

Se conoce el alto nivel de ausencia de respuestas en las investigaciones realizadas mediante cuestionarios autorrellenables que exigen su reenvío a la fuente de procedencia. Pero en el fracaso de la presente investigación parecen influir otras variables, ya que el reenvío de la encuesta no exigía en este caso un esfuerzo especial, dada la existencia de un servicio de correo interno en el hospital que no requiere franqueo y facilita la comunicación entre los servicios.

Es posible que la variable que explica la mayor parte de la variancia de este fracaso descansa sobre las personas objeto de estudio y en la forma como han sido abordadas por el investigador.

Se conocen las dificultades de la mujer para hablar de temas que considera íntimos, sobre todo los sexuales³. Eso justificaría el revuelo que originó la distribución del cuestionario y los comentarios jocosos (que aún perduran). El sarcasmo es una buena manera, bien conocida, de reducir la ansiedad.

Otros autores han comentado las dificultades con que se encuentran a la hora de realizar entrevistas sexuales entre la población femenina. Estas dificultades sólo se reducen parcialmente cuando se emplean entrevistadores del sexo femenino⁴. Esta es la principal razón que restó representatividad de la verdadera sexualidad femenina al Informe Kinsey que utilizó, exclusivamente, entrevistadores masculinos en sus contactos con la población encuestada... ¡a finales de los años cuarenta! Cuando la libertad para hablar de la propia sexualidad parece que era en la mujer menos franca que en la actualidad.

Es una explicación pausable, pues los 16 cuestionarios recibidos en el estudio de prueba (100% de los distribuidos, con 2 respuestas en blanco) que se realizó antes del muestreo propiamente dicho fueron distribuidos por una estudiante de la prueba MIR (mujer) después de haberlo respondido ella misma (personalmente implicada). Hizo una distribución personal, cara a cara, con sus compañeras (de «colega» a «colega»), y fue ella quien recibió los sobres anónimos y cerrados con las respuestas y después se los reenvió al autor. Mientras que en el estudio propiamente dicho estaba muy claro que el investigador era del sexo masculino.

Pero, ¿cómo es posible que esas dificultades para hablar de temas relacionados con el sexo se manifiesten también entre profesionales de la medicina, aunque sean del sexo femenino? En realidad no puede extrañar. Se ha comprobado que el nivel educativo ayuda a mejorar los conocimientos sobre la sexualidad humana y, por tanto, las actitudes frente al sexo. Pero esta circunstancia *no se da* entre los estudiantes de medicina y de enfermería. Se ha podido confirmar que muchos de ellos tienen actitudes negativas frente al sexo. Y que tales actitudes negativas están directamente relacionadas con un desconocimiento sobre el mismo. Hasta el extremo que a mayor desconocimiento más actitudes negativas hay⁵. Estos datos parecen demostrar que el mero hecho de formarse en medicina no modifica las actitudes negativas que las mujeres puedan tener frente al sexo. La actitud positiva era una premisa básica para el presente estudio que se ha demostrado falsa. Una mejor educación al respecto les haría mejorar sus conocimientos, sus actitudes y, con ello, capacitarles en sus funciones de consejeros sexuales. Cosa que en la actualidad no parece posible. Probablemente se necesite incluir más horas, y de calidad, para el estudio de la sexualidad humana en el currículo de las licenciaturas de medicina. Las mujeres suelen presentar sentimientos negativos frente al sexo, en general; ello acontece, sobre todo, en aquellas que tienen una autoestima sexual muy baja y con sentimientos de culpa frente al sexo. Además, éstas son menos asertivas sexualmente y se muestran más erotofóbicas, lo que puede explicar sus tendencias a evitar responder al tipo de cuestionario que aquí se presentó⁶.

Es evidente que las encuestadas no han respondido a la presente investigación movidas por todos los elementos negativos que removía la encuesta y que el autor tuvo la ingenuidad de no sopesar adecuadamente a la hora de planificarla: *a)* abordar un tema que, pese a las apariencias, aún representa un fuerte tabú entre las mujeres; *b)* estudiar medicina y especializarse en un hospital prestigioso no levanta las trabas culturales que sufren las mujeres al respecto, y *c)* sus conocimientos sobre el sexo no son lo suficientemente amplios como para arrancar esos tabúes, y permitir a las médicas pensar más como pro-

fesionales que como mujeres en los temas que se relacionan con la sexualidad humana.

J.A. Ramos Brieva

Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Madrid. Profesor asociado de Psiquiatría.
Universidad de Alcalá. Madrid.

1. Gräfenberg E. The role urethra in female orgasm. *Int J Sexol* 1950; 3: 145-148.
2. Kratochvil S. Orgastické expulze u žen. *Cesk Psychiatr* 1994; 90: 71-77.
3. Duncker P. Introducción. Hablar de sexo. En: McNeill P, Freedman B, Newman J, editores. Las mujeres hablan del sexo. Barcelona: Serres, 1995; 19-30.
4. Schofield M. El comportamiento sexual de los jóvenes. Barcelona: Fontanella, 1972.
5. McKelvey RS, Webb JA, Baldassar LV, Robinson SM, Riley G. Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. *Aust NZ J Psychiatry* 1999; 33: 260-266.
6. Davidson JK, Darling CA. Masturbatory guilt and sexual responsiveness among post-college-age women: sexual satisfaction revisited. *J Sex Marital Ther* 1993; 19: 289-300.

