

# Discusiones

# Técnicas

Washington, D. C.  
Septiembre-octubre 1970

---



Tema 16 del programa

CSP18/DT/7 ES  
30 septiembre 1970  
ORIGINAL: ESPAÑOL

ENFERMEDADES VENEREAS COMO PROBLEMA DE SALUD NACIONAL E INTERNACIONAL

ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Existe acuerdo entre diversos tipos de profesionales de la salud sobre la influencia que los factores sociales tienen en la distribución y control de las enfermedades venéreas. Sin embargo, las investigaciones sobre tal relación son escasas aun cuando abunden proposiciones hipotéticas impregnadas de juicios valorativos. Diversas son las razones que explicarían la falta de investigaciones en la materia siendo la dificultad metodológica y la ausencia de un marco teórico psico-sociológico algunas de las más destacadas. Debe tenerse en cuenta, además, que por estar las enfermedades venéreas directamente ligadas al sexo, su estudio enfrenta un área cargada emocionalmente que dificulta el análisis objetivo del problema.

El presente trabajo tiene como objetivos fundamentales: a) ordenar en un forma sistemática el conocimiento existente sobre los factores psico-socio-culturales que actúan en la distribución y control de las enfermedades venéreas; b) indicar los vacíos existentes en este conocimiento; y, c) sugerir investigaciones que contribuyan a esclarecer el papel que juegan los factores psico-socio-culturales en las enfermedades venéreas.

1. Conocimiento actual sobre los factores psico-socio-culturales que intervienen en la historia natural de las enfermedades venéreas

La enfermedad, concebida como un proceso, presupone una serie de etapas sucesivas que han sido divididas en dos grandes categorías: prepatogénica y patogénica (1, 2). La fase prepatogénica comprende la interacción preliminar entre el agente potencial productor de enfermedad, el huésped y los factores ambientales. La fase patogénica se inicia con

los cambios en la estructura y función del organismo, como consecuencia del estímulo productor de enfermedad, y termina con la recuperación, la incapacidad o la muerte.

En el caso de la historia natural de las enfermedades venéreas, existe un desequilibrio entre el avanzado conocimiento de los factores biológicos y un escaso conocimiento de los factores psico-socio-culturales. Estos últimos factores tienen fundamental importancia durante la etapa prepatogénica de las enfermedades venéreas porque influyen en la interacción entre agente y huésped.

Dado que las enfermedades venéreas se transmiten principalmente por contacto sexual cabe preguntarse qué tipo de relación es el que presenta mayores riesgos y, posteriormente, qué factores llevan al tipo de relación sexual identificado como de mayor peligro. Las tres características de relación sexual mencionadas comúnmente en la literatura científica como conectadas con la transmisión de las enfermedades venéreas son la frecuencia de las relaciones sexuales; la selección de la pareja y, el número de personas con las que se tiene contacto sexual.

El incremento de la frecuencia de las relaciones sexuales en la población, ha sido mencionado como un factor que explicaría el aumento de las enfermedades venéreas en años recientes (3). Algunos autores atribuyen este aumento a la disponibilidad de nuevos anti-concepcionales de mayor eficacia y al uso de antibióticos, elementos que eliminan el miedo al embarazo y a las enfermedades venéreas (4,5,6.) Sin embargo, las pruebas aportadas por estas investigaciones no llevan a confirmar una relación directa entre el aumento de la actividad sexual y el aumento de las enfermedades venéreas.

La creencia tan difundida de que ha ocurrido un incremento de la actividad sexual y de la promiscuidad durante los últimos años ha sido puesta en tela de juicio por varios autores. Cagnon y Simon (7) afirman que existe evidencia que la conducta sexual ha cambiado muy poco en los Estados Unidos de Norteamérica durante las últimas cuatro décadas. La falsa percepción de cambio podría deberse a un cambio real en la forma de concebir los problemas sexuales, cuya discusión ha pasado de un terreno privado al contexto público.

Ha sido postulado también que la probabilidad de contagio y propagación de las enfermedades aumenta con el incremento del número de parejas sexuales y con el número de personas con las que se relaciona sexualmente la pareja de una persona determinada. Pero al igual que la característica anteriormente discutida, el factor importante en la propagación de la enfermedad parecería ser la selección indiscriminada de la pareja y no el número de parejas, porque pone al sujeto estudiado en contacto con los grupos de mayor incidencia.

Problemas de carácter metodológico tales como ambigüedad en las definiciones, variación en los indicadores y la llamada "falacia ecológica" hacen difícil extraer conclusiones de las investigaciones que tratan sobre las relaciones sexuales con referencia a las enfermedades venéreas.

Un enfoque destinado a precisar las dimensiones presentes en las relaciones sexuales relevantes al problema de las enfermedades venéreas es el sugerido por Loeb, (8, 9) quien toma en cuenta dos de las características que hemos analizado más arriba: número de personas con las cuales

tiene relación sexual una persona en un período de tiempo determinado y grado de cuidado en la selección de la pareja. Combinando ambas variables obtenemos una matriz de las relaciones sexuales útil para clasificar los contactos sexuales de acuerdo al grado de riesgo que representan para el contagio y la propagación de las enfermedades venéreas. En la Figura 1 se presenta una adaptación simplificada del esquema de Loeb.

Figura 1

Tipología de las relaciones sexuales

Cuidado puesto en la selección de la pareja	Número de personas	
	Una	Más de una
Selección cuidadosa	A	B
Selección indiscriminada	C	D

El tipo A de relación sexual es el que presenta menos riesgos para el contagio y propagación porque los individuos involucrados no entran en contacto con grupos de alta incidencia en enfermedades venéreas, y es el que encontramos en relaciones estables, tales como el matrimonio y uniones no legales permanentes. El caso D es el opuesto al anteriormente mencionado y puede ser designado como relación promiscua, con o sin fines de lucro. En consecuencia, promiscuidad se definirá como relaciones sexuales con varias personas escogidas indiscriminadamente o en forma casual. De los cuatro tipos, el D es el de mayor riesgo y el que llevaría a una mayor difusión de las enfermedades venéreas.

El tipo C de relación es de alto riesgo de contagio para la persona involucrada, aunque no lleva necesariamente agregada la difusión de la enfermedad venérea.

La tipología presentada se basa en el punto de vista de una de las parejas y puede ser combinada con la del compañero. Así, situaciones de poco riesgo como el tipo A, pueden transformarse en peligrosas si una de las parejas mantiene relaciones sexuales indiscriminadas con otras personas. Un ejemplo de este tipo es el proporcionado por Celia S. Deschin: (10) "Una joven que asiste a la universidad y vive con sus padres tiene relaciones sexuales ocasionales con su novio. El novio transmite la enfermedad a la joven después que tuvo relaciones con una prostituta, a quien recurrió después de una pelea con su novia."

En el caso presentado la mujer mantenía una relación de poco riesgo en cuanto al contagio de una enfermedad venérea, pero la situación se tornó peligrosa cuando el hombre tuvo una relación de tipo casual.

Para poder afirmar que una conducta promiscua o una relación de tipo casual es la de más alto riesgo debemos demostrar que una gran proporción de las personas infectadas o que los miembros de grupos de alta incidencia tienen este tipo de relación sexual. Aunque no hemos encontrado investigaciones sobre la conducta sexual de personas infectadas que no están bajo tratamiento médico, es posible inferir de diversos estudios que una gran proporción de enfermos no tratados mantienen relaciones de tipo indiscriminado.

Considerando que las relaciones sexuales promiscuas y especialmente las que se basan en una selección casual facilitan la propagación de las enfermedades venéreas, debemos buscar en las investigaciones publicadas qué factores han sido detectados como importantes en la determinación de este tipo de conducta sexual. A fin de ordenar los hallazgos tendremos en cuenta los siguientes tres niveles de explicación: cultural, sociológico y psicológico.

Promiscuidad y relaciones sexuales indiscriminadas tienen facetas culturales, sociales y psicológicas. Desde el punto de vista cultural interesa conocer cuáles son los valores dominantes con respecto a la conducta sexual y sus variaciones entre e intra países. El sociólogo está interesado en conocer los factores sociales que inhiben o favorecen la conducta bajo estudio y el psicólogo en los motivos que llevan al individuo a desafiar los valores dominantes y a tomar riesgos, a pesar de conocer las posibilidades de contagio de enfermedades venéreas.

Con referencia al nivel cultural de explicación, varios autores (11,12,13) están de acuerdo que en los países occidentales los valores dominantes aprueban una conducta sexual basada en el amor, es decir en un conocimiento íntimo y con una cierta estabilidad. Block (14) observa la emergencia de una actitud sexual consistente en creencia en lo "correcto" de la relación sexual si hay evidencia de afecto y exclusividad; importancia de la experiencia sexual en si misma, independiente de su función reproductora; reconocimiento que el sentimiento sexual no es "malo" y un incremento de la aceptación de un estándar único de moralidad. Este nuevo patrón normativo se observa con mayor frecuencia entre los jóvenes

y en especial entre los de mayor nivel educacional (15). Estos resultados parecerían contradecir la opinión de algunos autores que interpretan como actitud favorable a la promiscuidad, la adopción por parte de los jóvenes de estándares sexuales más permisivos.

