprende: Sífilis, Gonorrea, Uretritis no específica, Chancroide, Linfogranuloma venéreo, Granuloma Inguinal, Infección por Tricomonas y Candida, Herpes genital y condiciones transmitidas sexualmente como Escabiosis, Condiloma Acuminado, Pediculosis Pubis y Hepatitis Viral B.

En el actual trabajo sólo se tomarán las enfermedades consideradas dentro del programa de control de enfermedades de transmisión sexual del Ministerio de Salud Pública de Honduras, dado el objeto de nuestro estudio, programa en vigencia desde Marzo de 1980 se expuso a continuación los aspectos generales de dichas enfermedades basadas en el programa mencionado y con aumento de otras contribuciones bibliográficas.

I. SIFILIS

Enfermedad sexual producida por Treponema Pallidum.

a. Sífilis Adquirida Reciente Sintomática

Infección de duración menor de dos años con sintomatología

Lesión Primaria

Chancro duro, eroción o úlceras en el sitio de entrada del Treponema.

Lesión Secundaria

En mucosas, placas mucosas en boca y/o garganta. Roseolas sifilíticas, condiloma planos o irititis.

El Dx. se hará por: antecedentes de contacto sospechoso reciente, serología positiva (V.D.R.L.) y lesiones en campo oscuro positiva.

Se deben investigar los contactos: en la primaria durante los 3 meses antes del Chancro y de 2 a 6 meses en la secundaria. Seguimiento será por serología trimestral durante el primer año y semestral durante el segundo año.

b. Sífilis Adquirida Reciente Latente

No hay sintomatología y la duración de la infección debe ser menor de 2 años. Dx: Historial de secundarismo, V.D.R.L., positivo, el seguimiento es igual al anterior.

c. Sífilis Adquirida Tardía

La tardía es infección con duración mayor de dos años.

d. Sífilis Adquirida Tardía Latente

No hay sintomatología clínica. Su Dx es por la existencia de antecedentes clínicos positivos, serología positiva y L.C.R., negativo.

Tratamiento

A todos los anteriores con Benzatinica, 2,400.000 u I.M. dosis única, puede dividirse en cada gluteo o con Procaínica así:

Primer día	2,400.000 u I.M.
Quinto día	1,200.000 u I.M.
Noveno día	<u>1,200.000 u I.M.</u>
Total	<u>4,800.000</u>

e. Sífilis Adquirida Tardía Sintomática

Clínicamente

1. Benigna

Goma sífilítica en cualquier órgano.

2. Cardio-Vascular

Síntomas cardíacos especialmente por lesiones aórticas.

3. Neurosífilis

Hay signos meníngeos vasculares, ataque del nervio óptico, etc... Su Dx es por examen físico completo y anamnesis, serología positiva y únicamente en el tercer caso L.C.R. positivo. En la investigación de contactos se debe examinar a hijas de la madre y el conyuge, el seguimiento será individualizado al caso. Tx con Benzatinica 2,400.000 u semanales X 4 semanas (total 9,600.000 u I.M.) al no haber, puede usarse Penicilina Procaínica en dosis de 1,200.000 u cada tres días completar 9,600.000 u.

f. Sífilis Congénita

Después de 18 semanas de gestación por la atrofia de las capas de células de Langhans de la placenta, el Treponema Pallidum la atraviesa infectando al feto y produciendo la Sífilis Congénita termina en un aborto muchas veces.

Arbitrariamente se ha dividido en:

a. Sífilis Congénita Reciente ---- Sintomática y Latente

b. Sífilis Congénita Tardía ---- Sintomática y Latente

g. Sífilis Congénita Reciente (Temprana) Sintomática

Manifestaciones diversas antes de los dos años de edad. Clínicamente puede encontrarse:

- Deficiencia de peso
- Lesiones vasculares
- Placas mucosas
- Coriza (o rágades)
- Deformaciones óseas, artrocondritis
- Hepato o esplenomegalia
- Iritis, Coroiditis

El diagnóstico es por antecedentes maternos, lesiones campo oscuro positivo, Rx de huesos largos y serología positiva.

Después de los tres meses de edad, se debe examinar a los padres.

El seguimiento con serología trimestral y examen anual por dos años más.

h. Sífilis Congénita Reciente Latente

Niños menores de dos años:

1. Madre con Dx de Sífilis o tratada inadecuadamente.
2. Madres con Dx de Sífilis tratada después de 18 semanas de embarazo. Se toma serología a los 2 y 4 meses para descartar falsos positivos, se debe examinar a sus padres y otros hijos y controlar cada tres meses por un año después del tratamiento.

i. Sífilis Congénita Tardía Latente

Niños mayores de 2 años con padres con sospecha de Sífilis o no en los padres. Dx: Serología positiva. Se debe seguir hasta los 12 años, con serología anual.

j. Sífilis Congénita Tardía Sintomática

Mayores de dos años. Clínicamente: por la sintomatología hay dientes de Hutchison, deformaciones de molares, lesiones del 8 par, alteraciones óseas, nariz con silla de montar; Se diagnostica por examen físico y con serología positiva: Se debe controlar con V.D.R.L., cada año hasta los 12 años.

NOTA

El Tx adecuado de la embarazada antes de las 18 semanas, evita la infección del feto y como la Penicilina atraviesa la barrera placentaria el Tx después de las 18 semanas curará el feto.

El paciente se trata con Benzatinica 100.000 u X Kg. c/ 2-3 días en tres dosis, antes de los dos años y arriba de dos años con 600.000 u X Kg. c/3 días hasta completar 8 dosis.

En pacientes mayores de 12 años, se trata como Sífilis Latente Tardía de adulto.

k. Sífilis y Embarazo

Se clasifica igual a la no embarazada, con Tx igual y seguimientos serológicos el 5o. y 7o. mes y del producto hasta el 4o. mes.

Sensibilidad a Penicilina

Tetraciclina 30-40 g. o Eritromicina 20-30 g. ambas en lapsos de 10-15 días.

2. GONORREA O BLENORRAGIA

Enfermedad venérea más frecuente, principal infección producida por la Neisseria Gonorrhoea, la Uretritis de éste tipo, se clasifica como específica. La Uretritis no específica (U.N.E.) es producida por

microplasma candida, tricomonas y bacterias.

La principal puerta de entrada, son vías genito-urinarias, dado que el epitelio escamoso es resistente a la entrada del gonococo y el el epitelio cilíndrico es sensible a la infección, esto explica la ausencia de lesiones externas en vagina y genitales externos, el N.G. puede originar enfermedades inflamatorias como: Cervicitis, Salpingitis, Artritis, Endocarditis, Meningitis. Se han descubierto gonococos en recto y faringe.

a. Blenorragia en el Hombre

a. Uretritis Aguda

Provoca disuria, descarga purulenta y ciertas veces epidemitis: La incubación va de dos días a dos semanas posteriores al contacto sexual; el Dx se hace por clínica y frotis de secreción positiva, se debe investigar los contactos sexuales dos semanas antes del inicio de los síntomas y tratar al conyuge. El seguimiento y control es a la semana de Tx si persisten los síntomas hacer cultivos, si es positivo, se hace otro control en 1 mes, luego del nuevo tratamiento.

b. Uretritis Crónica

Ocasionales descargas purulentas de la uretra, puede asociarse prostatitis (retención urinaria, dolor y fiebre). El Dx es por clínica, cultivo de la secreción con antibiograma, incluyendo si es el caso, masaje prostático. Se debe investigar contactos de acuerdo a la evolución; Tx

de acuerdo al antibiograma y control en 1 mes.

NOTA

El frotis negativo de secreciones, no es criterio de curación.

Manifestaciones Extragenitales

Artritis, Tenosinovitis, Proctitis, Conjuntivitis, Orofaringitis y complicaciones, como Meningitis, Endocarditis, Miocarditis, Pancarditis Uveitis y abscesos hepáticos.

b. Blenorragia en la Mujer

Puede ser aguda o crónica, los primeros signos pueden pasar desapercibidos, puede haber descargas vaginales y purulentas y signos y síntomas adicionales de acuerdo al órgano interesado (especialmente salpingitis).

En los casos crónicos pueden estar ausentes los signos clínicos evidentes. Dx: Se recomienda cultivo de muestras, tomadas del canal Endo-Cervical y anal o uretra y ante sospecha se debe tomar muestra de secreción faríngeo. Se debe investigar contactos de acuerdo a la evolución, tratar al conyuge y si es necesario examinar las niñas de la familia. Antes de declararse curada la paciente se recomienda el cultivo de secreciones.

c. Vulvo-Vaginitis Gonococica Infantil

Hay inflamaciones de la mucosa vaginal, descargas purulentas, escoriaciones de los labios mayores y musculos, puede presentarse uretritis y cistitis. Se debe investigar los contactos y personas que rodean a la niña. El Dx es la clínica más cultivo positivo el seguimiento debe ser por exámen repetidos, hasta obtener dos cultivos negativos.

Tratamiento de la Blenorragia

- a. Diclorhidrato de Espectinomicina (Togamycin) hombres 2 gramos I.M., una sola dosis; mujeres 4 gramos I.M., una sola dosis.
- b. Penicilina G. Irocaínica: 4.800.000 u I.M., una sola dosis y 1 gramo de Probenecid antes de la inyección.

