

de los adolescentes con los padres³. Por otra parte, la conducta antisocial, destructiva o violenta, englobada en este estudio como conducta disruptiva de acuerdo con los datos de la bibliografía, se encontró con una mayor prevalencia en comparación con comunidades marginadas de México, al mismo tiempo que era considerada como la psicopatología presente con más frecuencia en la población farmacodependiente⁴. Esto también es similar a lo encontrado en la bibliografía: la autoridad se ha encontrado como un factor protector para iniciarse en el consumo de alguna droga y el ajuste social se ve dañado cuando existe demasiado control familiar, por tanto la supervisión debe ser un planteamiento adecuado de las normas familiares para el crecimiento individual e independiente del adolescente. Por otra parte, en este estudio se observó que las funciones que presentaron menos disfunciones fueron el afecto y el apoyo, y se han señalado como elementos que podrían ayudar al adolescente a no iniciarse o a no consumir algún tipo de droga⁵. Dentro del perfil de funcionamiento familiar se encontraron en el 100% alteraciones de la conducta, comunicación y de los límites.

Leticia Garibay-López^a,
Martha Leticia Martínez Martínez^b
y Nicolás Camacho Calderón^c

^aMedicina de Familia. Unidad de Medicina de Familia N.º 2. Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal. México.

^bMedicina de Familia. Unidad de Medicina de Familia N.º 13. Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal. México

^cCoordinador Estatal de Investigación en Salud. Instituto Mexicano de Seguro Social. Querétaro. México.

- dad Nacional Autónoma de México; 2001.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Modelo preventivo de riesgos psicosociales para adolescentes y sus familias. Chimalli-DIF. UNICEF; 2000.

Problemas de género que subyacen a los problemas de salud sexual

Sr. Director: Deseamos describir los argumentos que exponen en relación con la salud sexual tanto los varones como mujeres de dos sectores médicos del consejo popular Sueño de Santiago de Cuba, en el período de agosto-diciembre del 2006. Con este objetivo realizamos un estudio descriptivo transversal, con información secundaria en la policlínica de «Armando García Aspuru» de Santiago de Cuba (Cuba).

Participaron 134 pacientes (67 varones y 67 mujeres) seleccionados por muestreo aleatorio, que residían de forma permanente en los sectores médicos 22 y 25 del Consejo Popular Sueño (Santiago de Cuba) en el último semestre del año 2006.

El 64,92% (84 pacientes) tenía una escolaridad superior al preuniversitario; el 97,01% de los varones y el 88,05% de las mujeres son asalariados.

Las relaciones sexuales están determinadas en un 95,52% por los varones y sólo un 47,76% por las mujeres y éstas a la vez sólo sienten el placer en un 76,11%; al abordar los temas de sexualidad con profesionales del sexo opuesto sólo el 20,89% de los varones plantean que lo hacen, lo contrario que ocurre en las mujeres, quienes en el 94,02%

lo aceptan. En relación con el maltrato, existe un predominio de la violencia verbal hacia la mujer con un 71,64%.

Desde la conferencia de la mujer celebrada en Beijing hace más de 10 años poco se ha podido avanzar^{1,2}. La educación es una de las vías para superar las diferencias. La vida de una mujer que tiene acceso a la educación nada tiene que ver con la de aquellas mujeres que no han accedido a ella.

La formación educacional y la independencia económica de la mujer son dos factores que sin lugar a dudas han contribuido al desarrollo de la salud sexual³ en la pareja. Las costumbres heredadas, como las relaciones de pareja, la distribución de roles, la forma de crianza y la posición de la mujer en el hogar, son aspectos que le otorgan al varón autoridad para tomar decisiones relativas al sexo independientemente de los cambios que pueden producirse las generaciones actuales. La familia condiciona determinaciones acaecidas que se expresan en los modelos culturales actuales, que cuando son agresores generan problemas de salud.

La mujer es víctima, a nivel mundial, de situaciones discriminatorias con respecto al varón por estar sometida a condiciones impuestas por él o por ser considerada como un ser inferior⁴, el doble estándar respecto de la sexualidad limita a la mujer en su capacidad de decidir no tener relaciones sexuales o negociar con su pareja sobre el tema, lo que conlleva consecuencias adver-

Palabras clave: Género. Salud. Sexualidad.