Existen, sin embargo, variaciones con respecto a las normas sexuales entre países y dentro de cada sociedad. Subgrupos dentro de un sistema social pueden diferir mucho con respecto a las normas y conductas dominantes de forma tal que constituyen subculturas bien diferenciadas (13).

Una de las subculturas más estudiadas, debido al énfasis que dan a una conducta sexual promiscua, son los hombres de clase baja y los jóvenes en general. Un rasgo típico de los miembros de estos grupos es el llamado "complejo de hombría" o "tabú de la ternura" (16).

La tendencia de estos grupos a demostrar la calidad de "hombre" los llevaría a una serie de conductas tales como actos de valentía, resistencia al dolor, manifestaciones de fuerza física, apariencia masculina y relaciones sexuales casuales y promiscuas (16, 17, 18 y 19). El haber contraído enfermedad venérea puede constituir también para estos individuos, un signo importante de su pertenencia a la categoría de "los hombres". La explicación que se ha dado para el "complejo de hombría" sería la pertenencia de los jóvenes y hombres de clase baja a una categoría subprivilegiada dentro de la sociedad, es decir que no posee medios accesibles y aprobados de movilidad social, constituyendo las manifestaciones de hombría uno de los pocos elementos que permitirían a estos individuos conseguir prestigio dentro de su grupo (16).

Se sostiene que los altos índices de relación pre-marital hallados en el pasado entre los hombres de clase baja parecen estar declinando en la dirección de los patrones de clase media. Los valores de clase media, de restricción y aplazamiento de gratificaciones, estarían permeando otras clases sociales como resultado del aumento del nivel económico y el número de jóvenes de diferente origen que entran a la educación media y superior (7).

Desde un punto de vista sociológico interesa conocer qué factores producen o aumentan aquellas relaciones sexuales que presentan mayor riesgo para el contagio y la propagación de las enfermedades: las relaciones promiscuas y aquellas donde la selección se hace en forma indiscriminada.

Las situaciones que colocan a las personas fuera de su grupo primario, considerando como tal la familia, amigos, vecindario, etc., facilitará el aumento de las relaciones de tipo casual o indiscriminado ya que este grupo ejerce un control sobre la conducta, de acuerdo a las normas aceptadas. En el caso de las clases medias, estas normas y valores rechazan un tipo de relación indiscriminada o casual. Además las personas alejadas de su grupo primario tienen mayor tiempo libre, especialmente en situaciones de transición tales como la de migración sin familia, que lleva a tener relaciones casuales.

De acuerdo a la teoría expuesta, los grupos con mayor probabilidad de riesgo serían los estudiantes recién llegados a una ciudad, inmigrantes recientes y sin familia, turistas, soldados estacionados fuera de su lugar de residencia permanente, marineros, y participantes en convenciones,

ferias internacionales o eventos deportivos. Una gran proporción de los clientes de las prostitutas pertenecen a estos grupos de personas, y se pueden encontrar en mayor proporción, en las grandes ciudades.

Los inmigrantes por las razones antes expresadas son un grupo de alto riesgo y representan, en varios países, una gran proporción del total de casos de enfermedades venéreas. En Inglaterra y Gales la mitad de los casos de gonorrea y cuatro de cada diez casos de sífilis primaria y secundaria que se atienden en las clínicas corresponden a inmigrantes (20). La fuente de infección principal de estos inmigrantes fueron mujeres promiscuas de la población local. Willcox expone que los inmigrantes están más propensos a contraer enfermedades venéreas, pues en un país extranjero tienen dificultades -al menos durante los años requeridos para ajustarse a su nueva vida- en establecer relaciones sexuales estables. Estos inmigrantes son frecuentemente jóvenes, activos sexualmente y se encuentran alejados de la influencia de los padres, familia y otros grupos que puedan inhibir relaciones de tipo promiscuo. Las demandas sexuales de estos individuos son satisfechas por las pocas mujeres inmigrantes disponibles y por mujeres promiscuas de la población local, las que generalmente tienen altos índices de infección venérea. Similar situación ocurre con la migración interna de los países. Butler en un estudio de los migrantes a un área urbana del Sur de los Estados Unidos encuentra que estos individuos de origen rural tienen mayor número de relaciones sexuales casuales (21) que cuando vivían en la zona rural. Los autores concluyen que es el tipo de contacto sexual, y no el número de parejas con que se tiene relación, lo que determina la probabilidad de contraer una enfermedad venérea.

Una gran proporción de estudiantes también se encuentran en una situación de transitoriedad, especialmente durante los primeros años, que los coloca entre los grupos de alto riesgo. Arya y Bennett en un estudio realizado entre los estudiantes de la Universidad de Africa Oriental encuentra que los estudiantes de otras partes de Africa se comportan como inmigrantes y tienen riesgos altos, por encontrarse lejos de sus esposas y otros parientes que regulan su conducta (15). En general -expresan los autores mencionados- los estudiantes que no contrajeron enfermedades venéreas fueron más cuidadosas en la selección de sus parejas sexuales que aquellos que las contrajeron. El incremento de enfermedades venéreas que parece observarse entre los adolescentes podría deberse a un aumento de las relaciones indiscriminadas debido a que un mayor número de jóvenes viven lejos de su familia y viajan con más frecuencia que lo hacían generaciones pasadas. Cuando se controla este factor, otros, tales como número de parejas y frecuencia de las relaciones, pierden importancia explicativa. Diversos estudios parecen confirmar esta hipótesis. En un estudio de 100 adolescentes infectados con gonorrea llevado a cabo en Copenague por Knud Ekstrom se encontró que sólo la mitad de los pacientes vivían en el hogar de sus padres siendo esta proporción pequeña si se considera lo que ocurre en la población normal de la misma edad (22).

Knobel (11) expresa que el inmigrante es culpado en casi todas las sociedades de transmitir la enfermedad venérea y supone que tal hecho se deba a la necesidad social de culpar a alguien que no pertenezca a la comunidad. La hipótesis de Knobel, de carácter psicológico y que merecería

ser puesta a prueba, no contradice la bien sustentada proposición de que situaciones que colocan al individuo fuera de su grupo primario puedan llevarlo a relaciones sexuales indiscriminadas y, en consecuencia, a contraer la enfermedad.

Es evidente que explicaciones puramente sociológicas o antropológicas no explican la totalidad del fenómeno en cuestión. Así, no todas las mujeres que emigran del campo a la ciudad terminan como prostitutas, ni todas las personas que están fuera de su grupo primario tienen relaciones indiscriminadas, y tampoco todos los jóvenes de clase baja tienen una conducta sexual promiscua. Falta por lo tanto la introducción de variables de personalidad que puedan completar la explicación de las variaciones en la conducta sexual que nos preocupa. Tres aspectos deberán ser tratados con respecto a personalidad: a) relación entre personalidad y ciertas conductas sexuales consideradas de alto riesgo; b) relación entre ambiente en el hogar y ciertos tipos de personalidad; y, c) interrelación entre personalidad y condiciones sociales que permiten relaciones indiscriminadas.

Existe una gran cantidad de estudios sobre personalidad de promiscuos y pacientes con enfermedades venéreas. La mayoría se basan en estudios de casos clínicos sin un tratamiento sistemático de la información disponible y en donde abundan interpretaciones que obedecen a diferentes escuelas psicológicas. Una revisión de las investigaciones en esta área (23, 24, 25) revela que los promiscuos sanos y enfermos son personas con conflictos psicológicos evidentes, con baja autoestima y controles

interiores poco desarrollados que les lleva a no poder mantener relaciones sexuales estables. Estas personas generalmente provienen de hogares desintegrados o conflictivos en donde un padre inadecuado y una madre no cariñosa impide la internalización de ciertos valores y normas que capacitan a los individuos para refrenar impulsos que violarían las normas de la sociedad (10).

Este deficiente control interno lleva a desorientación cuando el individuo se aleja del control externo de su grupo primario tal como sucede en los casos de emigración del campo a la ciudad. Cambios culturales rápidos pueden llevar a la delincuencia y a la prostitución debido a que el individuo recién llegado a la ciudad deja de cumplir las normas aprendidas en el ambiente rural y no logra interiorizar las normas urbanas. Esta desorientación, producto de un cierto tipo de personalidad unido a un cambio rápido de ambiente, convierten a estas personas en elementos de fácil explotación económica. Esta es una de las posibles explicaciones de por qué muchas de las prostitutas urbanas son de origen rural.

2. Conocimiento actual sobre los factores psico-socio-culturales que facilitan o impiden la aplicación de medidas preventivas

Parece indudable que un mayor conocimiento de los factores que intervienen en la historia natural de la enfermedad llevará a proponer nuevas medidas preventivas, además de las ya existentes. Sin embargo, muchas de las acciones preventivas hoy día recomendadas no alcanzan su total efectividad debido a factores psico-socio-culturales.

Las medidas preventivas han sido clasificadas por Leavell y Clark (1) en diferentes niveles que están íntimamente relacionadas con las fases de la historia natural de la enfermedad anteriormente mencionadas. El nivel de prevención primaria corresponde a la fase prepatogénica y los niveles de prevención secundaria y terciaria a la etapa patogénica.

