

# CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 5, número 1, 2005



## **S**ALUD **M**ENTAL Y **M**EDICINA **B**ASADA EN LA **E**VIDENCIA

César Luis Sanz de la Garza  
(Compilador)

*Fundada en 2001*

*Director:* Víctor Aparicio Basauri

*Subdirector:* José Filgueira Lois

*Secretario de Redacción:* José A. Fernández Menéndez

*Consejo de redacción:* Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Alberto Durán Rivas, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-  
Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)  
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo

*e-mail:* aenasturias@hotmail.com  
www.asoc-aen.es

*Ilustración de la cubierta:* Unknown painter.

Evidence to character, being, a portrait of a traitor, by his friends & by himself.

*Reservados todos los derechos.* Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

*Número de ejemplares:* 750

*Depósito legal:* AS – 3.607 – 01

*ISSN:* 1578/9594

*Impresión :* Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

*Periodicidad:* Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 5 - Núm. 1 - 2005

---

|   |    |
|---|----|
| <b>PRESENTACIÓN</b> .....   | 5  |
| <b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>   |    |
| <b>Pros y contras de las prácticas basadas en la evidencia</b><br><i>M. Desviat</i> .....                                       | 7  |
| <b>La colaboración Cochrane</b><br><i>I. Solá Arnau</i> .....   | 16 |
| <b>La medicina basada en la evidencia</b><br><i>F. J. Vizoso Piñeiro, J. Carballer García</i> .....                             | 25 |
| <b>Lectura crítica de artículos científicos</b><br><i>C. L. Sanz de la Garza</i> .....  | 34 |
| <b>La gestión de información clínica.</b><br><b>Medicina basada en la evidencia y método CASPE</b><br><i>J. I. Pijoán</i> ..... | 47 |
| <b>INFORMES</b>   |    |
| <b>Declaración sobre la salud mental para Europa</b><br><b>Afrontando los retos, construyendo soluciones</b> .....              | 54 |
| <b>IN MEMORIAM</b> .....  | 61 |
| <b>RESEÑAS</b>  |    |
| <b>Libros</b> .....   | 65 |
| <b>Revistas</b> .....   | 73 |
| <b>REUNIONES CIENTÍFICAS</b> .....  | 74 |
| <b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....  | 82 |

## Presentación

En los últimos años la MBE ha revolucionado la concepción de la práctica médica con especial repercusión en las nuevas generaciones de médicos. Sin embargo la Psiquiatría basada en la Evidencia ha experimentado un menor desarrollo fruto de resistencias diversas.

Algunos profesionales del ámbito académico han cuestionado el valor de la Psiquiatría basada en la Evidencia, centrando sus críticas en las limitaciones de los ensayos clínicos aleatorios y los metaanálisis, y en la falta de evidencia de alta calidad para apoyar las guías de práctica clínica. Así mismo algunos clínicos han expresado su reparo, identificando esta disciplina como una forma de justificar los recortes presupuestarios y de excluir a la psicoterapia de la práctica clínica.

Aquellos profesionales que eligen su especialidad como forma de convertirse en un médico humanista, suelen oponerse a la MBE porque asocian el reduccionismo con una pérdida de interés en sus pacientes. Sin embargo no hay ninguna contradicción entre MBE y humanismo, ya que basar las intervenciones de la práctica clínica en base a datos no significa restringir las decisiones al diagnóstico según algoritmos basados en los criterios DSM o CIE y escribir prescripciones.

El posicionamiento de la MBE como principio guía determina un cambio en la autoridad del médico. Actualmente los pacientes esperan ser informados del tratamiento, tomar parte en las decisiones, acuden a Internet para obtener información, haciendo más exigente la labor del médico. En definitiva la MBE debería hacer a los médicos más escépticos y aceptar que suelen saber menos de lo que realmente creen que saben.

Cualquiera que sean las limitaciones de la MBE, los pacientes esperan que basemos nuestras decisiones clínicas en datos científicos. En la actualidad la MBE es aún un ideal y la mayoría de las decisiones de la práctica clínica se basan en la experiencia clínica. Incluso tras el desarrollo de la práctica basada en la evidencia, la medicina y la psiquiatría continuando siendo tanto arte como ciencia.

*César Luis Sanz de la Garza*

# “Pros y contras” de la psiquiatría basada en la evidencia. Notas para el debate

**Evidence-based psychiatry: advantages and disadvantages. Notes for debate.**

Manuel Desviat

*Psiquiatra, Director Gerente del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Comunidad de Madrid.*

## RESUMEN

*Se presentan las características de la MBE y de su versión psiquiátrica, la psiquiatría basada en pruebas, en su intento en convertirse en un nuevo paradigma científico, en el sentido de Kuhn, que supere la incertidumbre de la decisión clínica, apoyándose en los ensayos clínicos randomizados, nuevo patrón de oro, y las limitaciones y controversias que ocasiona, tanto en la medicina en general como psiquiátrica. Aparece como contrapunto la Medicina Basada en Narrativas donde prima la hermenéutica y la Psiquiatría Basada en Valores, fundamentada en la filosofía; y la creciente implantación en la investigación sanitaria de los métodos cualitativos, las técnicas de consenso y de observación. Viejo debate entre lo cualitativo y lo cuantitativo, de los hechos frente a los valores, lo verdadero y lo falso en el contexto de nuestro presente científico, político y sanitario donde prima lo instrumental. Se plantea, por último, las repercusiones en la clínica de este nuevo positivismo y la necesidad de una psicopatología que de cuenta del enfermar.*

**Palabras clave:** Medicina Basada en la Evidencia. Psiquiatría basada en pruebas. Medicina basada en narrativas. Medicina basada en valores. Cuantitativo-cualitativo en psiquiatría.

## ABSTRACT

*The characteristics of the Evidence-Based Medicine (EBM) and its psychiatric version, the Evidence-Based Psychiatry, are presented. They are an attempt to become a new scientific paradigm, in Kuhn's sense; an attempt to overcome the uncertainty of the clinical decision and the limits and controversies that it causes, as much in the general medicine as in the psychiatry, supported on the randomised clinical trials, the new gold pattern. On the other side appears the Narratives-Based Medicine, where the hermeneutic is the keynote; the Values-Based Psychiatry, supported on the philosophy; and the growing introduction of qualitative methods and the consensus and the observation techniques in the health investigation. This is an historic debate between the qualitative and the quantitative methods, the facts and the values, the true and the false, in our scientific, political and health context, where the instrumental predominates. Finally, the consequences on the clinic of this new positivism and the need of a psychopathology that gives account of the fact of making ill, are raised.*

**Keywords:** Evidence-Based Medicine. Evidence-Based Psychiatry. Narratives-based Medicine. Values-based Psychiatry. Quantitative-qualitative methods in psychiatry.

*Allí donde los estudios culturales aparecen como antiteóricos y como un regreso a la mimesis, son la imagen especular del giro conservador*

**Félix de Azúa, Diccionario de las Artes**

El enunciado de la mesa, propuesto por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría<sup>a</sup>, nos introduce en un viejo debate, de especial radicalidad en psiquiatría, entre una medicina (y por supuesto una psicología) basada en hechos, cuantificables, y los métodos cualitativos clínicos e investigadores; un viejo debate actualizado por el fuerte envite de la Medicina Basada en la Evidencia y su patrón de oro: el meta-análisis de los ensayos clínicos aleatorios, en su pretensión de hacerse con la verdad científica. Una pretensión que hoy pasada la euforia del primer impacto, no tendría demasiado peso, si no fuera por el contexto en el que se enmarca, cuando la psiquiatría se enfrenta a un hacer instrumental reducido cada vez más a la supuesta verdad de una razón biológica fuera de todo saber psicopatológico; cuando —en nombre de la ciencia!— en el quehacer de psiquiatras y psicólogos desaparece la persona, su dimensión antropológica, existencial y queda sólo la falla de la estructura, del hardware. Es necesario, en primer lugar, recordar a quienes de tal modo manejan la ciencia y su verdad, que todo debate sobre la verdad y la falsedad, o lo cierto y lo no probado, nos remite por una parte al poder, pues, como dijo un conocido pensador inglés, Thomas Hobbes, si el poder político quisiera ni siquiera el teorema de Pitágoras sería verdadero (o en palabras de un pensador más cercano, Rafael Sánchez Ferlosio: las verdades son, naturalmente, siempre falsas, como lo demuestra el hecho de que su éxito no se componga de estudiosos, sino de guardaespaldas)<sup>3,4</sup>. En segun-

do lugar, hacerles ver que la importancia del envite de la MBE no viene tanto de su consistencia teórica como por ser el emergente de una situación histórica. La consecuencia de un tiempo donde los hechos prevalecen sobre los valores, gracias a la quiebra de los principios que fundamentaron la modernidad (el ilimitado crecimiento de la ciencia y la técnica, la educación y el esclarecimiento, harían posible un mundo basado en la razón y el progreso), sustituidos por el interés particular y un saber instrumental que quiere ignorar la esencia de las cosas. Un saber fragmentado, utilitario al que solo le interesa el manual de uso.

La Medicina Basada en la Evidencia, en pruebas para ser respetuosos, con el sentido del término en su lengua de origen, se presentó en un primer momento como una revolución, como un nuevo paradigma científico (siguiendo a Kuhn, en el que se basan al describir la MBE sus creadores), como una teoría, por tanto, capaz de sustituir a las teorías anteriores en psiquiatría<sup>5</sup>. Una teoría y una práctica que iba a conseguir, al fin, superar la incertidumbre que domina la toma de decisiones de clínicos, planificadores y gestores de la salud, aumentando la eficiencia de las prestaciones sanitarias. Los clínicos tendrían un patrón de medida con el que comparar los beneficios y los riesgos de los diferentes abordajes terapéuticos. Para hacer científica la medicina habría que someterla a un proceso de verificación empírica, basado en pruebas.

Resumamos sus orígenes y presupuestos.

En 1992 la revista JAMA publica el que será el artículo fundacional de la MBE. El cambio de paradigma que propugnaba el grupo de trabajo capitaneado por un médico internista de una Universidad de Ontario, Sackett, se basaba en:

- La experiencia clínica y la intuición en ocasiones pueden resultar engañosas.
- El estudio y comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad constituyen guías necesarias pero insuficientes en la práctica clínica, pudiendo llevar a predicciones incorrectas.
- El conocimiento psicopatológico y la experiencia clínica no son suficientes para establecer juicios como el diagnóstico, el pronóstico y la eficacia de los tratamientos; dan lugar a una medicina basada en la opinión que puede conducir a predicciones inexactas.

Es preciso buscar la mejor evidencia disponible a través de búsquedas en la literatura científica.

La epidemiología clínica, la bioestadística y la informática suministran los procedimientos. Una vez formulada la pregunta clínica, la Red (y un grupo de epidemiólogos) favorece la investigación, las evidencias clínicas relevantes sobre el asunto en la comunidad profesional<sup>a</sup>.

Aunque se consideran más procedimientos, la evidencia debe ser obtenida a partir de ensayos controlados randomizados y metaanálisis. El ensayo clínico randomizado, especialmente la revisión sistemática de varios ensayos clínicos randomizados se convierte en el “patrón oro” para juzgar si un tratamiento causa o no daño. La decisión clínica pasa así a ser el resultado de un proceso supuestamente objetivo y reproducible por diferentes agentes en diferentes contextos. Frente al ojo clínico, conjeturas y suposiciones basadas en la experiencia, imposibles de validar según criterios de la ciencia natural, la MBE ofrece verificaciones empíricas, pruebas.

**P**ero pronto se descubre que no es oro todo lo que reluce, que los metaanálisis tienen sus limitaciones y sus sesgos, entre otras razones por:

- Las pruebas son necesariamente “hechos” verificables y contables estadísticamente, esencialmente ensayos controlados randomizados.

| PARADIGMA CLÁSICO   | NUEVO PARADIGMA   |
|---|---|
| <p>Experiencia clínica basada en observaciones no-sistemáticas</p> <p>El estudio de los mecanismos patofisiológicos es suficiente en la práctica</p> <p>Combinación del entrenamiento médico tradicional y del sentido común</p> <p>La experiencia clínica es suficiente para obtener directrices válidas</p> | <p>Observaciones sistemáticas. Metaanálisis</p> <p>Necesario aunque insuficiente.</p> <p>Errores en la toma de decisiones por mecanismos supuestos</p> <p>Comprensión de ciertas reglas de evidencia específicamente estadísticas y epidemiológicas</p> <p>Valor de autoridad discreto o nulo</p> |

CUADRO 1

(a) Medline, Colaboración Cochrane, el NHS Centre for Reviews and Dissemination o las revistas surgidas para este fin, como American College of Physicians o el Evidence-Based

## ¿Cómo se practica la Medicina Basada en la Evidencia?

Requiere cuatro pasos consecutivos:

1. **Problema clínico - Formular la pregunta:** Formular de manera precisa una pregunta a partir del problema clínico del paciente
2. **Buscar la evidencia:** Localizar las pruebas disponibles en la literatura
3. **Valoración crítica:** Evaluación crítica de la literatura médica o pruebas
4. **Aplicarla a la práctica:** Aplicación de las conclusiones de esta evaluación a la práctica

CUADRO 2

- El ensayo randomizado puede ser imposible en función de objeciones éticas, de aspectos legales y políticos.
- Existen elecciones previas en función de las cuales formulamos las preguntas.
- El poder de generalizar –validez externa– puede estar comprometido, en cuanto que los profesionales que participan en los estudios, o la institución donde se realiza, no sean representativos por estar especialmente interesados en el asunto investigado (como suele ocurrir), y los pacientes ser atípicos por el procedimiento de selección.
- Algunos autores señalan aspectos de la práctica clínica que no serían percibidos por los métodos de investigación más valorizados por la MBE y que son, sin embargo, absolutamente pertinentes para la toma de decisión en la práctica cotidiana de los médicos: aspectos biomédicos pero también personales, contextuales, que convergen de una manera compleja y no tienen nada que ver con el procedimiento lineal de la toma de decisión sugerida por la MBE<sup>7,8,9</sup>.
- Sólo se publican los estudios con resultados positivos (o bien que los autores cuyo idioma no es el inglés, lengua en la que se

realizan las búsquedas bibliográficas de los metaanálisis, publiquen los resultados positivos en revistas en inglés y los resultados negativos en revistas en otros idiomas).

A este respecto es esclarecedor la estrategia llevada a cabo por Silva Ayçaguer y publicada en su libro *Cultura Estadística e Investigación Científica*, por la que prepararon cuatro artículos idénticos tanto en su Introducción como en su sección de Métodos, pero con diferentes contenidos en las otras dos: Resultados y Discusión, y un quinto grupo sin las dos últimas secciones. En uno de ellos los resultados eran positivos (se demostraba la hipótesis en discusión); en otro eran negativos; en el tercero y el cuarto se pusieron mixtos, pero con una discusión que conducía a conclusiones positivas en un caso y negativas en el otro. Se entregaron a distintos grupos de “decisores” de publicación. Cuyos resultados figuran en el cuadro 3 (pag. siguiente).

La variedad de estas condiciones de partida de los estudios es la que explica la existencia de metaanálisis contradictorios, por ejemplo sobre las ventajas del uso de los nuevos neurolépticos, ¿qué pacientes?, ¿con arreglo a qué criterios han

| <b>Evaluación de manuscritos con diferentes presentaciones</b> |                    |         |                       |                         |                         |
|--|--------------------|---------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Presentación   | Número de árbitros | Métodos | Presentación de datos | Contribución científica | Méritos para publicarse |
| <b>Resultados positivos</b>                                    | 12                 | 1,2     | 2,6                   | 4,3                     | 3,2                     |
| <b>Resultados negativos</b>                                    | 14                 | 2,4     | 2,6                   | 2,4                     | 1,8                     |
| <b>Resultados mixtos y conclusión positiva</b>                 | 13                 | 2,5     | 1,3                   | 1,6                     | 0,5                     |
| <b>Resultados mixtos y conclusión negativa</b>                 | 14                 | 2,7     | 2,0                   | 1,7                     | 1,4                     |
| <b>Métodos solamente</b>                                       | 14                 | 3,4     | .....                 | 4,5                     | 3,4                     |

Silva Aycaguer L.C., Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica, Madrid, Díaz de Santos, 1997

CUADRO 3

sido seleccionados para efectuar la revisión?, ¿son homogéneos?, ¿se parecen a los que tratamos a diario?, ¿se le ha atendido en condiciones similares a la práctica habitual?, ¿durante cuánto tiempo?. Ni siquiera en los estudios farmacológicos, hay evidencia suficiente, y continuamente vemos metaanálisis contradictorios. Así, después de decenas de estudios en pro de las ventajas de los antipsicóticos atípicos, en un metaanálisis sobre 1 2 .649 pacientes en 52 ensayos randomizados publicado en diciembre de 2000 se concluye que no hay evidencia de que atípicos sean más efectivos ni mejor tolerados que los convencionales<sup>10</sup>. La MBE no nos ahorra la incertidumbre en un tema tan sensible para el psiquiatra, el usuario y especialmente la administración sanitaria, con la agravante que son precisamente los temas farmacológicos los que mejor evalúan este tipo de estudios.

abilidad en el diagnóstico sigue siendo en algunos casos escasa. En un artículo cáustico titulado “Cause the Bible Tells Me So”, George Winokur (que fue uno de los responsables de la creación de los Criterios del DSM III) despedaza el mito acerca de la fiabilidad<sup>11</sup>. Por otra parte, la fiabilidad está subordinada a la validez y la cuestión de la validez en el diagnóstico en psiquiatría es, cuando menos, peliagudo. Los resultados son poco alentadores; para Garb los culpables son los clínicos, que no se adhieren a los criterios diagnósticos al uso<sup>12</sup>.

CUADRO 4

### **Inconvenientes de la MBE según Cristóbal Gastó**

(Editorial Psiquiatría Biológica, 1998)

1. Reticencia a aceptar la acumulación de conocimientos
2. Nada de lo anterior tiene sentido alguno
3. Anti-inductismo
4. No hay ninguna razón a partir de la experiencia
5. Condicionamientos de la industria farmacéutica de algunos estudios

**E**n psiquiatría, está además la cuestión de la fiabilidad y de la validez diagnóstica. Algo no resuelto a pesar de los esfuerzos de la American Psychiatric Association y de la Organización Mundial de la Salud con el CIE-10 (1992), para poner en comunicación a los psiquiatras con un lenguaje único (DSM, CIE-10), es evidente que la fi-

Ante lo expuesto, tanto la MBE como la PBE podrían reflejar tan solo el intento ingenuo de elevar unas técnicas, una metodología de búsqueda e investigación a categoría científico-natural, a un nuevo paradigma revolucionario que diera cuenta de toda la realidad de la práctica psiquiátrica; un intento fallido en cuanto que incumple los propios principios de rigor científico a los que apela. Una colección de hechos no basta para constituir una ciencia. Ni tan siquiera una ciencia aplicada. El paradigma es un logro científico formado por una teoría y algunas aplicaciones ejemplares, que permanece abierto a un desarrollo posterior. Dice Kuhn “el acto de juicio que conduce a los científicos a rechazar una teoría aceptada previamente, se basa siempre en una comparación de dicha teoría con el mundo. La decisión de rechazar un paradigma es siempre, simultáneamente, la decisión de aceptar otro, y el juicio que conduce a esa decisión involucra la comparación de ambos paradigmas con la naturaleza y la comparación entre ellos”<sup>13</sup>. Sería, por tanto, un intento más de una técnica de resultados parciales, y eventual utilización, si no fuera porque en el momento actual parece querer ir más allá, convirtiéndose en la punta de lanza de una estrategia de los actuales PODERES para reducir la teoría y la práctica psiquiátrica a una colección de hechos donde definitivamente se excluye a la persona del proceso terapéutico y permite que un grupo no muy numeroso de especialistas puede ejercer un eficaz control a escala mundial sobre las pautas de atención y sobre la prescripción. Alianza de gestores [ya se ha acuñado el término Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE)] y clínicos, en un momento en que los Estados procuran

de s h a cerse de sus responsabilidades sobre la salud de los ciudadanos transfiriendo estas obligaciones a la empresa privada.

La ciencia es ciencia de una época, y la MBE se corresponde con un momento de ausencia de teoría psiquiátrica, de retroceso de la indagación psicopatológica y de programas de investigación, más allá de la genética y la psicofarmacología. Desde la pasada década de los 90, hay una vuelta al reduccionismo biológico: la hipótesis última es que el cerebro es el “órgano de la mente”: hechos cuantificables, al margen de los juicios de valor. Para algunos de sus adalides (Guze, Detre) el futuro de la psiquiatría es convertirse en una “neurociencia clínica”. Otros se preguntan si la psiquiatría no debería volverse una subdisciplina de la neurología. Un reduccionismo que se va a reflejar en las formas de entender la organización de la asistencia y el cuidado a los problemas de la salud mental. No es de extrañar que los psiquiatras franceses se planten en su último Libro Blanco el fin de la psiquiatría como especialidad médica de seguir por este camino<sup>14</sup>. Una disciplina que, para autores como Odier Bernard (*L’information psychiatrique*, septiembre 2004) podría perder el 90% de sus posibilidades en la clínica si fuera necesario limitar la práctica psiquiátrica a aquello susceptible de ser validado por la MBE.

No todo está perdido. Los estudios cualitativos aumentan su implantación ante las limitaciones de la MBE. Las investigaciones sanitarias se complementan o se construyen sobre técnicas de consenso (Grupos Delphi, nominal o de panel de exper-

(a) Se reconocen cinco métodos, en estos momentos, para estudiar la validez diagnóstica:

1. La entrevista clínica estructurada (Wetzler y Van Praag, 1989)
2. El estándar L.E.A.D. de Robert Spitzer (1983)
3. Los criterios de Robin y Guze (1970)
4. La validez del *constructo* (Garb, 1998)
5. El análisis latente de clase (Faraone y Tsuang, 1994)

tos, brainstorming) y de observación participante (entrevista abierta, grupos de discusión). Recientemente en un artículo de *World Psychiatry* se plantea un nuevo modelo de relación entre los valores y la evidencia, la práctica basada en valores (PBV). El modelo de la PBV se basa en las disciplinas formales abstractas, como el análisis lingüístico, la fenomenología y la hermenéutica. La filosofía llega, de nuevo, en apoyo de la teoría y la práctica psiquiátrica<sup>16</sup>. En un editorial de la *Revista Española de Salud Pública*, Cristina Pérez Andrés plantea algo fundamental para el tema que tratamos al estudiar la diferencia de las técnicas (empleadas para el estudio de la realidad social, de la que forman parte los fenómenos relativos a la salud y a la enfermedad) llamadas cuantitativas o distributivas y las cualitativas y estructurales: el lenguaje<sup>17</sup>. En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos. No se trata de que los sujetos que participan respondan un cuestionario, sino de que hablen. Lo fundamental de la metodología cualitativa es el análisis e interpretación del lenguaje (verbal y no verbal) obtenido en condiciones de investigación. El discurso, la narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente. “Define cómo, por qué y de qué manera él o ella está enfermo. El estudio de la narrativa ofrece la posibilidad de desarrollar una comprensión que no puede ser alcanzada de ninguna otra manera”<sup>18</sup>. Ante las limitaciones de la MBE, unos médicos ingleses adelantan la hipótesis de una Medicina Basada en Narrativas. Enfermar, estar enfermo, estar en tratamiento, remiten a un individuo, a una historia particular, a un contexto lleno de sentido<sup>19, 20</sup>. Para estos autores la tarea del médico es comparable a la de los historiadores, los biógrafos o los etnógrafos; el método clínico consiste en un acto interpretativo que se basa en habilidades narrativas para integrar las historias contadas por pacientes y clínicos y los resultados de las

pruebas. En psicoterapia, las narrativas han servido de metateoría capaz de integrar aportes de diversas teorías<sup>21</sup>.

La situación clínica integra diferentes textos:

- a) El experimental o el sentido que el paciente le da a su dolencia;
- b) El narrativo o lo que el médico interpreta como el problema del paciente;
- c) El perceptivo o físico; el instrumental o de los exámenes complementarios y;
- d) el texto terapéutico.

Hay autores que buscan la confluencia, pero el problema es respetar los diferentes lenguajes y su diferente interpretación. No es posible entender el conocimiento sin la diversidad, ni la psiquiatría como un saber único. Siempre he creído que en la mixtura, en el mestizaje está la base del desarrollo tanto de las ciencias de la naturaleza como de las ciencias humanas. Otra cosa es la intolerancia: pero ese tipo de verdades que decíamos antes necesitan de guardaespaldas, nos remite a una cuestión de poder.

“La disputa acerca de la veracidad o de la falsedad de determinadas creencias entraña simultáneamente el debate acerca del derecho de algunas personas de hablar con la autoridad que algunos otros deberían obedecer”, dice Zygmunt Bauman en “O Mal-Estar da Pós-Modernidade”<sup>22</sup>.