TABLA 1. Características relacionadas con la salud sexual según el género. Año 2006

Características	Varones				Mujeres			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
Escolaridad preuniversitaria	28	41,79	39	58,20	30	44,77	37	55,22
Escolaridad universitaria	12	17,91	55	82,09	17	25,37	50	74,62
Han sido maltratados físicamente	5	7,46	62	92,53	32	61,19	26	47,76
Han sido maltratadas verbalmente	11	16,41	56	83,58	48	71,64	19	28,35
El varón es quien define la relación sexual	64	95,52	3	4,47	32	47,76	35	52,23
Placer de las relaciones sexuales con su pareja	60	89,55	7	10,44	51	76,11	16	23,88
Reciben salarios	65	97,01	2	2,98	59	88,05	8	11,94
Aborda temas de la sexualidad con profesionales del sexo contrario	14	20,89	53	79,10	63	94,02	4	5,97

- Espejel E, Cortés J, Ruiz-Velasco V. Escala de Funcionamiento Familiar. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, Coordinación de Investigación y Posgrado; 1997.
- Irigoyen A. Fundamentos de la Medicina Familiar, 7.ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2002.
- Noller P, Callan V. The adolescent in the family, 1.ª ed. Londres: Rotledge; 1991.
- De León L, Pérez L. Tesis de psicología: Adaptación, validación y confiabilización del inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTQC). México: Universi-

sas para la salud⁵. La mujer debe saber que es normal su participación activa en las relaciones sexuales⁶.

Las definiciones culturales de virilidad y masculinidad contribuyen a fomentar otro problema común para la salud de las mujeres: la violencia basada en el género comprende no sólo el abuso físico sino también el verbal (tabla 1) y el psicológico, lo que es un problema cada vez más preocupante para la atención primaria pues genera serias repercusiones sobre la salud que se extienden mucho más allá de los daños físicos inmediatos.

A menudo la salud sexual se deja a un lado por pensar que gozan de buena salud e ins-

trucción sexual, y en realidad abordar la sexualidad resulta algo incómodo para los pacientes en la atención primaria.

Persiste la combinación de la autoridad masculina en el matrimonio con la destreza sexual, limitando la cultura de realización de la mujer a pesar de la igualdad individual de la pareja.

**José Rafael Labori Ruiz^a
y Dayana Labori Pineda^b**

^aMedicina Familiar y Atención Primaria de Salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba. Cuba.

^bOdontología. Policlínica Carlos J. Finlay. Santiago de Cuba. Cuba.

1. Muñoz, A. La mujer en el mundo. Periódico Granma. Cuba. Marzo 7, 2006.
2. Rao Gupta G. Gender, sexuality and HIV/AIDS. XIIIth International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000.
3. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: The training of Health Professionals. Technical Report Series 572. Geneva: World Health Organization; 1975.
4. Labori Ruiz JR. Lo social en el género. Reflexiones para un debate. 1er Encuentro Mujer y Desarrollo, Santiago de Cuba. Cuba. Noviembre de 2007.
5. Blanc A. The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive Health: and examination of the evidence. Stud Fam Plann. 2001;32:189-213.
6. Paulson S. Cultural bodies in Bolivia's gendered environment. Int Sexuality Gender stud. 2003;5:125-40.