### 2.1 Conducta preventiva en estado de salud

Entre las medidas preventivas propuestas en el nivel primario tenemos la educación sexual, la higiene, los exámenes serológicos prenatales y el evitar la promiscuidad sexual. ¿En qué medida la educación sanitaria o sexual puede cambiar aquellos patrones de conducta que representan riesgos para el individuo y la comunidad?

La ignorancia sobre aspectos sexuales y sobre la transmisión de las enfermedades venéreas es responsable de que muchos individuos contraigan la enfermedad y en estas personas la educación sexual ayudará sin duda a reducir los riesgos (26, 27). Sin embargo, varios estudios han demostrado la ineficacia de actividades de educación sanitaria (27, 28). Así, Arya y Bennet (15) en una investigación en estudiantes encontraron que el consejo y las discusiones de grupo que acompaña al tratamiento de enfermos con venéreas no reduce la probabilidad de reinfección. Igual observación en otro tipo de paciente ha sido dada por Ekstrom.

Los estudios mencionados parecen sugerir que la simple posesión de conocimiento no es suficiente para determinar una conducta racional frente a la enfermedad. Es indudable que en este proceso están envueltos elementos afectivos que son difíciles de cambiar por estar ligados a niveles profundos de la personalidad.

## 2.2 Conducta preventiva en estado de enfermedad

El diagnóstico temprano y el tratamiento precoz constituyen los principios básicos del control de las enfermedades venéreas en el nivel de prevención secundario. Uno de los procedimientos para lograrlo es la búsqueda de contactos y su tratamiento (30). El Dr. King (31) en un artículo reciente afirma que "la búsqueda de contactos organizada en forma adecuada y llevada a cabo por gente capaz, dedicada, y en número suficiente y dirigida desde las clínicas, constituye la esperanza mayor de reducir, en una primera instancia, y eliminar, en una segunda etapa, la sífilis y la gonorrea." La búsqueda de contactos, aun contando con una organización y personal adecuado, presenta dificultades, producto de factores psico-sociales que podemos clasificar en:

- a. colaboración insuficiente de los pacientes;
- b. actitud negativa del personal de salud hacia los pacientes con enfermedades venéreas; y,
- c. denuncia incompleta de casos por parte de los médicos.

### a. Colaboración insuficiente de los pacientes

De todas las personas expuestas a contagio sólo algunas buscan atención médica inmediata (31). Este fenómeno no es peculiar de las enfermedades venéreas aunque pareciera que el porcentaje de los que no buscan ayuda médica es mucho mayor que en otros tipos de malestar. Los factores que se ha encontrado altamente relacionados en varias enfermedades con la búsqueda de ayuda médica son: severidad de los síntomas e interpretación de los síntomas como indicadores de enfermedad en forma tal que

cuando más grave fueron percibidos los primeros síntomas más probable era que la persona pensara en visitar al médico y que, realmente, lo hiciera de inmediato. En los casos en que los síntomas se consideraban menos agudos se utilizaban procedimientos de atención propia tales como el uso de medicinas caseras o de patente (32). Igualmente, si los síntomas se interpretaban como indicadores de enfermedad era más probable que la persona pensara en visitar al médico y que lo hiciera.

Carlson (33) en una investigación sobre factores relacionados con la búsqueda de ayuda médica inmediata encuentra cuatro explicaciones para el no contacto voluntario con atención médica: a) la no percepción de síntomas tempranos de enfermedad venérea, especialmente en las mujeres; b) el estigma que el paciente pensaba que tenía la enfermedad venérea; c) falta de información adecuada acerca de la causa y posibles consecuencias de la infección venérea; y, d) miedo al tratamiento y desconfianza general de los médicos y de los centros especializados de tratamiento. Al igual que para otras enfermedades, Carlson encontró que la influencia del grupo primario era de mucha importancia en la decisión de búsqueda de ayuda médica. Identificación y dependencia estrecha con el grupo primario -descrito por otros autores como localismos- llevaba a la no consulta médica y al tratamiento casero o por otras personas conocidas.

La falta de información sobre los síntomas, causas y consecuencias de las enfermedades venéreas es un fenómeno general en la población tal como ha sido demostrada por diversos estudios (27). Este hallazgo adquiere importancia si tenemos en cuenta que el primer diagnóstico lo hace la persona enferma o probablemente enferma y que del diagnóstico al

cual llegue dependerá su conducta ulterior. Es por ésto que una vez encontrado un contacto y hecho un diagnóstico por parte del médico, el paciente tendrá que ser convencido a fin de que colabore en el tratamiento. Una proporción alta de contactos localizados no siguen el tratamiento indicado porque no han llegado a una definición propia de la enfermedad y desconocen las consecuencias que la misma implica.

En otro estudio, Morsell encuentra que la percepción de síntomas es fundamental en la decisión de buscar tratamiento, pero que un 15% de los que consultaron voluntariamente no habían notado síntomas y que un 29% de los no voluntarios habían notado síntomas definitivos, pero los habían ignorado.

El sentido de vulnerabilidad personal -la conciencia de enfermedad venérea como un problema de preocupación personal- constituyó en el mencionado estudio un factor importante en la búsqueda de ayuda médica cuando había ausencia de síntomas. En general, el nivel de conocimiento estaba positivamente relacionado con sospecha de infección y búsqueda de tratamiento. Sin embargo, en hombres jóvenes el mayor conocimiento estaba negativamente correlacionado con rapidez de búsqueda médica. Este resultado podría explicarse porque el conocimiento que los miembros de este grupo tienen, pueden llevarlos a creer que están en "control de la situación", disminuyendo el miedo a la enfermedad y retrasando, por lo tanto, la consulta médica.

Los factores encontrados por Carlson y Morsell para explicar una conducta diferencial con respecto a la búsqueda de ayuda médica han sido también confirmados por estudios de otras enfermedades. Esto nos hace suponer que las barreras psicológicas y sociales que impiden que los individuos consulten al médico son similares para todas las enfermedades, pero más acentuadas en el caso de las infecciones venéreas.

b. Actitud negativa del personal de salud hacia los pacientes con enfermedades venéreas

La imagen de estigma social que para la población tienen las enfermedades venéreas se extiende también a los profesionales de la salud (10). Esta imagen negativa podría reflejarse en el trato que algunos profesionales dan al paciente creándole un sentimiento inconfortable que puede llevar al rechazo del diagnóstico o del tratamiento. Se han descrito efectos iatrogénicos como resultado de diagnósticos equivocados (34) de enfermedades venéreas revelando el impacto que puede tener un diagnóstico de enfermedad venérea en ciertos individuos que consideran a estas dolencias como sinónimo de pecado y deterioro personal.

c. Denuncia incompleta de casos por parte de los médicos

Otro aspecto del efecto que pueden tener los profesionales de la salud sobre el control de las enfermedades venéreas es la no denuncia de casos, aun en países donde es obligatoria por ley. En un estudio realizado por la American Social Health Association en 1963, en los Estados Unidos se encontró que los médicos privados sólo denunciaron un porcentaje reducido de los casos que habían tratado (35).

En un estudio hecho por la National Opinion Research Center de la Universidad de Chicago, en 1965, se encontró que el problema no consistía en médicos que denunciaban y médicos que no denunciaban, sino que todos los médicos hacían una denuncia selectiva (36). Los médicos entrevistados eran más conscientes de su papel como parte de la relación médico-paciente, y menos de su papel como protectores de la comunidad.

El médico enfrentado ante el dilema de proteger a su cliente o la comunidad resuelve el problema denunciando algunos de los casos y no otros (37). Una explicación de esta actitud podría ser una falla de formación profesional que pondría un mayor énfasis en la protección del paciente-individuo.

### 3. Temas de investigación sobre aspectos psico-socio-culturales de las enfermedades venéreas

Un inventario de la literatura científica a nuestra disposición sobre los aspectos psico-socio culturales de las enfermedades venéreas revela: (ANEXO A)

- a. Existencia de un número reducido de proposiciones científicas confirmadas empíricamente y abundancia de explicaciones que no han sido puestas a prueba.
- b. Definiciones poco precisas y variación en el uso de indicadores para medir conceptos relevantes tales como promiscuidad sexual, frecuencia de las relaciones sexuales y grado de selección de la pareja.
- c. Existencia de "falacias ecológicas" en muchas de las interpretaciones de los resultados de investigaciones.

d. Carencia casi total en la América Latina de investigaciones sobre estos aspectos de las enfermedades venéreas.

e. Falta de estudios multidisciplinarios que llevan a un conocimiento parcial del problema.

f. No se han llevado a cabo estudios comparativos destinados a comprobar hipótesis de alto nivel de generalidad.

Parecería pues, necesario y urgente estimular investigaciones en la América Latina sobre los aspectos psico-socio-culturales de las enfermedades venéreas con el doble propósito de contribuir a encontrar medidas más eficaces para el control de éstas y aportar nuevos conocimientos en el campo de las ciencias de la conducta.

Los problemas susceptibles de investigación de mayor pertinencia y urgencia especialmente para la América Latina pueden clasificarse en dos categorías: a) aspectos psico-socio-culturales de la historia natural de las enfermedades venéreas; y, b) factores de la conducta preventiva en estado de salud y enfermedad.