**E**n cualquier caso, además de medir y contar hay que comprender, historiar, describir. Además de saber cuantas veces cuánto, hay que responder a por qué, qué o cómo, escriben Mikel Munarriz y Julio Sanjuán<sup>23</sup>. No son datos bien fundados lo que

(a) Autores como Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz, Jhon Launer, Anne H. Jones, Gynn Elwyn y Richard Elwyn

faltan, hacer falta recuperar la reflexión, el análisis, la capacidad creadora, abierta, integradora. En palabras de Fernando Colina, hay hechos y datos, y hay interpretación de estos hechos y datos. Pero no hay datos sin interpretación. Todos los datos (hechos) son interpretables y son interpretados. Como no hay psicopatología sin referencia a la imaginación ni problema psicopatológico sin referencia al deseo. La solución no es ni una cosa ni otra<sup>24</sup>. Se trata de trabajar en registros diferentes. De servirnos de las diferentes técnicas en el sentido orteguiano para realizarnos como proyecto, como personas<sup>25</sup>. Si buscáramos las respuestas a nuestras preguntas allí donde estén, sea en nuestras neuronas, nuestros genes, nuestras pulsiones o nuestros significantes, terminaríamos por dejar de lado, como señala Octavio Domont, de Serpa Júnior cualquier veleidad reduccionista. La confrontación entre lo biológico y lo psicosocial debería ser irrelevante. Hay un aparato fonador y unas localizaciones cerebrales del lenguaje, y seguramente un software heredado, como condición indispensable para el habla, pero esta estructura biológica no comprende el habla; no entiende del sentido del habla.

Por último, como señalaba en otro lugar<sup>26</sup>, la clínica de la enfermedad mental no puede quedar reducida a una práctica, a un manual de instrucciones, por muy consensuado que éste sea. Precisa de una teoría, de una psicopatología que le permita comprender la enfermedad mental en sus determinaciones múltiples: histórica, social, biológica, psicológica. Una teoría y unos métodos obligados a confrontarse a diario con los procesos del enfermar; que conservan la validez mientras mantienen su eficacia. Es desde un planteamiento plural, desde donde puede ser útil la MBE.

Hay que integrar en nuestra práctica la evidencia de la que nos habla la MBE, pero sabiendo de sus limitaciones: los sesgos e incertidumbres en la verificación empírica de sus resultados, y confrontándola, en su hacer reduccionista, con una visión antropológica del enfermar. Hay que acomodarla en el conjunto de saberes del pensamiento de nuestro momento histórico, para, a continuación, reivindicar con fuerza la utopía: la ciencia al servicio del ser humano, donde la técnica sería, en la metáfora de Wittgenstein, comparable a una escalera que es arrojada una vez que hemos ascendido por ella. Utopía social sin la cual el imperativo tecnológico que nos rodea se puede convertir en una mortal pesadilla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Desviat M.** Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico. Baca E, Lázaro J (editores). Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Triacastella, 2003.
2. **Azúa F.** Diccionario de las Artes. 2ª ed. Barcelona: Anagrama, 2003.
3. **Hobbes T.** Del ciudadano y Leviatán, Madrid: Tecnos; 1987.
4. **Sánchez Ferlosio R.** Vendrán más años malos y nos harán más ciegos. Ediciones Destino;1993.
5. **José Lázaro**, en un editorial, revisa los términos con sus acepciones en inglés y español. Ver: Lázaro J. De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. Archivos de psiquiatría 1999; supl 3: 3-4.
6. **Sackett D., Rosenberg W. et al.** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 1996, 312: 71-72.
7. **Domont de Serpa Jr O.** Clinica e evidência em que se baseiam as nossas decisoes? Cadernos IPUB 1999, 15: 61-79.
8. **Tomlin Z., Humphrey Ch., Rogers S.** General practitioners perceptions of effective health care. British Medical Journal 1999; 318: 1532-1535.
9. **Black N.** Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. British Medical Journal 1996; 312: 1215-1218.
10. **Geddes J., Freemantle N., Harrison P., Bebbington P.** Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. BMJ, Dec 2000; 321: 1371 - 1376.
11. **Winokur G., Zimmerman M., Cadoret R.** Cause the bible tells me so. Arch Gen Psychiatry. 1988 Jul;45(7):683-4.
12. **Garb H.** Studying the Clinician. Judgment Research and Psychological Assessment. Washington: American Psychological Association. 1998.
13. **Kuhn T. S.** La estructura de las revoluciones científicas. México DF: FCE, 1975.
14. **Fédération Française de Psychiatrie.** Livre blanc de la psychiatrie. Paris: JL Jhon Libbeey Eurotext, 2003.
15. **Bernard O.** La psychiatrie à l'épreuve du scientisme. L'information pschiatrique 2004; 80: 557-65.
16. **Fulford K. W. M., Stanghellini G., Broome M.** ¿Qué puede hacer la filosofía por la psiquiatría? World Psychiatry (Ed Esp) 2004; 2:3:130-5.
17. **Pérez Andrés C.** ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativas? Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 319-321.
18. **Grenhalgh T., Hurwitz B.** Why study narrative? British Medical Journal 1999; 318: 48-50.
19. **Domont de Serpa Jr O.** Clinica e evidência ¿em que se baseiam as nossas decisoes? Cadernos IPUB 1999, 15: 61-79.
20. **Domont de Serpa Jr O.** Mal-Estar na Natureza. Te Corá editora: Río de Janeiro, 1999.
21. **Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B.** La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouver, 2000.
22. **Bauman Z.** O Mal- Estar da Pós-Modernidade, Río de Janeiro 1998.
23. **Munárriz M. y Sanjuán J.** Investigación cualitativa y psiquiatría. Archivos de Psiquiatría 2001; 64 (1): 7-20
24. Introducción al proyecto hechos y valores en psiquiatría: resumen de las intervenciones en el debate general. Archivos de psiquiatría 1999; supl 3: 3-4.
25. **Ortega y Gasset J.** Meditaciones sobre la técnica. O C.vol V, p.343.
26. **Desviat M.** La construcción del discurso psiquiátrico. Editorial. Átopos 2003; 1 (2).
27. Wittgenstein citado por Carlos París. El animal cultural. Barcelona: Crítica 2000, pag. 125

Dirección para correspondencia:

*Juan de Austria 30, 4º A, 28010 Madrid*

*Fax: 91 586 65 42*

*Tfno.: 91 589 94 91 - 91 589 94 62 - 91 589 94 63*

*e-mail: manuel.desviat@madrid.org*

# La colaboración Cochrane

## Cochrane collaboration.

Ivan Solá Arnau

*Licenciado en Psicología y Psicoterapeuta.  
Centro Cochrane Iberoamericano.*

### RESUMEN

*La Colaboración Cochrane es una organización internacional, sin fines de lucro, que busca ayudar a quienes necesitan tomar decisiones bien informadas en atención sanitaria. Su principal objetivo es el de preparar, actualizar, promover y facilitar el acceso a las revisiones sistemáticas sobre las intervenciones de la atención sanitaria. Su principal producto es la Cochrane Library, una publicación electrónica trimestral en formato electrónico. Se describen los principios y la estructura de la Colaboración Cochrane, y la estructura y contenido de la Cochrane Library. Se expone la importancia de las revisiones sistemáticas como fuentes de información para los clínicos, destacando las aportaciones de la Colaboración Cochrane en el campo de la salud mental, con iniciativas como el Proyecto EU-PSI.*

**Palabras clave:** Salud Mental, Medicina Basada en la Evidencia, Bases de Datos.

### ABSTRACT

*The Cochrane Collaboration is an international, non-profit organisation which aims to help people make well-informed health care decisions. The main objective is to prepare, update, promote and facilitate access to systematic reviews on health care interventions. The main product is The Cochrane Library, a quarterly electronic publication. The principles and structure of the Cochrane Collaboration, and the structure and content of the Cochrane Library are described. The importance of systematic reviews as sources of information for clinicians will be presented, with special emphasis on the contributions of the Cochrane Collaboration to mental health, with initiatives as the EU-PSI Project.*

**Keywords:** Mental Health, Evidence-Based Medicine, Databases.

### LA CONVENIENCIA DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS Y EL PAPEL DE LA COLABORACIÓN COCHRANE

La Colaboración Cochrane es una organización internacional, sin ánimo de lucro, que pretende ayudar a los profesionales de la salud a realizar decisiones sanitarias bien informadas, desarrollando, manteniendo, y di-

vulgando revisiones sistemáticas sobre el efecto de las intervenciones sanitarias<sup>1</sup>. El origen de la Colaboración data del final de la década de los ochenta con el trabajo de los británicos Iain Chalmers, Murray Enkin y Marc Keirse que recopilaron de forma sistemática todos los ensayos clínicos en el campo perinatal<sup>2</sup>, siguiendo los criterios propuestos por el epidemiólogo inglés Archie Cochrane, que ya en 1979 advirtió sobre la

necesidad de elaborar resúmenes críticos y actualizados de los ensayos clínicos relevantes organizados por especialidades<sup>3</sup>.

La razón de esta propuesta obedece, entre otras razones, a la abrumadora cantidad de información actual. Se dispone de una gran cantidad de información procedente de numerosas fuentes (manuales, revistas, Internet...) que no siempre es de la mejor calidad, provocando en ocasiones que estudios con una impecable metodología y de gran relevancia clínica queden oscurecidos por los resultados de otros tantos estudios de dudoso rigor metodológico, y muchas veces irrelevantes desde un punto de vista clínico. Para facilitar que los que deben tomar alguna decisión relacionada con la salud (ya sean clínicos, investigadores, o pacientes) encuentren la información de mejor calidad, destaca la necesidad de recoger y resumir los resultados de ensayos clínicos similares. Estos ensayos clínicos deberían ser evaluados críticamente para conocer su validez, combinarlos posteriormente, y así obtener un resultado que sea más fiable estadísticamente y más fácil de aplicar en la práctica diaria. Este proceso se debería hacer de una forma tan fiable como fuera posible, y es el motivo de que se haya realizado un esfuerzo para sistematizar al máximo esta metodología.

El tradicional formato de revisión narrativa acostumbra a no seguir un proceso sistemático en su desarrollo. Puede ser que alguna de estas revisiones esté firmada por algún experto reconocido en su especialidad que no haya tenido tiempo para realizar el esfuerzo de identificar todos los estudios sobre el tema. En los peores casos, es posible que se recojan solamente los resultados de aquellos estudios que confirman la opinión del experto. Para evitar esta situación las revisiones sistemáticas tratan de evitar estos sesgos estableciendo una metodología predefinida y

explícita. Esta metodología incluye unos pasos dirigidos a evitar el sesgo en cada una de las fases de la realización de la revisión<sup>4</sup>: la identificación de todos los estudios relevantes, su selección y evaluación para incluirlos en la revisión dependiendo de si cumplen con los criterios preestablecidos, la extracción de los resultados de los estudios originales y, finalmente y en los casos en los que es posible, la combinación de los resultados. Este último paso, el de la combinación de los resultados en un metaanálisis, no siempre es posible ni conveniente ya que en ocasiones los estudios identificados tienen diseños muy diferentes, o las variables de resultado medidas no son lo suficientemente parecidas como para ser combinadas.

La Colaboración Cochrane es actualmente la mayor organización internacional que se dedica a producir y mantener actualizadas revisiones sistemáticas. Actualmente hay publicadas más de dos mil revisiones sistemáticas en la revista *The Cochrane Library*. La cobertura de los temas de las revisiones publicadas en *The Cochrane Library* se va mejorando progresivamente y actualmente son relevantes para las diez principales causas de discapacidad tanto en los países desarrollados, como en los países en vías de desarrollo<sup>5</sup>.

La Colaboración Cochrane, establecida como tal en el año 1993, parte de una serie de principios como son el de basar su desarrollo en el entusiasmo de los individuos, involucrando y dando apoyo a personas con diferente formación y experiencia para realizar revisiones sistemáticas. También se trabaja para evitar la duplicación, tratando de hacer una buena gestión que permita que los esfuerzos sean eficientes. Los esfuerzos se dirigen a mantener una serie de estrategias para evitar los sesgos, y en asumir el compromiso de asegurar que las revisiones Cochrane identifican e incorporan la nueva

evidencia que aparece. Por otro lado se prioriza la relevancia clínica, promoviendo la evaluación de las intervenciones a partir de variables de resultado que sean importantes para los que deben tomar decisiones sanitarias. El acceso a las revisiones Cochrane también es un aspecto que se debe asegurar, difundiendo ampliamente tanto las revisiones como la metodología seguida para realizarlas, y promoviendo unos medios adecuados para cubrir las necesidades de los usuarios de todo el mundo. Todos estos objetivos solamente se pueden alcanzar si se parte de una estructura y una organización eficiente y transparente, tratando de colaborar a partir del impulso de una buena comunicación interna y externa.

La Colaboración Cochrane recibe el apoyo de múltiples organizaciones alrededor del mundo, entre las que se cuentan agencias de investigación en salud, organizaciones proveedoras de atención sanitaria, ministerios de sanidad y universidades. Actualmente la Colaboración cuenta con la colaboración de más de diez mil personas repartidas en más de ochenta países, con un incremento anual de colaboradores que se estiman en un 20% cada año<sup>6</sup>.

El funcionamiento de la Colaboración es posible gracias a una estructura interna organizada en varios niveles y entidades, cada una de ellas con responsabilidades y funciones específicas. Estas entidades son: los Grupos Colaboradores de Revisión, los Grupos de Metodología, los Ámbitos, la Red de Usuarios, los Centros, y el Comité Directivo. La función de los Grupos Colaboradores de Revisión (Collaborative Review Groups en inglés) es la de preparar y actualizar las revisiones sistemáticas y por lo tanto, son los principales responsables de coordinar el desarrollo de las revisiones. Son grupos de carácter internacio-

nal y multidisciplinar, integrados por investigadores, clínicos, profesionales de la salud, usuarios, etc, que comparten el interés por un problema de salud específico (como podría ser el cáncer de pulmón, el dolor, la esquizofrenia, las demencias,...). Los Grupos Colaboradores se encargan de facilitar y coordinar el trabajo de los autores de las revisiones sistemáticas (revisores) mediante un equipo editorial designado por el mismo Grupo Colaborador.

Los Grupos de Métodos realizan una tarea impagable para el buen desarrollo de las revisiones sistemáticas, ya que se encargan de desarrollar los métodos, y de aconsejar a la Colaboración sobre como mejorar la validez y precisión de las revisiones sistemáticas. Por ejemplo, el Grupo de Trabajo sobre Metodología Estadística (Statistical Methods Working Group) evalúa las alternativas existentes para manejar los diferentes tipos de datos en la síntesis estadística aplicada en los metaanálisis.

Los Ámbitos se diferencian de los Grupos Colaboradores en la medida en que se ocupan de dimensiones sanitarias más allá de problemas específicos de salud, tales como la administración de la atención sanitaria (por ejemplo el Ámbito en Atención Primaria), un tipo de usuario de servicios sanitarios concreto (como el Ámbito de Cuidados de Salud a los Ancianos), o algún tipo específico de intervención (como el Ámbito de Vacunas). Las personas integrantes de los Ámbitos buscan fuentes especializadas de estudios relevantes, se encargan que su perspectiva y sus prioridades se vean reflejadas en los Grupos Colaboradores y por tanto en las revisiones, coordinan actividades con agencias independientes de la Colaboración Cochrane, y realizan observaciones sobre las revisiones sistemáticas relacionadas con sus respectivas áreas.

La importancia de la Red de Usuarios radica en el hecho de que se erige como un foro para vincular entre sí a los usuarios de salud participantes en la Colaboración, para hacer oír su voz en las diferentes entidades de la Colaboración, y sirven como un puente entre los grupos de usuarios de los sistemas de salud de alrededor del mundo.

Todo el trabajo que realizan las entidades que se han comentado está apoyado y auspiciado en los catorce Centros Cochrane repartidos en todo el mundo. Los Centros Cochrane comparten la responsabilidad de coordinar el trabajo de todos los miembros y colaboradores de la Colaboración, contribuyen en la organización de los Grupos de Colaboración de Revisión, facilitan la colaboración entre los revisores y promueven áreas tales como la formación, el asesoramiento metodológico, y la difusión de la Colaboración Cochrane. En este sentido el Centro Cochrane Iberoamericano, ubicado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, es uno de estos Centros internacionales que, además de desarrollar las tareas comentadas, se encarga de facilitar apoyo logístico a la Red Cochrane Iberoamericana, integrada por una serie de centros coordinadores ubicados en Argentina, Chile, Colombia, Cuba, México, Costa Rica y Venezuela (aparte de dos grupos de trabajo en Uruguay y Portugal).

Por último, todas estas entidades y centros se vertebran entorno al Comité Directivo y Secretariado, encargado de las políticas de la Colaboración Cochrane. El Comité está formado por catorce miembros de las diferentes estructuras que componen la Colaboración, que se reúnen dos veces al año para desarrollar una serie de decisiones basadas en objetivos reflejados en el Plan Estratégico de la Colaboración.

## COCHRANE LIBRARY PLUS

Todo el trabajo que producen los revisores se refleja en The Cochrane Library, el principal producto de la Colaboración. The Cochrane Library es una revista electrónica de periodicidad trimestral distribuida a través de suscripción anual en CD o a través de Internet. En algunos países el acceso a la revista es gratuito, debido a suscripciones subvencionadas por los gobiernos (Australia, Dinamarca, Finlandia, Inglaterra, Irlanda, Noruega, País de Gales, y Suráfrica), o por convenios con instituciones que facilitan el acceso en países en vías de desarrollo<sup>5</sup>. España se cuenta entre los países con acceso universal a la revista, que se publica en castellano con el nombre de La Cochrane Library Plus, por un acuerdo suscrito por el Ministerio de Sanidad y Consumo en octubre de 2003.

La Cochrane Library Plus contiene todas las bases de datos que ofrece The Cochrane Library, además de algunas bases de datos exclusivas de la versión en español. La *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* (BDCRS) es el equivalente de la Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), con la única diferencia del idioma. La BDCRS contiene tanto el texto íntegro de las revisiones sistemáticas Cochrane, como el texto de los protocolos de revisión traducidos al castellano. Las revisiones son elaboradas y actualizadas por los diferentes Grupos Colaboradores de Revisión, y los protocolos aportan información sobre el plan de trabajo y metodológico de futuras revisiones. En el último número de 2004 la BDCRS dispone de 1938 documentos.

El *Registro de Ensayos Clínicos Iberoamericanos* contiene cerca de tres mil registros de ensayos clínicos publicados en revistas iberoamericanas, tanto indizadas como no indizadas, identificados mayormente me-

dante búsqueda manual. Dentro de la Cochrane Library Plus también se puede encontrar *Bandolera*, traducción española de la revista secundaria *Bandolier*. Los *Informes de Gestión Clínica y Sanitaria* son una revista secundaria editada conjuntamente por el Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra, la Fundación Gasper Casal, y la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. En la base de datos *Agencias Iberoamericanas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* se recopilan todos los informes elaborados por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias españolas, e incorporarán en un futuro los informes de Agencias de Evaluación iberoamericanas. La última base de datos de la revista con contenido exclusivamente en español es la base de datos *Kovacs* que recopila revisiones elaboradas por la Fundación Kovacs sobre intervenciones relacionadas con el manejo del dolor de espalda.

Además del contenido en español, la Cochrane Library Plus contiene otras fuentes de información entre las que destaca *CENTRAL* (Registro Central Cochrane de Ensayos Clínicos). Actualmente cuenta con el registro de 427.807 ensayos clínicos aleatorios, y se considera la mayor fuente de información disponible sobre ensayos clínicos<sup>7</sup>. En el año 1993, en el que se estableció la Colaboración Cochrane, se podían identificar en Medline unos 20.000 ensayos clínicos, por lo que uno de los principales objetivos de la Colaboración fue el de identificar y facilitar el acceso a los ensayos clínicos aleatorios que pudieran ser elegibles para ser incluidos en revisiones sistemáticas Cochrane. De esta forma comenzó un esfuerzo coordinado a nivel internacional que actualmente cuenta con la búsqueda manual en más de 1.700 revistas biomédicas en diversas lenguas, y con la búsqueda electróni-

ca periódica en varias bases de datos. Paralelamente al crecimiento de *CENTRAL*, la Colaboración ha realizado avances metodológicos para mejorar la identificación de ensayos para su registro en esta base de datos, como por ejemplo el diseño de un filtro de alta sensibilidad para la búsqueda de ensayos<sup>8</sup>.

Aparte de *CENTRAL*, la *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (*DARE*) contiene evaluaciones críticas y resúmenes estructurados de otras 5.000 revisiones sistemáticas, no elaboradas por la Colaboración, que produce el Centre for Reviews and Dissemination del Sistema de Salud Británico. La *Cochrane Database of Methodology Reviews* (*CDMR*) y el *Cochrane Methodology Register* (*CMR*) contienen materiales de utilidad sobre todo lo relacionado con la metodología para la realización de revisiones sistemáticas. La *CDMR* contiene temas revisados sistemáticamente relacionados con la metodología, que han dado lugar a avances que permiten evitar sesgos y realizar estimaciones más ajustadas sobre el efecto de las intervenciones, como por ejemplo la constatación de que los errores en el encubrimiento de la asignación a los grupos de tratamiento en los ensayos clínicos está asociado a resultados sesgados<sup>9,10</sup>. Finalmente, la *Health Technology Assessment Database* y la *NHS Economic Evaluation Database* contienen información acerca de 5.000 informes de evaluación de tecnologías sanitarias, y tratan de aspectos relativos a la eficacia, efectividad, eficiencia, utilidad o impacto de una tecnología sanitaria.

Además de todas estas fuentes de información en la Cochrane Library Plus también se puede encontrar toda la información y datos de contacto relacionados con la estructura organizativa de la Colaboración Cochrane, además de ofrecer la posibilidad

de descargar el Manual Cochrane para el Revisor<sup>4</sup>. El volumen de información que contiene la Cochrane Library Plus la convierte en la mejor fuente información sobre el efecto de las intervenciones sanitarias y sobre investigación metodológica<sup>5</sup>.

## LA SALUD MENTAL EN LA COLABORACIÓN COCHRANE

Como se ha comentado, la organización de los Grupos Colaboradores de Revisión (GCR) se ha estructurado en torno de problemas específicos de salud o patologías de interés, en lugar de hacerlo siguiendo el esquema tradicional de especialidades médicas. Este hecho hace que dentro de la Colaboración no se pueda buscar un Grupo Colaborador de psiquiatría, salud mental o psicología, sino que más bien se deban buscar patologías concretas. Teniendo en cuenta esto, actualmente se pueden identificar cinco Grupos Colaboradores específicos entre los 50 existentes: GCR de Demencia y Trastornos Cognitivos, GCR de Depresión, Ansiedad y Neurosis, GCR de Drogas y Alcohol, GCR de Esquizofrenia, y GCR de Problemas del Desarrollo, Psicosociales y de Aprendizaje (ver Anexo)<sup>11, 12, 13, 14, 15</sup>. Cabe destacar que los aspectos relacionados con la salud mental no son exclusivos de estos cinco Grupos Colaboradores de Revisión, y que por lo tanto cualquier otro Grupo Colaborador puede preparar revisiones sistemáticas relacionadas con el campo de la salud mental.

Por otro lado es muy destacable el proyecto EU-PSI project, que parte de la base de que, a pesar que los problemas de salud mental son comunes y afectan a un amplio rango de la sociedad, y a pesar de que existe evidencia entorno a la eficacia de varias intervenciones para este campo, es difícil acce-

der a estas pruebas y saber qué calidad tienen<sup>16</sup>. Por este motivo apareció el proyecto internacional European EU-PSI con el objetivo de facilitar el acceso a la evidencia disponible sobre el manejo eficiente del cuidado en salud mental, agrupándola y poniéndola al alcance de todos aquellos que la pudieran necesitar (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, pediatras, médicos de atención primaria, gestores o usuarios). El proyecto, coordinado desde una Oficina Editorial ubicada en la Universidad de Helsinki en Finlandia, se inició en 2000, poniendo en marcha dos bases de datos: PsiTri, y la Mental Health Library PsiTri, en funcionamiento desde noviembre de 2001, compila los registros especializados de ensayos clínicos aleatorios de los cinco Grupos Colaboradores de Revisión relacionados con la salud mental, hecho que la convierte en una fuente de información única, dado que contiene referencias tanto de estudios publicados como no publicados, y además describe cada estudio de una forma estructurada, incluyendo un pequeño resumen de la calidad, por lo que facilita la elegibilidad para la inclusión en una revisión sistemática. La Mental Health Library incluye PsiTri, y además recoge revisiones sistemáticas Cochrane, otras pruebas científicas de gran calidad y guías de práctica clínica sobre intervenciones en salud mental.

## CONCLUSIONES

Se ha intentado justificar el importante papel que ocupan las revisiones sistemáticas actualmente, considerando la necesidad de la continua actualización de los profesionales que se ve enormemente dificultada por la ingente cantidad de información disponible a través de diversos medios. Sin lugar a dudas, lo que hace más útiles a las revisiones sistemáticas es que eventualmente permiten tomar decisiones bien informadas y de forma

eficiente relacionadas con las intervenciones sanitarias. La estructura de las revisiones sistemáticas y el rigor metodológico con el que se desarrollan, permiten que en un formato resumido se encuentre información fiable y evaluada críticamente sobre las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones en salud.

