

12,3% de CCVI para estudiantes de medicina y un 7,2% para médicos generales<sup>4</sup>, valores más bajos que los encontrados en este estudio; en un estudio realizado en Barinas<sup>5</sup> (Venezuela) se encontró que el ICI era del 47,0% para médicos venezolanos, resultados que casi duplican los comunicados en este estudio. En un estudio colombiano<sup>6</sup> se demostró que la relación CCVI por personal entrenado frente a personal inexperto fue de 1/100 frente a 40/100. Se concluye que ninguno de los profesionales que tomaron las muestras citológicas alcanzaron el ICI estándar venezolano del 1%, por lo tanto la CCV deben ser tomada por personal competentemente entrenado.

Mario Pastor Torres Villanueva<sup>a</sup>,  
 José Luis Cirella Elisis<sup>b</sup>,  
 Zuly Briceño Moreno<sup>c</sup>  
 y Josefina Dolinar Sowala<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina Preventiva y Social.  
 Barquisimeto. Estado Lara. República Bolivariana de Venezuela.

<sup>b</sup>Ciencias Morfológicas (Decanato de Medicina). Barquisimeto. Estado Lara. República Bolivariana de Venezuela.

<sup>c</sup>Investigación de Operaciones (Decanato de Ciencia y Tecnología). Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Barquisimeto. Estado Lara. República Bolivariana de Venezuela.

**Fuente de Financiación:** Dirección de Extensión Universitaria (DEU) de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto. Estado Lara. República Bolivariana de Venezuela.

- Bergeron Ch. El Sistema Bethesda 2001. Salud Pública Méx. 2003;45 Supl 3: S340-4.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, República Bolivariana de Venezuela. Manual de Procedimientos para el Funcionamiento de los Laboratorios de Citología, adscritos al Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 1999.
- Marilyn R, Mohammadi A. Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la Clasificación de Bethesda 2001. Conferencia 794. IX Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y II Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet, mayo 1-31, 2007. <http://www.conganat.org/9congreso/PDF/794.pdf>.
- Voordijk-Van der Ben MH, Buntinx F. Cervical smears taken by physicians' assistants are of lesser quality than smears taken by family physicians, but almost

as good as the national average. Ned Tijdschr Geneesk. 2000;144:74-7.

- Lópezde SM, Torode MM, Omañade UT. Hallazgos Citológicos en un Programa de Pesquisa de Cáncer Cervical en Barinas. IV Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. 7-10 de mayo 2001.
- Celasun B. Presence of endocervical cells and number of slides in cervicovaginal smears: differences in performance between gynecologists. Acta Cytol. 2001; 45:730-4.

### Funcionalidad familiar en adolescentes de una escuela de bachilleres de Querétaro, México

**Sr. Director:** Con el objetivo de evaluar el perfil de funcionamiento familiar en adolescentes con farmacodependencia, se diseñó un estudio transversal descriptivo, en la escuela de bachilleres de Querétaro, México, en el que se incluyeron todos los adolescentes (20), con antecedentes de farmacodependencia, de un grupo de orientación vocacional y que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. Mediante un muestreo «en bola de nieve», se inició con 5 adolescentes y se culminó con 20. Se efectuó entrevista mediante la Escala de funcio-

namiento familiar<sup>1</sup> obteniendo la medición del perfil de funcionamiento familiar, a través de autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, así como variables sociodemográficas y de tipología familiar. El análisis se expresó en promedios, desviación estándar, rangos, porcentajes e intervalos de confianza (IC) del 95%.

El 100% fueron del sexo masculino, edad 15,5 ± 1,09 años (rango, 16-19 años). Cursaban el tercer semestre el 40% (IC del 95%, 22,0-58,0). Se clasificó a cada familia de acuerdo con variables de tipología<sup>2</sup>. Dentro de la tipología familiar, predominó la familia nuclear en un 65% (IC del 95%, 47,5-82,5), moderna en un 55% (IC del 95%, 36,8-73,2), urbana en un 60% (IC del 95%, 42,0-78,0), semiintegrada en un 40% (IC del 95%, 22,0-58,0), desintegrada en un 35% (IC del 95%, 17,5-52,5), ocupación obrera en el 40% (IC del 95%, 22,0-58,0) y reconstruida en el 20% (IC del 95%, 5,3-34,7). Se encontraban en etapa de independencia y de dispersión el 50%, respectivamente (IC del 95%, 31,7-68,3). Había disfuncionalidad familiar en el 100% de la población; de los nueve indicadores estudiados, el 100% tuvo alteraciones de la conducta (disruptiva) y de la comunicación; el 90% (IC del 95%, 79,0-101,0), alteraciones de la autoridad y del control, y el 80% (IC del 95%, 65,3-94,7), de supervisión. En este estudio se presentan las alteraciones en diversas áreas de la funcionalidad familiar como la comunicación por ser incongruente, no clara, indirecta y muchas veces enmascarada, que lleva a la poca interacción

**Palabras clave:** Funcionalidad familiar. Adolescentes. Farmacodependencia.

**TABLA 1. Perfil de funcionamiento familiar**

	Funcional		Disfuncional	
	Frecuencia (%)	IC del 95%	Frecuencia (%)	IC del 95%
Autoridad	2 (10)	-1,0 a 21,0	18 (90)	79,0-101,0
Control	2 (10)	-1,0 a 21,0	18 (90)	79,0-101,0
Supervisión	4 (20)	5,3-34,7	16 (80)	65,3-94,7
Afecto	7 (35)	17,5-52,5	13 (65)	47,5-82,5
Apoyo	7 (35)	17,5-52,5	13 (65)	47,5-82,5
Conducta disruptiva	-	-	20 (100)	-
Comunicación	-	-	20 (100)	-
Afecto negativo	17,5 52,5	13 (65)	47,5 82,5	
Recursos	5 (25)	9,1-40,9	15 (75)	59,1-90,9

Fuente: Perfil de Funcionamiento Familiar en adolescentes con farmacodependencia, en una encuesta de la ciudad de Querétaro, en 2006.

de los adolescentes con los padres<sup>3</sup>. 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 farmacodependiente<sup>4</sup>. 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 droga<sup>5</sup>. Dentro del perfil de funcionamiento familiar se encontraron en el 100% alteraciones de la conducta, comunicación y de los límites.

Leticia Garibay-López<sup>a</sup>,  
Martha Leticia Martínez Martínez<sup>b</sup>  
y Nicolás Camacho Calderón<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Medicina 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.

<sup>b</sup>Medicina 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

<sup>c</sup>Coordinador Estatal de Investigación en Salud. Instituto Mexicano de Seguro Social. Querétaro. México.

1. Espejel E, Cortés J, Ruiz-Velasco V. Escala de Funcionamiento Familiar. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, Coordinación de Investigación y Posgrado; 1997.
2. Irigoyen A. Fundamentos de la Medicina Familiar, 7.ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2002.
3. Noller P, Callan V. The adolescent in the family, 1.ª ed. Londres: Rotledge; 1991.
4. 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 (DTCCQ). México: Universi-

- dad Nacional Autónoma de México; 2001.
5. 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<sup>1,2</sup>. 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 sexual<sup>3</sup> 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 inferior<sup>4</sup>, 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