Tratamiento Alternos

- a. Ampicilina: 3.5 g. V.O. junto con 1 g. de Probenecid.
- b. Tetraciclina: 1.5 V.O. luego 500 V.O. 4 veces al día por 4 días (total 9.5 g); no usar en embarazos.
- c. Eritromicina: 1.5 g. V.O. luego 500 V.O., 4 veces al día por 4 días (total 9.5 g.). No usar con pacientes con enfermedades hepáticas.
- d. Doxicilina: (Vibramicina) 300 g. V.O., esperar una hora y luego otras 300 y (con leche o comida) (3)
- e. Trimetropim Sulfa: 4 tabletas (3.2 g. de trimetropim y 1.6 g. de sulfametoxasole) c/12 horas por 4 días.

3. CHANCRO

Enfermedad venérea localizada con frecuencia auto-inoculable y ocasionada por un bécilo corto Gran Negativo el Haemophilus Ducreyi, puede haber inoculación sin contacto sexual (Médicos). La lesión inicial en el sitio de inoculación es una mácula o vesícula pústula que luego rompe en úlcera blanda, dolorosa de aspectos sucio de localización genital, puede haber varias: Por auto-inoculación y sintomatología general. El Dx es por clínica y frotis positivo por H. Ducreyi. Se debe examinar los contactos en dos semanas, tratar al conyuge, control en 10 días y serología a los 3 meses para descartar Sífilis asociada.

Tratamiento

- a. Sulfadiazing 1 g. - 4 veces al día por 7 días.
- b. Tetraciclina: 250 mg. - 4 veces al día por 10 días,
responde bien al tratamiento y por lo general es auto-limitado.

4. LINFO-GRANULOMA VENEREO

Enfermedad venérea aguda y crónica, contagiosa, causada por Chlamidia del grupo Psitacosis L.G.V., Tracoma (Bedsonia). Puede adquirirse por contacto con exudado contaminado de lesiones activas.

En los hombres puede haber lesiones hépetiformes indolores en órganos genitales que desaparecen y a menudo pasa inadvertida.

Aparecen bubones inguinales de 1-4 semanas posteriores al contagio, hay fistulación y tendencia a la fusión. En la mujer el drenaje linfático es hacia ganglios perirrectales y puede haber un proctitis con tenesmo y exudado hemotopurulento y como manifestación tardía puede haber cicatrización con estenosis o fístulas. El Dx: es clínico más prueba de Frei y frotis negativo por B. Ducrey, se debe examinar todos los contactos 3 meses antes de aparecer los síntomas y descartar Sífilis por serología a los 3 meses.

Tratamiento

- a. Tetraciclina: 500 mg. 4 veces al día por 15 días.
- b. Sulfadiazina: 1 g. 4 veces al día por 14 días descansar una semana y dar 1 g. T.I.D. por 7 días.

5. DIAGNOSTICO LABORATORIAL DE SIFILIS

V.D.R.L.

Prueba no treponémica, que detecta una reagina (globulina) del treponema P. si se reporta como reactivo (débil reactivo debe repetirse en ayunas), se cuantifica.

Las reacciones cuantitativas, son útiles para evaluar la evolución terapéutica estableciéndose el estandar de reactividad inicial.

Después de un tratamiento los resultados serían:

- a. En sífilis primaria: V.D.R.L., debuser no reactivo en un plazo de 6-12 meses.
- b. En sífilis secundaria: el V.D.R.L. debe ser no reactivo en un plazo de 12-18 meses en el 90 a 95% de los casos.
- c. De más de dos años de duración la respuesta a la prueba no se puede predecir, puede el título disminuir o mantenerse estático.

El V.D.R.L. en L.C.R., es raro por falsos positivos, por lo cuál la reactividad es un diagnóstico

Reacciones Treponémicas

En Honduras se realiza F.T.A. - A.B.S., usada en los siguientes casos:

- a. Aclarar Dx con V.D.R.L., reactivo donde no concuerda la clínica con la serología.
- b. Confirmar Lues Tardía, en casos de V.D.R.L. - N.R..
- c. Casos en que hay indicios clínicos de uno de los conyuges y V.D.R.L. - N.R. (No reactivos)
- d. Madre con hijos, con Lues congénita y V.D.R.L., no reactivo.

No debe usarse la prueba como indicador terapéutico y en Honduras fuera del Centro de Salud Alonso Suazo es difícil hacerlas.

Cuando clínicamente no hay nada y V.D.R.L., con reactivos bajos, hay posibilidades de:

- a. Pacientes con Sífilis y Tx inadecuado.
- b. Pacientes sífilíticos con Tx adecuado pero es sero-resistente.
- c. Reacciones falsas positivas (condición o enfermedad distinta a la sífilis) suelen presentarse en individuos sanos del 0.1 al 1% pero las principales condiciones son:

- Pian o Framboasis	80 - 100%
- Mal de Pinto	80 - 100%
- Lepra	36 - 65%
- Paludismo	15 - 28%
- L.G.V.	12 - 20%
- Mononucleosis Infecciosa	10 - 20%
- Enfermedades del Colágeno	10%

- d. El laboratorio está equivocado.

En estos casos, se debe repetir el V.D.R.L., a intervalos semanales para obtener un título estable o ascendente, si el resultado es:

- a. V.D.R.L. - N.R. y ausencia clínica, en este caso, no hay Sífilis.
- b. Título ascendente en más de dos pruebas sí es Sífilis.
- c. Si el título es estable se solicita F.T.A. - A.B.S. si es negativo es un falso positivo.

NOTA

Los resultados en embarazadas son iguales a las no embarazadas y debe ir unida a la clínica.

Contactos (Definiciones)

Personas con quienes se ha tenido relaciones sexuales recientemente.

Cultivo de Gonococos

Para casos especiales se usa medio Thayer Martin de siembra directo en la placa. Para el transporte de la muestra se usa "Trascultivo"

o medio de Martin Lester, que se prepara en pequeños frascos inclinados que contiene Bióxido de Carbono.

Es el diagnóstico definitivo para Neisseria Gonorrhoeae.

VIII. LA PROSTITUCION EN TELA

Previo a la realizacion de la aplicacion de encuestas y entrevistas, y posterior a la documentacion bibliografica, se realizaron investigaciones a nivel de la seccional de la FUSEP (Fuerza de Seguridad Pública) y en los prostíbulos locales para dejar establecido el grupo a estudiar, así como sus características.

En la Fusep seccional de Tela, se registra cada meretríz, se entrevistó a los encargados y se revisaron los archivos.

Dichos archivos constan de las llamadas "Fichas de las prostitutas", el cual es un cuaderno tamaño oficio en donde cada página cuenta con lo siguiente:

- Fotografía de la meretríz
- Datos generales: edad, lugar y fecha de nacimiento, nombre de sus padres, con dirección y ocupación
- Descripción física de la meretríz
- Prostíbulo donde trabaja
- Observaciones (para anotar hijos, donde viven y también arrestos y otras características policíales.

En Tela están registradas 25 meretrices; y se encuentran distribuidas en cinco (5) prostíbulos, los cuales también se encuentran registradas así:

- Alameda	8 meretrices
- Hollywood	6 meretrices
(antes Puerto Azul)	
- Bar Norteño	4 meretrices
- Popular	4 meretrices
- Pájaro amarillo	<u>3 meretrices</u>
T o t a l	25 meretrices

Según la F.U.S.E.P., no existe en Tela la prostitución ambulatoria, pero en realidad si existe, dado que es un Puerto, los Marineros bajan a tierra, llegan a algún Bar a beber algo y en esos bares se encuentran mujeres que como conquista se van con ellos, pero al final les cobran. Lo anterior no se encuentra registrado en la F.U.S.E.P., puesto que sólo sancionan la prostitución en vagancia (por las calles).

Las meretrices vienen de varios lugares de la República, pero la mayoría son de los alrededores de Tela, así tenemos meretrices de Santa Bárbara, Tegucigalpa, Olancho, Ocotepeque, Copán, La Ceiba, Yoro, Lempira.

Hasta hace dos años las meretrices cuyo frotis de secreción vaginal era positivo, o su V.D.R.L., la F.U.S.E.P. las encarcelaba y les cobraba una multa de Lps.20.00, pero esto ha sido suspendido no se sabe porque.

En lo concerniente al retiro del oficio de la meretriz, lo que estos llaman "honrarse" debe presentarse constancia al Director del Centro de Salud que se adjunta al expediente, después de haber pagado las deudas con el dueño del prostíbulo y un depósito de Lps.120.00 en la F.U.S.E.P.

No existe como en todo el país ningún mecanismo rehabilitador y sus vidas son determinadas por el propietario del prostíbulo.

No es conocido por las autoridades ningún reglamento específico de control de la prostitución.

Examen vaginal

revisado por la F

IX. CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE TELA.

Realizamos un análisis del archivo del Laboratorio, de expedientes y otros documentos, además de participación del control venéreo en éste centro.

El control se hace los días Martes, a partir de las 10 a.m. La revisión de los expedientes nos mostró en su mayoría con una hoja inicial llamada "Record de enfermedades venéreas" que consta de:

- Datos generales
- Historia
- Exámen físico
- Exámenes de laboratorio con casillas para fecha, tipo de exámen y resultado.
- Tratamiento.

El control semanal se basa en frotis de secreción cervical, luego son examinados en el laboratorio por un técnico e informados al día siguiente, aplicándose tratamiento a los positivos. Cada meretríz porta un carnet especial (carnet venéreo), el cual posee en su contraportada extractos del reglamento de Profilaxis Venérea (Art. 16,18,21,22, y 31), luego para fotografía, datos generales, dos columnas para fechas, dirección, fecha cita próxima e iniciales del Médico.

Todos los revisados contienen fecha, secreciones vaginales (Positivas o negativas) y firma, éste es revisado por la FUSEP cada semana.