### 3.1 Aspectos psico-socio-culturales de la historia natural de las enfermedades venéreas

Los aspectos psico-socio-culturales de la historia natural de las enfermedades venéreas tienen relación con los factores que, en la etapa prepatogénica, inhiben o promueven el contacto entre el agente productor de enfermedad y el huésped. A pesar que existen estudios sobre el particular, los resultados no son concluyentes y debido a que se refieren a otros contextos culturales deberían ser replicados en la América Latina.

Diseños adecuados para el estudio del problema planteado deberían poder alcanzar algunas de las siguientes metas: (Figura 2)

a. Identificar los tipos de relaciones sexuales que presentan mayor riesgo para el contagio y la propagación de las enfermedades venéreas, mediante un análisis detallado de las características de la relación sexual que facilitó el contagio en algunas personas y puso en peligro a otras ("contactos" no infectados).

b. Describir la conducta sexual de individuos enfermos durante el período de infección permitiendo identificar focos o fuentes de infección en una sociedad determinada. Este tipo de estudios debería además proporcionarnos información sobre los mecanismos psico-sociológicos que llevan a muchos de estos individuos enfermos a continuar su actividad sexual, aún cuando saben o sospechan que ponen en peligro a otras personas.

c. Conocer la distribución de las relaciones identificadas como de mayor riesgo en diferentes grupos y estratos de una sociedad determinada.

Mediante el uso de técnicas sociométricas y partiendo de casos diagnosticados podrían descubrirse los grupos de mayor riesgo en una determinada sociedad. Conociendo que los enfermos provienen o están en relación con grupos promiscuos estos podrían descubrirse obteniendo del enfermo la identificación de los miembros de aquellos grupos primarios con los cuales mantiene relación de cualquier tipo, tales como de amistad, trabajo, recreacionales y sexuales. Este método ha sido utilizado con éxito por varios investigadores (38).

Figura 2

Temas de investigación sobre los aspectos psico-socio-culturales de las enfermedades venéreas

A. Aspectos psico-socio-culturales de la historia natural de la enfermedad



FACTORES QUE INHIBEN O PROMUEVEN EL CONTACTO ENTRE AGENTE PRODUCTOR DE ENFERMEDAD Y EL HUESPED

1. Identificación de los tipos de relaciones sexuales que presentan mayores riesgos para el contagio y la propagación de las enfermedades venéreas
2. Descripción de la conducta sexual de individuos con enfermedad venérea durante el período infeccioso
3. Conocimiento de la distribución y grado de institucionalización de las relaciones sexuales identificadas como de mayor riesgo, en diferentes países y en los distintos estratos y grupos de cada sociedad
4. Determinación de los factores psicológicos, sociales y culturales que afectan el tipo de conducta sexual considerada como de alto riesgo:

d. Determinar los factores psicológicos, sociológicos y culturales que afectan el tipo de conducta considerada como de alto riesgo. Entre éstos: valores y normas prevalentes sobre las relaciones sexuales y las enfermedades venéreas, rasgos de personalidad tales como "propensión a exponerse al peligro de contagio"; situaciones que colocan al individuo fuera del grupo primario en forma transitoria, como en los casos de movilidad geográfica, desorganización familiar y situación económica.

### 3.2 Factores psico-socio-culturales de la conducta preventiva en estado de salud y enfermedad

Los factores psico-socio-culturales de la conducta preventiva pueden clasificarse de acuerdo al estado de salud o enfermedad en que se encuentra el individuo, correspondiendo el estado de salud al nivel de prevención primario y el de enfermedad a los niveles de prevención secundario y terciario.

#### a. Conducta preventiva en estado de salud

Muchas de las medidas preventivas aconsejadas en el nivel primario presuponen una conducta apropiada de los individuos, quienes deberán cuidarse de no exponerse a situaciones de riesgo y usar medidas protectoras de las enfermedades venéreas. Sabemos con certeza que esto no es así y que, por el contrario, muchas personas actúan irracionalmente frente al peligro de las enfermedades venéreas.

Descubrir las razones por las cuales algunas personas toman medidas preventivas y otras no facilitaría el descubrimiento de nuevos medios de prevención y el mejoramiento de otros ya existentes. (Figura 3)

Una de las teorías más simples en esta área es la que postula una relación entre creencias, actitudes o conocimientos y adopción de medidas preventivas. La educación sanitaria y la educación sexual se basa en este tipo de proposiciones. Sin embargo, las ciencias de la conducta han demostrado que esta asociación no se observa siempre, ya que algunos individuos no presentan una conducta frente a las enfermedades venéreas que corresponda con sus conocimientos y creencias, debido, en parte, a presiones sociales y razones psicológicas.

Entre las causas psicológicas que impide una conducta racional se han descrito dos factores que deberían ser estudiados con mayor profundidad: a) grado de preocupación ante la posibilidad de contagio; y, b) el de vulnerabilidad personal o creencia que es posible que la persona contraiga la enfermedad. Cuando estos dos factores se encuentran asociados con conocimiento sobre las medidas para prevenir las enfermedades es posible predecir una conducta apropiada. En qué medida estos rasgos psicológicos son expresión de un tipo de personalidad y cómo se genera dicha personalidad, son preguntas sobre las cuales todavía no tenemos respuestas precisas. Podemos afirmar, sin embargo, con bastante seguridad que los cambios en actitud y comportamiento son difíciles de lograr y que los mismos no suceden con la simple exposición a los medios de información.

TEMAS DE INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES  
DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

B. Factores psico-socio-culturales de la conducta preventiva en estado de salud.

-----Prevención primaria-----

FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE LOS INDIVIDUOS TOMEN  
MEDIDAS PREVENTIVAS

1. Influencia en la adopción de medidas preventivas de:
  - a) opiniones, actitudes y creencias;
  - b) rasgos de personalidad, tales como "vulnerabilidad personal"; y,
  - c) presiones sociales provenientes de los grupos primarios.
2. Evaluación del grado de efectividad de diferentes medios de información y estudio de la ruta seguida por las comunicaciones sobre enfermedades venéreas, con especial énfasis en las funciones de los líderes de opinión.

Con respecto a este problema, el Dr. Theodore J. Bauer relataba hace algunos años la siguiente experiencia: "Los resultados de nuestros primeros esfuerzos para evaluar el efecto de la prensa, el radio y el cine fueron inexplicablemente desconsoladores. Solamente un pequeño porcentaje de los sujetos que asistieron a la clínica para el diagnóstico de su padecimiento habían visto una película o leído un folleto u oído un programa de radio alusivo. Los individuos asistentes a las clínicas dieron como razón más frecuente la de que un amigo o conocido se los había indicado. Lo más curioso fue que el amigo o conocido les informó correctamente". (39)

Los hallazgos descritos por Bauer han sido encontrados en otras áreas y obedecen a regularidades de la conducta que se enuncian de la siguiente forma:

"Los medios de comunicación de masa ejercen una influencia indirecta a través de líderes de opinión. Los líderes de opinión son individuos que leen y escuchan los medios de comunicación que luego transmiten a sus parientes, amigos y conocidos. Este fenómeno se describe como flujo de la comunicación en dos etapas. En consecuencia, las comunicaciones serán más efectivas si se dirigen a los líderes de opinión del grupo en lugar de a todos los miembros del grupo". (40)

Sabemos poco, salvo algunas observaciones aisladas, sobre como funcionan los líderes de opinión con respecto a informaciones sobre las enfermedades venéreas.

La discusión previa reafirma la importancia que tiene el grupo primario en modelar y cambiar las actitudes y comportamientos de sus miembros

Sin embargo, a pesar de la cantidad de conocimiento acumulado por las ciencias de la conducta en este campo poco o nada se ha aplicado en el área de las enfermedades en general y de las enfermedades venéreas en particular.

Es muy probable que la influencia del grupo primario sea fundamental en la conducta frente a las enfermedades venéreas ya que sabemos que estas se discuten solo con las personas de mayor intimidad.

### 3.2 Conducta preventiva en estado de enfermedad

La conducta seguida por la persona enferma o expuesta al contagio tiene consecuencias para el individuo y para la sociedad en la medida que éste constituye un foco de infección. Para su estudio es conveniente analizar independientemente y en sus interrelaciones las conductas del enfermo, el "contacto sexual" y el médico. (Figura 4)

#### a. Conducta preventiva del enfermo

La persona enferma pasa por una serie de etapas o fases en cada una de las cuales deberá tomar decisiones que tendrán repercusiones en el desarrollo de su dolencia y en la propagación de la enfermedad. Estas decisiones han sido descritas por Schuman (41) para las enfermedades en general y serán aplicadas, con algunas modificaciones, para el estudio de personas con enfermedades venéreas. En cada una de estas decisiones la meta del investigador es descubrir los factores psico-socio-culturales que la determinan.