En este sentido la Colaboración Cochrane representa un esfuerzo encomiable que coordina esfuerzos a nivel internacional para que las revisiones sistemáticas se preparen con rigor científico, se mantengan actualizadas para incorporar la nueva investigación disponible, y se facilite su acceso a todo aquel que pretenda tomar alguna decisión bien fundamentada relacionada con la atención sanitaria. Precisamente por esto, la Colaboración Cochrane debe esforzarse para asegurar que este trabajo sea sostenible y perdurable. Así, se estima que serían necesarias 10.000 revisiones Cochrane para cubrir todas las intervenciones sanitarias que han sido evaluadas mediante ensayos clínicos, y que estas revisiones deberían ser actualizadas a razón de 5000 por año. Si el crecimiento de la Colaboración Cochrane continúa al ritmo de los últimos años, el objetivo podría cumplirse en el plazo de 15 años<sup>16,17</sup>.

De todos modos esta previsión está sujeta a una serie de desafíos<sup>18</sup>. Por una parte se deben tener en cuenta las limitaciones inherentes a la naturaleza de la información disponible y a la producción de estudios originales, lo que podría solventarse con una mejor investigación clínica. Los profesionales de las diversas especialidades sanitarias deberían poder implicarse en el desarrollo de más y mejores ensayos clínicos que respondan a las preguntas más relevantes para su contexto, idealmente de forma independiente.

Del mismo modo, continúan faltando más y mejores revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica que pudieran ser sensibles a los problemas de salud emergentes (como la reciente controversia relacionada con los ISRS en población infantil<sup>19</sup>), así como una mejor divulgación y acceso a las mismas. En este sentido los profesionales de la salud tienen la oportunidad de implicarse activamente en la Colaboración Cochrane (en el caso de España recibiendo el apoyo del Centro Cochrane Iberoamericano). Finalmente, resulta imprescindible poder integrar mejor la evidencia científica disponible con la gestión de los recursos disponibles y de los valores y preferencias de los afectados<sup>20</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Bero L., Rennie D.** The Cochrane Collaboration. Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *JAMA* 1995; 274: 1935-8.
2. **Chalmers I., Hetherington J., Newdick M., Mutch L., Grant A., Enkin M., et al.** The Oxford Database of Perinatal Trials: developing a register of published reports of controlled trials. *Control Clin Trials* 1986;7(4):306-24.
3. **Cochrane A. L.** 1931-1971: a critical review, with particular reference to the medical profession. En: *Medicines for the year 2000*. Londres: Office of Health Economics, 1979, 1-11.
4. **Alderson P., Green S., Higgins J. P. T., editors.** *Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2* [actualizado en diciembre de 2003]. En: *The Cochrane Library*, número 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
5. **Grimshaw J.** So what has the Cochrane Collaboration ever done for us? A report card on the first 10 years. *CMAJ* 2004;171(7):747-9.
6. **Clarke M.** Systematic reviews and the Cochrane Collaboration. Disponible en [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) [Accedido el 24.10.04].
7. **Egger M., Smith G. D.** Bias in location and selection of studies. *BMJ* 1998; 316:61-6
8. **Lefebvre C., Clarke M. J.** Identifying randomised trials. En: Eggar M, Davey Smith G, Altman DG (editores). *Systematic reviews in health care. Meta-analysis in context*. Londres: BMJ Publishing; 2001.
9. **Schulz K. F., Chalmers I., Hayes R. J., Altman D. G.** Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA* 1995;273:408-12.
10. **Kunz R., Vist G., Oxman A. D.** Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials (Cochrane Methodology Review). En: *The Cochrane Library*, número 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
11. **McShane R., Birks J., Hermans D.** Dementia and Cognitive Improvement Group. About the Cochrane Collaboration (Collaborative Review Groups (CRGs)) 2004, número 4. Art. No.: DEMENTIA.
12. **Churchill R., Barbui C., Furukawa T., Hatcher S., Hazell P., Lam R., Silva de Lima M., Simon G., Wahlbeck K., Wessely S.** Depression, Anxiety and Neurosis Group. About the Cochrane Collaboration (Collaborative Review Groups (CRGs)) 2004, número 4. Art. No.: DEPRESSN.
13. **Amato L., Davoli M., Ali R., Auriacombe M., Faggiano F., Farrell M., Foxcroft D., Ling W., Vecchi S., Zhao C.** Drugs and Alcohol Group. About the Cochrane Collaboration (Collaborative Review Groups (CRGs)) 2004, número 4. Art. No.: ADDICTN.
14. **Adams C. E., Coutinho E., Duggan L., Leucht S., Davis J., Tharyan P., Srisurapanont M.** Schizophrenia Group. About the Cochrane Collaboration (Collaborative Review Groups (CRGs)) 2004, número 4. Art. No.: SCHIZ.
15. **Abbott J., Brunt E., Coren E., Dennis J., Higgins J., Joughin C., Kakavelakis I., Law J., Littell J., Logan S., Macdonald G., Milan S., Salanti G., Thomas H., Williams K., Zwi M.** Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group. About the Cochrane Collaboration (Collaborative Review Groups (CRGs)) 2004, número 4. Art. No.: BEHAV.
16. The EU-PSI project (2000-2003): Evidence-Based Treatment in Mental Health and Optimised Use of Databases. Disponible en [www.psitri.helsinki.fi/](http://www.psitri.helsinki.fi/) [Accedido el 22.12.04].
17. **Mallett S., Clarke M.** How many Cochrane reviews are needed to cover existing evidence on the effects of health care interventions? *ACP J Club* 2003;139(1):A11.
18. **Haynes B.** Bridging the Gaps between The Cochrane Collaboration and Clinical Practice. En: *XII Colloquium Cochrane*; Ottawa: 2-6 octubre de 2004.
19. **Whittington C. J., Kendall T., Fonagy P., Cottrell D., Cotgrove A., Boddington E.** Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*. 2004;363(9418):1341-5.
20. **Haynes R. B., Devereaux P. J., Guyatt G. H.** Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002; 324:1350.

## ANEXO: GRUPOS COLABORADORES DE REVISIÓN ESPECÍFICOS EN SALUD MENTAL

### GCR DE DEMENCIA Y TRASTORNOS COGNITIVOS

**UBICACIÓN DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN:** Universidad de Oxford

**OBJETIVO:** preparación de revisiones sistemáticas sobre la prevención, el tratamiento y el manejo de trastornos cognitivos agudos o crónicos, y sobre las intervenciones destinadas a mejorar el funcionamiento cognitivo de personas sanas.

**TÍTULOS PUBLICADOS:** 98 (23 protocolos y 53 revisiones sistemáticas)

**REVISORES ESPAÑOLES:** 4

**PRINCIPALES ÁREAS DE INTERÉS:** demencia y trastornos cognitivos crónicos (intervenciones centradas en la causa y en interrumpir la causa, manejo de los síntomas, rehabilitación), delirio (intervenciones farmacológicas y no farmacológicas), intervenciones destinadas a la mejora del funcionamiento cognitivo.

### GCR DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y NEUROSIS

**UBICACIÓN DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN:** King's College of London

**OBJETIVO:** preparación de revisiones sistemáticas sobre las intervenciones para los trastornos emocionales, de ansiedad, somatomorfos, disociativos, de la alimentación, además del síndrome de fatiga crónica, y para las conductas autolesivas y suicidas.

**TÍTULOS PUBLICADOS:** 201 (40 protocolos y 20 revisiones sistemáticas)

**REVISORES ESPAÑOLES:** 10

**PRINCIPALES ÁREAS DE INTERÉS:** depresión, trastornos del estado de ánimo, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, síndrome de fatiga crónica, trastornos somatomorfos, trastornos de la alimentación, problemas clínicos derivados de los trastornos, trastornos psicosexuales.

### GCR DE DROGAS Y ALCOHOL

**UBICACIÓN DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN:** ASL RME de Roma

**OBJETIVO:** preparación de revisiones sistemáticas sobre la intervención, prevención, tratamiento y rehabilitación para reducir el daño potencial relacionado con el uso y/o dependencia producido por sustancias.

**TÍTULOS PUBLICADOS:** 48 (14 protocolos y 17 revisiones sistemáticas)

**REVISORES ESPAÑOLES:** Ninguno

**PRINCIPALES ÁREAS DE INTERÉS:** intervenciones preventivas, de tratamiento o rehabilitación en adicciones a opiáceos, cocaína y crack, alcohol, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, e inhalantes.

### GCR DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO, PSICOSOCIALES Y DE APRENDIZAJE

**UBICACIÓN DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN:** Universidad de Bristol

**OBJETIVO:** preparación de revisiones sistemáticas sobre una serie de problemas médicos, sociales y educativos relacionados con problemas psicológicos y del desarrollo en la infancia y la adolescencia (incluyendo la delincuencia juvenil), problemas de aprendizaje (no restringidos a discapacidades). También es un objetivo realizar revisiones sistemáticas sobre los trastornos de personalidad.

**TÍTULOS PUBLICADOS:** 51 (22 protocolos y 23 revisiones sistemáticas)

**REVISORES ESPAÑOLES:** Ninguno

**PRINCIPALES ÁREAS DE INTERÉS:** trastornos del habla y del lenguaje, autismo, abuso y maltrato, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, encopresis y enuresis, autoestima, dislexia.

Dirección para correspondencia:

*Centro Cochrane Iberoamericano Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Servei d'Epidemiologia i Salut Pública (Casa de Convalescència)  
St. Antoni Maria Claret, 171 - 08041 Barcelona*

*Tlf.: 93 291 95 26 - 93 291 95 27 / Fax: 93 291 95 25 / email: [isola@santpau.es](mailto:isola@santpau.es)*

# La medicina basada en la evidencia

## Evidence based medicine.

Francisco José Vizoso Piñeiro

*Servicio de Cirugía General del Hospital de Jove, Gijón.  
Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias.*

Javier Caballer García

*Médico Residente en Psiquiatría. Centro de Salud Mental del Coto, Gijón.*

### RESUMEN

*A través de este artículo los autores intentan dar un repaso a los fundamentos generales de la medicina basada en la evidencia y sus implicaciones en la actividad clínica cotidiana. La toma de decisiones diagnósticas y con ello terapéuticas, conforma un proceso complejo que no solo se debe fundamentar en material teórico, sino en el conocimiento generado a través de la práctica clínica empírica. La medicina basada en la evidencia se encarga de establecer el valor de ese conocimiento, es decir, cuál es la mayor evidencia científica a partir de la que nos debemos guiar para la toma de decisiones clínicas y, por tanto, cuales son los estudios más fiables. La medicina basada en la evidencia, no obstante, y pese a haber llegado a ser propuesta como un paradigma en la ciencia médica, presenta sus limitaciones, y ha sido criticada por ignorar ciertos aspectos que se escapan a la medición cuantitativa. La medicina basada en la evidencia tiene un papel importante en la nuestra labor clínica actual, pero nunca hay que olvidar la vertiente humanística de la misma.*

**Palabras clave:** Medicina Basada en Evidencia. Práctica clínica. Metaanálisis. Pensamiento humanístico.

La medicina es un arte que se sitúa en el ámbito de la relación directa con el paciente, pero que tiene a la vez la profundidad de la ciencia que le otorga precisión y certeza, y su

### ABSTRACT

*The authors of this article review the general principles of the evidence based medicine and its implications in the daily clinical activity. The therapeutic and the diagnostic decisions, are part of a complex process that is not only based on theory material, but in the knowledge generated by clinical practice. Evidence based medicine tries to establish the value of that knowledge, that is to say, which is the greater scientific evidence from which we must guide ourselves for the clinical decision making and, therefore, what are the most trustworthy studies. Evidence based medicine, however, and in spite of to have been proposed like a paradigm in medical science, presents its limitations, and has been criticized for ignoring certain aspects that escape to quantitative measurements. Evidence based medicine has an important role in our present clinical work, but we cannot forget the humanistic slope that has the same one.*

**Keywords:** Evidence Based Medicine. Clinical Practice. Meta-Analysis. Humanistic knowledge.

objetivo inmediato es el hombre en la enfermedad. Para ello, la medicina no sólo integra conocimientos de otras ciencias, si no que hunde sus raíces en los elementos del espíritu.

Existen especialidades médicas, como la cirugía o la psiquiatría, donde aparece una implicación especial del médico, ya que éste, en sí, con sus “maniobras” en el ámbito manual o psicológico representa un elemento crucial de la acción terapéutica. Sin embargo, en pleno auge de un nuevo paradigma denominado “medicina basada en la evidencia”, donde imperan conceptos como la efectividad, la eficiencia o variables objetivas de medida de resultados, uno podría cuestionar muchas de esas actividades clínicas que tradicionalmente tanto dependen aún de la acción personal del médico.

La actividad clínica (palabra que proviene del griego “kline”: cama) se traduce, en realidad, en una constante toma de decisiones. En el contexto de la relación médico-paciente se recogen datos que, en base al conocimiento de las manifestaciones de las distintas enfermedades, se traducen en una decisión diagnóstica (Figura 1). Llegado a este punto nos planteamos si el diagnóstico es suficientemente cierto: si no es así, volvemos al comienzo del proceso; si es así, proseguimos tomando una decisión terapéutica en base al conocimiento de los dis-

tintos efectos de los tratamientos sobre la enfermedad. Finalmente observamos el resultado del tratamiento.

El proceso de decisión clínica es complejo en todos sus aspectos. Así, por ejemplo, en relación con la información clínica, tenemos que integrar datos de distinta naturaleza: síntomas subjetivos, síntomas objetivos, signos físicos, datos paraclínicos (resultados de análisis sanguíneos, pruebas radiológicas, etc), así como los datos observados de enfermedades previas, profesión, estilo de vida, tratamientos previos o hábitos tóxicos.

Además, los datos clínicos pueden agruparse en síntomas yatrópicos (que “conducen” al médico), siendo el umbral de yatrópia variable entre los pacientes, datos revelados por cuestionarios o exploraciones de rutina, y datos que son resultados de tests diagnósticos. Abundando más en el complejo proceso de decisión clínica, habitualmente manejamos datos transformados, como es la propia historia clínica, o índices de evaluación global como por ejemplo el test de Apgar o APACHE. Por ello tenemos que considerar la cuestión de la fiabilidad y la re-

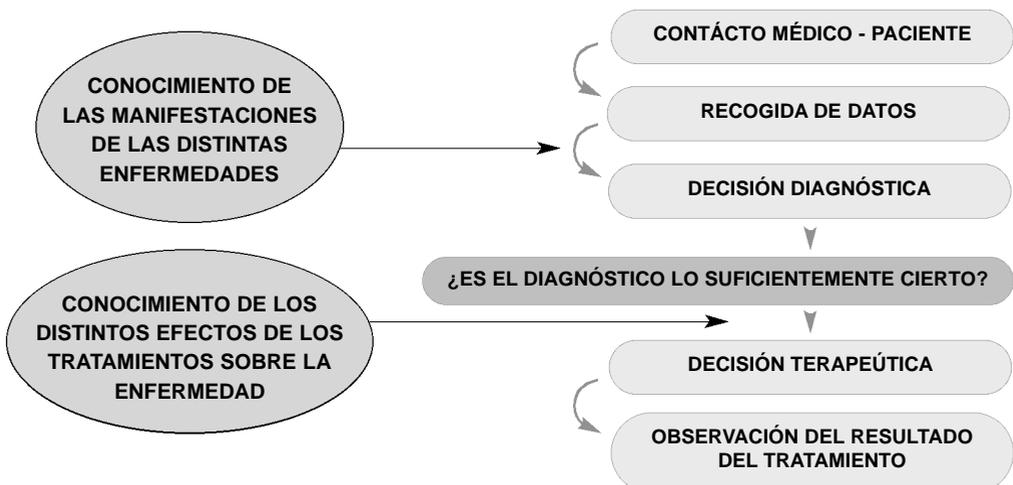


FIGURA 1. ALGORITMO DEL PROCESO DE DECISIÓN CLÍNICA

levancia de la información clínica, así como también el concepto de normalidad y enfermedad. Además, en la práctica clínica estamos manejando diferentes conceptos de diagnósticos: diagnósticos sintomáticos o síndromes, enfermedades definidas anatómica, fisiológica, metabólica o etiológicamente, o bien enfermedades de base genética.

Resulta necesario el establecimiento de unas bases de las decisiones clínicas. Estas bases se fundamentan en un pensamiento científico, con un componente deductivo y otro empírico (experiencia no controlada y experiencia controlada); y un pensamiento humanístico (componente empático-hermenéutico y componente ético).

En vista de la complejidad del proceso clínico, resulta muy difícil tomar decisiones tan solo en base al componente deductivo de la decisión clínica. El razonamiento clínico deductivo basa sus decisiones únicamente en deducciones a partir de los conocimientos teóricos de los mecanismos de las distintas enfermedades y de actuación de los tratamientos. Por tanto, se impone también la participación de un razonamiento clínico empírico, que se basa en la experiencia recogida del manejo clínico o tratamiento de otros pacientes.

El razonamiento clínico empírico se puede basar en experiencias no controladas y controladas. En cuanto a la primera de esas posibilidades, es sabido que muchas decisiones clínicas se toman en base a experiencias que nos indican una asociación o un efecto muy evidente que repetidamente hemos podido comprobar. En la era precientífica de la medicina, la práctica clínica se supeditaba exclusivamente a este tipo de experiencia. A veces ésta era afortunada, como es el caso del hallazgo de la asociación entre la falta de ingesta alimentación adecuada y el escorbu-

to en marineros (John Huxman, 1747). Sin embargo, más frecuentemente la experiencia no controlada daba lugar a grandes errores, como fue el caso la práctica extendida de las sangrías hasta casi la mitad del siglo XIX, bajo la falsa creencia de que ese proceder “terapéutico” purificaba la sangre. Incluso, ya en la era de la investigación de laboratorio, se cometieron importantes errores al trasladar los hallazgos experimentales a la práctica clínica sin control. Eso es, por ejemplo, lo que supuso la introducción inicial de la oxigenoterapia en la insuficiencia respiratoria. El tratamiento con oxígeno a altas concentraciones se estima que ocasionó el fallecimiento de miles de pacientes, hasta que la narcosis por dióxido de carbono fue descubierta en los años cincuenta. Existen diferentes causas de errores en la experiencia no controlada, entre los que se encuentran: el efecto del azar, errores sistemáticos, la regresión hacia la media, la evolución espontánea de la enfermedad y el efecto placebo.

Cuando la experiencia clínica es limitada a un número pequeño de casos, los resultados pueden verse influidos por el azar. Este inconveniente se ha solucionado en la experiencia controlada mediante la aplicación del concepto de los intervalos de confianza, haciendo distinción entre eventos frecuentes e infrecuentes, y definiendo infrecuentes como aquellos que ocurren menos del 5% de las veces. Curiosamente, este concepto fue propuesto por Garavet en 1984, pero despreciado por muchos médicos de aquella época. Otra causa frecuente de los errores eran determinados errores sistemáticos que se cometían al analizar series retrospectivas, cometiendo sesgos por la “desviación por el recuerdo”, o los denominados “errores sistemáticos psicológicos” cometidos por observaciones subjetivas. Un aspecto relevante como causa de errores en la experiencia no controlada está basada en la imprecisión de

los datos clínicos, lo que motiva que cuando se realizan estimaciones de un efecto terapéutico seleccionando pacientes en base a los que presentan los valores más altos de las variables de medida. Así, en la siguiente estimación, los valores siempre tienden a ser más bajos, lo que se denomina “regresión a la media”. En este mismo sentido, en muchos de los estudios de experiencia no controlada no se tiene en cuenta la evolución espontánea de la enfermedad. Muchas enfermedades cursan por brotes, con episodios de severidad de los síntomas y remisiones espontáneas. Por tanto, si los pacientes para un estudio se reclutan en la fase más virulenta del proceso, una proporción importante de ellos experimentan una mejoría clínica simplemente por la evolución espontánea de la enfermedad. Así mismo, resulta muy relevante el efecto placebo de cualquier proceso terapéutico, incluso el de las intervenciones quirúrgicas, habiéndose sugerido que este hallazgo se debe al efecto de la liberación de endorfinas.

Por lo anteriormente expuesto, está claro que se impone, en el razonamiento empírico de la decisión clínica, la consideración de criterios basados en una experiencia controlada. Esto puede lograrse mediante estudios de cohorte prospectivos, estudios casos/controles retrospectivos o ensayos clínicos.

En los estudios de cohorte, uno o más grupos de personas que cumplen los mismos criterios de selección se observan durante un periodo de tiempo de forma prospectiva. Sin embargo, una limitación de este tipo de estudios es que no permiten comparar datos con otras cohortes.

En los estudios de casos controles retrospectivos, los casos son los sujetos enfermos y los controles los sanos. Se trata de dos grupos diferentes separados totalmente entre

sí, en los que se investigan relaciones causales. Sin embargo, estos estudios no informan de la magnitud del riesgo.

El patrón de oro de la experiencia controlada es el ensayo clínico randomizado (ECR), que comenzó a utilizarse tras la segunda guerra mundial. En este tipo de estudios, de una misma muestra de pacientes de una población de referencia, se relaciona un grupo experimental y uno control. Ambos grupos de sujetos se seleccionan considerando los mismos criterios, a continuación se procede a la distribución aleatoria de los mismos (aleatorización). Seguidamente se aplican las intervenciones previstas y después se miden los resultados. Los pacientes del grupo control reciben un placebo o bien el tratamiento estándar para el proceso en cuestión, y en ambos casos con enmascaramiento de los mismos. Idealmente estos estudios son ciegos, con objeto de eliminar errores psicológicos, y las variables de evaluación de los tratamientos son clínicamente relevantes. Además, en los ensayos clínicos, se puede estimar a “priori” el tamaño de la muestra, existen normas de detección de los mismos en caso de un efecto negativo o nulo existente, y se obtienen datos estadísticos de relevancia tales como el riesgo relativo o el número necesario de sujetos a tratar para alcanzar un objetivo concreto de mejoría clínica. Sin embargo, los ECR tienen una serie de limitaciones. Así, el impacto de los ECR depende de su difusión más que de su valor intrínseco “en sí”. Existe un excesivo número de ensayos clínicos. Los editores de las revistas son, al fin y al cabo, periodistas, y prefieren publicar los ECR que aportan resultados significativos. Así, las revistas internacionales de mayor impacto, principalmente de habla anglosajona, seleccionan preferentemente para su publicación ECR con resultados significativos, mientras que los ECR con resultados

nulos o negativos son publicados en revistas de menor difusión. Asimismo, los ECR significativos son publicados con mayor rapidez que los ECR con resultados no significativos, y no por eso menos relevantes ya que pueden invalidar una práctica clínica erróneamente establecida. Por otra parte, un ECR tiene un coste económico muy elevado, casi al alcance exclusivo de grandes laboratorios farmacéuticos. Así pues, los intereses económicos pueden orientar el diseño de este tipo de estudios.

En las revisiones realizadas por expertos en la literatura se analiza con espíritu crítico los resultados de los distintos ensayos que orientan sobre un tema específico<sup>1</sup>. Sin embargo, este tipo de publicaciones tampoco está exento de un sesgo motivado por las preferencias o resultados de los estudios realizados por el propio revisor. Por todo ello, existe la necesidad de esfuerzo de investigación en los niveles más superiores: metaanálisis.

El término metaanálisis fue empleado por primera vez por G. V. Glas en 1976. Inicialmente fue aplicado en ciencias de la sociología y psicología, pero comenzó a ser utilizado de forma creciente en medicina a partir de la década de los 1980. En el metaanálisis se plantea un pregunta de forma explícita y se realiza un esfuerzo sistemático para localizar toda la evidencia disponible sobre el tema, incluso de los ensayos negativos no publicados. Se establecen criterios comunes de evaluación, y se presentan los resultados de forma objetiva, combinándolos con métodos estadísticos y con unidades de medida cuantitativos. Por tanto, el metaanálisis minimiza la posibilidad de obviar estudios importantes, minimiza la posibilidad de sesgos en la selección de la bibliografía, y los resultados se presentan de forma cuantitativa. Además, este tipo de estudio permite analizar el sesgo de las publicaciones.

No obstante, el metaanálisis presenta también ciertas limitaciones. Así, se combinan estudios heterogéneos, por lo que las diferencias entre los estudios pueden no deberse al azar, sino más bien a aspectos metodológicos (selección de sujetos, diseño, etc.) que influyen en la calidad de los mismos. Además, hay que tener en cuenta que los ECR en los que se basan los metaanálisis se realizan en una situación “aséptica” en la que es más probable demostrar estadísticamente el beneficio de un tratamiento, por ejemplo farmacológico. Estas condiciones óptimas difícilmente se pueden repetir en el marco de la asistencia clínica rutinaria, donde se consigue descubrir el valor real de la eficiencia del ensayo, cuyos resultados no consiguen aportarnos una medida real de la efectividad.