El resultado también se anota en un libro "Tamaño oficio" que es específico para control de meretrices, con el nombre y la fecha. Se encontró sólo anotaciones de fecha, secreción vaginal (positivo y negativo) y la firma.

Haciendo un análisis se encontraron informes del frotis así: Gonococos intracelulares, Gonococos extracelulares, Diplococos intracelulares gran negativo, Diplococos extracelulares gran positivo, positivo o negativo (o un signo + o un signo -).

No existe acuerdo unánime respecto al tratamiento, hay anotaciones de dosis de Benzatinica, de Procaínica, Togamycin, Tetraciclina o Ampicilina.

No se consignan en los expedientes ningún hallazgo al exámen físico y es una verdadera rutina el hacer frotis por semana. Respecto al V.D.R.L., se expondrán datos adelante, no habiendo un adecuado control, pese a contar con las autoridades sanitarias y policiales para hacerlo.

En cuanto al Tx de enfermedades venéreas en general, son tratadas en consulta externa, sin día específico, ni esquema de Tx uniforme y sin control epidemiológico.

En la revisión de archivo de V.D.R.L., en general de 1979 encontramos 1871 exámenes con 85 reactivas (4.5%).

No hay registro de venéreas. En el libro de meretrices del Centro de Salud se encontró registro desde 1976 y se tabularon los controles de la siguiente manera:

AÑOS	PROMEDIO CONTROL/MES	PROMEDIO MERETRICES POR MES	PROMEDIO FROTIS POSITIVO/MES	PORCENTAGE +/MES
1976	4	20	4	20%
1977	3	29	12	42%
1978	4	24	9	31%
1979	3	21	11	38%

Con respecto a los V.D.R.L. se hacen controles cada tres meses:

1977 con 48.62% de reactivos

1978 con 60.62% de reactivos

1979 con 52.2 % de reactivos

En resumen existe una rutina de hisopados vaginales con un dudoso reporte laboratorial que se suma a una falta de examen físico completo y seguimiento epidemiológico adecuado.

X. MATERIALES Y METODOS

Se practicó un estudio Médico Sociológico de la prostitución en Tela, además de una evaluación del control y profilaxis venérea, en el Centro de Salud "Doctor Manuel G. Zúniga" de Tela.

A. Población Estudiada

1. Personal: Médico, de Enfermería y Laboratorio, laborante en el Centro De Salud "Dr. Manuel G. Zúniga" de Tela, y Hospital Tela Integrado.

Se aplicaron encuestas de distintos niveles, una para personal Médico y otra para personal de Enfermería (Auxiliar y Graduadas) y de Laboratorio, estas encuestas constan de dos partes: la primera respecto a la prostitución y la segunda respecto a las enfermedades de transmisión sexual.

En Tela existe un C.H.E. llamado Hospital Tela Integrado y el Centro de Salud "Dr. Manuel G. Zúniga".

En el H.T.I. laboran 10 Médicos, 3 especialistas (Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría), 3 Médicos Generales, y 4 en Servicio Social. También laboran 24 enfermeras auxiliares y 3 profesionales.

El Laboratorio que hasta mediados de este año fue incorporado totalmente al hospital (porque antes una parte funcionaba en el Centro de Salud y otra en el Hospital) laboran un Lic. Inferi en Microbiología en Servicio Social 2 técnicos y 2 practicantes.

En el Centro de Salud laboran 4 Médicos Generales y los 4 en Servicio Social, 12 enfermeras auxiliares y 1 profesional.

El Personal Médico (14) colaboró en forma regular, pero sólo respondió encuestas 9 de ellos.

Las enfermeras colaboraron casi todas las auxiliares y sólo 2 profesionales.

El personal de Laboratorio sólo 2 Técnicos y 1 practicante.

2. Meretrices

Se estudiaron 15 meretrices a pesar de que son 25, esto fue por la selección a aquellas constantes al control. A las pacientes se les dio citas diarias y se les aplicó una entrevista con examen físico completo, toma de secreciones para frotis y orden de V.D.R.L.

3. Muestra testigo

Se tomó una muestra testigo de un número de pacientes igual al doble del número de meretrices (30), a estos pacientes se les aplicó igual entrevista que a las meretrices (excepto en la parte de la práctica de prostitución y enfermedades venéreas) así como examen físico frotis y V.D.R.L., dichas pacientes se obtuvieron al azar de consulta externa con el requisito de residir en Tela y tener una edad comprendida entre los 15 y 35 años, edades mínimas y máximas de las meretrices.

B. Diseño y Aplicación del Formulario

Los del personal del Centro de Salud y Hospital fueron llevados por ellos mismos.

Los de las meretrices y testigos fueron llevados por el sustentante.

C. Duración del Estudio

Desde el inicio de la investigación 3 meses y 1/2.

D. Dificultades de la Investigación

La más importante fue el tiempo (dado el trabajo hospitalario y de consulta externa), al Laboratorio que se tardó en leer los frotis y aplicar los V.D.R.L. y con el personal Médico, Enfermería y Laboratorio que no entregó las encuestas.

E. Organización de la Investigación

De la planeación a la ejecución se siguieron los pasos siguientes:

1. Investigación Bibliográfica.
2. Investigación y entrevistas a nivel de autoridades policiales y municipales.
3. Revisión de archivos de meretrices, de secreción vaginales y de V.D.R.L.
4. Observación y exploración del tratamiento del control venéreo y de meretrices en el Centro Hospitalario Manuel G. Zúñiga.
5. Elaboración, presentación y discusión del trabajo ante-proyecto de tesis, con sus respectivos instrumentos de trabajo.

6. Investigación sobre el programa de control y profilaxis venéreo a nivel de:
 - a. Epidemiología del M.S.P. y A.S.
 - b. Centro de Salud "Las Crucitas", Tegucigalpa, D.C.
 - c. Centro de Salud "Alonso Suazo", Departamento de Venerología, Tegucigalpa, D.C.
7. Aplicación de encuestas a personal del Hospital Tela Integrado.
8. Aplicación de encuestas a personal del Centro de Salud "DR. Manuel G. Zúñiga".
9. Aplicación de encuestas a meretrices.
10. Aplicación de encuestas a testigos.
11. Procesamiento y análisis de datos.
12. Elaboración del informe de tesis.

XI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

A. OPINION MEDICA SOBRE LA PROSTITUCION

Se expone textualmente las opiniones dado el limitado número de respuestas a la encuesta.

1. Que es la Prostitución?

- Es una persona que se dedica a la explotación de su cuerpo a cambio de dinero
- Práctica sexual con varios hombres.
- Práctica sexual con fines de lucro

2. Causas de la Prostitución?

- Analfabetismo
- Falta de cultura
- Ambiente
- Falta de orientación psicológica y sexual
- Vida facil
- Problemas conyugales y familiares
- Problemas económicos
- Falta de fuentes de trabajo
- Medio ambiente corrupto

3. Porque una mujer permanece en el oficio de Meretríz?

- Por rechazo social cuando ella desea reintegrarse a una vida "normal"
- Por necesidad económica
- Por falta de voluntad
- Se acostumbra a esa vida

- Deudas con el prostíbulo
- Dinero en poco tiempo sin mucho esfuerzo

4. Es necesaria la Prostitución?

- No, siempre y cuando hubiera educación sexual en las escuelas
- Por el hecho de su control si,
- No, si existieran otros medios de vida que fueran dignos
- Si
- No, mal social fomentado por intereses particulares.

5. Se ejerce adecuado control de la Prostitución en Tela?

Cual sería el mejor?

- No, no funciona el control semanal
- Si, reunir las para su control
- No se, censo y controles posteriores
- No, haciendo conciencia social

6. Se controla adecuadamente la Meretriz en el Centro de Salud?

- No, por mala organización
(Casi todos dieron esta respuesta)
- Si, (uno sólo)

7. Institución que debe participar en el campo de la Prostitución?

- Salud Pública
- Ejército
- Beneficencia

- Ministerio de Educación
- Junta Nacional de Bienestar Social
- Organizaciones sociales (Club de Leones etc...)

CONCLUSIONES

Vemos que las respuestas hablan por si solas y se mencionan hechos que se comprueban más adelante, como el compromiso con el propietario del prostíbulo.

Es importante una expresión, la educación de la comunidad. En resumen se expresan opiniones tan variables como el mismo problema, pero en general con reflejos de actitudes indiferentes y de simple expectador, sin participación directa en el problema.

B. OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LABORATORIO

A. Personal de Enfermería y Laboratorio.

Enfermeras Profesionales = P
Auxiliar de Enfermería = A
Técnico de Laboratorio = L

1. Que es la Prostitución?

Coincidieron en que es un oficio o profesión de sexo, con varios hombres, ejercida por:

	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- Negocio	1	8	2
- Placer	0	6	2
- Decepción	0	1	0
- Problema social	1	2	0
- Problema Psicológico	0	1	0
- Problemas morales	0	1	0

	P No.	A No.	L No.
- Problemas económicos	0	1	0
- Alcoholismo	0	1	0
- Enfermedad	0	1	0
2. <u>Porque existe la prostitución?</u>	P No.	A No.	L No.
- Desempleo	1	9	1
- Ignorancia	0	4	1
- Analfabetismo	0	5	0
- Placer	1	2	0
- Problemas Socio-económicos	2	3	2
- Deporte	0	1	0
- Problemas familiares	0	2	0
3. <u>Es necesaria la prostitución?</u>	P No.	A No.	L No.
- Si	0	6	0
- No	2	9	3
- No sabe	0	2	0
4. <u>Es un delito?</u>	P No.	A No.	L No.
- Si	1	5	1
- No	1	11	2
- No sabe	0	2	0
5. <u>Existe adecuado control en Tels?</u>	P No.	A No.	L No.
- Si	0	3	0
- No	2	12	3
- No sabe	0	2	0

6.	<u>Cual sería la mejor forma de controlarla?</u>	P No.	A No.	L No.
-	Educar meretrices	0	6	1
-	Fuentes de trabajo	1	4	1
-	Cooperación autoridades militares	1	4	0
-	No sabe	0	3	1
7.	<u>Como debe ser el trato con una meretriz?</u>			
-	Un trato igual que a las demás personas .			
	Esta fue la respuesta unánime			
8.	<u>Que debe hacerse con la Meretriz en Tela?</u>	P No.	A No.	L No.
-	Reunirlas y tenerlas en un sitio alejado de Tela	0	5	2
-	Darles educación sexual	1	4	0
-	Proporcionarles fuentes de trabajo	2	9	1
-	Controlar las enfermedades venéreas	1	5	2
9.	<u>Es la Meretriz más enferma que las demás personas?</u>	P No.	A No.	L No.
-	Si	2	16	3
-	No	0	0	0
-	No sabe	0	1	0
10.	<u>Porque sí?</u>	P No.	A No.	L No.
-	Tienen contacto con muchas personas	2	13	2
-	Por ser contacto venéreo	0	4	1
-	No tener control	0	3	0

CONCLUSIONES

Puede apreciarse que el concepto de prostitución que predomina es el del acto sexual por negocio, pero también consideran el placer, la ignorancia, y problemas socio-económicos.

En cuanto a su existencia, la mayoría sostiene problemas de tipo de desempleo, en segundo lugar de educación, y en tercer lugar problemas familiares. El personal auxiliar en su mayoría no lo considera un delito; en cuanto al profesional las opiniones son divididas. Esto nos muestra la falta de conocimiento de las leyes y reglamento existente.

En cuanto al control en Tela la mayoría opina que no existe un control adecuado, así como la cooperación general y educación para mejorar.

En cuanto al trato se comprobó que es bueno en el Centro de Salud y coincide con la información hecha.

En resumen puedo decir que la opinión sobre la prostitución del personal de Enfermería y Laboratorio es regular. Necesita mayor orientación y conocimiento del tema.

B. CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SU PROGRAMA DE CONTROL.

A. Personal Médico

Las encuestas fueron contestadas por 9 Médicos; en general se procedió a sondear el conocimiento general y se aprecio lo siguiente:

- a. No conoce el programa de control
- b. No hay uniformidad respecto al tratamiento
- c. No hay conocimiento adecuado respecto a la serología
- d. No hay seguimiento y control de contactos y pacientes
- e. Inadecuado diagnóstico en general

COMENTARIO

Algunos Médicos contestaron en la encuesta que sí conocían el programa, pero al preguntarles en que consistía no supieron explicarlo adecuadamente.

OBSERVACIONES DEL PERSONAL MEDICO

- 1. Debe controlarse a los homosexuales
- 2. Desde el punto de vista sanitario y hospitalario, convendría en el área poner a funcionar una sección de bacteriología para cultivos.
- 3. Es necesario tratar de cambiar el programa de tratamiento o el mecanismo de tratamiento y control de enfermedades venéreas y meretrices.
- 4. Que sugerencias a nivel de salud pública pueden hacerse actualmente mientras no se cambie el actual programa de control.
- 5. El programa de control es magnífico, pero necesita demasiados

recursos para aplicarlos.

6. Hay resistencia a los antibióticos.

B. Personal de Enfermería y Laboratorio

1. Que es una enfermedad venérea?

Coincidieron todas en que es una enfermedad infecto-contagiosa, variando uniformemente que es de los órganos genitales y de la sangre, transmitida por contacto sexual.

2. Como evoluciona?

	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- En forma rápida	0	9	1
- Infecta a otros órganos	2	5	2
- En forma progresiva	0	4	0

3. Enfermedades venéreas que conoce?

	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- Gonorrea	2	17	3
- Sífilis	2	16	3
- Herpes	0	1	0
- Condiloma	2	8	2
- Tricomonas	0	2	0
- Granuloma Inginal	0	1	3
- Linfogranuloma venéreo	1	6	1
- Chancro blando	2	13	3

4. Conoce el programa de control?

	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>
- Si	0	4	0
- No	2	11	3
- No sabe	0	2	0

5. <u>Hay adecuado control de las enfermedades venéreas en el Centro de Salud de Tela?</u>	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- Si	0	0	0
- No	2	17	3
6. <u>Cual es su actitud al detectar una enfermedad venérea?</u>	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- Orientarla a remitirla al Médico	2	12	2
- Darle tratamiento	0	3	1
- Reportarla al control del Centro de Salud.	1	5	0
7. Debe ser el tratamiento gratuito?	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- Si	2	13	3
- No	0	4	0
8. Porque sí?	<u>P</u> <u>No.</u>	<u>A</u> <u>No.</u>	<u>L</u> <u>No.</u>
- Por poseer bajos recursos económicos	2	13	3
9. Porque no?			
- Porque es frecuente que la persona que la persona que padece enfermedades venéreas usa el sexo como negocio y lo fomentaría.			

10. Que es la Sífilis y la Gonorrea?

<u>P</u>	<u>A</u>	<u>L</u>
<u>No.</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>

- Casi todos coincidieron en que se trataba de una enfermedad venérea transmitida por contacto sexual. Esta enfermedad es infecto-contagiosa y causa daños en otros órganos. Dos enfermeras profesionales contestaron que era transmitida por el trepodema pallidum y la gonorrea por neisseria gonorrhea.

11. Tratamiento?

Casi todos en que se tratan con antibióticos y especificaron con Penicilina, Benzatinica, Penicilina Procaínica y Togamycin.

12. Conocimiento del V.D.R.L.

A. Para que se usa?

<u>P</u>	<u>A</u>	<u>L</u>
<u>No.</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>

- | | | | |
|----------------------------------|---|----|---|
| - Detectar Sífilis | 2 | 10 | 3 |
| - Detectar enfermedades venéreas | 0 | 6 | 0 |
| - No sabe | 0 | 1 | 0 |

B. Que indica que sea reactivo?

<u>P</u>	<u>A</u>	<u>L</u>
<u>No.</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>

- | | | | |
|-----------------------------|---|----|---|
| - Presencia de Sífilis | 2 | 12 | 3 |
| - Presencia otra enfermedad | 0 | 5 | 0 |
| - Sangre mala | 0 | 2 | 0 |

C. Cada cuanto debe practicarse?

- Por unanimidad contestaron cada 6 meses

D. <u>Como es el V.D.R.L. en una embarazada?</u>	P No.	A No.	L No.
- Igual que en la no embarazada	1	7	3
- Negativo	1	9	0
- Positivo	0	0	0

E. Que es un falso positivo?

- V.D.R.L. positivo pero negativo por otra condición
- No sabe
- Exámen mal hecho

P No.	A No.	L No.
2	7	3
0	7	0
0	3	0

F. Como se usa el F.T.A. - A.B.S.?

- Sólo el personal de laboratorio lo conoce.

13. Sitio de la toma de secreción para frotis?

	P No.	A No.	L No.
- Hombre: Pene	0	14	0
Uretra	2	3	3
- Mujer : Vagina	1	10	2
Cervixs	1	1	1
Fondo de saco	0	3	0
No sabe	0	3	0

14. Posibilidades de un paciente con V.D.R.L. reactivo y clínica negativa

Profesionales: La latencia de la enfermedad o falta
laboratorial.

Auxiliares : Contestaron que no saben.

Laboratorio : La latencia de la enfermedad o falta
laboratorial.

15. Como se puede mejorar el programa del centro de salud?

	P No.	A No.	L No.
- Colaboración del Gobierno	2	7	2
- Programas orientación	1	3	1
- Controlando prostíbulos	0	2	0
- Mejorando control de venéreas	2	2	1
- No sabe	0	2	0

RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LABORATORIO

1. Que se de mayor importancia al programa.
2. Exigir mayor veracidad al laboratorio.
3. Establecer un adecuado y uniforme tratamiento sobre enfermedades de transmisión sexual.
4. Dar educación sexual a los pacientes.
5. Hacer una mejor detección de casos.
6. Debe hacerse un mejor control de prostíbulos y prostitutas
7. Mayor puntualidad a los Médicos

8. Mejorar el material y aumentar personal.
9. Actualizar el registro de meretrices.
10. Obligar a la consulta médica a las meretrices.

CONCLUSIONES

Las encuestas se planificaron con respuestas libres, para permitir mayor amplitud a las contestaciones. Puede apreciarse que la mayor parte de las respuestas no se tratan en porcentajes y es por el pequeño número de entrevistas realizadas, y que los datos en números son evidentes.

Es importantísimo este tipo de conocimientos en el personal auxiliar dado que éste personal es el que tiene más acceso al paciente, el que lo orienta antes de sentarse frente al Médico, podemos ver respuestas en resumen así:

Hay un regular conocimiento de la transmisión de la enfermedad, pero su conocimiento deberá ser un 100% especialmente respecto a Sífilis, Gonorrea, y Chancro blando.

El programa de control es desconocido por todo el personal y hay poco interés en hacer que se conozca.

Respecto al control y seguimiento, se coincide en que es adecuado pero vemos se presume el de poderlo mejorar, con control y educación sanitaria.

El aspecto de las actitudes tiene trascendental importancia y confirman los datos del M.S.P., en cuanto al tratamiento privado de las enfermedades venéreas y hay tendencia en laboratorio a aplicar tratamiento, no hay referencia en 100% al Centro de Salud que sería lo adecuado.