#### 1) Convicción de sentirse mal

La percepción de los síntomas y su interpretación son los elementos básicos en la iniciación del proceso de la atención médica. Desconocemos

Figura 4

TEMAS DE INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES  
DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

C. Factores psico-socio-culturales de la conducta preventiva en estado de enfermedad o peligro de enfermedad



NIVEL PROFESIONAL  
DE SALUD

Factores que intervienen en:

1. Decisión de denunciar a las autoridades de salud los casos de enfermedad venérea

NIVEL ENFERMO

Factores que intervienen en:

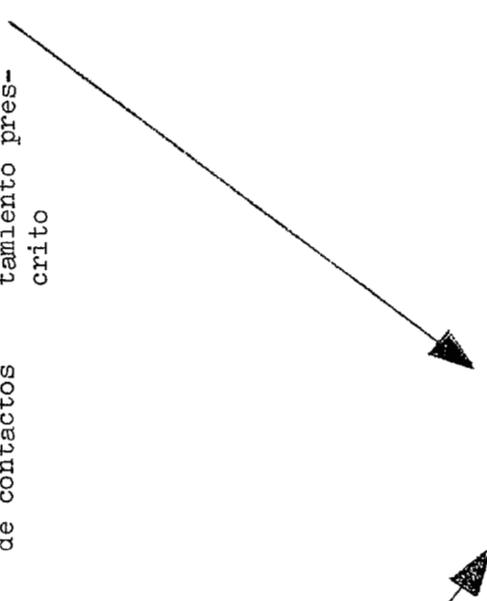
1. Convicción de sentirse mal
2. Convicción de que la persona está enferma y necesita ayuda médica
3. Determinación de visitar al médico
4. Determinación de colaborar en la búsqueda de contactos
5. Determinación de aceptar y seguir el tratamiento prescrito
6. Determinación de abandonar el papel paciente

NIVEL "CONTACTO"

Factores que intervienen en:

1. Convicción de que ha estado expuesto a una situación de riesgo para su salud
2. Convicción de que necesita ayuda médica para saber si está enfermo

Reintegro a las actividades normales



hasta ahora qué tipo de síntomas son considerados por parte de la población sana y enferma como los de mayor gravedad en las enfermedades venéreas y el grado en que influyen la decisión de obtener ayuda médica.

II) Convicción de que uno está enfermo y necesita ayuda médica

Durante esta fase el presunto paciente trata de aliviar los síntomas, de obtener informes y consejos, así como la aceptación temporal de sus familiares y amigos respecto a su condición. Teniendo en cuenta el estigma social que representa en muchas sociedades las enfermedades venéreas debemos preguntarnos a qué grupo consulta el presunto paciente y qué medios utiliza para el alivio de sus síntomas.

III) La determinación de visitar al médico

En esta fase, el enfermo trata de obtener un diagnóstico médico y un curso prescrito de tratamiento. En el caso de las enfermedades venéreas muchas personas no recurren voluntariamente al médico y pueden rehusar el diagnóstico inicial, o el tratamiento, y comenzar la búsqueda de otras fuentes de atención, generalmente "profanas" que se ajustan mejor a sus necesidades y preconcepciones. En esta fase es importante estudiar la influencia que tiene la actitud y la conducta del personal de salud en el rechazo del diagnóstico médico o el tratamiento.

IV) Determinación de colaborar en la búsqueda de contactos

La denuncia de contactos sexuales, tal como lo dijéramos anteriormente, constituye uno de los elementos más importantes del control de las enfermedades venéreas. Pero, al mismo tiempo, es para el individuo una de las decisiones más difíciles de hacer. Para vencer esta resistencia

algunos médicos han llegado a sugerir diversos enfoques, pero en verdad desconocemos los conflictos que debe enfrentar el enfermo para llegar a una decisión y los factores que la determinan (42). Dado que el acto de la denuncia es visto en nuestras sociedades como altamente repudiable porque implica deslealtad, podemos suponer que la denuncia de los contactos conlleva también un conflicto de igual tipo. Grado de conocimiento, presiones sociales y personalidad pueden estar influenciado para que el individuo proporcione los nombres de las personas con las cuales ha tenido contacto sexual.

V) La determinación de ceder la dirección al médico y de aceptar y seguir el tratamiento prescrito

Es en esta fase en la que el enfermo se convierte en paciente. Sin embargo, visitar a un médico no significa necesariamente que la persona está dispuesta a aceptar sus recomendaciones. Existen diversos factores psico-socio-culturales que pueden interferir con el curso del tratamiento y que deberían ser estudiados, tales como diferentes concepciones acerca de la enfermedad, obstáculos administrativos y la actitud del médico hacia el paciente.

VI) Determinación de abandonar el papel de paciente

Durante las fases de convalecencia o restablecimiento, el ex-paciente debe aprender una vez más a desenvolverse en el ambiente de personas sanas. No sabemos cuáles son los problemas de ajuste que presentan los enfermos de dolencias venéreas, pero parece probable que el ocultamiento de la enfermedad juegue un papel importante en el proceso de readaptación.

b) Conducta preventiva de los "contactos sexuales" localizados.

El contacto sexual localizado pasa, al igual que el enfermo, por una serie de decisiones que pueden llevarlo a la adopción del papel de paciente o al reintegro a la vida normal.

Las decisiones a las que debe arribar el "contacto" son:

i. Convicción de que ha estado expuesto a una situación de riesgo.

El contacto, una vez localizado, debe ser convencido que debe visitar una clínica especializada. La no presencia de síntomas hace que esta decisión sea muy difícil de tomar.

ii. Convicción de que puede estar enfermo y necesita ayuda médica.

En esta decisión, al igual que en otras, el grupo primario debe jugar un papel de suma importancia.

iii. La determinación de visitar al médico. En esta face el individuo tratará de obtener un diagnóstico que puede llevarlo a una situación de paciente o a reintegrarse a sus actividades.

c. Conducta preventiva de los profesionales de salud y en especial de los médicos

La decisión más importante para este grupo es la de la denuncia de los casos diagnosticado. Sabemos por otras investigaciones que los médicos generalmente hacen una denuncia selectiva, pero desconocemos los criterios que emplean para denunciar a algunos y no a otros. La formación profesional deberá ser examinada al igual que las actitudes hacia las clínicas especializadas ya que en este último caso, podría suceder que la falta de confianza en estos centros estuviera determinando la decisión de denunciar.

#### 4. Resumen y conclusiones

Se hace un análisis de la literatura científica disponible sobre los aspectos psico-socio-culturales de las enfermedades venéreas y se destacan algunos de los conocimientos acumulados por las ciencias de la conducta ordenándolos según los modelos de historia natural de la enfermedad y conducta preventiva en estado de salud y enfermedad.

El examen de la literatura científica revela:

a. Existencia de un número reducido de proposiciones científicas confirmadas y abundancia de explicaciones que no han sido puestas a prueba.

b. Definiciones poco precisas y variación en el uso de indicadores para medir conceptos relevantes tales como promiscuidad sexual, frecuencia de las relaciones sexuales y grado de selección de la pareja.

c. Existencia de "falacias ecológicas" en muchas de las interpretaciones de los resultados de las investigaciones. Así, correlaciones positivas por países, ciudades o regiones entre índices de frecuencia de actividad sexual y frecuencia de enfermedades venéreas puede no apoyar la hipótesis que los individuos con mayor actividad sexual son los que presentan mayor riesgos de contraer enfermedades venéreas. En otras palabras, el análisis de grupos sociales es inapropiada cuando la hipótesis se refiere a individuos.

d. Faltan estudios comparativos destinados a comprobar hipótesis de alto nivel de generalidad.

En vista de los resultados del estudio de las investigaciones sobre aspectos psico-socio-culturales de las enfermedades venéreas se recomienda como necesario y urgente estimular investigaciones en la América Latina sobre estos aspectos. Se presentan temas susceptibles de investigar, que se clasifican en dos grandes categorías: aspectos psico-socio-culturales de la historia natural de la enfermedad y factores de la conducta preventiva en estado de salud y enfermedad.

REFERENCIAS

1. Leavell, Hugh R. y Clark, Gurney E., Preventive Medicine for the Doctor in his Community: McGraw-Hill Book Company, New York, 1953.
2. García, Juan César, Paradigma para la Enseñanza de las Ciencias de la Conducta en las Escuelas de Medicina, OPS, 1968.
3. Idsoe O. y Guthe T., The Rise and Fall of the Treponematoses, I Ecological Aspects and International Trends in Venereal Syphilis: Brit. J. Vener. Dis. (1967), 43, 227.
4. Juhlin Lennart y Lidén Sture, Influence of Contraceptive Gestogen Pills on Sexual Behaviour and the Spread of Gonorrhoea; Brit. J. Vener. Dis (1969) 45-321.
5. Linken A. y Wiener R.S.P., Promiscuity and Contraception in a Sample of Patients Attending a Clinic for Venereal Diseases: Brit. J. Vener Dis (1970), 46, 243.
6. Cohen L., The "pill", Promiscuity and Venereal Disease, Brit. J. Vener. Dis (1970) 46, 108.
7. Cagnon, John y Simon, William, Prospects for Change in America Sexual Patterns V.D., the Challenge to Man, A report on VD Research Priorities, American Social Health Association, 1969.
8. Loeb, M.B., Future Problems of Venereal Disease Control Affected by Increased Teenage Population, Brit. J. Vener. Dis. (1960), 36.
9. Beeston, John, Deterrent Effects of Venereal Disease in Subsequent Sexual Behaviour: Proceedings of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964.
10. Deschin, Celia S., Teenagers and Venereal Disease: A Sociological Study. Atlanta, Georgia., U.S. Department of Health, Education, and Welfare Communicable Disease Center, 1961.
11. Knobel, Mauricio, Social Patterns and Venereal Disease: Proceedings of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 380-387.
12. Foa, Uriel, Social Stratification and Venereal Disease, Proceedings of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 388-392.
13. Forer, Raymond, Cross-Cultural Contact and Venereal Disease, Proceedings of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964.