Aún, a pesar de las limitaciones del razonamiento clínico basado en la experiencia controlada, existen poderosas razones para la práctica de una medicina basada en la evidencia (MBE), que se puede definir como el énfasis en el rigor científico y robustez metodológica, y que pretende ser como un filtro de la ciencia “que separa el trigo de la paja”<sup>2</sup>. Esos motivos pueden ser: la enorme variabilidad de la práctica clínica, la variación en la utilización de recursos sanitarios, el conocimiento del beneficio real de las nuevas tecnologías, el crecimiento del gasto sanitario, el exceso de información científica, la existencia de influencias extrañas de base no demostrada, falsas presunciones fisiopatológicas, o el aumento de la demanda de de servicios sanitarios. Esto último exige un equilibrio entre equidad, eficiencia y calidad.

Entre los factores que propiciaron el desarrollo de la MBE se encuentran: el desarrollo de la metodología del ensayo clínico, el desarrollo de la epidemiología clínica, las

agencias de evaluación de tecnologías (en EEUU y norte de Europa, a partir de 1980), y el desarrollo de la bioética como disciplina, a partir de los 1970<sup>3,4,5</sup>.

La MBE utiliza los siguientes métodos: ECR, estudios de cohorte, metaanálisis, mega-ensayos simples y revisiones sistemáticas de la literatura. Básicamente, la metodología específica de la MBE consiste en: 1) plantear una pregunta, 2) buscar la mejor evidencia científica, 3) jerarquización de la evidencia disponible y 4) integración de todo lo anterior con la propia experiencia.

La propia pregunta ha de ser planteada de modo que pueda ser contestada, deber de ser concreta, basada en las necesidades de los pacientes y tener una respuesta cuantificada. La mejor evidencia puede ser buscada en páginas Web específicas en Internet, en bases de datos

de ECR (por ejemplo, “colaboración Cochrane”), o en síntesis de evidencia editadas en formato electrónico (por ejemplo, “best evidence”). Una evaluación científica y jerarquización de la evidencia exige conocimientos de investigación de cara a valorar la calidad individual de los estudios aleatorios, controlados, y prospectivos<sup>6</sup>. No obstante, existen varias escalas de evaluación de la evidencia que pueden ayudar para ese propósito (tablas 1 y 2). Finalmente, siguiendo la metodología de la MBE, se integraría la mejor evidencia en la práctica clínica mediante un análisis de la efectividad, de la idoneidad, análisis económico, de política sanitaria e impacto social (ético, legal, regulación, etc.).

Sin embargo, existe una corriente de opinión que considera a la MBE como un instrumento propiciado por la administración para ahorrar costes, o que la MBE adopta mejor el

**TABLA 1.**

**CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA SEGÚN EL DISEÑO DEL ESTUDIO**

- Ensayos aleatorios controlados de gran tamaño, revisiones sistemáticas o metaanálisis de ensayos aleatorios controlados.
- Ensayos aleatorios controlados de pequeño tamaño.
- Ensayos no aleatorios con controles coincidentes en el tiempo.
- Ensayos no aleatorios con controles históricos
- Estudios observacionales de cohortes
- Estudios observacionales de casos-contróles
- Vigilancia epidemiológica, Estudios descriptivos, Información basada en registros.
- Estudio de series de casos multicéntrico.
- Estudio de un caso o anécdota.

Fuente: Bertram D. A., Flynn K., Alligood E. Endovascular Placed Grafts for Infrarenal Abdominal Aortic Aneurysms: A Systematic Review of Published Studies of Effectiveness. Boston, Health Services Research & Development Service. Veteran Affairs Medical Center. Technology Assessment Program, Report n. 9. 1998.

**TABLA 2.**  
**CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA**  
**SEGÚN EL DISEÑO DEL ESTUDIO**

- I. Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada
- II.
  - 1. Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin randomización.
  - 2. Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.
  - 3. Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.
- III. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

**Fuente:** Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic Health Examination. Can Med Assoc J 1979;121:1193-1254.

concepto utilitario que el humanitario, eliminando prioridades en la asistencia sanitaria en busca de equidad en la asistencia médica, tratando así, de conseguir el mayor beneficio posible a la población considerada en su totalidad. De tal forma, puede ser cuestionada la asistencia individualizada o, en términos más generales, la individualidad frente a la sociedad.

Por otra parte, podemos añadir algunas consideraciones más en cuanto a la puesta en práctica de la MBE en especialidades que, como la cirugía o psiquiatría, exigen una participación especial del médico. En este sentido, por ejemplo, si bien se considera que en torno al 40% de las decisiones clínicas en medicina general están basadas en ECR, en cirugía los porcentajes apenas suponen el 20%. Probablemente, sólo el 20% de las intervenciones quirúrgicas se realizan sin pruebas científicas de efectividad, y probablemente sólo el 40% de todos los tratamientos quirúrgicos pueden ser evaluados mediante ECR. Además, muchos ECR se re-

alizan por superespecialistas y en pacientes muy seleccionados, por lo que resulta cuestionable su aplicabilidad en la práctica clínica diaria. Por todo ello, debe preguntarse si la evidencia quirúrgica es más débil, y si los ECR son la base de la evidencia en cirugía. Añadido a esto, cuesta aceptar que un procedimiento quirúrgico se decida a la suerte (randomización)<sup>7</sup>. En cirugía, como en otras especialidades donde el tratamiento tenga un importante componente de intervención humana, está el factor de la curva de aprendizaje ante nuevas técnicas, así como la variabilidad de los resultados entre cirujanos ¿Es el quirófano una caja negra?. A pesar de todo, los cirujanos han sido pioneros en la práctica de determinadas iniciativas conectadas con la MBE, tales como: controles de calidad interno y externo, guías clínicas, medidas de resultados y bases de datos. Y es que no podemos obviar un aspecto también relevante de la medicina basada en la propia experiencia: tenemos la obligación moral de saber lo que hacemos y cómo lo hacemos.

El campo de la psiquiatría y psicología tampoco está exento de dificultades en la aplicación de la MBE. El debate entre la metodología utilizada en las ciencias de la naturaleza y las ciencias de la cultura, sigue vigente en nuestros días. La práctica clínica diaria en el contexto de los aspectos psicológicos o emocionales del paciente, contextuales y culturales, así como en ciertas objeciones éticas o legales (que pueden impedir la realización de un ensayo aleatorio), son aspectos que no están contemplados de forma amplia por la MBE<sup>8</sup>. Además, existen síntomas y signos difíciles de cuantificar en psiquiatría, sobre todo cuando no se engloban en un contexto personalizado. Por todo ello, y más bien de forma complementaria y no contrapuesta, se proponen otras formas de investigación como la metodología cualitativa. Esta última intenta proveer de sentido a la enfermedad del paciente mediante el análisis e interpretación del lenguaje (verbal y no verbal). Las teorías interdisciplinares en psiquiatría no abandonan la ciencia empírica y la explicación de tipo mecánico, pero intentan situar al organismo en un contexto más amplio en el que se incluye la perspectiva ecológica y evolutiva, y permiten la relación entre diferentes disciplinas, como por ejemplo la psicología y la lingüística. Por tanto, se ha acusado desde la psiquiatría la tendencia reduccionista que implican ciertos métodos de la MBE<sup>9,10</sup>. No obstante, la opinión más general es que debemos de integrar la mejor evidencia científica en nuestra práctica clínica, pero sabiendo de sus limitaciones y confrontándola con una visión antropológica del enfermar que, como afirma Manuel Desviat, parece más razonable en el campo de la psiquiatría, donde tantas ciencias convergen<sup>11</sup>.

No podemos obviar el pensamiento humanístico como base de las decisiones clínicas. Ese pensamiento tiene un componente empático-hermenéutico y otro ético. El primero de

esos componentes implica una aproximación humanística al concepto de enfermedad, el modo en el que el paciente experimenta e interpreta los síntomas de la enfermedad. Por tanto, es necesario un componente de empatía: la habilidad de verse uno mismo en la situación del otro. Pero a veces la empatía requiere conocimiento, el necesario para comprender a otra persona desde su perspectiva (conocimiento hermenéutico). Por otra parte, se requiere también un componente ético para saber lo que debemos hacer en una situación en concreto. Entre el “es” y el “puedo” está el “debería”, y para esto último se requiere un juicio de valor. Para ello debemos estructurar convenientemente el razonamiento ético en los siguientes aspectos: valoración de los hechos, consideraciones consiguientes, principios deontológicos (preservar la vida, decir la verdad, respetar la dignidad del paciente y mantener la confidencialidad), consideración de la calidad de vida, autonomía y paternalismo (diferenciando el genuino o el solicitado, del no solicitado) y decisión ética. Todas estas consideraciones resultan muy relevantes y debemos tenerlas siempre en cuenta en la compleja medicina de hoy.

Podemos concluir que debemos ir progresivamente caminando hacia una mentalidad clínica más abierta, tratando de fomentar el conocimiento científico de la enfermedad, buscando espacios a mejorar de forma, promoviendo la búsqueda de la evidencia en la propia experiencia e integrando progresivamente la mejor evidencia científica disponible<sup>12</sup>. Se trataría, en realidad, de añadir nuevas habilidades en el quehacer médico, conservando las ya existentes, y aplicándolas en su justa medida. Se trata, en definitiva, de integrar la medicina en la propia experiencia, la medicina basada en la mejor evidencia disponible y la medicina basada en la afectividad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Goodman C.** Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care; 1993.
2. **Sacket D. L., Richardson W. S., Rosenberg W. et al.** Evidence-Based Medicine. New York:Churchill Livingstone; 1997.
3. **Hill A., Bradford A.** Short Textbook of Medical Statistics. London: Hodder and Stougeston; 1997.
4. **Feinstein A. R.** Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical Research. Philadelphia: Saunders; 1985.
5. **Sacket D. L., Haynes R. B., Guyatt G. H. et al.** Clinical Epidemiology. A basic Science for clinical medicine. 2ª ed. Boston: Little Brown; 1991.
6. **Jovell A. J., Navarro-Rubio M. D.** Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743.
7. **Lilford R., Braunholtz D., Harris J., Gill T.** Trials in surgery. Br J Surg 2004;91(1):6-16.
8. **Stirrat G. M.** Ethics and evidence based surgery. J Med Ethics. 2004 Apr;30(2):160-5.
9. **Villagrán J. M.** Hacia una psiquiatría biológica no reduccionista: los modelos interdisciplinarios. En A.A.V.V.: Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Fundación archivos de neurobiología (ed). Triacastela; 2003.
10. **Pelayo Terán J. M., Herrán Gómez A., Vázquez-Barquero J. L.** La psiquiatría basada en la evidencia. En A.A.V.V.: Retos para la psiquiatría y la salud mental en España. Barcelona: Fundación Lilly Psiquiatría editores; 2003.
11. **Desviat M.** Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico. En A.A.V.V.: Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Fundación archivos de neurobiología (ed) Triacastela; 2003.
12. **Wulff H. R., Gotzsche P. C.** Diagnóstico y tratamiento racional. Medicina basada en la evidencia. 3ªed. Madrid: Jarpo Editores S.A.; 2002.

Dirección para correspondencia:

*c/ Linares Rivas nº16 1ª Izda  
33206 Gijón Asturias  
Tel.: 647 67 52 54  
e-mail: caballergarcia@hotmail.com*

# Lectura crítica de artículos científicos.

## Appraisal of scientific papers.

César Luis Sanz de la Garza

*Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Cangas del Narcea.  
Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

### RESUMEN

*La literatura médica disponible es enorme y crece rápidamente. Buscar información para dar respuesta a una pregunta clínica puede ser agotador, quedando abrumados por la oferta de artículos científicos. En lugar de seguir una trayectoria caótica, la lectura debería estar cuidadosamente planeada para obtener un rendimiento que vale la pena de acuerdo al tiempo invertido. La lectura crítica es el proceso de valorar e interpretar la evidencia considerando sistemáticamente su validez, resultados y relevancia en el trabajo individual. Enseñar lectura crítica hace posible conocer mejor la literatura, separando el grano de la paja en el diseño de trabajos como en la revisión de artículos de una revista, e influye en la toma de decisiones de los profesionales y la evolución de los pacientes. En el presente trabajo se revisan unos criterios generales para evaluar críticamente la literatura científica y criterios específicos para la evaluación de revisiones sistemáticas y artículos de estudios experimentales sobre eficacia de intervenciones.*

**Palabras clave:** Medicina basada en la evidencia. Revisión. Artículo científico.

### ABSTRACT

*The available medical literature is vast and rapidly expanding. Searching for information to answer a clinical question can be exhausting, being overwhelmed by the offer of scientific papers. Instead of following a haphazard course, reading should be carefully planned to provide a worthwhile return on the time invested. Critical appraisal is the process of assessing and interpreting evidence by systematically considering its validity, results and relevance to individual's work. Teaching critical appraisal makes possible to know the literature better, separating the wheat from the chaff in the design of scientific works and review of journal papers, and has influence on decision-making and patient outcomes. In the present work general criteria to critically appraise scientific literature and specific criteria to appraise systematic reviews and papers about comparative studies on treatment efficacy are reviewed.*

**Keywords:** Evidence based medicine. Review. Journal article.

### INTRODUCCIÓN

La mayoría de las veces que vemos a un paciente podemos necesitar información sobre algún elemento de su diagnóstico, pronóstico o tratamiento. En ocasiones tenemos claro aquello que nos hace falta y

la información estará al alcance de la mano. En otros casos la necesidad de información no será tan obvia y tendremos que localizar la evidencia externa. Para muchos profesionales de la salud los es-

fuerzos requeridos para responder estas cuestiones es tan importante y nuestro tiempo tan limitado que la mayoría de nuestras necesidades de información nunca se sacian, pudiendo incluso quedar bloqueados en este proceso<sup>1</sup>.

Frecuentemente se tiende a sacralizar el criterio de validez y relevancia establecido por los revisores de revistas con prestigio. No se puede dudar de toda la información que cae en nuestras manos, pero tampoco debemos aceptar todo sin evaluación crítica. Mantener el control sobre nuestra lectura implica seguir una serie de pasos (tabla 1)<sup>2</sup>.

La medicina basada en la evidencia entendida como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones

sobre el cuidado del paciente, incluye la lectura crítica de artículos científicos entre sus pilares prácticos (tabla 2)<sup>3</sup>.

## LA LECTURA CRÍTICA EN EL MUNDO

La lectura crítica de artículos científicos ha experimentado un notable desarrollo desde la aparición de los distintos programas de formación.

El programa CASP (Critical Appraisal Skills Programme) del Servicio de Salud Inglés que intenta ayudar a adquirir habilidades para la lectura crítica y obtener así la evidencia científica necesaria para las decisiones clínicas, ha tenido una labor fundamental en el desarrollo de la lectura crítica.

**TABLA 1.**  
**MANEJO EFICIENTE DE LA LECTURA**

- Aclarar las razones para la lectura
- Especificar la información necesaria
- Identificar los artículos relevantes
- Lectura crítica de los artículos

**TABLA 2.**  
**ETAPAS DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

- Identificar el problema
- Localizar la mejor evidencia científica
- Lectura crítica de artículos
- Aplicar los resultados a la práctica clínica
- Evaluar los resultados

En España existe el grupo CASPe (Programa de habilidades en la lectura crítica español) que forma parte de una organización llamada CASP internacional (CASPi) con la que comparte la filosofía docente, los materiales desarrollados en conjunto, las experiencias docentes y de organización, así como los proyectos de docencia. Está organizada en nodos localizados en distintos puntos de España y un centro coordinador situado en Alicante. Esta estructura permite compartir habilidades y tareas, así como hacer las lecturas más próximas sobre las necesidades y circunstancias locales. El objetivo de este programa es ayudar en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios y desarrollar habilidades para la lectura crítica sobre la mejor evidencia de la literatura científica.

El logotipo CASP son tres flechas consecutivas que representan los tres pasos necesarios para usar la evidencia en la práctica profesional:

- BUSCAR la evidencia.
- VALORAR la evidencia que se ha identificado para comprobar:
  - 1) la validez de los resultados,
  - 2) los resultados,
  - 3) la relevancia para la práctica.
- ACTUAR si la evidencia es válida y relevante.

Las actividades docentes del programa CASP constan de talleres de lectura crítica multidisciplinares que tratan de fomentar la participación, aprendizaje en base a escenarios clínicos relacionados con la práctica diaria, y están sometidos a evaluación y mejora continua.

Así mismo desde los centros impulsores de la lectura crítica se han ido desarrollando un gran número de guías (tabla 3). La finalidad de estas guías es ayudar a los profesionales en su toma de decisiones, haciendo que

**TABLA 3.**  
**GUÍAS DE LECTURA CRÍTICA**

**POR PAÍS**

- CANADA: Evidence-Based Medicine Working Group (Mc Master University, Ontario)
- INGLATERRA: Critical Appraisal Skills Programme
- ESPAÑA: Critical Appraisal Skills Programme España (CASPe)

**POR TIPO DE ESTUDIO**

- CONSORT (Ensayos clínicos aleatorizados)
- TREND (Ensayos clínicos no aleatorizados)
- QUORUM (Revisiones sistemáticas)
- AGREE (Guías de práctica clínica)

se basen en la evidencia científica, reconociendo a la vez el nivel de certeza o la fuerza de la inferencia en que se fundamentan.

## CRITERIOS GENERALES PARA LA LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS

Cuando tengamos en nuestras manos un trabajo que vamos a utilizar en nuestra práctica clínica es aconsejable plantearse una duda razonable y ser sistemáticos en la lectura del mismo. La lectura crítica es una actividad dirigida a evaluar la validez de los trabajos para nuestra investigación o práctica profesional.

Se puede iniciar la lectura de estos artículos planteando una serie de cuestiones que responden a la evaluación preliminar de su calidad. En la tabla 4 se pueden encontrar dichas cuestiones así como el apartado del artículo donde deben buscarse.

Debemos utilizar una serie de criterios operativos que nos permitan evaluar si los resultados del trabajo son válidos y relevantes.

La validez interna de un trabajo se evalúa detectando si el estudio está libre de sesgos, es decir si se desvían los resultados de la realidad. Puede ser recomendable no continuar con la lectura de un trabajo que carece de validez interna para evitar extraer conclusiones erróneas.

**TABLA 4.**  
**EVALUACIÓN PRELIMINAR**

|  |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| 1. ¿Tiene interés el estudio?              | Título<br>Resumen         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es el estudio relevante para nuestra búsqueda?</li> <li>• ¿Son interesantes los resultados?</li> </ul>                      |
| 2. ¿Por qué se realizó el estudio?         | Introducción              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se especifican y justifican los objetivos?</li> <li>• ¿Se plantea una hipótesis de partida?</li> </ul>                      |
| 3. ¿Cómo se realizó el estudio?            | Métodos                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se detalla como se lleva a cabo?</li> <li>• ¿Se describe la muestra y el reclutamiento?</li> </ul>                          |
| 4. ¿Qué ha encontrado el estudio?          | Resultados                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Sirve el texto como guía rápida del contenido relevante?</li> <li>• ¿Complementan las tablas y figuras al texto?</li> </ul> |
| 5. ¿Cuál es la relevancia del estudio?     | Resumen<br>Discusión      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se pueden generalizar los resultados?</li> <li>• ¿Qué novedad aporta a nuestra práctica?</li> </ul>                         |
| 6. ¿Qué interés añadido aporta el estudio? | Introducción<br>Discusión | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se citan otras referencias de interés?</li> <li>• ¿Se plantean otras ideas novedosas?</li> </ul>                            |

La utilidad de los resultados está en relación con su aplicabilidad en nuestra práctica profesional que está asimismo relacionada con la validez externa entendida como la generalidad de los resultados.

Una buena lectura crítica de un artículo debería permitirnos responder a tres cuestiones básicas:

- 1) ¿es válido?,
- 2) ¿son relevantes sus resultados?,
- 3) ¿es útil?.

## **PREGUNTAS COMUNES**

Hay una serie de preguntas que tenemos que responder en toda lectura crítica de artículos científicos independientemente del método y tipo de estudio analizado<sup>2</sup>.

### **1. ¿Están expuestos con claridad los objetivos del estudio?**

Los objetivos del estudio deberían estar claramente descritos y razonados permitiendo al lector decidir si el estudio aborda un problema relevante.

Objetivos claramente definidos orientan a una hipótesis de investigación certera fruto de un estudio bien diseñado. Sin embargo aquellos estudios que persiguen objetivos poco definidos pueden aportar menos información de interés corriendo el riesgo de obtener resultados erróneos significativos estadísticamente.

### **2. ¿Está justificado el tamaño de la muestra?**

Antes de iniciar una investigación se debe evaluar la probabilidad de consecución de los objetivos. El tamaño muestral necesario para

detectar un efecto es un elemento básico del diseño de un estudio que debe calcularse a priori y describirse en la sección de métodos.

### **3. ¿Son válidas y fiables las variables de medida?**

Los métodos de medida tiene que ser descritos con detalle y deben ser evaluados críticamente en busca de errores que afecten a la validez y fiabilidad de las mismos.

Una variable de medida válida debe medir aquello que se supone tiene que medir.

Una variable de medida fiable debe dar un resultado similar tras varias repeticiones. Debemos prestar especial atención a aquellas variables de medida dependientes de valoraciones subjetivas del examinador por estar sujetas a mayor riesgo de error.

### **4. ¿Se describen los métodos estadísticos utilizados?**

Los procedimientos estadísticos se describen en la sección de métodos. Se recomienda utilizar tests estadísticos simples y no abusar de los valores “p” de significación estadística.

### **5. ¿Se describen adecuadamente los datos?**

Se deben describir el número de sujetos que fueron incluidos en la investigación y su reclutamiento, las características básicas de los sujetos incluyendo medidas de tendencia central y dispersión (p. ej. desviación estándar), y exponer los resultados principales mediante tablas o figuras.

### **6. ¿Cuadran los números?**

Es frecuente tener pérdidas a lo largo de un estudio que deben ser reflejadas prefe-

rentemente en organigramas. Es recomendable revisar posible discrepancias en los totales de sujetos evaluados que pueden indicar descuidos de los autores y/o errores de impresión, y pueden afectar la validez de las conclusiones.

### 7. ¿Se evalúa la significación estadística?

Se debe valorar la significación estadística de los resultados preferentemente mediante intervalos de confianza que aportan información adicional como el tamaño del efecto y/o valores “p”.

### 8. ¿Qué aportan los resultados principales?

Se suele seguir un orden en la interpretación de los resultados:

- Evaluar el tamaño de efecto (relevancia clínica).
- Contrastar los resultados con errores en el diseño, desarrollo o análisis.
- Investigar fuentes de error o confusión.
- Valorar la plausibilidad biológica de los resultados.

### 9. ¿Cómo se interpretan los resultados negativos?

Un resultado negativo debe ser valorado con sumo cuidado siendo diferente “ausencia de evidencia de efecto” que “evidencia de ausencia de efecto”. La ausencia de efecto puede deberse a un tamaño muestral pequeño o a defectos en el diseño del estudio.

### 10. ¿Difieren los resultados de investigaciones previas?

Se recomienda interpretar con sumo cuidado aquellos resultados de estudios únicos que contradicen la evidencia de estudios previos.

### 11. ¿Qué implicaciones puede tener el estudio para la práctica diaria?

La cuestión más importante cuando revisamos un estudio es la utilidad que puede tener para nuestros pacientes. Antes de establecer juicios precipitados es recomendable evaluar el tamaño del efecto, la relevancia clínica, la calidad del estudio, la validez de los resultados en función de la evidencia conocida y las condiciones de aplicabilidad de los resultados en la práctica diaria.

## CRITERIOS ESPECÍFICOS DE LECTURA CRÍTICA

Junto a los criterios generales y preguntas comunes a todo estudio existen una serie de criterios específicos en función del tipo de estudio evaluado.

Por ello una vez evaluada la validez del artículo se debe detectar el tipo de estudio durante el análisis de la validez de la investigación para implementar posteriormente los criterios específicos de lectura crítica (tabla 5).

**TABLA 5.**  
**EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE UN ESTUDIO**

#### VALIDEZ DEL ARTÍCULO

- Revista: evaluación por peer-review
- Título: relevancia y utilidad
- Resumen: estructura y aplicabilidad

#### VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN

- Tipos de estudios: transversales, cohortes, casos-controles, ensayos clínicos, revisiones y metaanálisis
- Tipos de artículos: primarios y secundarios

Por razones de importancia y relevancia para la práctica profesional se han elegido los artículos de estudios experimentales sobre eficacia de las intervenciones y las revisiones sistemáticas como objeto de aplicación de las herramientas de lectura crítica.

## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES

Los estudios experimentales comparan dos o más grupos de sujetos sometidos a intervenciones diferentes (farmacoterapia, práctica preventiva, intervención quirúrgica, etc.) siendo los ensayos clínicos aleatorios (ECA) el tipo más común.