Caso similar ocurre con el V.D.R.L., exámen de rutina y obligatorio, casi por todos los Centros Educativos o laborales. Es el personal auxiliar el que "orienta" al paciente y es importante que sepa de que se trata, especialmente el trauma que produce un resultado reactivo y que más aún si se acompaña de un Dx empírico.

Vemos que este aspecto es inadecuado en auxiliares y aceptable en profesionales y técnicos de laboratorio, pero incompleto. El sitio de la toma de muestra, consideremos que es importante dado que anteriormente la tomaban laboratoristas auxiliares y se ve un regular conocimiento.

En las recomendaciones del personal encontramos casos valiosos recalcándose conceptos antes expresados de mayor responsabilidad y conciencia respecto al control. Respecto a los Médicos encontramos algo vital, el control de homosexuales que no se practica y es una fuente grande de infección. A pesar de la apatía para contestar encuestas, se vio buena voluntad para expresar un cambio basado en el presente estudio.

El control de meretrices puede seguirse haciendo semanal pero lo más importante son las medidas profilácticas.

No hay charlas adecuadas a los pacientes y es evidente la necesidad de una unidad de bacteriología, para cultivo mensual, de Thayer Martin, además de los otros usos fuera de venereología. La opinión Médica del programa (una vez discutido) es más válida, es difícil aplicarlo pues necesita recursos, pero es el reflejo

de programas teóricos, no adaptados a la realidad del medio. Es necesario hacerlo más aplicable.

Finalmente la afirmación de resistencia a los antibióticos se expondrá cuando analicemos el número de controles y aplicaciones de medicamentos con propósitos profilácticos o terapéuticos.

C. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS Y ENTREVISTAS A 15 MERETRICES Y 30
PACIENTES DE UN GRUPO TESTIGO TOMADO AL AZAR.

A. Datos Generales y Familiares

1. Edad

	Testigo	Meretríz
<u>Edad</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>
15-19 años	5	3
20-24 años	10	4
25-29 años	13	6
30-35 años	<u>2</u> 30	<u>2</u> 15

2. Estado Civil

	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
Soltera (U.L.)	12	11
Casada	15	1
Divorciada	<u>3</u> 30	<u>3</u> 15

3. Escolaridad

	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
Analfabeta	14	5
1 a 3 grado	8	6
4 a 6 grado	5	3
Ciclo común	<u>3</u> 30	<u>1</u> 15

4. <u>Lugar de Origen:</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
Tela	10	4
La Ceiba	4	3
Yoro	0	1
Lempira	2	0
Cortés	3	1
Olancho	0	1
Ocotepeque	0	1
La Lima	7	2
Tegucigalpa	3	1
Copán	<u>1</u>	<u>1</u>
	30	15

5. <u>Tiempo de residir en Tela</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
Menos de 1 año	2	4
1 a 3 años	7	5
4 a 8 años	10	6
9 a 15 años	3	0
más de 15 años	<u>8</u>	<u>0</u>
	30	15

6. <u>Causas de traslado a Tela</u>	Testigo	Meretriz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
Treslado familia	9	0
Busca empleo	9	2
Aventura	0	2
Pasear	2	2
Problemas familia	0	2
Problemas económicos	<u>0</u>	<u>3</u>
	30	15

7. <u>Estabilidad familiar</u>	Testigo	Meretriz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
a. <u>Padres</u>		
<u>Están vivos</u>		
- Ambos	18	5
- Sólo madre	5	5
- Sólo padre	5	2
- Ninguno	<u>2</u>	<u>3</u>
	30	15

b. <u>Viven o vivieron juntos</u>	Testigo	Meretriz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Si	26	6
- No	<u>4</u>	<u>9</u>
	30	15

c. <u>Mantiene relaciones</u>	Testigo	Meretriz
<u>familiares</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Si	28	8
- No	<u>2</u>	<u>7</u>
	30	15

d. <u>Ocupación del padre</u>	Testigo	Meretríz
<u>Padre</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Labrador	10	8
- Negocios	2	2
- Electricista	0	1
- Mecánico	0	1
- Maestra	2	0
- Oficinista	3	0
- Pescador	8	2
- Mullero	<u>5</u> 30	<u>1</u> 15

e. <u>Madre</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Oficios domesticos	23	14
- Meretríz	0	1
- Comercio menor	<u>7</u> 30	<u>0</u> 15

f. <u>Edad en que se separó del hogar</u>	Testigo	Meretríz
<u>Edad</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>
8 años	0	1
13 años	0	2
14 años	1	3
15 años	2	3
16 años	3	0

17 años	3	2
18 años	4	2
19 años	5	0
20 años	3	0
21 años	1	0
22 años	1	0
23 años	3	1
24 años	2	0
25 años	<u>1</u>	<u>1</u>
	30	15

g. <u>Causas</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Se salio con un enamorado	15	9
- Se casó	8	0
- Huyó por mal trato	2	3
- Por trabajo	<u>5</u>	<u>3</u>
	30	15

h. <u>Conocen sus padres</u>	Testigo	Meretríz
<u>su oficio-Sólo meretriz</u>	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Si		7
- No		<u>8</u>
		15

i. Actitud de los padres

Indiferencia o resignación

j. Familiares meretrices

Muestra testigo negaron familiares meretrices

k. <u>Edad de la primera relación sexual</u>	Testigo <u>No.</u>	Meretríz <u>No.</u>
- Menos de 12 años	0	2
- 12-14 años	5	5
- 15-18 años	21	8
- 19-24 años	<u>4</u> 30	<u>0</u> 15
<u>Con quién?</u>		
- Novio o pretendiente	19	11
- Esposo	8	2
- Pariente	3	0
- Violación	<u>0</u> 30	<u>2</u> 15

COMENTARIO

Puede verse que la edad de las Meretrices va de 15-35 años, con mayor concentración de los 25-29 años. En cuanto al estado civil hay mayor número de solteras, todas las cuales son de Union Libre, hay mayor porcentaje de casadas no meretrices.

En cuanto a escolaridad hay mayoría de analfabetos en el grupo testigo, pero la diferencia no es muy significativa, excepto porque hay una meretriz con ciclo común.

En cuanto al lugar de origen, la mayoría son de Tela, habiendo períodos de estancia mayor de 4-8 años en los dos grupos; las causas de su traslado en el grupo testigo son por traslado de su familia o por busca de trabajo. En cuanto a las meretrices es muy diverso, aventura, problemas económicos, problemas familiares.

Una de las partes más importantes del presente trabajo, es el que respecta a la integración familiar. Los padres del grupo testigo en su mayoría están vivos ambos, en cambio en las meretrices hay más desintegración familiar (muerte de padres); en las meretrices hay separación de su hogar a más temprana edad. Existe un alto porcentaje de meretrices que han sido educadas por personas ajenas a sus padres y las relaciones actuales con su familia son malas.

En la ocupación de los padres predomina la campesina y en las madres oficios domésticos y como dato interesante la madre de una meretriz lo es.

En resumen podemos ver que si hay poca integración familiar en las meretrices y el hecho más demostrativo lo constituye el de haber una de ellas en el grupo familiar.

Los padres mantienen actitudes indiferentes y/o resignación hacia este oficio.

La primera relación sexual ha sido en menor de edad en meretrices que en el grupo testigo. Existe un dato interesante, que es el de 2 meretrices que fueron violadas (como primera relación sexual).

8. Hijos

a. No. Hijos vivos

	Testigo	Meretriz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
0	6	4
1	5	4
2	5	2
3	2	3
4	<u>3</u>	<u>3</u>
	21	16

b. <u>Padres</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Un sólo padre	18	4
- Varios padres	<u>2</u>	<u>7</u>
	20	11
c. <u>Donde viven</u> (sólo meretrices)		Meretríz
		<u>No.</u>
- Abuelos maternos		5
- Con el padre		1
- En el prostíbulo		1
- Con ella (alquila cuarto y paga porque lo cuiden)		<u>2</u>
		9
d. <u>Como sabe que es el padre de sus hijos?</u>		
- Tuvo relaciones exclusivamente con él, fue la respuesta de todas.		
e. <u>Relaciones con los hijos</u> (sólo meretrices)		Meretríz
		<u>No.</u>
- No los ve		3
- Visita diariamente		2
- Visita quincenal		1
- Visita cada tres meses		1
- Visita cada 6 meses		1
- Visita cada año		<u>3</u>
		11
f. <u>Estado de salud de los hijos</u>		Meretríz
		<u>No.</u>
- Sanos		8
- Enfermos		2

- Frecuentemente enfermos

$\frac{1}{11}$

g. Anormalidades congénitas (se aplica a ambos)

- Grupo testigo: Ninguno

- Meretrices : Si 3

No $\frac{8}{11}$

- Tipo de anomalías:

Agenesia de pabellones auriculares

Labio Leporino

Mielomeningocele

h. Planes para el futuro

Meretriz

No.

- Educarlos

9

- Depende del padre

1

- Que tengan una buena vida

$\frac{8}{18}$

9. Vida marital (sólo meretrices)

Meretriz

Tiempo

No.

- Menos de 1 año

10

- 1-2 años

4

- 2-3 años

$\frac{1}{15}$

10. Tiene compañero actualmente

Meretriz

No.

- Si

6

- No

9

11. Le ayuda económicamente

Meretríz

- Si

No.

1

- No

5

6

Tiene placer sexual con el

Meretríz

No.

- Si

5

- No

1

6

COMENTARIOS

Nos llamó la atención, la situación de los hijos y sus padres, predomina en el grupo Meretríz familias pequeñas y mayor tendencia a hijos de distinto padre que el grupo control.