14. Bloch, Herbert A., Significance to the Person of his Attitudes Toward Venereal Disease: Proceeding of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 412-418.
15. Arya, O.P. y Bennett, F.J., Attitudes of Students to V.D., Brit. J.Vener. Dis.
16. Heintz, Peter, Curso de Sociología, Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile, 1960.
17. Bloch, Herbert A. y Geis, Bilbert, Man, Crime and Society, Random House, Inc. New York, 1962.
18. Miller, Walter B., Cultural Features of an Urban Lower Class Community, United Community Funds and Councils of America, 1958.
19. Hochberg, Louis, y Grass, Constance, A Local Health Department Social Work Study of Teen-age Venereal Disease patients, California's Health, Vol. 19, No. 3, August 1, 1961.
20. Willcox, R.R., Immigration and Venereal Disease in Great Britain, Brit.J. Vener. Dis. (1966), 42, 225.
21. Butler, K., A Study of Venereal Disease Among a Population who have Migrated to an Urban Area, Tesis no publicada, Department of Sociology and Anthropology Emory University, Atlanta, Georgia, 1965.
22. Ekstrom, Knud, One Hundred Teenagers in Copenhagen infected with Gonorrhoea A socio-psychiatric study, Brit. J. Vener Dis. (1966), 42, 162.
23. Wittkower, E.D. y Cowan, J., Some Psychological Aspects of Sexual Promiscuity, Psychosomatic Med., 6:287-294, 1944.
24. Watts, G.O. y Wilson, R.A., Study of Personality Factors Among Venereal Disease Patients, Canad. Med. Assoc. J., 53:119-122, 1945.
25. Berblinger, Klaus W., The Poor Predictor of Probabilities: A Psychiatrist Looks at Contagion and Cure, Proceeding of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 373-379.
26. Marcondes, Ruth S. y Edmonds, Scott W., Health Knowledge of Prostitutes in Saigon, Vietnam, Rev. Saúde Públ. S. Paulo, 1 (1): 18-23, jun. 1967.
27. Lambo, Thomas A., How People Get Information About Venereal Disease, Proceeding of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 465-469.

28. Morsell, John, Venereal Disease as a Subject of Medical Sociology, Proceedings of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 488-492.
29. Arya, O.P. y Bennett F.J., Venereal Disease in an Elite Group (university students) in East Africa, Brit. J. Vener. Dis. (1967), 43, 275.
30. Musprat, B. y Ponting L.I., Improved Methods of Contact Tracing, Brit. J. Vener. Dis. (1967), 43, 204.
31. King, Ambrose, Failure to Control Venereal Disease, Brit. Med. J. Feb. 1970. Vol. 1, 451-457.
32. Anderson K., Self-medication by Patients attending a VD Clinic, Brit J. Vener. Dis. (1966), 42, 44.
33. Carlson, Robert O., Non-Medical Factors Influencing Reactions to Syphilis, Proceedings of the World Forum on Syphilis and other Treponematoses, U.S. Department of Health Education, and Welfare, Public Health Service, Communicable Disease Center, Venereal Disease Branch, Atlanta, Georgia, 1964. Pag. 504-508.
34. Bernfeld, W.K., Iatrogenic Venereological Complaints, Brit J. Vener. Dis. (1968), 44, 82.
35. Curtis, A.C., National Survey of Venereal Disease Treatment, JAMA 186: 46-49 (Oct.5), 1963.
36. Cleere, R.L., Dougherty, W.J., Fiumara N.J., Jenike C., Lentz, J.W., Rose, N.J., Physicians' Attitudes Toward Venereal Disease Reporting, JAMA 202: 941-946, (Dec.4), 1967.
37. Fick, G.C., Professional Secrecy and What it Implies, South African Med. J. 43: 1962-1466 (Dec. 6), 1969.
38. Armijo, Rolando., Curso de Epidemiologia, Universided de Chile, Santiago 1964.
39. Bauer, Theodore J., Tratamiento y Control de las Enfermedades Venereas, Boletín de la OSP, Agosto 1952.
40. Berelson, Bernard y Steiner, Gary., Human Behavior: An Inventory of Scientific Findings, Harcourt, Brace and Worlf, Inc. New York, 1964.
41. Shuchman, Edward A., Social Patterns of Illness and Medical Care: J. Health and Human Behavior, - 2-15, primavera de 1965.
42. Goodman, Herman, Método para vencer la renuncia de los enfermos venereos a revelar sus contactos, Boletín de la OSP, Agosto 1952.

BIBLIOGRAFIA SOBRE ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES  
DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS  
(En inglés, francés y español)

Realizada mediante el sistema MEDLARS, por la National Library of Medicine, Department of Health, Education and Welfare, Bethesda, Maryland. La bibliografía fue preparada para un período de 33 meses, desde enero de 1968 hasta septiembre de 1970, a pedido de la OPS/OMS.

1. Acres, S. E. The Pox. *Canad J. Public Health*, 60:457-458, Dec. 1969.
2. Andrews, E. M. Venereal Diseases Educational Project--Hutt Health District, Sep. 1967. *Occupational Health Nurse*, 1:11, Dec. 1967.
3. Brown, W.J. (Some of the Problems in the Control of Syphilis in the United States). *Salud Pública Mex.* 10:615-618, Sep-Oct. 1968.
4. Brown, W.J., and Scheer, D.J. Use of Behavioral Research in Venereal Disease Control. *Public Health Rep.* 83:583-586, Jul. 1968.
5. Brown, W. J. Eradication of Syphilis: The Missing Element. *Ann Intern Med.* 72:278-280, Feb. 1970.
6. Brown, W.J. Gonorrhea: Not Yet Controllable. *Ann Intern Med.* 72:280-281, Feb. 1970.
7. Callin, A.E. (How Much Does an Inadequate Syphilis Control Program Cost a Country). *Salud Pública Mex.* 10:611-614, Sep-Oct. 1968.
8. Cirera, P.; Larrouy, G., and Legonidec, G. (On the Frequency of Syphilis in Various Populations in the Caribbean Area). *Bull Soc. Path. Exot.* 61:169-176, 1968.
9. Cirera, P.; Quilici, J.C., and Coudert, J. (Absence of Syphilis in the Population of Chipaya (Bolivia)). *Bull Soc. Path. Exot.* 61:849-852, Nov-Dec. 1968.

10. Collum, E. W. The School Nurse and Venereal Disease Education. *S. Carolina Nurs.* 20:7,30-33, Spring 1968.
11. Fiumara, N. J. Venereal Disease. *Pediat. Clin. N. Amer.* 16:333-345, May 1969.
12. Goldstein, M. S. Human Paleopathology and some Diseases in Living Primitive Societies: A Review of the Recent Literature. *Amer. J. Phys. Anthropol.* 31:285-293, Nov. 1969.
13. Hayes, G.S. Venereal Disease Control in Australia. *Med. J. Aust.* 1:1151-1152, 31 May 1969.
14. Idsoe, O. and Guthe, T. The Rise and Fall of the Treponematoses. I. Ecological Aspects and International Trends in Venereal Syphilis. *Brit. J. Vener. Dis.* 43:227-243, Dec. 1967.
15. Jekel, J.F. Role of Acquired Immunity to *T. Pallidum* in the Control of Syphilis. *Public Health Rep.* 83:627-632, Aug. 1968.
16. Johnson, D.W.; Holmes, K.K., and Kvale, P.A. An Evaluation of Gonorrhea Case Findings in the Chronically Infected Female. *Amer. J. Epidem.* 90:438-448, Nov. 1969.
17. Juhlin, L. Factors Influencing the Spread of Gonorrhea. I. Educational and Social Behavior. *Acta Dermatovener (Stockholm)* 48:75-81, 1968.
18. King, A. Failure to Control Venereal Disease. *Brit. Med. J.* 1:451-457, 21 Feb. 1970.
19. Manser, H. Is Education the Answer to the Venereal Disease Problem. *J. Amer. Osteopath Ass.* 67:1031-1037, May 1968.
20. Many, P.; Reboul, M. E. and Lapeyre, J. (Studies of the Education of Young People Concerning Venereal Diseases). *Bull. Soc. Franc. Derm Syph.* 74:772-780, 1967.
21. Nesor, W. B. and Wiechmann, G. H. Attitudes of Prospective School Teachers on Teaching Venereal Disease Information. *Public Health Rep.* 82:917-920, Oct. 1967.