El diseño de los ECA viene determinado por el control de la variable a estudio y la asignación aleatoria de los sujetos a cada intervención.

Los grupos estudiados son teóricamente comparables en todas las variables excepto en la intervención que reciben.

Las preguntas clave de la lectura crítica de los ECA van dirigidas a analizar la imparcialidad de las comparaciones (tabla 6).

**TABLA 6.**  
**PREGUNTAS CLAVE EN LA LECTURA CRÍTICA DE ECA**

1. ¿Se asignaron aleatoriamente las intervenciones?
2. ¿Se analizaron todos los sujetos que fueron incluidos en el estudio?
3. ¿Se mantuvo un diseño ciego respecto a la valoración de los resultados?

A continuación se describen los criterios específicos para la lectura crítica de los estudios experimentales (tabla 7).

## Validez interna

Una cuestión inicial a plantear es discernir si el efecto observado es debido a la intervención y no a otras variables que pueden llevar a una falsa conclusión. Es crucial identificar este asunto al inicio de la lectura del artículo y puede determinar nuestra decisión de continuar con la lectura del trabajo<sup>4</sup>.

En el resumen del artículo tenemos que buscar tres criterios que nos permitan realizar una evaluación preliminar de calidad:

- Asignación aleatoria de los sujetos.
- Seguimiento completo de todos los sujetos del estudio.
- Análisis por intención de tratar.

La asignación aleatoria o aleatorización nos asegura una distribución equilibrada de las variables pronósticas entre los grupos de estudio, excluyendo las diferencias de resultado atribuibles a variables no controladas.

El seguimiento completo de todos los sujetos que son incluidos al inicio del estudio permite establecer comparaciones fiables durante el desarrollo del mismo. Es recomendable identificar el “diagrama de flujo” de pacientes o en su defecto las tablas de la sección de “métodos”, para analizar las pérdidas en el seguimiento (abandonos y retiradas por efectos adversos) y la homogeneidad entre los sujetos que finalizan el estudio frente a los abandonos por causas relacionadas con la intervención del estudio.

Las técnicas de análisis por intención de tratar tienen por objeto evaluar los resultados de los sujetos en el grupo al que fueron asig-

**TABLA 7.**  
**CRITERIOS DE LECTURA CRÍTICA DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES**

|  |  |
|--|--|
| VALIDEZ INTERNA  | <p>CRITERIOS PRIMARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se ha asignado la intervención aleatoriamente a todos los pacientes?</li> <li>• ¿Se han evaluado todos los pacientes incluidos en el estudio?</li> <li>• ¿Se ha hecho un seguimiento completo?</li> </ul>   |
|  | <p>CRITERIOS SECUNDARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se ha hecho y mantenido un diseño ciego respecto a la intervención aplicada, respecto a los pacientes, investigadores y evaluadores?</li> <li>• ¿Existían diferencias en los grupos al inicio del estudio?</li> <li>• ¿Se han tratado los grupos de la misma manera (excluida la variable intervención)?</li> </ul> |
| RESULTADOS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se ha realizado un análisis por intención de tratar?</li> <li>• ¿Cuál ha sido la magnitud del efecto de la intervención?</li> <li>• ¿Con qué precisión se ha determinado el efecto de la intervención?</li> <li>• En caso de resultados estadísticamente no significativos, ¿era el tamaño de la muestra suficiente?</li> </ul>                  |
| VALIDEZ EXTERNA  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se pueden aplicar los resultados obtenidos en nuestro contexto?</li> <li>• ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados clínica, epidemiológica y/o socialmente importantes?</li> <li>• ¿Compensan los beneficios de la intervención, los riesgos y costes derivados de la misma?</li> </ul>  |
| <p>Fuente: Adaptado de Fernández E., García A. M. Como leer artículos científicos. UD 8. En: Fernández E., García A. M., ed. Preparación de publicaciones biomédicas. Disponible en: <a href="http://www.metodo.uab.es">http://www.metodo.uab.es</a></p> |  |

nados con independencia de que lo recibieran o completaran el estudio.

Cuando se precisa el juicio clínico para valorar los resultados de una intervención existe el riesgo de influir en función de las

expectativas del sujeto y/o investigador en la nueva intervención. Este problema se puede prevenir con las técnicas de enmascaramiento que tratan de evitar que el sujeto, investigador, evaluador y/o analistas conozcan el tratamiento asignado.

Los grupos del estudio deben ser comparables tras la asignación aleatoria y durante el seguimiento. Este principio debe quedar bien definido en el artículo mediante tablas que describan la distribución de las variables basales y pronósticas de los grupos de estudio. Esta tabla debe incluir las frecuencias relativas de las variables cualitativas y ordinales, las medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) de las variables cuantitativas continuas, y un test de significación estadística sobre la hipótesis nula de igualdad entre los grupos de estudio. En caso de que los grupos no sean similares en alguna de las variables basales se pueden utilizar las técnicas de análisis epidemiológico y estadístico para su control durante el análisis de los datos.

Cuando estemos decidiendo si un nuevo fármaco es más eficaz que la intervención estándar o placebo debemos basarnos en las pruebas de significación estadística, el tamaño del efecto y la precisión de la estimación (p. ej. con intervalo de confianza del 95%) para considerar su relevancia clínica y/o sociosanitaria.

## Validez externa

La generabilidad de los resultados condiciona la aplicación a nuestro contexto de práctica y representa la validez externa.

Imaginemos p. ej. un ensayo clínico aleatorizado sobre una intervención psicoterapéutica grupal para el tratamiento de la distimia (comparado con el tratamiento habitual). El ensayo se realizó con el máximo rigor metodológico y su validez interna es muy elevada, los resultados son relevantes pues consiguen una mejoría clínica y una marcada recuperación funcional, pero los recursos hu-

manos y económicos dedicados sobrepasan cualquier programa de intervención psicoterapéutica grupal que podamos sugerir en nuestra área.

¿Cómo podemos aplicar esta intervención a nuestra práctica profesional?. Incorporaremos a nuestro conocimiento que la intervención es posible en otras condiciones de trabajo y da resultados positivos en el contexto original de aplicación. Sin embargo en caso de querer realizarla en nuestra área deberemos modificar substancialmente el protocolo de la misma para adaptarla a nuestro contexto, con el peligro de afectar los resultados positivos obtenidos con el protocolo original.

En los ensayos clínicos debemos tener en cuenta el impacto del uso de nuevos tratamientos en la población de estudio que puede evaluarse mediante el NNT o “número de pacientes para tratar”. El concepto del NNT corresponde al número de personas que deben de ser tratadas (NNT) para prevenir un evento desfavorable o lograr un resultado favorable adicional<sup>1</sup>.

## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS DE REVISIONES Y METAANÁLISIS

Los artículos de revisión son documentos que pretenden ofrecer una actualización de los conocimientos sobre un tema clínico mediante la revisión de la literatura disponible sobre el tema.

Dentro de las revisiones podemos hablar de revisiones narrativas y sistemáticas.

Aún con el mayor nivel de difusión y la relativa facilidad de su elaboración y la facilidad de uso de las revisiones narrativas,

en las que un experto revisa los estudios publicados decide cuáles son relevantes y resalta sus resultados sin describir habitualmente el proceso seguido hasta llegar a las conclusiones, se considera que están cargadas de subjetividad que afecta a la selección de los estudios incluidos y la valoración de su validez<sup>5</sup>.

Las revisiones sistemáticas son estudios pormenorizados selectivos y críticos que tratan de analizar, integrar y sintetizar la información primordial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico.

Aplica estrategias científicas para reducir los sesgos en el proceso de recopilación, valoración crítica y síntesis de los estudios relevantes sobre un tema<sup>6</sup>. Por su metodología estructurada, explícita, sistemática y multidisciplinar en la recogida de la información, la valoración crítica de los estudios, y la síntesis de los mismos, se diferencian metodológicamente de las revisiones clásicas de la literatura científica sobre un tema. Por tanto, la revisión sistemática constituye un proceso de investigación más amplio, que va desde la formulación del objetivo hasta la interpretación de los resultados, incluyendo la fase de análisis estadístico cuando haya sido posible la agregación cuantitativa de los datos<sup>7</sup>.

Aunque a veces se utilizan los vocablos revisión sistemática y metaanálisis indistintamente, el término metaanálisis debe aplicarse exclusivamente cuando los trabajos incluidos en la revisión a juicio de los investigadores “se pueden combinar razonablemente” efectuando una síntesis estadística cuantitativa de sus resultados para obtener una estimación combinada de los efectos descritos en los estudios individuales.

La unidad de análisis de las revisiones sistemáticas y los metaanálisis no son personas sino artículos publicados, y su lectura crítica se realiza utilizando los criterios de validez interna, relevancia y utilidad para nuestra práctica.

La evaluación de la validez de una revisión se refiere a si responde a un objetivo concreto y al acierto en la selección de los artículos. En caso de obtener una respuesta negativa a estas dos cuestiones podemos considerar que el trabajo tiene poca validez no estando indicada una lectura más detallada. En la tabla 8 (pag. siguiente) se presentan los criterios para la lectura crítica de las revisiones sistemáticas y los metaanálisis.

## Validez interna

Una revisión sistemática y un metaanálisis pretende sintetizar la información que existe sobre un tema para dar una respuesta concreta a una pregunta determinada. Es fundamental que la pregunta esté bien enunciada y podemos encontrarla en el título, resumen o al final de la introducción del artículo<sup>4</sup>.

Al igual que los estudios experimentales donde las unidades de análisis son personas, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis deben especificar claramente los criterios de inclusión y exclusión de los artículos objeto de revisión que deben ser coherentes con la pregunta a contestar.

Los criterios deben detallar la población de estudio, definir la intervención y la respuesta, así como el proceso de búsqueda, identificación y selección de artículos.

Por ejemplo en un trabajo de revisión sobre la eficacia de la hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión, los investiga-

**TABLA 8.**  
**CRITERIOS DE LECTURA CRÍTICA**  
**DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <p>VALIDEZ<br/>INTERNA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el objetivo concreto del metaanálisis?</li> <li>• ¿Cómo se han seleccionado los estudios? ¿Se definen claramente los criterios de inclusión y exclusión de los estudios?</li> <li>• ¿Tiene importancia el “sesgo de publicación”?</li> <li>• ¿Se considera la validez de los artículos revisados?</li> <li>• ¿Se pueden combinar los estudios respecto de las variables dependientes (comorbilidad, tratamientos concomitantes) e independientes (intervenciones)?</li> </ul> |
| <p>RELEVANCIA</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la distribución de las medidas de efecto de los estudios combinados? [metaanálisis]</li> <li>• ¿Es similar la unidad de análisis en los diferentes estudios?</li> <li>• ¿Se discuten los resultados según la calidad, diseño o fecha de publicación de los estudios?</li> <li>• ¿Se evalúan los potenciales sesgos del metaanálisis realizado?</li> </ul>   |
| <p>VALIDEZ EXTERNA</p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se discuten los resultados y se aportan sugerencias para futuros estudios?</li> <li>• ¿Qué implicaciones se derivan para nuestra práctica?</li> </ul>   |

Fuente: Adaptado de Fernández E., García A. M. Como leer artículos científicos. UD 8. En: Fernández E., García A. M., ed. Preparación de publicaciones biomédicas. Disponible en: <http://www.metodo.uab.es>

dores podrían haber decidido seleccionar muestras de pacientes con síntomas depresivos sin diagnóstico de depresión mayor o pacientes diagnosticados según una determinada clasificación, estudios con diferentes “endpoints” (medidas de resultado), y estudios con diferentes períodos de tratamiento, pudiendo conducir a resultados dispares en los estudios de revisión que planteaban inicialmente la misma pregunta a responder.

La evaluación de toda la evidencia disponible determina también la validez de una revisión, y por ello se han criticado tanto las revisiones narrativas ya que están sujetas al sesgo de selección de los estudios.

Una revisión con calidad debería intentar minimizar el sesgo de publicación que suele tener como resultado una sobreestimación del efecto de una intervención. Es importante identificar el proceso de búsqueda bibliográfica realizado por los autores que suele aparecer en la sección de “Métodos” de la revisión.

Ya que el objetivo de una revisión es integrar los resultados de diferentes estudios debemos asegurarnos que los autores han evaluado la validez de los mismos.

Los criterios de evaluación deben hacerse explícitos y ajustados al tipo de trabajos revisados. Ya que la evaluación puede estar sujeta a fuentes de error, se debe realizar de forma independiente y estandarizada por más de un observador, evaluando el grado de concordancia y variabilidad entre los observadores.

En el caso de los metaanálisis cuando se realice una estimación global del efecto se debe poder asumir que las diferencias sean

debidas exclusivamente al azar es decir que los estudios sean homogéneos.

En el supuesto de heterogeneidad la estimación global sería inválida. Por ello es crucial identificar el tipo de análisis estadístico y la interpretación de la homogeneidad/heterogeneidad de los estudios incluidos así como evaluar si las conclusiones de los autores son coherentes.

## Relevancia de los resultados

Una vez asegurada la validez de los resultados debemos decidir su importancia mediante la magnitud y precisión de la asociación observada.

En las revisiones narrativas es más difícil valorar cual es el efecto global porque no hay un análisis formal de los datos, debiendo prestar especial atención a estas revisiones que pueden establecer conclusiones sin tener en cuenta la calidad ni la validez interna de estos estudios.

## Validez externa

Para valorar la aplicabilidad de los resultados en nuestra práctica diaria tenemos que tener en cuenta las características de los estudios incluidos.

Los estudios de revisión permiten realizar análisis de subgrupos que deben ser interpretados con cautela, a pesar de que el metaanálisis tenga un alto grado de validez interna.

En los metaanálisis de ensayos clínicos el impacto se pueden estimar con medidas como el NNT, aunque deben ser considerados con cautela en función de la heterogeneidad de los estudios incluidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett D. L., Straus S. E., Richardson W. S., Rosenberg W. M., Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. 1ª edición. Madrid: Elsevier España (ed); 2002.
2. Crombie I. K. The pocket guide to critical appraisal. 11ª edición. Bristol (UK): BMJ publishing group, 2003.
3. Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
4. Fernández E., García A. M. Como leer artículos científicos. UD 8. En: Fernández E., García A. M., ed. Preparación de publicaciones biomédicas. Disponible en: <http://www.metodo.uab.es>
5. Siwek J., Gourlay M. L., Slawson D. C., Shaughnessy A. F. How to write an evidence-based clinical review article. Am Fam Physician. 2002 Jan 15; 65(2): 251-8.
6. Goodman C. Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices. Stockholm: SBU (ed); 1996.
7. Guerra J. A., Martín Muñoz P., Santos Lozano J. M. Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación. [Internet]. Fisterra.com; 2003. [Acceso 23-11-04]. Disponible en: [http://www.fisterra.com/mbe/mbe\\_temas/19/revis\\_sist.htm](http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.htm).

Dirección para correspondencia:

*Centro de Salud Mental.*

*C/ Uría 2, 2º. 33800 Cangas del Narcea. Asturias*

*Tlf: 985812970*

*Fax: 985811158*

*Email: cesarayasha@hotmail.com*

# La gestión de información clínica: Medicina basada en la evidencia y el método CASPe.

## Clinical information management: Evidence based medicine and the CASPe approach.

José Ignacio Pijoán

*Epidemiólogo Clínico (miembro de CASPe).  
Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital de Cruces.*

### RESUMEN

*El marco social y profesional en el que los profesionales sanitarios ejercen su labor ha cambiado de forma apreciable en las últimas décadas en relación con las profundas transformaciones sociopolíticas que ha experimentado la sociedad y el extraordinario desarrollo del sistema de producción y transmisión del conocimiento. Estos cambios exigen respuestas adaptativas apropiadas de los profesionales: su forma de obtener y mantener conocimientos y habilidades debe aprovechar las nuevas herramientas y canales de información disponibles y al mismo tiempo incorporar una dimensión humanística y social que contextualice los mismos. El profesional sanitario necesita aprender a ser un gestor eficiente de información y requiere habilidades operativas en su aplicación a problemas concretos en contextos cambiantes. Muchos estamentos de nuestra organización formadora por excelencia, la Universidad, no han reaccionado y elaborado/ofertado a la sociedad una respuesta adecuada a estos cambios y nuevas necesidades. El controvertido movimiento denominado "Medicina Basada en la Evidencia" ha planteado algunas de estas cuestiones y esbozado algunas estrategias, sobre la base del "aprendizaje basado en problemas", para responderlas. El grupo CASPe (Programa de Habilidades en Lectura Crítica en España) ha elaborado y aplica un programa de actividades formativas concretas basadas en un formato de talleres interactivos motivados por un problema sanitario específico y con una metodología de trabajo activo en grupos pequeños. Se comentan algunos aspectos de la reciente actividad CASPe organizada por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental.*

**Palabras clave:** Formación Continuada, Gestión de la información, Medicina Basada en la Evidencia, Aprendizaje basado en problemas.

### ABSTRACT

*The social and professional framework where health care practitioners work has suffered substantial transformations over the last decades. Factors influencing them include both changes in the social and political contexts and an overwhelming development of the knowledge generation and diffusion processes. Professionals have to change and adapt their learning mechanisms if they are to struggle with these new challenges. Skills in the use of modern information technologies should be combined with abilities in the person to person and person to society communication field. Health care professionals require becoming practical self-managed information managers with operational resources in the use of this information in various ever-changing real scenarios. It is apparent that our deeply tradition-based university has failed to give proper response to the aforementioned needs. The controversial "Evidence Based Medicine" movement has raised some of these questions and proposed a range of "problem based learning" approached strategies. The CASPe group (Critical Appraisal Skills Programme in Spain) has developed and applied a programme with specific learning and teaching activities. In each of these activities there is a proposed health-related problem that motivates participation and interaction in small groups framework. Several aspects of recent CASPe activities organized by the "Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental" are commented.*

**Keywords:** Continuing Education, Information Management, Evidence Based Medicine, Problem Based Learning.

Este artículo pretende simplemente plantear algunas reflexiones personales fruto de una experiencia personal y profesional concreta como médico asistencial, epidemiólogo clínico e integrante del grupo CASPe. El estímulo para su confección ha sido la reciente experiencia de CASPe en la organización de dos talleres de lectura crítica en Oviedo. Algunas de estas reflexiones podrían no ser compartidas por miembros del grupo o por el propio CASPe como agrupación voluntaria de personas libres.

## **I. CAMBIOS EN LOS MARCOS ASISTENCIAL, FORMATIVO Y SOCIAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

Las profesiones sanitarias (medicina y enfermería fundamentalmente) han estado durante mucho tiempo entre las mejor consideradas por la sociedad. Más tarde o más temprano, todos los miembros de la misma necesitan y buscan el servicio de alguno de dichos profesionales con uno o más problemas, si no siempre de gran repercusión vital, siempre generadores de disconfort y angustia para el individuo y su entorno inmediato.

Hasta no hace todavía muchos años, se daban varias circunstancias que contribuían al mantenimiento de ese “estatus” de alta consideración social hacia los profesionales sanitarios: se aceptaba que, al recibir su formación en las facultades universitarias, centros históricamente portadores de la verdadera esencia del conocimiento y la sabiduría, el graduado recibía no solo los conocimientos teóricos y científicos máximos sino también en cierta medida ese “halo de sabiduría” que garantizaba que tomaría las decisiones correctas en cada caso. La sociedad tampoco podía acceder a nin-

guna fuente de información alternativa sobre la salud y el enfermar (salvo en algunos casos las llamadas a la utilización de remedios caseros o productos “milagrosos”), carecía en general de unos recursos formativos que le permitieran hacer valoraciones críticas de lo que veía y percibía y ni siquiera se cuestionaba la importancia de dicha información y planteamientos.

Por otra parte, los conocimientos eran en gran parte “estáticos” y muchas veces provenientes de teorías y escuelas de pensamientos más que de una evaluación empírica de conjeturas producidas a partir de la observación y la elaboración teórica. El profesional tenía por un lado grandes dificultades para acceder a fuentes de información que le permitieran “estar al día” pero tampoco sentía que por ello el desempeño de su actividad asistencial y su consideración profesional se vieran mermadas.

Algunas décadas después, esta situación ha cambiado dramáticamente. Existe una visión social mucho menos jerárquica y más utilitaria de sus profesionales en todos los órdenes. Un profesional de cualquier campo debe estar dotado de las herramientas cognitivas, procedimentales y actitudinales necesarias para mantener una actividad profesional de alta calidad, acorde a los conocimientos más modernos y en estrecho contacto con las necesidades percibidas de sus receptores/usuarios.

Ya no se presupone que el profesional sabe qué es lo que hay que hacer en cada momento sino que se admite que la sociedad debe velar porque el servicio prestado sea de calidad en el contenido (aspecto técnico) y adecuado al entorno en su continente (aspecto social de las ciencias de la salud en nuestro caso).

## **II. CAMBIOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO. IMPLICACIONES DEL ACTO ASISTENCIAL**

Simultáneamente se ha producido un enorme cambio en el entorno global del conocimiento en el que el profesional de las ciencias sanitarias debe ejercer su trabajo. La velocidad de generación de conocimientos basada fundamentalmente en un desarrollo tecnológico sin precedentes (el aún cercano siglo XX ha sido llamado el siglo de la revolución científica y tecnológica) hace que cada poco tiempo haya que revisar el “estado del arte” sobre cualquier problema. Además de la intensa aceleración en el proceso de producción de conocimiento científico, sus aplicaciones consiguientes se han convertido en un bien de consumo exigido, a veces con cierta avidez y premura irreflexivas por una sociedad dotada de unos sistemas de información hasta hace poco inimaginables.

La existencia de múltiples y potentes canales de información, la fácil accesibilidad a muchos de ellos y su uso masivo por parte de una sociedad que deposita en la ciencia y la tecnología una fe desmesurada (quizá motivada por la pérdida de fuerza de los referentes sociales tradicionales) han dado lugar a que: 1) los nuevos descubrimientos sean difundidos frecuentemente de manera casi inmediata, 2) las noticias sobre ellos se transmitan no pocas veces sin una contextualización apropiada y en ocasiones estimuladas por intereses ajenos al propio interés e impacto del hecho científico, 3) se exija de forma inmediata su utilización y puesta en marcha en muchos casos de forma acrítica.

Por lo tanto, el entorno del profesional sanitario actual no tiene nada que ver con el que existía antes de todos estos cambios. Muchos de los conocimientos actuales son tan “voláti-

les” que casi pierden su vigencia antes de que se lleguen a conocer y comprender en profundidad. El empirismo lo envuelve todo y cada propuesta nueva de avance en algunas de las áreas de interés en el campo de la salud viene “teóricamente” avalada por pruebas empíricas de su bondad, sea en modelos de simulación, en experimentos de laboratorio, trabajos con animales e incluso en pruebas realizadas con seres humanos.

La consideración por parte de la sociedad moderna en que vivimos de la salud y el bienestar como un bien irrenunciable y la asunción de que el desarrollo científico y tecnológico pueden garantizar dicho derecho hace que los profesionales se sientan estrechamente observados en sus actividades y actitudes cotidianas.

Además la conversión gradual de la asistencia sanitaria en una actividad ligada a un alto consumo de tecnología, sustentada por una estructura empresarial ávida de beneficios económicos hacen que la misma tenga profundas repercusiones económicas, éticas y sociales. No olvidemos que, en los países sociopolíticamente avanzados, la creación y desarrollo de sistemas de cobertura sanitaria universales es considerada como uno de los mayores elementos de cohesión y democratización sociales jamás soñados. Por lo tanto el acto asistencial individual supera en varios aspectos ese marco íntimo clásico paciente-profesional y adquiere en paralelo varios marcos: prestador de servicios-cliente, distribuidor-comprador, empleado del sistema-usuario, etc.

## **III. NUEVAS NECESIDADES FORMATIVAS Y SUS AGENTES**

Bien es verdad que los profesionales actuales tienen un acceso privilegiado a sistemas potentísimos de información científica

y tecnológica, algunos de ellos especialmente orientados a facilitar la creación de entornos eficientes de formación continuada. Pero las exigencias que recaen sobre el profesional son máximas. Por un lado su actividad tiene un impacto antes impensable sobre la economía de su organización e incluso sobre la de su país. Por otro lo que hace y cómo lo hace es continuamente evaluado y enfrentado a estándares sociales de alto nivel de exigencia

En todo este entorno acelerado y de demanda creciente el profesional sanitario no ha recibido el apoyo necesario de la instancia formadora por excelencia: la Universidad. El modelo clásico de transmisión del conocimiento y la sabiduría ya no se sostiene en una sociedad caracterizada por la rápida mutabilidad del conocimiento, de los procedimientos implicados en su generación y de los valores aplicados en su difusión y uso. Utilizando un símil conocido, el profesional no necesita que le den un pescado (conocimientos) sino que le enseñen a pescar (gestionar el conocimiento actual y futuro). Hay que desarrollar capacidades específicas: conocer las fuentes de información disponibles, sus virtudes y carencias relativas, saber utilizarlas con eficiencia, conocer cómo funciona la ciencia, cómo elabora sus propuestas y cómo las prueba. Conocer la arquitectura básica de la investigación científica en ciencias de la salud (y otras ciencias limítrofes), las alternativas disponibles, sus logros y limitaciones. Es imprescindible comprender y saber utilizar los canales de comunicación científica, escritos, orales o basados en soportes tecnológicos. Es también necesario profundizar en el componente humano y social de la actividad sanitaria: cómo recibir y transmitir información de/a los pacientes y sus familiares, cómo presentar información de interés comunitario, etc.