Respecto a como sabe que es el padre todas contestaron por vida marital exclusiva por determinado tiempo.

Las relaciones con sus hijos en las meretrices son superficiales en la mayoría, habiendo una madre que vive con ellos y dos cerca de ellos.

Los planes para el futuro la mayoría es ponerlos a estudiar y que vivan una buena vida. Aunque algunas están viviendo en forma conformista con ellos.

Un aspecto interesante son las anormalidades congénitas que se encontraron en hijos de meretrices, pudiendo confirmarse tres de ellos.

El tipo de anormalidades hacen pensar en Lues Congénita que se comprobó con V.D.R.L., realizado a los tres madres.

Respecto a la vida marital la de todas fue corta y la mayoría no tienen, ellos los mantienen y es lo que ellos llaman vulgarmente "chivo", el cual recibe dinero de la meretríz y es más un compañero, pues la mayoría siente placer sexual con ellos.

En resumen los hijos han tenido además de los problemas que conlleva la vida licenciosa de la madre, algunos problemas congénitos, que bien podrían haberse prevenido.

11. Embarazo y parto

a. <u>Control de embarazos</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Si	11	3
- No	6	6
- No todos	<u>3</u>	<u>2</u>
	20	11

b. Tiempo de embarazo en el cual haya dejado de tener relaciones

<u>sexuales</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- 1 mes	1	0
- 2 meses	1	0
- 3 meses	1	0
- 4 meses	2	0
- 5 meses	2	0
- 7 meses	1	2
- 8 meses	7	3
- 9 meses	<u>5</u>	<u>6</u>
	20	11

c. Tiempo después del parto que inició sus relaciones

<u>sexuales</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- 1 mes o menos	4	5
- 40 días	11	3
- 2 meses	3	2
- 3 meses	<u>2</u>	<u>1</u>
	20	11

12. Historia Gineco-Obstétrica

Testigo	Meretríz
<u>No.</u>	<u>No.</u>

a. Menarquia

- 11 años	2	1
- 12 años	1	2
- 13 años	10	4
- 14 años	8	4
- 15 años	6	3
- 16 años	3	1
- 19 años	<u>1</u>	<u>0</u>
	30	15

b. Gestación

Testigo	Meretríz
<u>No.</u>	<u>No.</u>
0	4
1	2
2	1
3	1
4	4
5	2

Más de 5	<u>5</u> 30	<u>1</u> 15
c. <u>Abortos</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
0	24	3
1	6	7
2	0	2
3	0	2
5	<u>0</u> 30	<u>1</u> 15
<u>Tipo</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Espontaneo	6	12
- Provocado	<u>0</u> 6	<u>0</u> 12
d. <u>Mortinatos</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
0	28	13
1	<u>2</u> 30	<u>2</u> 15
e. <u>Prematuros</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
0	29	14
1	<u>1</u> 30	<u>1</u> 15

f. <u>Uso de anticonceptivos</u>	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
- Si	14	8
- No	<u>16</u> 30	<u>7</u> 15
<u>Tipo</u>		
- Oral	Testigo	Meretríz
	<u>No.</u>	<u>No.</u>
	11	7
- DIU	<u>3</u> 14	<u>1</u> 8

COMENTARIOS

Se trató el tema de embarazadas y parto, para ver la relación de ésta con el oficio de la prostitución, así como sus relaciones sexuales en comparación con el grupo testigo.

La mayoría no controla sus embarazos (meretrices), en cuanto al tiempo en que han dejado de tener relaciones sexuales, en las meretrices es después de los 7 meses, aunque la mayoría es hasta los 9 meses, al igual que en el grupo testigo.

En el tiempo de relaciones post-parto, el 72.7% inicia sus relaciones a los 40 días o antes (una meretriz relató que en uno de sus partos inició el negocio a los 7 días post-parto).

La menarquia es igual para ambos grupos, también lo es la paridad.

Pero han habido mayor número de abortos en las meretrices.

Todos los abortos expresaron ser espontáneos, así como el número de prematuros en ambos grupos es igual.

Lo anterior muestra mayor tendencia a la mala terminación de embarazos en las meretrices, dato interesante y asociado al mayor porcentaje de anormalidades congénitas.

PORTE DE LA ENCUESTA SOLO PARA MERETRICES, RELACIONADA CON LA PRACTICA
DE LA PROSTITUCION. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y ASPECTOS
SOCIO-ECONOMICOS.

1. Tiempo de ejercer la prostitución

Meretríz

	<u>No.</u>
1 año o menos	4
2 años	2
3 años	1
4 años	2
más de 5 años	<u>6</u>
	15

2. Que la indujo a la prostitución

Meretríz

	<u>No.</u>
Engaño	6
Necesidad económica (abandono de conyuge)	2
Problemas familiares (padres)	3
Placer y fácil trabajo	2
No sabe	<u>2</u>
	15

3. Porque permanece en este oficio

Meretríz

	<u>No.</u>
Por necesidad de dinero	6
Por deudas en el prostíbulo	6
Le gusta	2
Por costumbre	<u>1</u>
	15

4. Piensa retirarse, cuando?

Contestaron que al cancelar sus deudas o conseguir suficiente dinero.

5. Trabajos anteriores

Meretríz

	<u>No.</u>
- Oficios Domésticos	8
- Cajera	2
- Dependienta	3
- Cultora de Belleza	1
- Mesera	<u>1</u>
	15

6. Que ocupación tendría al dejar el actual?

Meretríz

	<u>No.</u>
- Trabajar en Oficios Domésticos	5
- Pondrá un negocio	2
- Oficios Domésticos en su hogar	1
- Estudiar costura	1
- Poner un Salón de Belleza	1
- No sabe	3
- Formar un hogar	<u>2</u>
	15

7. Que opina de la prostitución?

Meretríz

	<u>No.</u>
- Es mala	11
- Ni malo, ni bueno	<u>4</u>
	15

Le gusta

Meretríz

- Si

No.

4

- No

11

15

COMENTARIO

Se aprecia que las meretrices tienen en su mayoría más de un año de ejercer la prostitución, las causas que indujeron en su mayoría por engaño, problemas familiares (padres y conyuges) y problemas económicos.

Las condiciones que hubieran evitado lo anterior, está igualmente relacionada.

En resumen es causa de su bajo nivel socio-económico, lo que al mismo tiempo las obliga a continuar.

La opinión mayoritaria es que la prostitución es mala (no les gusta), y todas piensan en retirarse algún día.

Refieren que lo malo del trabajo son las ofensas de la gente y de los clientes hacia ellas. En conclusión vemos poca educación y con esperanzas de rehabilitación, pero sin que haya modo de salir de su situación, a la que se han acomodado más que todo por necesidad.

8. Práctica del acto sexual

a. Promedio de relaciones por día

Meretríz

No.

0 - 1

2

2 - 3

2

4 - 6

8

7 - más

3

15

Se debe aclarar que varía según el día y la época. Es mayor los fines de semana y en épocas festivas. Se encontró que las más jóvenes son las que tienen mayor número.

b. Forma del acto sexual

Meretríz

	<u>No.</u>
- Sólo genital	6
- Genital, anal, oral	2
- Genital, anal	2
- Genital y oral	<u>5</u>
	15

Las meretrices especifican que lo hacen extragenital si se les paga bien o frecuentemente con sus amantes.

c. Actos homosexuales

- Si	1
- No	<u>14</u>
	15

d. Medidas higiénicas después del coito

Lavado con agua en un recipiente, luego se secan con una toalla la que cambian de acuerdo a la suciedad, a veces tienen micción en el recipiente de limpieza.

Algunas se bañan después del coito (sólo 2)

e. Baño

Meretríz

	<u>No.</u>
- 1 vez al día	4
- 2 veces al día	10
- 1 vez por semana	<u>1</u>
	15



COMENTARIOS

El promedio de relaciones sexuales como se explicó varía con el época, pero generalmente es diario, no tienen días libres, tienen que trabajar todas las noches de la semana.

Es importante para la transmisión de enfermedades venéreas que el 60% tiene relaciones extragenitales.

Las medidas higiénicas post-coito, son pésimas

f. Obligaciones con el prostíbulo

Todas tienen la obligación de permanecer en el prostíbulo, desde las 6:00 p.m. hasta que se cierre, deben atender a los clientes y asear el local, no deben de permanecer con el cliente más de 20 minutos y no hay obligaciones ni ganancias con la bebida.

Si quiere dormir o salir del local debe pagar Lps.10.00 como multa.

g. Ingresos

Las meretrices llaman a cada coito con el cliente "entrada", para cada una de ellas los propietarios les dan una ficha que cambian cada 15 días (con las deducciones respectivas), las meretrices cobran por coito un promedio de Lps.5.00, en 4 prostíbulos pagan al propietario Lps.20.00 por entrada y sólo en 1 pagan Lps.1.00.

Se calcularon los ingresos variando un promedio así:

Lps.300.00 / mes

Lps.200.00 / mes

Fueron los más frecuentes, el resto varía en menor cantidad

Lps.150.00 y sólo 2 con Lps.400.00

2. Deudas con el propietario del prostíbulo

Meretríz

	<u>No.</u>
- Si	8
- No	<u>7</u>
	15

3. El Jefe

Del prostíbulo siempre es el dueño (a) o su conyuge, que mantienen poco contacto personal con las meretrices.

COMENTARIOS

Tenemos la confirmación del compromiso económico de la meretríz, con el prostíbulo, al cambiar de sitio el dueño paga la deuda, teniendo la meretríz un nuevo dueño. Diariamente se comprometen sus "entradas" ya que es poco el efectivo que maneja por el sistema de ficha. En resumen su vida es determinada por el propietario del prostíbulo del cual llega a formar parte del inventario.