22. Nesor, W. B. Environmental Indicators and Implications for Control of Infectious Syphilis. Missouri Med. 64:822-825, Oct. 1967.
23. Porter, W. L. Attitudes Toward Venereal Disease. Delaware Med. J. 40:373-375, Dec. 1968.
24. Robertson, D. H. Medical and Legal Problems in the Treatment of Delinquent Girls in Scotland. I. Girls in Custodial Institutions. Brit. J. Vener. Dis. 45:129-139, Jun. 1969.
25. (Siegler, S. L. and Siegler, H. M. A Tribute to Samuel L. Siegler, M.D. (1898-1953). Fertil Steril. 20:529-544, Jul-Aug. 1969.
26. Smoler, J.; Pinto, S.L. and Vival, G. Syphilis: A Difficult Diagnosis. Laryngoscope. 78:404-410, Mar. 1968.
27. Starkie, C. Must Adam Die Before Eve. Roy Soc. Health J. 89:268-288. Nov.-Dec. 1969.
28. Uhlin, L. Factors Influencing the Spread of Gonorrhoea. II. Sexual Behavior at Different Ages. Acta Dermatovener (Stockholm) 48:82-89, 1968.
29. Wells, B. P. and Schofield, C. B. "Target" Sites for Anti-V.D. Propaganda. Health Bull. (Edinb.) 28:75-77, Jan. 1970.
30. (Anonymous) Publicity Material on Venereal Disease. Health Bull. (Edinb.) 28:6, Jan. 1970.
31. (Anonymous). Primary and Secondary Syphilis, Country of Origin Study, 1968. British Cooperative Clinical Group. Brit. J. Vener. Dis. 46:69-75, Feb. 1970.
32. (Anonymous). Venereal Diseases, Extract from the Annual Report of the Chief Medical Officer of the Department of Health and Social Security for the Year 1968. Brit. J. Vener. Dis. 46:76-83, Feb. 1970.
33. (Anonymous). Failure to Control Venereal Disease. Brit. Med. J. 1:447-448, 21 Feb. 1970.
34. (Anonymous). Gonorrhoea Study, 1968. British Cooperative Clinical Group. Brit. J. Vener. Dis. 46:62-68, Feb. 1970.
35. Achten, M. G. (Syphilis Yesterday and Today). J. Med. Lyon. 49:685-702, 20 Apr. 1968.

36. Arya, O. P. and Bennett, F. J. The Epidemiology and Prevention of Skin Disease in University Students in East Afrida. *Derm. Int.* 7:196-203, Oct-Dec. 1968.
37. Arya, O. P., and Bennett, F. J. Venereal Disease in an Elite Group (University Students) in East Afrida. *Brit. J. Vener. Dis.* 43:275-279, Dec. 1967.
38. Barchha, R.; Stewart, M. A. and Guze, S. B. The Prevalence of Alcoholism Among General Hospital Ward Patients. *Amer. J. Psichiat.* 125:681-684, Nov. 1968.
39. Baribeau, P. (Venereal Diseases in Adolescents). *Infirm. Canad.* 11:17-21, Jul. 1969.
40. Bergner, L. and Yerby, A.S. Low Income and Barriers to Use of Health Services. *New Eng. J. Med.* 278:541-546, 7 Mar. 1968.
41. Bernfeld, W. K. Iatrogenic Venereological Complaints. *Brit. J. Vener. Dis.* 44:82, Mar. 1968.
42. Black, L. Morbidity, Mortality and Medical Care in the Keewatin Area of the Central Arctic--1967. *Canad. Med. Asso. J.* 101:35-37. Passim, 15 Nov. 1969.
43. Blinick, G.; Wallach, R. C. and Jerez, E. Pregnancy in Narcotics Addicts Treated by Medical Withdrawal. The Methadone Detoxification Program. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 105:997-1003, 1 Dec. 1969.
44. Braun, P. (These Peoples Who Dissapear. The Problem of Ethnic Groups that Cannot Survive Modern Civilization). *Presse Med.* 76:2447-2450, 25 Dec. 1968.
45. Brewer, H. Abortion and Syphilis. *Eugen Rev.* 57:153-154, Sep. 1965.
46. Brown, R. C. The Prevalence of Infectious Syphilis in Patients with Acute Gonorrhoea. *Southern Med. J.* 61:98-100, Jan. 1968.
47. Browne, G. A Liberal Education for the Adolescent Girl. *Med. J. Aust.* 2:825-826, 28 Oct. 1967.

48. Castaigne, P.; Brunet, P. and Nouailhat, F. (Clinical Investigation of Inflammatory Polyradiculoneuritis in France). *Rev. Neurol.* (Paris) 115:849-872, Oct. 1966.
49. Christmas, B. W. A Pilot Survey of Venereal Disease in General Practice. *New Zeal. Med. J.* 67:188-191, Feb. 1968.
50. Clarke, H.C. A Photodecomposition Fluorimetric Method for the Determination of Riboflavine in Whole Blood. *Int. Z. Vitaminforsch.* 39:182-191, 1969.
51. Cleere, R. L.; Dougherty, W. J. and Fiumara, N. J. Physicians' Attitudes Toward Venereal Disease Reporting. A Survey by the National Opinion Research Center. *JAMA* 202:941-946, 4 Dec. 1967.
52. Cobbold, R. J. and MacDonald, A. Molluscum Contagiosum as a Sexually Transmitted Disease. *Practitioner.* 204:416-419, Mar. 1970.
53. Cooke, C. R.; Lindeman, R. D. and Adler, S. Persistent Antidiuresis with Hypoaldosteronism and Sodium Wasting in Hypopituitarism. *Amer. J. Med.* 47:653-660, Oct. 1960.
54. Elliot, H. and Ryz, K. Venereal Disease Clinic, James Pringle House, The Middlesex Hospital. *Nurs. Times.* 64:827-828, 21 Jun. 1968.
55. Faigel, H. C. Reported Patterns of Venereal Diseases in Adolescents. *Clin. Pediat.* (Phila.) 8:620, Nov. 1969.
56. Falbe-Hansen, I. Congenital Ocular Anomalies in 800 Mentally Deficient Patients. *Acta Ophtal.* (Kobenhavn) 46:391-397, 1968.
57. Ferinden, W. E., Jr. Venereal Disease Education in Schools of the State of New Jersey. *J. Sch. Health.* 38:611-614, Nov. 1968.
58. Fiumara, N. J. and Briley, J. M., Jr. Sexually Acquired Gonorrhoeal Urethritis in a 6-Year-Old Boy. *Brit. J. Vener. Dis.* 45:254, Sep. 1969.
59. Ford, D. K. Non-Gonococcal Urethritis and Reiter's Syndrome: Personal Experience with Etiological Studies During 15 Years. *Canad. Med. Ass. J.* 99:900-910, 9 Nov. 1968.

60. Forno, L. S. Concentric Hyalin Intraneuronal Inclusions of Lewy Type in the Brains of Elderly Persons (50 Incidental Cases): Relationship to Parkinsonism. *J. Amer. Geriat. Soc.* 17:557-575, Jun. 1969.
61. Fuld, G. L. Gonococcal Peritonitis in a Prepubertal Child. *Amer. J. Dic. Child.* 115:621-622, May 1969.
62. Gager, W. E.; Israel, C. W. and Smith, J. L. Presence of Spirochaetes in Paresis Despite Penicillin Therapy. *Brit. J. Vener. Dis.* 44:277-282, Dec. 1968.
63. German, G. A. and Arya, O. P. Psychiatric Morbidity Amongst a Uganda Student Population. *Brit. J. Psychiat.* 115:1323-1329, Nov. 1969.
64. Golub, S. V. D., The Unconquered Menace. *RN.* 33:38-45, Mar. 1970.
65. Greenberg, J. H. Public Health Problems Relating to the Vietnam Returnee. *JAMA* 207:697-702, 27 Jan. 1969.
66. Gregory, J. E. and Payne, F. E. Mycoplasta in the Uterine Cervix. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 107:220-226, 15 May 1970.
67. Grewel, F. Psychiatric Differences in Ashkenazim and Sephardim. *Psichiat. Neurol. Neurochir.* 70:339-347, Sep-Oct. 1967.
68. Harding, F. K. The Adolescent on Campus. *WOM Physician.* 25:88-91, Feb. 1970.
69. Hardy, J. B.; Hardy, P. H. and Oppenheimer, E. H. Failure of Penicillin in a Newborn with Congenital Syphilis. *JAMA* 212:1345-1349, 25 May 1970.
70. Harris, W. D. and Andrei, J. Serologic Tests for Syphilis Among Narcotic Addicts. *New York J. Med.* 67:2967-2974, 15 Nov. 1967.
71. Hayman, C. R.; Lanza, C. and Fuentes, R. Sexual Assault on Women and Girls in the District of Columbia. *Southern Med. J.* 62:1227-1231, Oct. 1969.