TABLA 1

Comparativa de tratamiento según la fuente consultada

Indicación	Evolución del tratamiento en HC. A. especializada					Observaciones	
	Ingreso 1 (referido por la paciente)	Alta 1 (15/12/06)	Alta 2 (19/01/07)	Alta 3 (20/02/07)	C. externas Última visita (13/09/07)		HC. A. primaria (21/09/07)
CV	- Enalapril, 20 mg/24 h + candesartán/ HCT 16/12,5 mg/24 h	Torasecida, 5 mg/24 h Enalapril, 20 mg/24 h	Torasecida, 10 mg/24 h Enalapril, 5 mg/24 h	Torasecida, 10 mg/24 h Enalapril, 5 mg/24 h	Torasecida, 10 mg/24 h Enalapril, 5 mg/24 h	Clortalidona, 50 mg/12 h Enalapril, 20 mg/12 h	El MAP intercambia torasecida por clortalidona ^a el 13/06/2007. En AE no se constata el cambio a clortalidona En distintos ingresos la paciente presentó hipotensión y bradicardia que requirió ajuste del tratamiento antihipertensivo. El 20/02/2007 el MAP recibe el informe de alta 3, pero la primera prescripción 8 días tras el alta es enalapril, 20 mg/24 h ^b . El 04/04/2007 el MAP prescribió candesartán/HCT el 05/09/2007 prescribió enalapril, 20 mg/12 h. No se especifica el motivo de ninguno de los cambios ^c En distintos ingresos la paciente presentó hipotensión y bradicardia que requirió ajuste del tratamiento antihipertensivo. El 20/02/2007 el MAP recibe el informe de alta 3 y 8 días más tarde la enfermera imprime la primera receta de bisoprolol sin actualizar dosis ^d Prescrito por MAP desde el 28/02/2007 al 28/06/2007. No se receta desde la inclusión del tratamiento en receta electrónica ^e La bradicardia que presenta la paciente al ingreso 3 motiva la suspensión del tratamiento
	-	Flecainida, 50 mg/12 h	Flecainida, 50 mg/12 h	Flecainida, 50 mg/12 h	Flecainida, 50 mg/12 h	Bisoprolol, 5 mg/24 h	
	-	Digoxina, 0.25 mg 5 días por semana	-	-	-	-	
	AAS, 100 mg/24 h	Acenocumarol, 4 mg según pauta	Acenocumarol, 4 mg según pauta	Clopidogrel, 75 mg/24 h	Clopidogrel, 75 mg/24 h	Acenocumarol, 3 mg/24 h	En el ingreso 3 se identifica un proceso de amerización con sangre oculta en heces. La paciente se niega a pruebas diagnósticas invasivas y se decidió suspender el acenocumarol e iniciar clopidogrel hasta estudio por hematología. El 20/02/2007 el MAP recibe el informe de alta 3 y prescribe por primera vez clopidogrel el 02/03/2007. No obstante, el 27/03/2007 la enfermera imprime una receta de acenocumarol; el 04/04/2007 el MAP prescribió AAS atendiendo a la demanda de la paciente ^e y el 02/05/2007 la enfermera imprime recetas de clopidogrel y acenocumarol simultáneamente ^f . Posteriormente a esta fecha, se introduce el tratamiento en receta electrónica y solo se hacen recetas de acenocumarol
	Simvastatina, 20 mg/24 h	Simvastatina, 20 mg/24 h	Atorvastatina, 20 mg/24 h	Atorvastatina, 20 mg/24 h	Atorvastatina, 40 mg/24 h	Atorvastatina, 20 mg/24 h	Tras el alta 3, la paciente acude a consulta externa de medicina interna donde, basándose en los resultados analíticos, se decide modificar el tratamiento hipocolesterolemiante (08/03/2007). La primera receta tras la modificación (27/03/2007) la imprime la enfermera sin actualizar la dosis de atorvastatina. En esta fecha se imprime una receta de gemfibrozilo ^g . El 04/04/2007 el MAP prescribió simvastatina, 60 mg/24 h ^c . En las siguientes prescripciones se mantiene la atorvastatina, 20 mg/24 h. No se vuelven a prescribir gemfibrozil ni ezetimiba
Endocrino	Insulina NPH, 18-0-16 U	Insulina NPH, 18-0-16 U	Gliclazida, 60 mg/24 h	Gliclazida, 30 mg/24 h	Insulina NPH, 10-0-20 U	Insulina NPH, 20-0-4 U	Tras el alta 3, la paciente acude a la consulta externa de endocrino (18/07/2007) donde, basándose en el resultado analítico, se decide cambiar la gliclazida por insulina asociada a metformina y reducir la dosis de levotiroxina. El 01/08/2007 el MAP realiza la primera receta tras la modificación sin hacer mención a los cambios indicados y solo se prescribe insulina ^a . El 05/09/2007 la paciente avisa al MAP de que se ha modificado la levotiroxina a 50 µg/12 h ^a . El MAP modifica la prescripción tal y como le informa la paciente
	Levotiroxina, 50 µg/24 h	Levotiroxina, 50 µg/24 h	Levotiroxina, 25 µg/24 h	Levotiroxina, 25 µg/24 h	Levotiroxina, 50 µg/24 h	Levotiroxina, 50 µg/12 h	
H. bronquial	-	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg; 2 inh/8 h	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg; 2 inh/8 h	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg; 2 inh/8 h	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg; 2 inh/8 h	-	Eventualmente, aparecen en su HC. A. primaria, prescripciones de salmeterol/fluticasona. No se han identificado prescripciones de salbutamo/ipratropio ^h
Síndrome ansioso-depresivo	-	Lorazepam, 1 mg 0,5-0-1 mg	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Según la HC. A. primaria: no se ha dejado de prescribir bromazepam en toda la evolución, pese a que en el ingreso 2 se suspendió el tratamiento con benzodiazepinas y se inició tratamiento con gabapentina ^h . Tampoco hay referencias a la prescripción de escitalopram ^h , pero el 02/05/2007 la enfermera realiza la primera receta de sertralina (en el 20/03 en consultas externas de medicina interna se intercambia la sertralina por citalopram por aparente falta de eficacia) y continúa hasta la actualidad ^h
	-	Escitalopram, 20 mg/24 h	Escitalopram, 20 mg/24 h	Escitalopram, 20 mg/24 h	Escitalopram, 20 mg/24 h	Bromazepam, 3 mg/8 h Sertralina, 50 mg/24 h	

A: atención; HC: historia clínica; MAP: médico de atención primaria; C: consulta.

^aNo existe comunicación interviniente; ^bLa comunicación recae sobre el paciente; ^cComunicación al alta hospitalaria no efectiva; ^dComunicación entre el equipo de atención primaria no efectiva; ^eError al incluir al paciente en el programa de receta electrónica.