Hiperprolactinemia secundaria al tratamiento hipotensor con verapamilo

Efectos adversos;
Hiperprolactinemia secundaria;
Verapamilo.

Sr. Director: Una de las tecnologías más sofisticadas que se puede utilizar en atención primaria es la del medicamento. Por lo tanto, este nivel asistencial es básico a la hora de observar anomalías en su uso. La paciente que presentamos no ha sido derivada en ningún momento al terreno especializado.

Caso clínico

Se trataba de una mujer de 37 años que en 1993 estaba en tratamiento con verapamilo, 120 mg/12 h, por una hipertensión arterial que se le había diagnosticado un año antes. El medicamento era eficaz para el control de su presión arterial. No estaba tomando ningún otro fármaco. Sin embargo, la paciente consultó preocupada porque desde unos meses atrás tenía amenorrea. No refería galactorrea. Se le practicó una exploración ginecológica que resultó normal y se comenzó a

pensar en la posibilidad de una reacción adversa. La hiperprolactinemia (HPRL) está descrita como posible efecto secundario en la ficha técnica del hipotensor que estaba tomando. Además de una analítica básica, se le pidió hormona luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH), prolactina y progesterona. Todas estaban normales salvo la prolactina, que presentaba valores elevados (39,62 ng/ml; rango normal, 2-14 ng/ml)(29-XII-1993). Se le cambió el tratamiento a un IECA para el control de su presión arterial y se hizo una observación clínica directa durante un tiempo. A los 3 meses la paciente había recobrado su menstruación y los controles analíticos se fueron normalizando (prolactina, 18,1 ng/ml el 27-IX-1994, y 17,6 ng/ml el 20-I-1995). En ningún momento posterior la paciente ha tenido síntomas que hicieran pensar en un prolactinoma o en alguna otra causa orgánica de HPRL (junio del 2000). En 1996 dejó de tomar medicación porque su tensión arterial se normalizó. *Discusión:* el tratamiento con verapamilo es una causa conocida de HPRL¹. Este hipotensor es una fenilalquilamina que tiene la propiedad de bloquear los canales del calcio. Parece ser que la elevación de la prolactina plasmática se produce por un descenso en la producción central de dopamina². En los pa-

cientes con HPRL es fundamental realizar una historia de su medicación³. En varones existen datos epidemiológicos de prevalencia basados en un diseño de casos y controles⁴. Se estima una tasa del 8,5% de varones (IC del 95%, 5,9-11,1) con HPRL inducida por verapamilo en pacientes de consulta externa hospitalaria⁴. Romeo et al⁴ recomiendan considerar la detección de HPRL en todo varón que tome verapamilo. En un grupo de pacientes con HPRL secundaria a tratamiento con sulpiride se ha observado una disminución significativa de los valores de prolactina plasmática⁵ sin afectar a la hormona tiroestimulante (TSH). La administración de verapamilo se está utilizando en la exploración funcional de las HPRL⁶. Esta paciente no se ha derivado en base a criterios de evidencia⁷. Se ha descrito un paciente varón con HPRL en el que se diagnosticó casualmente un incidentaloma hipofisario, pero en el que la razón de la HPRL era el tratamiento con verapamilo³.

**M. Ortega Calvo^a, V. Macías Pérez^a, M.N. Merino Kolly^b
y J. Torelló Iserte^b**

^aZona Básica de Salud de Pilas. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla). ^bUnidad de Farmacovigilancia. Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Molitch ME. Pathologic hyperprolactinemia. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1992; 21 (4): 877-901.
2. Kelley SR, Kamal TJ, Molitch ME. Mechanism of verapamil calcium channel blockade induced hyperprolactinemia. *Am J Physiol* 1996; 270 (Pt 1): 96-100.
3. Dombrowski RC, Romeo JH, Aron DC. Verapamil-induced hyperprolactinemia complicated by a pituitary incidentaloma. *Ann Pharmacother* 1995; 29 (10): 999-1001.
4. Romeo JH, Dombrowski R, Kwak YS, Fuehrer S, Aron DC. Hyperprolactinemia and verapamil: prevalence and potential association with hypogonadism in men. *Clin Endocrinol Oxf* 1996; 45 (5): 571-575.
5. Knoepfelmacher M, Villares SM, Nicolau W, Germek OO, Lerario AC, Wajchenberg BL et al. Calcium and prolactin secretion in humans: effects of the channel blocker, verapamil, in the spontaneous and drug-induced hyperprolactinemia. *Horm Metab Res* 1994; 26 (10): 481-485.
6. Barbaro D, Faggionato F, Pallini S, Carnesecchi C, Palla A, Bombara M et al. Verapamil acute administration: a new dynamic test in hyperprolactinemic states. *Metabolism* 1999; 48 (11): 1351-1356.
7. Lockett T. Evidence-based and cost-effective medicine for the uninitiated. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1997.