72. Holmes, KK, Johnson DW, Trostle HJ, An Estimate of the Risk of Men Acquiring Gonorrhoea by Sexual Contact with Infected Females, Amer. J. Epidem. 91:170-4, Feb. 70.
73. Huriez C. (Rapid Panorama of the Most Frequent Dermato-Venerological Diseases, their Importance for the Public Health) (Free), Bull Soc. Franc Derm Syph 76:803-13, 1969.
74. Juhlin L, Liden S., Influence of Contraceptive Gestogen Pills on Sexual Behaviour and The Spread of Gonorrhoea, Brit J. Vern Dis 45:321-4, Dec. 69.
75. Keller AZ, Survivorship with Mouth and Pharynx Cancer and their Association with Cirrhosis of the Liver, Marital Status, and Residence. Amer J. Public Health 59:1139-53, Jul 69.
76. Kinsella FJ, Health of Immigrants, Proc Roy Soc. Med. 61:23, Jan 68.
77. Knowles Ja., Venereal Disease in Adolescence, Med Arts Sci 22:45-8, 1968.
78. Lentini J., (Anorectal Venereal), Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 30:339-55, 1 Feb. 70.
79. Linken A., A Study of Drug-Taking among young Patients Attending a Clinic for Venereal Diseases, Brit J. Vern Dis 44:337-41, Dec. 68.
80. Loewenfeld I.E., The Argyll Robertson Pupil, 1869-1969, A Critical Survey of the Literature. Survey Ophthal 14:199-299, Nov. 69.
81. Loughlin M.J., Gonorrhoea in a Country Town. New Zealand Med J. 69:195-8, Apr. 69.
82. Lourie R.S., Mental Health Aspects of Venereal Disease in Adolescents. J. Amer Med Wom A s 23:167-8 Passim, Feb. 68
83. Lynch P.J., Minkin W, Molluscum Contagiosum of the Adult. Probable Venereal Transmission. Arch Derm (Chicago) 98:141-3, Aug 68.
84. Martin-Bouyer G, (Data Concerning Venereal Diseases in Metropolitan France for the Year 1966) (Fre), Bull Inst Nat Sante 22:1021-55, Sep-Oct 67.
85. Modell W., Mass Drug Catastrophes and the Roles of Science and Technology. Science 156:346-51, 21 Apr 67.
86. Moghissi K.S., Mack H.C., Epidemiology of Cervical Cancer: Study of a Prison Population. Amer J Obstet Gynec 100:607-14, 1 Mar 68.

87. Muspratt B., Ponting L.I., Improved Methods of Contact Tracing. Brit J. Vener Dis 43: 204-8, Sep 67
88. Negulici-Baliff E. Cristodoresco D. (Epilepsy and Neurosyphilis) Acta Neurol Belg 67: 1138-52, 1967.
89. Nesor W.B., Parrish H.M., Importance of Homosexuals and Bisexuals in the Epidemiology of Syphilis. Southern Med J 62:177-80, Feb. 69.
90. Pariser H., Marino A.F., Gonorrhoea-Frequently Unrecognized Reservoirs. Southern Med J 63:198-201, Feb. 70.
91. Pedder J.R., Psychiatric Referral of Patients in a Venereal Diseases Clinic. Brit J Vener Dis 46:54-7. Feb. 70.
92. Pedder J.R., Goldberg D.P., A Survey by Questionnaire of Psychiatric Disturbance in Patients Attending a Venereal Diseases Clinic. Brit J Vener Dis 46:58-61, Feb. 70.
93. Philipp E., Homosexuality as seen in a New Zealand City Practice. New Zeal Med J 67: 397-401, Mar. 68.
94. Pion R.J., Prescribing Contraception for Teenagers - A Moral Compromise. Obstet Gynec 30: 752-5, Nov. 67.
95. Platts W.M., Venereal Disease in New Zealand. Brit J Vener Dis 45:61-6, Mar. 69.
96. Porter W.L., Gray J.W., Education has Vital Role in Correcting Misconceptions about Venereal Diseases., Delaware Med J 39:232-4, Sep.67.
97. Rankin D.W., The Epidemiology of Epithelioma of the Mouth and Tongue. Aust Dent J 14:236-40, Aug. 69.
98. Rawlins D.C., Drug-taking by Patients with Venereal Disease. Brit J Vener Dis 45:238-40, Sep. 69.
99. Rawls W.E. , Tompkins W.A., Melnick J.L., The Association of Herpesvirus Type 2 and Carcinoma of the Uterine Cervix. Amer J Epidem 89:547-54, May 69.
100. Rawls W.E., Laurel D., Melnick J.L., A Search for Viruses in Smegma, Premalignant and Early Malignant Cervical Tissues. The Isolation of Herpesviruses with Distinct Antigenic Properties. Amer J Epidem 87: 647-55, May 68.
101. Robertson D.H., George G., Medical and Legal Problems in the Treatment of Delinquent Girls in Scotland. II. Sexually Transmitted Disease in Girls in Custodial Institutions. Brit J Vener Dis 46:46-53, Feb. 70.

102. Rosen M., Downs E.F., Napolitani F.D., The Quality of Reproduction in an Urban Indigent Population. I. Birth Weight: The Differences between Mothers of Low-weight and of Term-size Infants. *Obstet Gynec* 31:276-82, Feb.68.
103. Roussel A., (Problems of Public Health resulting from Migration of Workers) *Bull Inst Nat Sante* 21:1121-38, Nov-Dec. 66.
104. Royston I., Aurelian L., The Association of Genital Herpesvirus with Cervical Atypia and Carcinoma in Situ. *Amer J Epidem* 91:531-8, Jun.70.
105. Russell D.H., Law, Medicine and Minors. I. *New Eng J Med* 278: 35-6, 4 Jan 68.
106. Savin J.A., Social Behaviour and the Use of Medical Services. *Brit J Prev Soc Med* 23:53-5, Feb. 69.
107. Sepaha G.C., Jain S.R., Dixit V.P., Aortic Aneurysm. (A Study of 75 Cases). *Indian Heart J* 21:11-9, Jan 69.
108. Shaper A.G., Kaplan M.H., Mody N.J., Malarial Antibodies and Autoantibodies to Heart and Other Tissues in the Immigrant and Indigenous Peoples of Uganda. *Lancet* 1:1342-6, 22 Jun 68.
109. Smith D., Rose A.J., Observations in the Haight-Ashbury Medical Clinic of San Francisco. Health Problems in a "Hippie" Subculture. *Clin Pediat (Phila)* 7:313-6, Jun. 68.
110. Smithurst B.A., Epidemiology of Syphilis in Birsbane, 1968-1969. *Med J Aust* 2:1143-6, 6 Dec 69.
111. Spitzer R.J., Willcox R.R., Streptomycin in the Treatment of Gonorrhoea in London in 1966. *Acta Dermatovener (Stockholm)* 48:537-41, 1968.
112. Steinmetz N., Pediatric Needs in the Arctic: A Challenge and an Opportunity. *Clin Pediat (Phila)* 7:498-504, Aug. 68.
113. Stoffer S.S., A Gynecologist Study of Drug Addicts. *Amer J Obstet Gynec* 101:779-83, 15 Jul 68.
114. Stoller A., Emmerson R., General Paralysis in Victoria, Australia: Historical Study. *Med J Aust* 2:607-11, 20 Sep 69.
115. Tyndel M., Psychiatric Study of the Chronic Drunkenness Offender. *Canad Psychiat Ass J* 14:275-85, Jun. 69.
116. White D.L., Nay P.D., Blackford L.S., Use of the Venereal Disease Clinic of San Mateo County, California. *Public Health Rep* 83:954-6, Nov. 68.

117. Willcox R.R., Demethylchlortetracycline in the Treatment of Gonorrhoea. Brit J Vener Dis 43:157-60, Sep. 67.
118. (Anonymous), Immigrants and Venereal Disease. Brit Med J 3:129-30, 19 Jul. 69.
119. (Anonymous), Britain's Public Health. Nature (London) 220:428, 2 Nov. 68.
120. (Anonymous), Primary and Secondary Syphilis. Country of Origin Study, 1967. British Cooperative Clinical Group. Brit J Vener Dis 44:307-14, Dec. 68.
121. (Anonymous), Gonorrhoea Study, 1967. British Cooperative Clinical Group. Brit J Vener Dis 44:299-306, Dec. 68.
122. (Anonymous), The Treponematoses. S Afr Med J 43:350, 29 Mar 69.
123. (Anonymous), Gonorrhoea Study, 1966. Brit J Vener Dis 44:55-62, Mar.68.
124. (Anonymous), Patterns of Venereal Disease Morbidity in Recent Years. Statist Bull Metrop Life Insur Co 50:5-7, Apr.69.
125. (Anonymous), Adolescence and the Physician. Postgrad Med 42:347-8, Oct. 67.
126. (Anonymous), Syphilis and Hepatic Cirrhosis. Lancet 1:28-9, 3 Jan 70.
127. (Anonymous), V.D. A Disease with a Sorry Stigma. J.W. Aust Nurses 35:20-2, Aug. 69.
128. Marcondes RS, Edmonds SW, Health Knowledge of Prostitutes in Saigon, Vietnam. A Study of Health Attitudes and Habits Relating to Venereal Diseases Taken from a group of prostitutes., Rev. Saude Publica, 1:18-23, Jun 67.
129. Rosenblatt D. Kabasakalian L., Education Teen-agers about Venereal Disease., J.SCH Health 37:432-5, Nov. 67
130. (Anonymous), The Teenager and VD, Amer J. Public Health 59:898-9, Juan 69.
131. Brown WJ, Reporting Venereal Disease., JAMA 202:981-2, 4 Dec 67.
132. Catterall RD, The behavioural diseases, 2. The venereal diseases. Nurs Times 64:1041-3, 2 Aug 68.
133. Fick GC, Professional Secrecy and What It Implies. S. Afr. Med J. 43:1462-6, 6 Dec 69.
134. Wells BW, Personality Characteristics of V.D. Patients, Brit. J. Soc. Clin Psychol 8:246-52, Sept. 69.

134. Wells BW, Personality Characteristics of V.D. Patients., Brit J. Soc. Clin. Psychol 8:246-52, Sept. 69.
135. Yacenda JA, "Getting Involved with V.D., J. SCH Health 40:43-5, Jan. 70.
136. (Anonymous), "V.D." As a diagnosis, Brit Med J. 3:630-1, 14 Sep 68.