4. Vicios

a. Bebidas alcohólicas

Meretríz

	<u>No.</u>
- Si	12
- No	<u>3</u>
	15

b. Tipo

Whiskey, ron, cerveza, aguardiente, siendo preferidos los primeros, ingiriendo grandes cantidades de estos

c. Número de veces que se embriaga al mes

Meretríz

	<u>No.</u>
8	4
4	7
3	2
1	<u>2</u>
	15

d. Drogas

Ha usado o usa: Si - 2

No - 13
15

Tipo

Marihuana, actualmente no.

5. Antecedentes policiales

Todas han guardado prisión y el número va de 1 a más de 30, por causas como: sanitaria, ebriedad, peleas y escándalos públicos. Hubieron dos intentos de suicidio con heridas en ante-brazo.

COMENTARIO

Como se ve hay una mezcla de alcoholismo y prisión, que como consecuencia trae peleas y cárcel, que llegan a formar el círculo vicioso, pues la cárcel trae consigo pago de multas, esto aumenta las deudas y continuación de la prostitución y alcoholismo.

Se interrogó sobre como les puede ayudar la sociedad y contestaron:

	Meretríz No.
- Dandole trabajo	10
- Dandole oportunidad de rehabilitarse	3
- No sabe que puede hacer	2
	15

6. Actitudes y conocimientos de enfermedades de transmisión sexual

a. Que enfermedad ha padecido, desde que ejerce la prostitución

	Meretríz No.
- Chancro	6
- Gonorrea	8
- Infecciones urinarias	3
- Condilomas	4
- Hepatitis viral	1
- Absceso de Bartolino	2
- Asma Bronquial	1
- Anexitis	3

b. Que es una enfermedad venérea?

	Meretríz No.
- Enfermedad que produce ardor al orinar	4
- Enfermedad que transmiten los hombres	6
- Enfermedad por contacto sexual	3
- Una enfermedad mala	1
- No sabe	3

c. <u>Que enfermedad venérea conoce</u>	Meretríz <u>No.</u>
- Gonorrea	15
- Chancro	13
- Condilomas	12
- Encardio	8
- Sífilis	<u>2</u>

d. <u>Que hace al padecer una enfermedad venérea</u>	Meretríz <u>No.</u>
- Visita al médico particular	12
- Visita el Centro de Salud	2
- Visita un curandero	<u>1</u>
	15

e. Que opina del examen semanal en el Centro de Salud

Todas opinaron que es bueno, pero es mejor cuando es hecho con espéculo, dicen que es más confiable.

f. <u>Procedimientos de limpieza antes del examen</u>	Meretríz <u>No.</u>
- Nunca hace nada	4
- Baño	<u>11</u>
	15

g. <u>Recomendaciones</u>	Meretríz <u>No.</u>
- Ninguna	14
- Que se den charlas	<u>1</u>
	15

COMENTARIO

Puede verse que son pocos los que conocen la sífilis como enfermedad venérea (refieren que es enfermedad de la sangre).

En resumen hay mal conocimiento de enfermedad de transmisión sexual y ninguna orientación profiláctica y /ó higiénica.

7.- VIVIENDA

	<u>No</u>
-viven el prostíbulo	13
-alquila cuarto y sólo por la noche va al prostíbulo	2
	15

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

En cada prostíbulo vive una persona por cuarto (exceptuando los casos de niños pequeños que viven con ellas).- Los prostíbulos son de varias categorías:

Alta: Alameda,

Medio: Holly Wood y Bar Norteño,

Bajo: Pájaro amarillo.

Todos poseen un servicio sanitario y un urinario en regulares condiciones.

Los que viven en cuartos fuera del Prostíbulo, es de una sola pieza y pagan L. 25.00 y L. 40.00 al mes, en el cual viven 3-4 personas.

E.- EXAMEN FISICO DE LAS MERETRICES Y MUESTRA TESTIGO

1.- Aspecto general (sólo Meretrices)	<u>No</u>	
- alegre, locuaz, cooperadora	5	
- tímida, introvertida	6	
- somnolienta, indiferente	3	
- Facie triste,	1	
2.- <u>ANORMALIDADES ESPECIALES</u>		
- Obesidad	<u>Testigo No</u>	<u>Meretrices No</u>
	5	2
- Cicatriz cesárea	3	3

Asemás se encontró en meretrices ictericia (1); cicatrices múltiples en antebrazo (2) y en testigo; estradísmo (1), hemorroides (1) desviación del tabique nasal (1).

INFECCIONES ENCONTRADAS

	<u>Testigo</u>	<u>Meretrices</u>
Escabiosis	9	10
Tiña Pedis	3	6
Ulcera cutáneas	0	3

3.- EXAMEN GINECOLOGICO

-	<u>Testigo</u>	<u>Meretrices</u>
- Leucorrea	22	13
- Eroción cuello uterino	18	10
- Utero grávido	7	1
- Desgarro perineal antiguo	6	2
- Mestruación	3	1
- Prolapso genital	2	0
- Condiloma acuminado	0	3
- Ulcera fondo de saco posterior	0	1
- Ulcera labio menor	0	2

TIPO DE LEUCORREA

<u>Testigo</u>	<u>Meretrices</u>
----------------	-------------------

	<u>No</u>	<u>No</u>
- Grumosa	10	3
- Espumosa	7	4
- Purulenta	5	6

COMENTARIO

Se observó la actitud de la meretriz durante la entrevista, la mayoría fue tímida o cooperadora, pero un grupo se apreció casi igual comportamiento de todas (el lenguaje soez y forma escandalosa de hablar.

De importancia en las anormalidades es la presencia de escabiasis en 10 meretrices, y hepatitis confirmada por laboratorio, dado el contacto múltiple de éstas personas.

El exámen ginecológico mostró leucorrea en ambos grupos, pero mayor en meretrices con predominio del tipo purulento.- No se practicó exámen en fresco dado que se trató de hacer una toma de muestra similar a la que se hace semanal.- Se ve también el predominio de lesiones venéreas condiloma y chancre en las meretrices con pequeño o ningún porcentaje en las testigo.

F.- RESULTADO DEL EXAMEN DE SECRECIÓN TOMADA EN CUELLO UTERINO

1.- TECNICA: Con espéculo y con hisopo se tomó del cuello uterino (canal endocervical), muestra que se colocó en una placa, luego se realizó en laboratorio coloración de gram y lectura del frotis por parte del técnico.

2.- <u>RESULTADOS</u>	<u>Testigo</u>	<u>Meretrices</u>
- Diplococos gram negativo	18	9
- Negativo	12	6
	30	15

También el laboratorio reportó bacilos gram negativos, pero considerando la interpretación, en cuanto a los Diplococos, sólo se tomaron estos en la tabulación.

COMENTARIO

Vemos que los resultados fueron contrarios a los esperados y lo cual muestra que un frotis de secreción cervical no es diagnóstico de gonorrea, lo que hace necesario el cultivo.- Además dejando la duda de gram existencia de gonorrea en la población general y sobre todo la veracidad del laboratorio.

G.- V.D.R.L.

<u>Cualitativo</u>	<u>Testigo</u>	<u>Meretriz</u>
-Reactivo	3	4
-No Reactivo	26	11

CUANTITATIVO

	<u>Testigo</u>	<u>Meretrices</u>
Reporte	1: 16-1	Debil reactivo-1
	1: 32-2	1: 1- 1
		1: 2- 1
		1: 4- 1

COMENTARIO

Como podemos ver el porcentaje de V.D.R.L. reactivo es elevado en

ambos grupos lo que nos indica el mal control de las meretrices, así como el alto índice de enfermedad.- Para una población estudiada también refleja la falta de verdadera profilaxis y adecuado tratamiento (o falla de laboratorio).

TRATAMIENTOS APLICADOS (MERETRICES)

1.- Togamycin (Expectinomicina)

- con propósitos curativos
- con propósitos preventivo

2.- Rifampicina

3.- Penicilina Procaínica (preventina y terapéutica)

4.- Penicilina Benzatínica (con ambos propósitos)

5.- Ampicilina.

El tratamiento profiláctico se aplicó cuando no había laboratorio trabajando.

En el análisis de los expedientes de Meretrices se encontró un número mínimo de 1 frotis " Positivo" y un máximo de 90.

Puede verse de acuerdo a esto, el múltiple tratamiento recibido y la posible formación de resistencia a los antibióticos.

XII. CONCLUSIONES GENERALES

1. El personal posee regular opinión a la prostitución y falta mayor información sobre la legislación y situación actual.
2. Hay un desconocimiento del programa de control de enfermedades de transmisión sexual a todo nivel y no existen mecanismo para asegurar su conocimiento.
3. Existe mal conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual a todos los niveles.
4. No existe regulación de la prostitución a nivel nacional, sólo acomodaciones regionales de acuerdo a intereses creados.
5. El programa de control de venéreas es bueno, pero su aplicación no es posible en un 100% por sus implicaciones presupuestarias.
6. Existe un mal control y profilaxis venéreas en el Centro de Salud "Dr. Manuel G. Zuniga" y no hay conciencia de la importancia de dicho control, por parte del personal Médico.
7. No hay orientación sanitaria, ni mecanismos de rehabilitación para las meretrices y su descendencia.
8. Las meretrices se originan de hogares de escasa integración familiar y la falta de mecanismos adecuados de educación y trabajo, las hacen caer en tal estado.
9. Hay recursos adecuados para el control de enfermedades como, Sífilis, y Gonorrea, pero mal uso de ellos.