#### **IV. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE): SUS PROPUES- TAS Y ORIENTACIÓN**

Muchas de estas ideas aquí bosquejadas han sido previamente planteadas y discutidas en el contexto de un movimiento reciente denominado “Medicina Basada en la Evidencia (MBE)” cuyo impacto, con sus luces y sombras como toda empresa humana, ha sido enorme desde nuestro punto de vista, al plantear un cambio paradigmático en la forma de afrontar la gestión y aplicación del conocimiento científico clínico por los profesionales de la salud<sup>1</sup>.

Una de sus premisas básicas es que cada profesional debe, a partir de una adquisición y mantenimiento de algunas de las habilidades presentadas más arriba, decidir sobre qué información necesita para ejercer mejor su labor y debe ser capaz de poder buscarla entre la maraña de información a su alcance, valorarla para determinar que su calidad (en relación con la solidez del procedimiento científico utilizado en su generación) y resultados son los adecuados para dar respuesta al problema. Además debe profundizar en la necesaria simbiosis entre conocimiento y dominio del sistema de gestión de información científica (la ciencia de la profesión) y la dimensión “artesanal” de su profesión (dominio procedimental y habilidades en el campo de la psicología humana y social).

El aprendizaje y mantenimiento de estas capacidades cuenta con el llamado “aprendizaje basado en problemas” (problem-based-learning) como uno de sus pilares básicos. Esta aproximación activa al conocimiento va en la dirección contraria a la propuesta tradicional de nuestra universidad [profesor como fuente de conocimiento “perfecto (no criticable)” que transmite verticalmente a los alumnos en la clase magistral] y

plantea un aprendizaje continuo, basado en las necesidades específicas individuales y/o grupales con una evaluación dual (la autoevaluación del “aprendiente” y la evaluación continua de un tutor o docente con más experiencia que ejerce labor de apoyo, refuerzo y acompañamiento más que de transmisor de conocimiento) y un trabajo en pequeños grupos de personas que se apoyan y potencian consiguiendo una interacción positiva.

## **V. GRUPO CASP: UN ENFOQUE APLICADO DE LA MBE**

El movimiento CASP (Critical Appraisal Skills Programme) cuyo origen se sitúa hace unos diez años en el Reino Unido (CASP UK) surgió en gran parte porque se percibió este cambio paradigmático y la existencia de nuevas necesidades en el ejercicio de las profesiones sanitarias por parte de algunas personas en el propio seno del sistema público sanitario británico. Aunque el énfasis inicial fue la formación de los administradores de recursos sanitarios pronto se difundió su metodología y actividad a todos los estamentos del sistema.

CASP España (CASPe: Programa de Habilidades en Lectura Crítica en España) inició su andadura en España en 1998 tras un fructífero contacto del Dr. Juan Cabello, cardiólogo y epidemiólogo clínico de Alicante, con instancias y personas del sistema inglés plenamente conscientes de las necesidades formativas específicas no cubiertas existentes en su entorno. Dado que las necesidades formativas en nuestro sistema público son totalmente equiparables, pronto se vio que el método era también válido y aplicable en nuestro país.

CASPe tiene por misión proporcionar habilidades a los decisores en salud (a cualquier nivel, tanto gestor como asistencial u

organizativo) para encontrar y evaluar críticamente las mejores pruebas científicas en las que basar sus decisiones. Ello implica tanto la formación de los decisores mediante métodos pedagógicos específicos, como la formación de personas que enseñen a los decisores la consecución de estas habilidades de búsqueda y lectura de la evidencia.

Además de estas tareas de formación, CASPe desarrolla y elabora materiales docentes exclusivos, y realiza labores de organización, difusión y gestión, dentro de un marco de crecimiento sostenible.

Inicialmente CASPe ha centrado su labor en el desarrollo y potenciación de capacidades de lectura crítica de la información publicada en revistas científicas tradicionales (artículos originales). Así mismo, se ha buscado una orientación temática por tipologías de problemas: inicialmente se ha trabajado el problema de tipo terapéutico/preventivo (a través de la evaluación crítica de la validez y aplicabilidad de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas de ensayos) por ser el más común en la labor asistencial y progresivamente se han ido abordando otros problemas frecuentes e importantes en las decisiones en salud: diagnóstico, pronóstico, evaluación económica, etc. También ha ido paulatinamente expandiéndose el espectro de asistentes a las actividades (talleres CASPe) con la incorporación de pacientes y familiares, miembros de asociaciones de problemas y enfermedades concretas o legos con una vocación social participativa activa (como asociaciones de consumidores). No debemos olvidar la existencia de programas de formación en Medicina Basada en la Evidencia y de formación en su enseñanza tanto a nivel nacional como internacional que utilizan el método CASPe de trabajo en pequeños grupos como una de sus herramientas fundamentales de trabajo. Por fin,

recientemente, después de trabajar en colaboración con miembros de CASP UK se han puesto en marcha actividades de formación en búsqueda eficiente de información clínica relevante y de calidad, utilizando la misma filosofía y métodos.

Fruto de la existencia de estas necesidades educativas ya comentadas y de la labor de CASPe por colaborar en su satisfacción podemos señalar la existencia de más de 40 talleres anuales de búsqueda o lectura en los que participan cerca de un millar de personas, además de las labores de entrenamiento de formadores, de desarrollo de nuevas técnicas educativas, de colaboración y coordinación de actividades en Hispanoamérica, etc. Para poder recibir una información más en detalle de algunas de estas actividades y de la forma de trabajar de CASPe se recomienda navegar por su página web (<http://www.redcaspe.org>).

Pero, estadísticas aparte, donde CASPe y su gente se sienten realmente “como pez en el agua” es en el trabajo de campo con pequeños grupos y con problemas de salud concretos. Es allí donde las ventajas de un procedimiento formativo basado en la interacción positiva entre los miembros de los grupos y la labor de apoyo horizontal “relajante e informal” de los tutores (que no profesores) se reflejan en la percepción por parte de los participantes de haber realizado un esfuerzo rentable e incluso divertido (ver evaluaciones de los talleres en la página web).

Este año, hemos tenido la oportunidad de realizar dos talleres CASPe en Asturias, dentro de un programa organizado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Ello ha servido para explorar un terreno novedoso hasta ahora para CASPe: el de la Psiquiatría. Aunque han participado psiquiatras en talleres y actividades

CASPe, hasta ahora no se habían utilizado preguntas clínicas de interés primariamente psiquiátrico en talleres de lectura crítica.

Se decidió hacer énfasis en el aspecto terapéutico y utilizar artículos con los dos tipos de diseño que fundamentalmente debe uno buscar para responder a este tipo de preguntas: un ensayo clínico aleatorizado y controlado o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y controlados. Algo que nos llamó la atención inicialmente fue la existencia de cierta dificultad para encontrar estos diseños en artículos originales en las revistas más prestigiadas de la especialidad. Fundamentalmente se publican observaciones clínicas o estudios terapéuticos no controlados lo cual debe plantear cierta prudencia en la evaluación de la validez y en la interpretación de sus resultados. Esto no es desconocido en otras especialidades aunque quizá ocurre con menor frecuencia.

Finalmente se utilizaron dos artículos que planteaban dos temas de aparición frecuente en la asistencia psiquiátrica: la tranquilización farmacológica de pacientes agitados y la eficacia potencial de medidas para combatir el no cumplimiento terapéutico en las psicosis crónicas.

Dichos talleres mostraron que la metodología CASPe funciona incluso cuando los grupos son muy pequeños. La labor conjunta de los tutores y el trabajo de los participantes sirvieron para detectar algunos problemas en el diseño y ejecución de ambos estudios (¿qué ocurre cuando la variable de eficacia secundaria se utiliza como primaria?, ¿se debe acompañar siempre una revisión sistemática de un metaanálisis?) y para que cada asistente hiciera su valoración personal de la importancia y repercusión de esos problemas (por otra parte bastante comunes en los artículos publicados en cualquier campo sanitario). La me-

Metodología CASPe también es, desde nuestro punto de vista, productiva en la gestión del conocimiento de esta especialidad y perfectamente integrable en la actividad cotidiana de los centros asistenciales y de sus profesionales (talleres reglados, clubs de lectura, sesiones de servicio, etc.)

CASPe tiene una estructura en red con nodos en un número creciente de comunidades (ver página web) en un proceso de di-

fusión “en cascada”. Este año se han desarrollado los primeros talleres CASPe en tierras asturianas. CASPe estimula y favorece la creación de nodos y redes que responden a realidades y necesidades locales y con gran capacidad de autogestión. Sería muy positivo desde nuestro punto de vista que en un tiempo no muy lejano exista un nodo CASPe en Asturias con personal entrenado para mantener una actividad continuada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Sackett D. L., Richardson W. S., Rosenberg W. M., Haynes R. B.** Medicina Basada en la Evidencia: Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone (ed); 1997.

Dirección para correspondencia:

*Unidad de Epidemiología Clínica*

*Hospital de Cruces*

*Plaza de Cruces s/n. 48903 Cruces/Baracaldo. Bilbao*

*Tlf: 946006452 - Fax: 946006451*

*Email: jipi Joan@hcru.osakidetza.net*

# INFORMES

---

## **DECLARACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL PARA EUROPA. AFRONTANDO LOS RETOS, CONSTRUYENDO SOLUCIONES.**

*14 de Enero 2005*

*Documento elaborado en la Conferencia Europea Ministerial de la OMS sobre la Salud Mental. (Helsinki, 12-15 Enero 2005)*

### **PREÁMBULO**

1. Nosotros los Ministros de Sanidad de los estados miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en presencia del Comisario Europeo para la Salud y Protección de los Consumidores, junto con el Director Regional de la OMS para Europa, reunidos en la Conferencia Ministerial sobre Salud Mental de la OMS, desarrollada en Helsinki del 12 al 15 de Enero del 2005, reconocemos que la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y productividad de los individuos, familias, comunidades y naciones, capacitando a las personas para percibir la vida como plena de sentido y para ser ciudadanos creativos y activos. Creemos que el primer objetivo de la actividad de salud mental es aumentar el bienestar y el funcionamiento de las personas promoviendo sus fuerzas y recursos, reforzando la resistencia y aumentando los factores protectores externos.
2. Reconocemos que la promoción de la salud mental y la prevención, tratamiento, atención y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, la Unión Europea (UE) y el Consejo de Europa; tal como está expresado en resoluciones de la Asamblea de la Salud Mundial y el Consejo Ejecutivo de la OMS, el Comité Regional de la OMS para Europa y el Consejo de la Unión Europea. Estas resoluciones instan a los Estados Miembros, OMS, UE y el Consejo de Europa a actuar para aliviar la carga de problemas de salud mental y mejorar el bienestar mental.
3. Recordamos nuestro compromiso con la resolución EUR/RC51/R5 de la Declaración de Atenas sobre Salud Mental, Desastres por Actividades Humanas, Estigma y Atención comunitaria y con la resolución EUR/RC53/R4 adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en Septiembre del 2003, manifestando su preocupación en que la carga de patología originada por los trastornos mentales en Europa no está disminuyendo y que muchas personas con problemas de salud mental no reciben el tratamiento y cuidado que necesitan, a pesar del desarrollo de intervenciones efectivas. El Comité Regional solicitó al Director Regional que:

- Diera alta prioridad a los temas de salud mental al desarrollar las actividades relacionadas con la actualización de la política de Salud para Todos;
  - Organizara una conferencia ministerial sobre salud mental en Europa en Helsinki en Enero 2005.
4. Señalamos las resoluciones que apoyan un programa de acción de salud mental. Resolución EB.109.R8 adoptada por el Consejo Ejecutivo de la OMS en Enero 2002, apoyada por la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA55.10 en Mayo 2002, que pide a los Estados Miembros de la OMS que:
- Adoptar las recomendaciones contenidas en el Informe sobre la salud mundial 2001;
  - Establecer políticas de salud mental, programas y legislación basada en los conocimientos actuales y consideraciones sobre los derechos humanos, de acuerdo con todas las partes en salud mental;
  - Aumentar la inversión en salud mental, tanto dentro de los países como en cooperación bilateral y multilateral, como un componente esencial en el bienestar de las poblaciones.
5. Resoluciones del Consejo de la Unión Europea, recomendaciones del Consejo de Europa y resoluciones de la OMS con fechas de hasta 1975 reconocen el importante papel de la promoción de salud mental y la asociación perjudicial entre los problemas de salud mental y marginación social, desempleo, población sin hogar, y trastornos de abuso de alcohol y otras sustancias. Aceptamos la importancia de las provisiones de la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, de la Convención de los Derechos de la Infancia, de la Convención Europea para la Prevención de la Tortura y Tratamientos Inhumanos o Degradantes o Castigos y de la Carta Social Europea; así como el compromiso del Consejo de Europa para la protección y promoción de la salud mental que ha sido desarrollado en la Declaración de su Conferencia Ministerial sobre Salud Mental en el Futuro (Estocolmo, 1985) y en otras recomendaciones que adoptaron en este ámbito, en especial la Recomendación R(90)22 sobre protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables de la sociedad y la Recomendación Rec (2004)10 que trata de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con un trastorno mental.

## ÁMBITO

6. Señalamos que muchos aspectos de la política de salud mental y de los servicios están sufriendo una transformación en la Región Europea. Los servicios y las políticas están procurando conseguir equidad e inclusión social, asumiendo un punto de vista exhaustivo del balance entre las necesidades y los beneficios de diversas actividades de salud mental dirigidas a la población en conjunto, a grupos de riesgo y a gente con problemas de salud mental. Se están garantizando servicios en un amplio abanico de dispositivos centrados en la comunidad y ya no exclusivamente en instituciones grandes y aisladas. Creemos que esta es la dirección correcta y necesaria. Nos satisface el hecho de que las políticas y la práctica en salud mental actualmente cubre:

- i) la promoción del bienestar mental;
- ii) el rechazo del estigma, la discriminación y la exclusión social;
- iii) la prevención de los problemas de salud mental;
- iv) la atención a las personas con problemas de salud mental, proporcionando intervenciones y servicios seguros y efectivos, ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores implicación y elección;
- iv) la recuperación y la inclusión en la sociedad de aquellos que han pasado problemas serios de salud mental.

## **PRIORIDADES**

7. Debemos basarnos en la plataforma de la reforma y modernización en la Región Europea de la OMS, aprender de nuestras experiencias compartidas y atender a las características únicas de cada país. Creemos que las principales prioridades para la siguiente década son:

- i) fomentar la conciencia acerca de la importancia del bienestar mental;
- ii) rechazar colectivamente el estigma, la discriminación y la desigualdad, y apoyando a las personas con problemas de salud mental y sus familias para que se impliquen activamente en este proceso;
- iii) el diseño y desarrollo de sistemas de salud mental globales, integrados y efectivos que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, atención y recuperación;
- iv) tratando las necesidades de una mano de obra competente, efectiva en todas estas áreas;
- v) el reconocimiento de la experiencia y el conocimiento de los usuarios de los servicios y los cuidadores como una base importante para la planificación y el desarrollo de los servicios de salud mental.

## **MEDIDAS**

8. Respaldamos la afirmación de que no hay salud sin salud mental. La salud mental es clave para el capital humano, social y económico de las naciones y por tanto debería ser considerado como una parte integral y esencial de otras áreas de política públicas como los derechos humanos, atención social, educación y empleo.

Por ello nosotros, ministros responsables de salud, nos comprometemos, sometiéndonos a las estructuras constitucionales y responsabilidades nacionales, a reconocer la necesidad de políticas de salud mental globales y basadas en la evidencia y a considerar las vías y medios para desarrollar, implementar y reforzar tales políticas en nuestros países. Estas políticas, dirigidas a conseguir el bienestar mental y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, requieren medidas en las siguientes áreas:

- i) promover el bienestar mental de la población en general con medidas dirigidas a crear conciencia y cambio positivo para los individuos y las familias, comunidades y sociedad civil, entornos laborales y educativos, y gobiernos y agencias nacionales.
  - ii) tener en cuenta el impacto potencial de todas las políticas públicas sobre la salud mental; con especial atención a los grupos vulnerables, demostrando que la salud mental es principal a la hora de construir una sociedad saludable, integradora y productiva;
  - iii) combatir el estigma y la discriminación, asegurar la protección de los derechos humanos y la dignidad, y desarrollar la legislación necesaria para posibilitar a las personas con riesgo o que sufren problemas de salud mental y discapacidades a participar íntegramente e igualmente en la sociedad;
  - iv) ofrecer apoyo dirigido e intervenciones sensibles a las fases de la vida de las personas en riesgo, especialmente en la paternidad y educación de los niños y a los jóvenes y para los cuidados de los ancianos;
  - v) aumentar y desarrollar las medidas para reducir las causas evitables de los problemas de salud mental, de la comorbilidad y del suicidio;
  - vi) desarrollar la capacidad y habilidad de los médicos generales y los servicios de atención primaria, trabajando en red con servicios de atención especializada médica y no-médica, para ofrecer acceso efectivo, identificación y tratamiento a las personas con problemas de salud mental;
  - vii) proporcionar a las personas con problemas de salud mental severos atención y tratamiento integral y eficaz en un abanico de dispositivos y de manera respetuosa con sus preferencias personales; así como protegerlos del abandono y el abuso;
  - viii) crear colaboración, coordinación y liderazgo entre las regiones, países, sectores y agencias que tienen influencia en salud mental y en la inclusión social de individuos y familias, grupos y comunidades;
  - ix) diseñar programas de reclutamiento, educación y formación para crear una mano de obra multidisciplinaria suficiente y competente;
  - x) evaluar el estado y necesidades de salud mental de la población, grupos específicos e individuos de manera que permita comparaciones nacionales e internacionales;
  - xi) proveer de adecuados y suficientes recursos financieros para desarrollar estos objetivos;
  - xii) comenzar la investigación y apoyar la evaluación y extensión de todas estas acciones.
9. Reconocemos la importancia y la urgencia de afrontar los retos y crear soluciones basadas en la evidencia. Por ello aprobamos el Plan de Acción de Salud Mental para Europa y apoyamos su desarrollo a través de la Región Europea OMS, adaptando para cada país los puntos a sus recursos y necesidades. También nos comprometemos a ser solidarios en la Región y compartir conocimientos, buenas prácticas y experiencia.

## RESPONSABILIDADES

10. Nosotros, los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, nos comprometemos a apoyar la implementación de las siguientes medidas, de acuerdo a las estructuras constitucionales y las políticas de cada país, y a las necesidades, circunstancias y recursos nacionales y subnacionales:

- i) reforzar la política de salud mental y una normativa que regule los mínimos sobre las actividades de salud mental y apoye los derechos humanos;
- ii) coordinar la responsabilidad para la formulación, implementación de la política y legislación relevante para la salud mental dentro de los gobiernos;
- iii) estudiar el impacto de la salud mental pública en la acción del gobierno;
- iv) eliminar los estigmas y la discriminación y favorecer la integración mediante un mayor conocimiento público y apoyando a las personas afectadas;
- v) ofrecer a las personas con problemas mentales opciones y mayor implicación en su propio cuidado, sensibilidad sobre sus necesidades y cultura;
- vi) revisar, y si fuera necesario, introducir legislación sobre no discriminación o igualdad de oportunidades;
- viii) promover la salud mental en la educación, en el empleo y en las comunidades incrementando la colaboración entre agencias responsables de la sanidad y otros sectores relevantes;
- ix) prevenir los factores de riesgo donde ocurran, por ejemplo, apoyando el desarrollo de ambientes de trabajo que respeten la salud mental y estableciendo incentivos a la creación de ayudas en el trabajo o la recuperación más temprana a aquellos que padecen problemas de salud mental;
- x) acentuar la prevención en materia de suicidio y las causas de desórdenes de stress, violencia, depresión, ansiedad, y el abuso de alcohol y otras sustancias;
- xi) reconocer y mejorar el rol central de la salud mental primaria y de los médicos generales y fortalecer su capacidad para asumir responsabilidades en salud mental;
- xii) desarrollar los servicios comunitarios que replacen el cuidado en grandes instituciones para aquellos con problemas de salud mental severos;
- xiii) potenciar las medidas que terminen con los cuidados inhumanos y degradantes;
- xiv) mejorar la colaboración entre agencias responsables del cuidado y apoyo como las de salud, beneficios, vivienda, educación y empleo;
- xv) incluir la salud mental en los estudios de todos los profesionales de la salud y diseñar programas de educación profesional continua y de formación para aquellos que trabajen en salud mental;

- xvi) incentivar el desarrollo de expertos especializados dentro de los empleados de la salud mental, para tratar las necesidades específicas de grupos como los infantiles, juveniles, ancianos y de aquellos con trastornos mentales severos y crónicos;
- xvii) facilitar suficientes recursos a la salud mental, considerando la carga de la enfermedad, e invertir en salud mental como en una parte identificable del gasto sanitario global, para conseguir paridad con las inversiones en otras áreas de la salud;
- xviii) desarrollar una vigilancia sobre un bienestar mental positivo y sobre los problemas mentales, incluyendo los factores de riesgo y comportamientos de búsqueda de atención, y hacer seguimiento de la implementación;
- xix) encargar estudios de investigación cuando y donde el conocimiento o la tecnología es insuficiente y comunicar los resultados.

11. Apoyaremos a las organizaciones no gubernamentales activas en el campo de la salud mental y estimularemos la creación de organizaciones no gubernamentales y de prestación de servicios. En particular daremos la bienvenida a organizaciones activas:

- i) organizando a usuarios comprometidos en desarrollar sus propias actividades, incluyendo la creación y el funcionamiento de grupos de auto ayuda y la formación en terapias de recuperación;
- ii) apoyando a las personas vulnerables y marginales y asesorando sus casos;
- iii) facilitando servicios comunitarios involucrando a los usuarios;
- iv) desarrollando las habilidades de cuidado y apoyo, y las aptitudes de familiares y cuidadores, y su implicación activa en los programas de atención;
- v) estableciendo planes para mejorar la educación y la tolerancia y afrontar los desórdenes por abuso de alcohol y otras sustancias, la violencia y el crimen;
- vi) desarrollando servicios locales que lleguen a las necesidades de los grupos marginados;
- vii) gestionando líneas de ayuda y asesoramiento psicológico a través de Internet para personas en situaciones de crisis, víctimas de la violencia o en riesgo de suicidio;
- viii) creando oportunidades de empleo para personas discapacitadas.

12. Hacemos un llamamiento a la Comisión Europea y al Consejo de Europa para que apoyen la implementación de esta Declaración de Salud Mental para Europa de la OMS sobre la base de sus respectivas competencias.

13. Solicitamos al Director Regional de Europa de la OMS que tome medidas en las siguientes áreas:

(a) *Cooperación*

- fomentar la cooperación en esta área con las organizaciones intergubernamentales, incluyendo a la Comisión Europea y el Consejo de Europa

**(b) Información Sanitaria**

- apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de la vigilancia de la salud mental;
- obtener datos comparativos sobre el estado y el progreso de la salud mental, y de los servicios de salud mental de los Estados Miembros.

**(c) Investigación**

- establecer una red de centros colaboradores de salud mental que ofrezcan oportunidades de colaboración internacional, investigación de buena calidad e intercambio de investigadores;
- extraer y comunicar las mejores evidencias disponibles de buenas prácticas, teniendo en cuenta los aspectos étnicos de la salud mental.

**(d) Desarrollo de políticas y servicios**

- respaldar a los gobiernos facilitando conocimientos para emprender la reforma de la salud mental a través de políticas efectivas en salud mental y la prevención de problemas mentales;
- ofrecer ayuda en el establecimiento de programas de “formar al formador”;
- iniciar esquemas de intercambio para los innovadores;
- asistir en la formulación de políticas y cuestiones de investigación;
- fomentar el intercambio de agentes creando una red nacional de líderes de reforma y funcionarios.

**(e) Asesoramiento**

- informar y hacer seguimiento de políticas y actividades que promuevan los derechos humanos y la integración de personas con problemas mentales, y reducir los estigmas y la discriminación contra ellos;
- apoyar a los usuarios, a los cuidadores y a las ONGs con información y coordinar las actividades entre países;
- respaldar a los Estados Miembros en el desarrollo de una base de información para apoyar a los usuarios de los servicios de salud mental;
- facilitar los intercambios internacionales de experiencias por las organizaciones no gubernamentales regionales y locales más importantes;
- facilitar a los medios, a las ONGs y a otros grupos e individuos interesados información objetiva y constructiva.

