

médico-quirúrgico. Sin embargo, estos avances no son universales; viene bien recordar que únicamente favorecen a un mínimo porcentaje de la población mundial. En América Latina, África y Asia, la enfermedad más prevalente sigue siendo la pobreza y la injusticia social, que de momento no tienen cura.

Como muchos otros médicos, sabemos bien lo que significa ejercer la medicina sin posibilidad de acceso a pruebas analíticas ni radiográficas, con tan sólo el ingenio, un par de manos y un fonendoscopio, y no pudiendo prescribir casi nada dado que los pacientes no tienen dinero para medicinas, desgañándose en una educación sanitaria con una población mayoritariamente analfabeta y con hábitos muy difíciles de cambiar. Así es como se ejerce hoy con tres cuartas partes de la población mundial, una medicina basada en lo evidente: la crudeza de una vida que marca reglas muy duras para el pobre. Esta situación no sería novedosa para nuestro bisabuelo o tío abuelo, a los que les tocó ejercer en condiciones parejas.

Ante los problemas mundiales, siempre surge una pregunta: «Y yo, ¿qué puedo hacer?», que suele ser contestada con silencio, pasividad o impotencia. Sin embargo, sí se pueden hacer cosas. El médico de familia tiene en su mano herramientas poderosísimas, entre las que destacan la prescripción y el consejo.

«Tirando de receta» se puede hacer mucho bien o mucho mal. Como se deduce del excelente artículo del Dr. Juan Gérvas sobre el abuso de la antibioterapia<sup>1</sup>, aplicar el sentido común debe ser el primer movimiento del médico que, quiera o no, será siempre un agente de cambio en la conducta de sus pacientes. La moderación en el gasto farmacéutico y en otros no debería ser principalmente cuestión de gerentes pesados ni directores agobiados; debería partir de la conciencia del propio profesional<sup>2</sup>, que no debe olvidar en qué mundo vive, un mundo en todo caso más grande que su zona de salud o incluso su país.

Dentro de la labor de consejo y acompañamiento en el tiempo<sup>3</sup>, que la atención primaria permite privilegiadamente, no nos deberíamos cansar de señalar los numerosos excesos que enferman a nuestra sociedad: exceso de calorías, de proteínas animales, de azúcares refinados, bebidas alcohólicas, tabaco, sedentarismo, drogas ilegales, polifarmacia, etc.

Atreviéndonos a ser educadores de salud dentro y fuera de nuestras consultas<sup>4</sup>, ya que ser médico no es sólo defender una posición detrás de una mesa.

Con todo esto, sólo nos gustaría añadir que la relación médico-paciente no implica únicamente a 2 personas. Si tenemos el suficiente grado de conciencia, podemos transformarla en una relación médico-humanidad, donde nos acordemos que somos muchos los que viajamos juntos.

### S. Casado Buendía

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consulta privada. Madrid.

1. Gérvas J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. *Aten Primaria* 2000; 25: 589-596.
2. Jolín L. Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica. *Aten Primaria* 2000; 25: 507-508.
3. Martín Zurro A, Cano JF. Atención primaria. Barcelona: Doyma, 1994; 6-8.
4. Oakley P. Community involvement in health development. Ginebra: OMS, 1989; 8-18.

## Prevalencia de la eyaculación femenina. Un estudio fracasado

Encuestas; Método investigación; No respuestas.

**Sr. Director:** La existencia de la eyaculación femenina, como expulsión a presión de un líquido durante el orgasmo, ajeno a las demás secreciones genitales propias de la excitación sexual, ha sido una creencia popular muy común durante centurias que careció de crédito científico hasta que la describieron algunos autores de reconocido prestigio. Pero no adquirió cierto interés entre los investigadores, y no se comenzó a hablar de ella en los medios de comunicación, hasta que Gräfenber la redescubrió, mediado el siglo XX, junto al no menos famoso *punto G*, que debe su nombre, precisamente, al patronímico del célebre ginecólogo alemán<sup>1</sup>. Además del debate que existe sobre el polémico *punto*, la *eyaculación femenina* ha tenido servida su propia controversia desde el principio.

Son pocos los datos que se tienen sobre la frecuencia de este fenómeno entre las mujeres. Una investigación

comunica que un 60% de las mujeres refiere expulsar un líquido, sin eyaculación, durante el orgasmo. Las que lo eyaculan de un modo más o menos regular representarían otro 6% de ellas, existiendo un 13% que afirma haberlo hecho alguna vez en sus vidas<sup>2</sup>.

No se dispone de nada parecido en nuestro país, razón por la que el autor intentó investigar este tópico enviando un cuestionario autoaplicado (de respuesta anónima) a 113 médicas residentes de segundo y tercer años que se encontraban haciendo la especialidad en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid durante el primer trimestre del año 2000. La edad media estimada en esta muestra es de unos 26 años. Previamente, se había probado la viabilidad del cuestionario en un grupo de 16 jóvenes recién licenciadas en medicina, que se encontraban en esos momentos preparando el examen MIR, a la que el autor tenía fácil acceso por las frecuentes visitas que hacía a nuestro servicio una de ellas que sirvió de portavoz. Sus respuestas eran, igualmente, anónimas.

El cuestionario despertó numerosos comentarios jocosos entre sus receptoras, y no pocas suspicacias que llegaron a oídos del autor; algunas dudaban de las intenciones científicas del mismo. Finalmente, de los 113 cuestionarios enviados, ¡sólo se recibió uno! dentro del plazo establecido. Han pasado 5 meses desde que se remitió el cuestionario hasta el momento de escribir estas líneas, y sólo ha llegado otro más, a pesar de haberse remitido al mes de enviarse la encuesta otra carta rogando contestación. En total, pues, ¡dos respuestas! (2% de los cuestionarios enviados).

¿Finalmente? En realidad, no. Pocos días después de enviarse esa carta, el jefe del Servicio de Psiquiatría donde trabaja el autor le hizo llegar el desasosiego que el director-gerente y el subdirector de docencia le habían transmitido a causa de dicha investigación. Al parecer, algunas de las encuestadas se habían sentido ofendidas en su intimidad y elevaron una protesta verbal ante las autoridades hospitalarias. El caso es que *el autor tuvo que tomar la iniciativa de dar explicaciones ante instancias superiores sobre las intenciones de su encuesta*.

Las cosas no fueron a más. Pero los resultados de la investigación tampoco.

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 sexuales<sup>3</sup>. 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 femenino<sup>4</sup>. 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 hay<sup>5</sup>. 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 presentó<sup>6</sup>.

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 Brieua

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 NZJ 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