10. Hay posible resistencia bacteriana a los antibióticos, por el múltiple tratamiento recibido, lo que hace necesario un control bacteriológico.
11. Hay un elevado porcentaje de enfermedades de transmisión sexual en la población general, reflejada en el grupo testigo y ocasionada posiblemente por el mal control de venéreas y de las meretrices del lugar y otras causas no identificadas.

XIII. RECOMENDACIONES

A. Nivel Nacional

1. Actualización del reglamento de profilaxis venéreo.
2. Crear mecanismos de rehabilitación para las meretrices, no sólo a las menores de edad, así como de ayuda a sus hijos.
3. Hacer más aplicable el programa de control, con una nueva revisión y elaboración, especialmente en lo que respecta a la parte de epidemiología.

B. A nivel local

1. Mayor interés por parte del personal Médico por actualizar conocimientos respecto a enfermedades de transmisión sexual.
2. Adiestrar el personal, especialmente de enfermería respecto al tema.
3. Acondicionar la unidad de Bacteriología, en el Centro de Salud Dr. Manuel G. Zuniga.
4. Exigir por medio de auditoría Médica un completo examen a las meretrices, que puede ser, con charlas de orientación semanal y cultivo mensual. Además de atención especial a los pacientes con V.D.R.L., reactivo y sintomáticos.
5. Exigir mayor responsabilidad al laboratorio, especialmente a la jefatura del mismo.
6. Hacer un frente común con todos los sectores para discutir el problema de prostitución y hacer planeamiento lógico sobre su control.

7. Promover la educacación sexual a todos los niveles educativos y de grupo sociales.
8. Concientizar en cuanto sea posible a los padres de familia sobre los peligros que trae la desintegración familiar.

XIV. B I B L I O G R A F I A

1. GUIA PARA LA ELABORACION Y EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION. 1971.
2. Bengio, Rubén. URETRITIS GONOCOCICA Y NO GONOCOCICA. Publicaciones Phizer. 1978.
3. RESEÑA HISTORICA DE LOS TRABAJOS DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE HONDURAS. 1970
4. Ballester, Escalos, Rafael. HISTORIA DE LA HUMANIDAD. 3era. Edición. Barcelona, España. 1967.
5. Clínica Médicas de Norte América. ENFERMEDADES VENEREAS. 2da. Edición. Interamericana. México. 1972.
6. Edwrs, REG. SEXUAL Y TRANITEO DISEASES. Reach In Reproduction. Edit. Physiological Laboratory. Vol. 7 No. 7. Cabridge. Julio 1975.
7. Krugman, Saul. ENFERMEDADES INFECCIOSAS. 3era. Edición. Edit. Interamericana. México. 1974.
8. Loeb, Cecil Beeson. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. 13a. Edición. Edit. Interamericana. México. 1972.
9. Ministerio de Salud Pública. PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Honduras. 1972.
10. Ponce, Norma Argentina. PROSTITUCION EN MENORES COMO PROBLEMA SOCIAL. Tesis de Grado. Tegucigalpa, D.C. U.N.A.H. 1962
11. Código Sanitario, ANTEPROYECTO. Honduras. 1978
12. REGLAMENTO DE PROFILAXIS VENEREA. Tegucigalpa, D.C. Hond. 1937.
13. Weber, Alfred. HISTORIA DE LA CULTURA. 2da. Edición. Rango de Cultura Económica. México. 1948.

A P E N D I C E

Cuestionarios hechos al Personal Médico, Enfermería y Laboratorio del HOSPITAL TELA INTEGRADO y CENTRO DE SALUD "DR. MANUEL G. ZUNIGA"; así como también a Meretrices y Muestra Testigo de Tela.

XV. A P E N D I C E

Instrumento de Trabajo

I. Personal de Enfermería y Laboratorio

A. De la Prostitución

1. Que es la prostitución para usted?
2. a. Porque existe? b. Es necesaria?
3. Es un delito?
4. Existe adecuado control en Tela? Cual sería la mejor forma de controlarla?
5. Como debe ser el trato con una meretriz?
6. Que debe hacerse con las meretrices en Tela?
7. Es la meretriz más enferma que las otras personas? Porque?

B. De enfermedades de Transmisión Sexual

1. Que es una enfermedad venérea? Como se transmite?
2. Como evoluciona?
3. Enumere las enfermedades venéreas que conoce?
4. Conoce el programa de control?
5. Se controlan adecuadamente las enfermedades venéreas en Tela?
6. Cual es su actitud al detectar una enfermedad venérea?
7. Debe ser el tratamiento gratuito?
8. Que es la Sífilis? Que debe hacerse con los contactos?
9. Que es la Gonorrea? Como se trata?

10. Que es el V.D.R.L.?
11. Que indica V.D.R.L. reactivo?
12. Cada cuanto debe practicarse V.D.R.L.?
13. Como es el V.D.R.L. en una embarazada?
14. Que es un falso positivo?
15. Como se usa el F.T.A. - A.B.S.?
16. Sitio de la toma de secreción para frotis?
 - a. Mujer
 - b. Hombre
17. Posibilidades de un paciente con V.D.R.L. reactivo y clínica negativa?
18. Como se puede mejorar el programa en el Centro de Salud?
19. Recomendaciones?

II. Personal Médico

A. De la prostitución

1. Que es una prostituta?
2. Causas de la prostitución?
3. Porque una mujer permanece en el oficio de meretríz?
4. Es necesaria la prostitución?
5. Se ejerce un adecuado control de la prostitución en Tela?
Cual sería la mejor forma de controlarla?
6. Se controla adecuadamente la meretríz en el Centro de Salud?
7. Que instituciones deben participar en el campo de la prostitución?

10. Que es el V.D.R.L.?
11. Que indica V.D.R.L. reactivo?
12. Cada cuanto debe practicarse V.D.R.L.?
13. Como es el V.D.R.L. en una embarazada?
14. Que es un falso positivo?
15. Como se usa el F.T.A. - A.B.S.?
16. Sitio de la toma de secreción para frotis?
 - a. Mujer
 - b. Hombre
17. Posibilidades de un paciente con V.D.R.L. reactivo y clínica negativa?
18. Como se puede mejorar el programa en el Centro de Salud?
19. Recomendaciones?

II. Personal Médico

A. De la prostitución

1. Que es una prostituta?
2. Causas de la prostitución?
3. Porque una mujer permanece en el oficio de meretriz?
4. Es necesaria la prostitución?
5. Se ejerce un adecuado control de la prostitución en Tela?
Cual sería la mejor forma de controlarla?
6. Se controla adecuadamente la meretriz en el Centro de Salud?
7. Que instituciones deben participar en el campo de la prostitución?

B. De las enfermedades de transmisión sexual?

1. Conoce el programa de control?
2. Conocimiento de diagnóstico, epidemiología y tratamiento de:
 - a. Sífilis
 - b. Blenorragia
 - c. Chancro Blando
 - d. Linfogranuloma venéreo
3. Conocimiento de V.D.R.L.

III. Meretríz y Muestra testigo

A. Datos Generales y Familiares

1. Edad, estado civil, lugar de origen, religion, escolaridad, tiempo de residir en Tela, causas por las que se traslado a Tela, edad que se separo del hogar, causas.
2. Padres, ocupación, vivos? Viven o vivieron Juntos?
 - Sabe de su oficio, que opina?
 - Relaciones familiares
3. Hermanos de igual oficio?
4. Lugar que ocupa en la familia ?
5. Hijos vivos, (sólo meretrices)?
 - Donde viven?
 - Relaciones con ellos?
 - Como sabe que es el padre?
 - Hijos del mismo padre?
 - Estado de salud?
 - Anormalidades congénitas?

- Planes para el futuro?

6. Vida marital

- Tiempo?
- Compañero actual, le ayuda económicamente?
- Tiene placer sexual con el?

B. Práctica de la prostitución

1. Tiempo de ejercerla
2. Condiciones que hubieran evitado que fuera meretríz?
3. Porque permanece en la prostitución?
4. Piensa retirarse? Cuando?
5. Trabajos anteriores?
6. Que hará al retirarse?
7. Que opina de la prostitución?
8. Como trabajo suyo le gusta?
9. Tiene días libres?
10. Obligaciones en el trabajo?
11. Ingresos mensuales?
12. Deudas con el prostíbulo?
13. Su jefe quién es?
14. Número y tipo de relaciones sexuales al día?
15. Actos higiénicos post-coito?
16. Baño? Periodicidad?
17. Actos homosexuales? Motivos?

C. Vicios? (Meretrices)

- Alcohol; tipo frecuencia, cantidad
- Drogas

D. Policiales: Encarcelamientos:

- Causas

E. Conocimiento y actitudes ante la enfermedad (Meretríz)

1. Enfermedad a partir de la práctica?
2. Que es una enfermedad venérea?
3. Actitud de sus patrones ante la enfermedad?
4. Que clase de enfermedad venérea conoce y como la conocio?
5. Que hace al estar enferma de una venérea?

2. Respecto al control semanal (Meretrices)

- a. Que opina?
- b. Procedimientos de limpieza antes del examen?
- c. Procedimientos para evadirlo?

F. Historial Gineco-Obstétrico (ambos grupos)

- Menarquía, Gestaciones, Abortos, Mortinatos, Prematuros.
- Anticonceptivos, tipo.

G. Embarazos y Partos (ambos grupos)

- Controla sus embarazos?
- Mes del embarazo que continúa relaciones sexuales?
- Inicio de relaciones sexuales Post-Parto?
- Luego del Parto?

H. Primera relación sexual (ambos grupos)

- Edad
- Con quién?

I. Que puede hacer la sociedad, para ayudarla (Meretríz)