14. Solicitamos a la Oficina Regional para Europa de la OMS que tome los pasos necesarios para garantizar que el desarrollo e implementación de las políticas de salud mental sean completamente respaldadas, y que se dé prioridad y recursos a las actividades y programas para cumplir las exigencias de esta Declaración.

15. Nosotros nos comprometemos a informar a la OMS sobre el progreso de la implementación de esta Declaración en nuestros países en una reunión intergubernamental que tendrá lugar antes de 2010.

# IN MEMORIAM

---

## LOREN MOSHER (1933-2004)

Loren Mosher estaba hecho de la madera de los héroes. Dedicó su vida y su esfuerzo profesional, durante más de cuatro décadas, con valentía, veracidad, criterio e independencia, a defender propuestas, proyectos, compromisos y tareas en defensa de la mejor atención y la mayor dignidad de los pacientes con problemas mentales.

Con un gran interés por la asistencia y por los pacientes más graves, a finales de los años 60, fue el primer Jefe del Centro para Estudios de la Esquizofrenia que se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental americano y el fundador y primer Editor de “Schizophrenia Bulletin”.

Consciente, ya entonces, de que el tratamiento neuroléptico de los esquizofrénicos no resolvía muchos de los problemas de estos pacientes, dedicó una gran actividad a conocer, evaluar y difundir las intervenciones psicoterapéuticas y los tratamientos psicosociales en este campo, con libros y artículos que se han hecho clásicos.

No dudó en viajar a Europa donde trató a los profesionales más originales –incluido a Ronald Laing– y visitó las experiencias institucionales y las organizaciones asistenciales más avanzadas. Vivió en Italia y estudió a fondo las experiencias de la psiquiatría comunitaria italiana, aprendió de ellas y reflexionó y publicó con algunos de sus promotores, resaltando los principios, contextos y programas terapéuticos, y los valores y las actitudes más deseables de los profesionales.

En los Estados Unidos, en la década de los 80 y primeros años de los 90, fue director de los servicios de salud mental del Condado de Montgomery, en Maryland, promoviendo una de las reformas de la asistencia psiquiátrica más importantes e interesantes que tuvieron lugar entonces, con un servicio de atención en crisis, que redujo llamativamente las hospitalizaciones, con comunidades terapéuticas y servicios de rehabilitación y empleo.

Ya en los años 70 creó en Estados Unidos, cerca de San Francisco, el proyecto “Soteria”, una alternativa comunitaria al tratamiento de la esquizofrenia, un programa innovador de comunidad no hospitalaria, sin tratamiento farmacológico, con un enfoque psicoterapéutico global de sus crisis psicóticas y un especial interés y cuidado en los factores emocionales y relacionales de los pacientes. Diversos estudios experimentales y controlados de seguimiento, han demostrado que este contexto comunitario y psicoterapéutico proporciona similares o mejores resultados que el habitual tratamiento farmacológico y hospitalario.

“Soteria” quiere decir salvación y protección, y estas comunidades de apoyo y protección se han reproducido luego en otros lugares y países del mundo. La primera “Soteria” europea, creada por Luc Ciompi, en Berna, lleva más de veinte años de eficacia y experiencia.

Recientemente Loren Mosher había creado también una compañía, “Soteria Asociados” ([www.moshersoteria.com](http://www.moshersoteria.com)), que trabajaba en el campo de la salud mental en muchas causas y defensas de los pacientes y en objetivos de futuro y de progreso, siempre contra una asistencia masivamente farmacológica y contra la reducción mutiladora de los profesionales al papel de puros prescriptores de medicamentos.

En los años 80, Mosher fue un crítico lúcido de la deriva de la psiquiatría americana y de la misma American Psychiatric Association, subordinada ideológicamente a la industria farmacéutica, de sus Congresos convertidos en Ferias de la industria, de su dependencia económica hasta el servilismo, de sus redobles a mayor gloria de un biologicismo simplista y de la fabricación de los sucesivos DSM, como suplementos neokraepelinianos.

En 1989 abandonó públicamente la American Psychiatric Association, que según él se había convertido en una American Psychopharmacological Association, sustituyendo a los pacientes por los neurotransmisores. Ironizaba con el problema actual de la psiquiatría americana: conseguir establecer una relación terapéutica con los neurotransmisores. Estoy seguro que sabía que ese problema no es sólo un problema de la psiquiatría americana.

*Manuel González de Chávez  
Psiquiatra (Madrid)*

## **ENRIQUE VERA DE LA PUENTE (1949-2005): SEMBLANZA BIOGRÁFICA.**

El 18 de Marzo de este año nos abandonó de forma totalmente inesperada el Dr. Enrique Vera de la Puente. Para los que lo conocimos y disfrutamos de su amistad y de su inmenso conocimiento en Neuropsicología y en Neurología de la Conducta, deja un vacío sólo comparable a nuestra ignorancia en estas materias que él intentó minimizar con todos sus esfuerzos hasta el fin de sus días.

Enrique Vera de la Puente (MD, PhD) nació en El Ferrol (La Coruña) el 25 de abril de 1949. Su familia procedía de la localidad castellana de Lerma (Burgos) y descendía, posiblemente de una antigua familia de judíos conversos. El padre de Enrique Vera fue una persona de gran brillantez intelectual, doctor ingeniero de caminos y apasionado de la física y las matemáticas. Por otro lado su tío Jaime Vera fue un importante médico, uno de los introductores de la Neuropsiquiatría en España y político de fines del siglo diecinueve. A poco que la genética tuviera alguna influencia, no es raro que Enrique Vera causara, ya desde niño, admiración por su rendimiento intelectual y la profundidad de su pensamiento. Inició la licenciatura de Medicina

en la Universidad de Salamanca, y la finalizó en la Universidad Complutense de Madrid en 1975. Se especializó en Neurología bajo la dirección del doctor Carlos Hernández Lahoz, en el antiguo Hospital General de Asturias y actual Hospital Universitario Central de Asturias. Finalizó su residencia en el año 1980 pasando entonces a ejercer la Medicina General y la Neuropsiquiatría.

En 1985 y 1990 realizó estancias de formación en Canadá y en Estados Unidos, donde inició el estudio en profundidad de lo que sería el eje de su vida laboral e intelectual, la Neuropsicología y la Neurología de la Conducta. En Montreal conoció, aprendió y disfrutó de la amistad del profesor Mihai Ioan Botez, llegando a firmar con él uno de los capítulos de su clásico tratado de Neuropsicología. En Boston tuvo la ocasión de conocer personalmente a la doctora Edith F. Kaplan y a investigadores de la talla de Harold Goodglass, Morris Moscovitch o Donald Stuss.

En 1993 defendió su tesis doctoral “Neuropsicología de la representación mental de imágenes visuales”.

Entre 1987 y 1990 ejerció la Neuropsiquiatría en el Ambulatorio Central de Oviedo. En este último año con motivo del fallecimiento de su anterior titular, la doctora Sidney Anne Parker, pasó a ocupar la Coordinación de la Unidad de Neuropsicología y Neurología de la Conducta del Hospital Universitario Central de Asturias, compaginando esta actividad con la de profesor de Neuropsicología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo hasta su fallecimiento.

Enrique Vera destacó en todo lo que hacía por su entrega, su dedicación y su enorme humanidad. Asombraba su erudición, habiéndose extendido sus intereses desde el campo de la neuropsicología hacia la termodinámica cerebral, la evolución, la genética, la filosofía de la mente, la lógica, la semiótica e incluso la filosofía de la historia y la religión. Era un hombre políglota que dominaba ocho lenguas incluido el chino, árabe y dos dialectos del japonés, y una persona entusiasta en su trabajo con una generosidad sin límites. Como docente disfrutaba impartiendo prácticas de Neuropsicología y motivando en sus alumnos de Psicología el interés por esta ciencia. Como neurólogo de la conducta, toda la comunidad neurológica asturiana está en deuda por lo que conocimientos que nos aportó y las valoraciones que realizó a nuestros pacientes. A nivel humano, era una persona desprendida y generosa en grado sumo, ofreciendo sus conocimientos y su amistad a todos los que se acercaban a él. Concebía la docencia y la transmisión del conocimiento de modo indisociable con la relación emocional y humana entre maestro y aprendiz. Formó a un gran grupo de excelentes neuropsicólogos clínicos, que hoy pugnan por sobrevivir en un mundo diferente al que soñaba Enrique. Llegó a pagarles de su bolsillo los viajes a congresos internacionales, y veía en ellos la proyección de sí mismo, no como alumnos, sino como hijos en el sentido más amplio.

En 1997 participó como socio fundador de la Sociedad Neurológica Asturiana y en el año 2003 fundó la Sociedad Asturiana de Neuropsicología y Neurología de la Conducta siendo presidente hasta su fallecimiento. Esta Sociedad multidisciplinar, con escaso número de afiliados, ha logrado congregarse a neuropsicólogos, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, neurobiólogos y

cualquiera que tenga interés en el estudio de la vida psíquica, y representa un logro meritorio en un momento en que las diferentes profesiones y especialidades tienden a buscar más ríos que puentes. Desde el principio siempre deseó que en la Junta Directiva figurase al menos, junto a los Neuropsicólogos, al menos un neurólogo y un psiquiatra, como enriquecimiento entre disciplinas que él creía firmemente que se podían beneficiar de una buena Neuropsicología, pero que desgraciadamente ellas infrutilizaban.

En estos últimos años las circunstancias le habían llevado a reflexionar el porqué de la dificultad para implantar la disciplina en el ámbito de la asistencia sanitaria pública. Alguno de sus discípulos triunfan en la asistencia privada, pero el mundo de la Neuropsicología es desconocido y aún despreciado en algunos medios. La Unidad de Neuropsicología era él y sus alumnos o sus doctorados, pero nunca se desarrolló lo suficiente para dar el servicio que él deseaba a todo el Principado. Se le acusaba de lentitud en sus evaluaciones pero para él no existían las prisas o las listas de espera, sólo el trabajo bien hecho. Trabajaba hasta bien entrada la noche, sin importarle la hora y lamentaba la pobreza de medios con que contaba. Intentó convencer a las autoridades sanitarias de la bondad de la disciplina pero sentía con razón que no era comprendido cuando no ignorado. Su interés se derivó hacia explicar la utilidad de la evaluación precisa y sobre todo de la Rehabilitación Neuropsicológica del daño cerebral. Organizó cinco Jornadas de Neuropsicología y Neurología de la Conducta, con la presencia de líderes nacionales y mundiales en el campo, y cursos de formación en Neurología de la Conducta para neurólogos. Todos estos eventos científicos representaron un esfuerzo altruista impresionante hacia una comunidad poco receptiva. Cualquier otro se hubiera dedicado a lucrarse, profesional o científicamente, de su conocimiento y no a intentar divulgarlo o hacerlo comprensible a otros, pero Enrique era lo más lejano que existe al oscurantismo interesado, era el hombre científico deseoso de transmitir su saber.

Activo militante en su juventud, comprobó con desencanto como sus amigos de antaño, actualmente en cargos de relumbrón, estaban más interesados en tareas mediáticas que en la difusión del saber y las ventajas que pudiera ofrecer al servicio público. Enrique no pedía nada para sí, sino para los lesionados cerebrales, “los más desamparados del sistema”, a los que no entendía que se consolase con limosnas o muletas en vez de luchar por volver a darles una identidad neuropsicológica nueva.

Su legado lo constituye la inmensa difusión del conocimiento que deja en el cerebro de sus alumnos y sus compañeros de trabajo, los logros de su trabajo que deja en la comunidad científica y sanitaria de la Unidad de Neuropsicología del HUCA y la Sociedad Asturiana de Neuropsicología y Neurología de la Conducta y el inmenso vacío que deja en el corazón de todos los que conocimos a este hombre bueno y sabio, cuya prematura pérdida nos priva de una parte importante de nosotros mismos.

Descanse en paz.

*Rafael Blanco Menéndez. Neuropsicólogo Clínico. Tesorero de la SANP-NC*  
*José Antonio Vidal Sánchez. Neurólogo. Secretario de la SANP-NC*

# RESEÑAS

---

## LIBROS

**Mari Luz Esteban. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2004; 263 páginas ISBN: 84-7290-270-6.**

Una de las recuperaciones intelectuales más sugerentes que han realizado las ciencias sociales y los estudios culturales actuales es, sin duda, la importancia del cuerpo como agente y espacio activo en donde confluyen y se resignifican las identidades sociales. Hay varias razones para esta recuperación. Una de ellas que el cuerpo es un concepto útil por su papel de intersección entre el mundo social, las estructuras económico-políticas, la hibridación cultural que caracteriza nuestro mundo globalizado, pero también el territorio de las emociones, las aflicciones y los estados de ánimo. Otra, no menos importante, que el cuerpo constituye un *token* de la modernidad y, por eso mismo, un espacio en donde se han materializado los valores del nuevo individualismo.

El lugar que en otros momentos detectaron nociones como espíritu, subjetividad, ciudadano o personalidad ha sido ahora ocupado por el cuerpo como entidad que condensa las tensiones del mundo contemporáneo. Su casi omnipresencia es perceptible en el centro de los debates y de la lucha política sobre la identidad sexual y de género, así como en la denuncia ciudadana de la violencia, la tortura o el uso de artefactos como las minas anti-persona. Lo hallamos también en los imaginarios evocados por biotecnologías como la fecundación asistida, la clonación o las técnicas de recombinación del ADN, y adquiere un papel destacado en las prácticas cotidianas para la consecución de determinadas metas estéticas (dietas, ejercicios físicos), así como en las cultura del consumo con su bombardeo de imágenes creadoras de necesidades y deseos corporales. Precisamente, uno de los valores de este libro de Mari Luz Esteban, médica y profesora titular de la Universidad del País Vasco, es brindarnos un análisis lúcido de las teorías antropológicas, sociológicas y feministas sobre el cuerpo y, a la vez, ofrecernos una discusión amena y brillante de los resultados de su propia investigación.

*Antropología del cuerpo* está dividido en tres grandes apartados que discuten, respectivamente, la teoría social y feminista del cuerpo, el cuerpo en la sociedad occidental y los itinerarios corporales y los procesos de auto-transformación. Esta estructura no es, sin embargo, discontinua, pues nos lleva de los debates feministas más significativos a la experiencia corporal vivida por doce informantes (diez mujeres y dos hombres) que la autora selecciona entre el conjunto de los datos obtenidos en sus investigaciones. El apartado intermedio permite, por otro lado, establecer el contexto social y cultural en donde las teorías así como las experiencias humanas que aquí son narradas cobran sentido y significación.

La primera parte discute de forma reflexiva sobre los puntos de engarce y también las contradicciones entre las aportaciones de las ciencias sociales, especialmente la antropología, y los discursos feministas. Es de gran utilidad el hecho que plantee un diálogo entre estos dos ámbitos que a menudo han estado distanciados en sus objetivos, pues mientras las ciencias sociales han buscado descripciones y análisis de la realidad social, los planteamientos feministas se han orientado hacia el empoderamiento de las mujeres, a la denuncia y la crítica; esto es, a la prescripción de modelos que permitan transformaciones de la realidad social. Esta polaridad entre descripción y prescripción aparece muy bien resuelta en el libro, ya que ubica a la antropología del cuerpo en la posición descriptiva o de análisis científico, pero no cierra las puertas a que este mismo análisis sea en sí mismo una contribución a la lucha por la igualdad y el empoderamiento de los grupos subalternos.

Una situación similar se refleja en uno de los capítulos de esta primera parte, titulado “Una antropóloga enfrentada a su autoanálisis”. Aquí estamos de nuevo ante la dicotomía describir/prescribir la realidad, pero esta vez en el autoanálisis de la propia trayectoria de la autora. Su condición de médica la vincula, obviamente, a prescribir. No obstante, su formación como antropóloga introduce una reflexividad sobre las propias prácticas que suele considerarse terreno resbaladizo en las ciencias de la salud, con excepción de algunos paradigmas no hegemónicos de la psiquiatría y de la promoción de la salud. La razón es que la mitigación de las fronteras entre sujeto y objeto del conocimiento coloca a la práctica médica ante la curiosa paradoja de revisar lo aprendido a la luz tanto del sujeto –generalmente ocultado– del profesional como del sujeto que sufre. A mi juicio, este es un capítulo especialmente lúcido y en donde se encuentra la clave para entender la filosofía del libro: la etnografía del cuerpo sólo puede ser un proceso de investigación autocrítico y autorreflexivo en donde el investigador o investigadora, que es también cuerpo, adquiere por esa misma condición mayor empatía con sus informantes y mayor profundidad de análisis.

La segunda parte plantea diferentes niveles de discusión que oscilan entre la importancia del cuerpo en Occidente hasta las prácticas e imaginarios que los sujetos sociales construyen en su cotidianidad. Quizá aquí podría hablar más de “cultura de la modernidad” que de Occidente, porque en definitiva, el modelo sobre el que se basa la importancia del cuerpo está relacionado con la definición de un individualismo que se disemina junto a la penetración del mercado y los sistemas políticos occidentales en los diferentes ámbitos locales. No obstante, también es cierto que una noción como modernidad también podría ser entendida en un sentido amplio y comprensivo de las diferentes formas de acción, identidad y auto-transformación corporales que existen en otros mundos locales, a menudo ya híbridos entre un modelo cultural-étnico y una estructura de mercado y de decisión política globalizados.

Pero al margen de disquisiciones terminológicas que muchas veces esconden coincidencias de conceptos (como decía Canguilhem, un concepto no es una palabra), lo significativo de este apartado es que plantea de forma clara pero a la vez profunda, la relación entre las prácticas sociales y las imágenes culturales. Hay varios territorios en donde Mari Luz Esteban pone en evidencia esta relación y también sus contradicciones, como en la alimentación, la dieta y su control, las ansiedades por no alcanzar las expectativas y cánones estéticos o la propia constitución de las identidades, siempre en un vaivén entre lo social y lo indivi-

dual. El género se desvela aquí como una variable privilegiada, aunque la autora apunta convenientemente y de forma autorreflexiva que existen otras líneas posibles como la desigualdad de clase o étnica que podrían completar el cuadro que ha sido expuesto.

La tercera parte del libro es, sin duda, la más etnográfica, aunque los motivos de este tipo han ido apareciendo a lo largo del texto, ya sea en forma de testimonios de sujetos y expertos o en forma de autoanálisis. Aquí se analizan doce itinerarios corporales en donde se busca coherencia entre la metodología de la investigación, las teorías sobre el cuerpo y la corporalidad y la vida de personas concretas. Hay varios conceptos especialmente significativos aquí, como itinerarios corporales, procesos de autotransformación, trabajos corporales o desafíos corporales que suponen toda una aportación conceptual sugerente y a la vez congruente con todo el proceso narrativo. El cuerpo cobra aquí posición de espacio social activo para explicar situaciones, experiencias, malestares y contestaciones, así como para entender las formas de “empoderamiento”. Es un territorio privilegiado que nos permite unir el mundo social y el subjetivo, sin caer en determinismos de ninguno de ambos lados. Es, también, un punto de encuentro entre el saber sobre el mundo social y las ideologías que buscan formas alternativas para subvertir desigualdades.

*Antropología del cuerpo* es una lectura imprescindible para conocer las aportaciones recientes sobre este campo, para reflexionar sobre las formas de contestación y empoderamiento de género de nuestro mundo contemporáneo y para descubrir a partir de los relatos etnográficos y el análisis de la autora algo nuevo de nosotros mismos y, obviamente, de nuestros cuerpos.

Angel Martínez Hernández  
Prof. Antropología Universidad Rovira i Virgili

***The Truth About the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it.***  
**M. Angell. Random house (ed). New York (2004)**

Durante más de 20 años la Dra. Marcia Angell ha sido editora del *New England Journal of Medicine* y actualmente ocupa el puesto de profesora senior en la Escuela Médica de Harvard.

En su libro, *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*, presenta sus sospechas sobre el beneficio de los nuevos fármacos que vende la industria farmacéutica en los Estados Unidos de América.

La Dra. Angell considera que la industria farmacéutica en los Estados Unidos de América necesita reconsiderar su situación y plantea una serie de reformas, entre las que se incluyen la recuperación de la imparcialidad en la investigación clínica e intensificar los lazos con la formación médica.

En definitiva se trata de un libro impactante, serio y claro que plantea una crítica razonada a la situación actual de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos por parte de la industria privada.

César Luis Sanz de la Garza  
Psiquiatra (Asturias)

***The imperative of Health. Public health and the regulated body.***  
***Deborah Lupton. SAGE Publications Ltd. London. Thousand Oaks. New Delhi. 1995***

Se trata de un libro de lectura agradable que trae un aire fresco ante la escasez de críticas desde la teoría socio-cultural y política de la ortodoxia de la salud pública y promoción de la salud, cuyo centro parece el de la aceptación fiel de los datos estadísticos, las medidas de eficacia-coste y la evaluación de los efectos medibles de éstas.

La biomedicina es un sistema simbólico de creencias y un lugar para la reproducción de las relaciones de poder y la construcción de la subjetividad y corporeidad. Este libro es un intento de explorar los procesos de producción de subjetividad y corporeidad promovidos por la salud pública y promoción de salud.

Los discursos de salud pública siempre han conllevado un sentido moralista y discriminatorio encubierto bajo el cariz de la lógica utilitaria. A partir del siglo XIX la medicina y la psiquiatría empiezan a actuar como sistemas normativos de poder. La salud pública puede ser conceptualizada como un aparato gubernamental. Es una institución de poder social implicada en los procesos de racionalización, normalización y ordenación social. Las prácticas y discursos de la salud pública sirven al ideal de control del destino de la humanidad. Ha reemplazado en las sociedades occidentales a la religión en el rol de institución básica para el gobierno de la conducta de los cuerpos humanos. Esta institución no es considerada como coercitiva debido a que apela al individuo para que voluntariamente conforme sus objetivos, se autodiscipline en el interés de su propia salud. Los expertos juegan un papel importante mediando entre las autoridades y los individuos, modelando conductas a través no de la coerción sino a través de la “verdad”, la potencia de la racionalidad y las promesas de efectividad.

El cristianismo fue el iniciador en su momento pero actualmente las disciplinas “psy”, así como otros sistemas sociales (educación, media...), articulan el imperativo de “conocer el verdadero self” como una estrategia de autogobierno, autocontrol. La habilidad para controlar los pensamientos privados y el sentimiento de ser autor del propio carácter, de rehacerse a sí mismo se convierte en fundamental para el éxito material y social. El individuo contemporáneo se ha convertido en un productor-consumidor, promotor de sí mismo dedicado sin cesar a actividades dirigidas a la mejora de sí mismo como su propio capital humano.

El libro hace una revisión del desarrollo histórico de las ideologías y discursos inherentes a la salud pública, a su teoría y a su práctica. La preocupación por el orden social en la era de cambios sociales producidos por la industrialización y desarrollo urbano del siglo XIX dio lugar al desarrollo de unos conocimientos y una amplia red de acciones racionalizantes que abordaban los problemas de la salud pública, de la higiene. Se trataba de asegurar las condiciones de salubridad de “los lugares” habitados por las clases trabajadoras, considerados como focos de insalubridad endémicos, aplicando de manera estable medidas de policía sobre las condiciones ambientales, desarrollando programas de vigilancia sobre la higiene pública y la salud mental. A finales del siglo el conocimiento de la microbiología y medios de transmisión de las enfermedades infecciosas orientó la acción hacia lo social en el sentido de enfocar la prevención en el terreno de las relaciones sociales,

pero poniendo las responsabilidades acerca de la salud en lo individual; las ideas se orientaron hacia la esfera más privada de la higiene personal, con el papel especial de las madres en el mantenimiento y educación de la higiene personal y del hogar: pobres sí pero limpios. Ello llevó al desarrollo de la educación sanitaria dedicada a la enseñanza del manejo correcto del cuerpo.

La Nueva Salud Pública especialmente a partir de los años 70 devuelve la atención hacia las condiciones sociales y ambientales de la salud, y propone superar el enfoque de la medicina preventiva a nivel individual para extender la orientación a estrategias promotoras de la salud de la comunidad, orientadas así a la salud y no sólo a la prevención de la enfermedad. El paso de Educación sanitaria a Promoción de salud, propio de la nueva salud pública es controvertido por su borrosidad. Promoción de salud sería la combinación de una atención dirigida a los factores ambientales que afectan la salud de los individuos pero cuyo concepto operativo básico es el de la elecciones de estilos de vida individuales y los riesgos que éstos conllevan relacionados con la salud.

La promoción de salud consiste básicamente en modelos de cambio de comportamiento aplicados a la salud derivados de la psicología social. El objetivo se pone en convencer al individuo de los riesgos que su estilo de vida provoca a su salud para que se comporte como se considera apropiado por los profesionales de la salud pública. Actualmente son predominantes en salud pública el concepto de riesgo y el screening diagnóstico. Riesgo como consecuencia de las elecciones de estilo de vida hechas por los individuos, derivando por tanto hacia aspectos de riesgo relacionados con la conducta individual y obviando los externos o constitucionales; y reforzando la idea de necesidad de autocontrol. El screening diagnóstico viene a reforzar sinérgicamente el discurso sobre el riesgo: los sujetos se hacen screening por estar en riesgo de padecer o desarrollar un problema y las estadísticas producidas sirven para redefinir las patrones de riesgo en la población.

El proceso de evaluación del riesgo personal es similar al de la confesión religiosa. La persona confiesa sus costumbres y éstas unidas a los datos biológicos se transforman en una evaluación que impone unas tareas a realizar para restablecer el cuerpo y la integridad moral.

El cálculo del riesgo permite la legitimación de las actuaciones no sólo en base a la presencia de peligro sino en base a la evaluación del experto de que un hecho indeseable puede ocurrir. Para ello la epidemiología se ha convertido en central por su función en la identificación y evaluación de riesgos, diseño de intervenciones y modos organizativos para reducirlos.

Los expertos establecen los lazos entre los objetivos sociopolíticos y los hechos de la vida cotidiana en el trabajo o en casa. El individuo es evaluado, se definen sus necesidades para poder informarle adecuadamente y que haga los adecuados cambios en su estilo de vida y sepa utilizar los servicios sanitarios de manera adecuada.

Los trabajadores de salud pública sirven al público evaluando sus necesidades, proporcionando asistencia para conseguir sus objetivos de salud y evaluando la satisfacción de los consumidores, pero lo hacen en el contexto de una estructura burocrática que funda el estado y que se constituye según sus propios objetivos. El móvil económico sigue siendo determinante: llevar a los individuos a tomar responsabilidad sobre su salud y reducir la carga económica de los servicios de atención sanitaria.

El nuevo desarrollo de la salud pública acentúa el dirigirse a toda la población incluyendo dentro de la rúbrica de salud a la mayoría de los hechos sociales y buscando una colaboración multisectorial.

Los conocimientos, discursos y practicas de la salud pública sirven para constituir y regular fenómenos como los de normalidad, riesgo y salud. La identificación y estigmatización de grupos marginales, de riesgo, sirve para proteger a los demás para proyectar las ansiedades relacionadas con el caos, deseos prohibidos, falta de control, muerte y enfermedad.

Reduce el problema de la conducta humana a una cuestión de racionalidad y conocimiento del individuo como si se comportara dentro de un vacío social y sin la complejidad de la continua construcción y reconstrucción de su subjetividad.

La salud se ha convertido en un fin mas que un medio y en básica para la construcción de la subjetividad, en una manera de diferenciarse del “otro” construyendo categorías morales y sociales.

El cuerpo civilizado es controlado, racionalizado e individualizado. Es considerado como una posesión o instrumento de la consciencia, sujeto al control de fuerzas externas y necesidad de entrenamiento y disciplina. Presenta al yo íntimamente unido al cuerpo como proyecto. Reproduce el ideal de un cuerpo altamente racional dominado por una voluntad consciente.

Estas ideas generales que extraigo del libro son mostradas en éste con detalle a través de los análisis de las formulaciones teóricas y las prácticas concretas de la salud pública, mostrando como dije sus efectos sobre la norma social, subjetividad y corporeización. Critica también la manera en que son utilizados los medios de comunicación y estrategias de mercado en salud pública. El penúltimo capítulo trata de las maneras de responder los individuos a los imperativos de la salud pública en el contexto de la vida cotidiana: los imperativos de la salud pública incitan a los placeres de la transgresión al mismo tiempo que buscan frenarlos y controlarlos.

Como conclusión apela al concepto de “reflexividad”: necesaria búsqueda de explicación sobre las condiciones de la propia existencia y practica ideológica de manera que aclare la participación en las relaciones de poder y los medios en que esta reflexión puede ser desarrollada entre los trabajadores de la salud pública y adoptada en prácticas de promoción de salud alternativas.

*Jose Filgueira  
Psiquiatra. Gijón*

***The new public health. Health and self in the age of risk.  
Alan Petersen; Deborah Lupton  
SAGE Publications Ltd. London. Thousand Oaks. New Delhi. 1996***

Ambos autores escribieron libros previamente coincidiendo en perspectiva y temática por lo que el libro presente es realmente un desarrollo de las ideas del libro comentado anteriormente. En los primeros capítulos sintetiza la valoración sobre la nueva salud pública y la epi-

miología de manera particularmente clara para pasar en los siguientes a analizar y criticar el uso del concepto de ciudadano saludable, del discurso sobre el riesgo y el ambiente, de ciudad saludable y de participación de la comunidad en los discursos de la nueva salud pública y particularmente en los programas de la OMS: “Health for all” y especialmente “Healthy Cities Project”. Se hace en estos capítulos de lectura algo más árida siendo un análisis serio de la función y efectos sociales de la nueva salud pública y de la OMS.

El placer de leer ambos libros reside no sólo en el detallado desvelamiento de la función gubernativa en amplio sentido de la salud pública y el papel de la OMS y sus programas en ello.

*Jose Filgueira  
Psiquiatra. Gijón*

### ***Crimen y locura***

***Álvarez, J. M<sup>a</sup>, Esteban, R. (coords.).***

***IV Jornadas de la Sección de Historia***

***Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2004.***

Bajo el título “Crimen y locura”, la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebró sus IV Jornadas de la Sección de Historia los días 26 y 27 de octubre de 2001 en Valladolid. Para aquellos que no tuvieron ocasión de presenciar las conferencias y comunicaciones allí dictadas, aparecen ahora editadas por los organizadores, José María Álvarez Martínez y Ramón Esteban Arnáiz.

Juana Sagrera, Juan Díaz de Garayo (“El Sacamantecas”), Cayetano Galeote y Jacinto Verdager fueron los cuatro protagonistas de las conferencias con que se inauguraron las Jornadas, situándonos en los finales del siglo XIX, época en que la Psiquiatría nacional llevaba a cabo sus mayores esfuerzos por consolidarse dentro de las disciplinas científicas. Baste señalar algunos de sus pioneros: José María Esquerdo, Pedro Mata, Luis Simarro, Juan Giné i Partagás y Jaime Vera. Dicha consolidación tuvo como escenario los tribunales, donde los psiquiatras citados actuaban como peritos forenses, tratando de establecer un nexo entre la actuación del criminal y la responsabilidad legal, en principio, y más tarde con la peligrosidad social. Las dificultades de entendimiento entre ambos sectores se vieron reducidas a medida que, como señala Ots, los jueces se fueron “convenciendo de su incompetencia en el diagnóstico de la locura” y comenzaron a “supeditar su opinión” a los médicos “gracias a la labor de los mentalistas partidarios de la responsabilidad atenuada”.

Por otra parte, los propios alienistas jamás se plantearon la curabilidad del “degenerado”; la única alternativa a la cárcel era el manicomio. El único propósito de cuantos se dedicaban a la Psiquiatría Forense era definir y etiquetar, pero incluso ahí se producían discrepancias, lo que hacía aún más difícil el reconocimiento de esta naciente disciplina.

Siendo tradicional en las Jornadas de la Sección de Historia la participación de quienes trabajan en la ciudad donde se celebran, gracias a un grupo de Residentes de Psiquiatría y Psicología del Hospital Psiquiátrico “Dr. Villacián” nos sumergimos en la historia y los archivos de esta institución, analizando especialmente el fichero de “judiciales”. Por otra parte, de todos los casos que figuran en esos archivos, “El Inhumano: la máquina de matar”, resultó de marcado interés en lo clínico y en lo personal, merced al contacto directo que los autores de la ponencia en cuestión –Cantero, Esteban y Sánchez, psiquiatras del “Villacián”– mantuvieron con el paciente en su años de formación.

La responsabilidad atenuada en la locura es algo que, esbozado como hemos visto a finales del siglo XIX, sigue siendo, hoy por hoy, fuente de polémica. Pero crimen y locura no constituyen un binomio indisoluble. En una tercera mesa dedicada a ese dilema, Francisco Estévez señaló más bien una relación de parecido calibre entre crimen y castigo, magistralmente reflejada en la obra de Dostoiévski. Así, “el irresponsable no es un loco, sino un cobarde” y el psicótico puede caracterizarse por muchas cosas, pero no precisamente por la cobardía.

Muestra de ello es el caso Wagner: humillado por el informe pericial de Robert Gaupp, este maestro de escuela reclamó de manera infatigable su derecho a una sanción que jamás se le aplicó. Por otra parte, como después sostuvo en la siguiente conferencia José María Álvarez, en este historial los asesinatos e incendios se produjeron por la ausencia de una trama delirante estructurada que los frenara. En el caso Aimée, por el contrario, el paso al acto criminal formaba parte del delirio, y le sirvió Jacques Lacan para formular su famosa Tesis sobre la paranoia de autopunición.

Son muchas las maneras en que se ha conceptualizado la noción de sujeto en relación a los actos criminales cometidos por enfermos mentales. François Sauvagnat, catedrático y psicoanalista francés, fue el encargado de revisarlas, dirigiendo a la vez una crítica abierta contra las armas desplegadas por el aparato legal de su país en relación a los “perversos narcisistas”.

Para tener una perspectiva más completa de la época en la que se sitúan los hechos ya mencionados, nada mejor que repasar la muestra ofrecida en las comunicaciones libres, a través de Juan Ginè i Partagás, y Henry Maudsley, uno de los máximos representantes del degeneracionismo inglés. Para finalizar, otra de las comunicaciones aportó una novedosa curiosidad, la relación entre sordera, crimen y enfermedad, vista a través del todopoderoso mundo del celuloide.

Como es sabido, las relaciones entre crimen y locura son numerosas, estrechas e implican a muchos campos. Por otra parte, para qué negarlo, atraen a un amplio sector de la población general. Por este motivo este libro es una lectura recomendable para todos aquellos que quieran acercarse a la Historia de la Psiquiatría.

*Isabel Romero de Hombrebueno  
PIR-Residente de Psicología Clínica (Valladolid)*

## REVISTAS

### *Evidence-Based Mental Health (edición española)*

Ha salido ya el primer número de la edición española de la revista Evidence-Based Mental Health. Es una revista de enfoque multidisciplinar que alerta sobre avances importantes en cuanto a tratamiento, diagnóstico, etiología, pronóstico, formación continuada, evaluación económica e investigación cualitativa dentro de la salud mental. Selecciona y resume los artículos originales y las revisiones de mayor calidad. Expertos en el tema comentan la importancia clínica y el contexto de cada estudio. La audiencia a la que va dirigida está compuesta por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, farmacólogos y otros profesionales cuyo trabajo pueda verse mejorado por investigaciones actualizadas.

La iniciativa de la edición española parece muy interesante ya que permite incrementar sus posibilidades de difusión.

Para más información: [www.grupoaulamedica.com](http://www.grupoaulamedica.com)

*César Luis Sanz de la Garza*  
*Psiquiatra (Asturias)*

# REUNIONES CIENTIFICAS

---

- **Annual Meeting for the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration**  
5-8 Mayo, 2005.  
Toronto, ON, Canada
- **Propuestas innovadoras en rehabilitación psiquiátrica**  
Congreso Internacional  
12-13 Mayo, 2005  
Geel (Belgica)
- **11th Annual ADDA Conference: New Frontiers in AD/HD**  
12-15 Mayo 2005.  
Tuscon, AZ, United States
- **9th Multidisciplinary International Conference of Biological Psychiatry  
Stress and Behaviour**  
16-19 Mayo, 2005  
St Petersburg, Russia
- **Society of Biological Psychiatry 60th Annual Convention**  
19-21 Mayo, 2005.  
Atlanta, GA, United States
- **158 Congreso Anual APA**  
21-25 Mayo 2005  
Atlanta (EEUU)  
Apa@psych.org
- **Salud Mental ,Violencia y Sociedad**  
XX Jornadas Nacionales AEN  
I Jornadas Nacionales de Enfermería de Salud Mental  
Asociación Española de Neuropsiquiatría  
26-28 Mayo 2005  
Zaragoza  
aenaragon05@hotmail.com  
www.asoc-aen.es  
  
*“Reunión anual de los profesionales de Salud Mental de España. Una reunión siempre sugerente e innovadora”.*
- **Debates en psiquiatría**  
3-4 Junio 2005  
Oviedo  
Congresos@viajeshalley.es

- **El modelo asistencial ambulatorio en salud mental**  
XI Jornadas Asoc. Canaria de Neuropsiquiatría (AEN)  
9-10 Junio 2005  
Las Palmas de Gran Canaria  
[www.asoc-aen.es](http://www.asoc-aen.es)
- **El saber holístico (Homenaje a Rof Carballo)**  
VI Congreso Asoc. Gallega de Salud Mental  
9-11 Junio 2005  
Lugo  
[www.agsm.es](http://www.agsm.es)
- **World Psychiatric Association Thematic Conference  
"Quality and Outcome Outreach in Psychiatry"**  
17-20 Junio, 2005.  
Valencia, Spain  
[www.wpa2005valencia.com](http://www.wpa2005valencia.com)
- **Calidad e investigación de resultados en psiquiatría**  
Asociación Mundial de Psiquiatría  
17-20 Junio 2005  
Valencia  
[www.wpa2005valencia.com](http://www.wpa2005valencia.com)
- **Reunion Anual Royal College of psychiatrists**  
20 Junio 2005  
Edimburgo (UK)  
[www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)
- **II Symposium Nacional Sobre Tratamiento  
Asertivo Comunitario En Salud Mental**  
Asociación Asturiana Rehabilitación Psicosocial  
AVILES, 23-24 Junio 2005  
[www.tacaviles.com](http://www.tacaviles.com)  
Tfno.: 985 12 90 80
- **5th Congress on Psychic Trauma and Traumatic Stress**  
23-25 Junio, 2005-03-07  
Buenos Aires, Argentina
- **8º Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica**  
28 Junio - 3 Julio 2005  
Viena (Austria)
- **3ª Conferencia Latina de reducción de daños relacionados con los usos de las drogas.**  
30 Junio - 2 Julio 2005.  
La Fraga de l'Hospitalet (Barcelona).  
[www.clat3.org](http://www.clat3.org)

- **IX Congreso Europeo de Psicología**  
5 Julio 2005  
Granada  
[www.ecp2005.com](http://www.ecp2005.com)
- **IV Congreso Mundial de Psicoterapia**  
27 Agosto 2005  
Buenos Aires (Argentina)  
[www.4cmp.org.ar](http://www.4cmp.org.ar)
- **XIII Congreso Mundial de Psiquiatría**  
10-15 Septiembre 2005  
Asociación Mundial de Psiquiatría.  
El Cairo (Egipto)  
[www.wpa-cairo2005.com](http://www.wpa-cairo2005.com)
- **American Psychiatric Association's Institute of Psychiatric Services**  
5-9 Octubre, 2005.  
San Diego, CA, United States  
[www.psych.org](http://www.psych.org)
- **Por un nuevo despertar**  
I Congreso Iberoamericano de Salud Mental  
12-14 Octubre 2005  
La Habana-Cuba
- **52nd Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**  
18-23 Octubre, 2005.  
Toronto, ON, Canada
- **4º Congreso Europeo sobre la violencia en la Clínica Psiquiátrica**  
20-21 Octubre 2005  
Viena (Austria)  
[www.oudconsultancy.nl](http://www.oudconsultancy.nl)
- **18th Congress of the European College of Neuropsychopharmacology**  
22-26 Octubre, 2005.  
Amsterdam, Netherlands
- **IX Congreso Nacional de Psiquiatría**  
24-28 Octubre 2005  
Pamplona  
[www.psiquiatriapamplona05.com](http://www.psiquiatriapamplona05.com)
- **La Salud Mental Comunitaria (1985-2005)**  
IV Jornadas Asturianas de Salud Mental  
3-4 Noviembre 2005  
Gijón (Asturias)  
[aenasturias@hotmail.com](mailto:aenasturias@hotmail.com) / [jornadasasturianas@yahoo.es](mailto:jornadasasturianas@yahoo.es)

- **I Congreso Fed. Asoc. Rehabilitación Psicosocial**

24-26 Noviembre 2005

Madrid

Congresofoearp@hotmail.com

- **23 Congreso Nacional AEN**

Asociación Española de Neuropsiquiatría

24-27 Mayo 2006

Bilbao

www.23congresoAEN@ome-aen.org

*“El Congreso de los Profesionales de Salud Mental de España. Tres ponencias centran el programa: La Reforma Psiquiátrica, La Psicopatología de las Psicosis y La Continuidad de Cuidados”.*

- **XV Simposium Internacional sobre “Psicoterapia en la esquizofrenia y otras Psicosis”**

Sociedad Internacional para los Tratamientos psicológicos de la Esquizofrenia y otras psicosis.

13-16 Junio 2006

Madrid

www.ISPSMmadrid2006.com

*“El equipo del Dr. Manuel González de Chavez del Hospital Gregorio Marañón de Madrid es el encargado de la organización de este Simposium. Este equipo promueve anualmente, desde hace 10 años, el curso sobre Esquizofrenia que a finales de Noviembre se celebra en Madrid. Un curso que cuenta cada año con figuras de reconocido prestigio a nivel mundial y que ha conseguido un nivel excelente en el plano científico y organizativo. Estos datos hacen prever que estemos ante un simposium irrepetible”*

# IV JORNADAS ASTURIANAS DE SALUD MENTAL (AEN. PROFESIONALES DE SALUD MENTAL) “1985-2005 DOS DECADAS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA”

---

Premio “Julia Menéndez del Llano” al mejor Póster

**GIJON**  
**PALACIO DE CONGRESOS**  
**3 - 4 NOVIEMBRE 2005**

**Secretaria Técnica:**

Viajes Gemastur  
C/ Tomas Zarracina, 2  
Gijón - 33206

**Teléfono:** +34 985 35 21 18  
**Móvil:** +34 619 20 97 91  
**Fax:** +34 985 17 61 14  
**Mail:** [jornadasasturias@yahoo.es](mailto:jornadasasturias@yahoo.es)

(Solicitada la declaración de interés sanitario a la Consejería de Salud)

---

• **PREPROGRAMA**

**JUEVES 3 de Noviembre**

**MAÑANA:**

**9,00:** Entrega de documentación  
**9,30-10:** Comunicaciones Libres  
**10,00:** Inauguración Oficial  
**10,00-11,30:** Mesa Redonda: *Tratamiento Ambulatorio Involuntario*

Fernando Santander. Psiquiatra. Servicio Vasco de Salud, Osakidetxa  
Ana Esther Sánchez. Psiquiatra. Servicio Asturiano de Salud. SESPA  
José Antonio Seoane. Profesor de Filosofía del Derecho. Universidad de A Coruña  
MODERA: José Filgueira. Psiquiatra. Servicio Asturiano de Salud. SESPA

MESA SIMULTANEA: Organizada por la Sociedad Psicoanalítica Asturiana

**11,30-12,00:** Descanso-Café

**12,00-13,00:** HECHO EN ASTURIAS:  
Trabajos / experiencias / investigaciones realizados por profesionales de Asturias  
MESA SIMULTANEA:  
Organizada por la Sociedad Asturiana de Psiquiatría

**13,00-14,00:** Conferencia: Víctor Aparicio Basauri. Psiquiatra. SESPA  
“La reforma psiquiátrica (1985-2005): del deseo a la realidad”

#### TARDE:

**16,00-17,30:** Mesa Redonda: ***Las mil caras de la histeria***  
José María Álvarez. Psicólogo. Servicio de Salud de Valladolid  
Guillermo Rendueles Psiquiatra. Servicio Asturiano de Salud. SESPA  
Tiburcio Angosto: Psiquiatra. Servicio Gallego de Salud. SERGA  
MODERA: Pedro Marina. Psiquiatra. Psiquiatra. SESPA

MESA SIMULTANEA: Organizada por la Asociación Asturiana de Terapia de Familia.

**18,00-19,00:** **Conferencia Internacional:** ELENA PEREZ JIMENEZ. Psiquiatra.  
Servicio médico pedagógico de Ginebra. Suiza  
”Detección precoz y evaluación diagnóstica en patologías graves en la infancia y adolescencia”

COCTEL DE BIENVENIDA  
CONCIERTO

#### VIERNES 4 de Noviembre

#### MAÑANA:

**9.00:** Apertura Mesa Electoral a la Junta AANSM  
**9,00-10,00:** Comunicaciones Libres  
**10,00-11,30:** Mesa redonda: **Abordaje de la Esquizofrenia Infanto-Juvenil**  
Ángeles Castro. Psicóloga del CSM infantil de Villaverde. Madrid  
Mara Parellada. Psiquiatra de la U. Hospitalización breve de adolescentes del H.G.U. Gregorio Marañón de Madrid  
Loreto Mundo. Psiquiatra del H. de Día de adolescentes de Sta. Coloma de Gramanet, Barcelona  
MODERA: Purificación Rípodas  
Psicóloga Clínica del Servicio Asturiano de Salud. SESPA

MESA SIMULTANEA: Organizada por la Asociación Asturiana de Rehabilitación

- 11,30-12:** Descanso-Café  
**12,00-13,00:** MESA REDONDA: Organizada por Foro Lacaniano de Asturias  
 HECHO EN ASTURIAS:  
 Trabajos / experiencias / investigaciones realizadas por profesionales en Asturias  
**13,00-14.00:** **Conferencia Internacional:**  
 Michael Von Cranach. Psiquiatra. Baviera. Alemania  
 “Psiquiatría de la inmigración”

TARDE:

- 16,00-17,30:** Mesa Redonda: **Experiencias en Psiquiatría de Enlace Interconsulta**  
 Pilar Valladares Rodríguez. Psiquiatra. S. de psiquiatría de enlace del UCA, Oviedo  
 Marisa Bellido Martínez. Enfermera especialista en psiquiatría. U. de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del HCU “Lozano Blesa” Zaragoza  
 Hernán Cancio. psicólogo Clínico Director Técnico Instituto Antae  
 MODERA: Alberto Prieto. Psiquiatra. Servicio Asturiano de Salud. SESPA

MESA SIMULTANEA: Organizada por la Asociación de Terapeutas Ocupacionales/ Socidro-gaalcohol

- 17,30-18,30:** **Conferencia Internacional:**  
 Bruno Norcio: Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Trieste. Italia  
 “Hospitalización Psiquiátrica en Italia”  
**18,30:** Entrega del Premio “Julia Menéndez del Llano” al mejor Póster  
**18, 45** ASAMBLEA de la AANSM

RESULTADOS ELECTORALES  
 PROCLAMACIÓN DE LA JUNTA

- 21,00:** ESPICHA (Incluida en la Inscripción)

## • CUOTAS

---

**No socios:** 220 €

**Socios:** 90 €

(antes del 1 de Octubre, 20% de descuento)

**Estudiantes:** 10 €

**50 Becas para socios personal no médico** de 50 €. (Precio de la inscripción) que se solicitaran por escrito en el boletín de inscripción y se adjudicaran por riguroso orden de llegada.  
 Ultimo día: 1 Septiembre. (Se incluye la espicha excepto en la cuota de estudiantes)

**FORMA DE PAGO:**

Mediante Transferencia bancaria a:  
Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental.  
JORNADAS ASTURIANAS 2005.  
Entidad: CAJASTUR. Cta: 2048/0000/26/0340129668

(ENVIAR BOLETÍN CON COPIA DE TRANSFERENCIA)

**• PRESENTACIÓN DE TRABAJOS**

---

Los resúmenes se ajustarán a un máximo de 250 palabras. El nombre del autor con el que el Comité Científico pueda mantener correspondencia deberá ir subrayado.

Los resúmenes se enviarán a la dirección de la Secretaria Técnica en formato original o a través de correo electrónico.

Para la aceptación del póster/comunicación es imprescindible que al menos uno de los firmantes se encuentre inscrito en el Congreso.

La fecha límite para la recepción de resúmenes es el **15 de Septiembre del 2005**.

Se explicitará en la propuesta la preferencia de opción a comunicación oral, o póster (en formato de 110X90 cm.).

Las comunicaciones orales deberán desarrollarse en un tiempo máximo de 15 minutos y la exposición en póster el espacio útil es de 100 cm de ancho X 190 cm de alto.

El contenido de los trabajos podrá relacionarse con el tema de las mesas redondas o ser libres.

Las resoluciones del Comité Científico serán comunicadas antes del 30 de Septiembre 2005.

Es deseable que se especifique una dirección de correo electrónico para remitir la resolución.

**PREMIO “JULIA MENÉNDEZ DEL LLANO”:**

Se premiará con 600 Euros al mejor póster que se entregará al finalizar las jornadas.

**• ENVIARA**

---

**Secretaria Técnica IV Jornadas AANSM**

**Agencia Gemastur**

C/ Tomas Zarracina, 2

Gijón - 33206

**Teléfono:** +34 985 35 21 18

**Móvil:** +34 619 20 97 91

**Fax:** +34 985 17 61 14

**Mail:** [jornadasasturianas@yahoo.es](mailto:jornadasasturianas@yahoo.es)

# NORTE DE SALUD MENTAL

## SUMARIO

Volumen VI nº 22 (Febrero 2005)

---

### EDITORIAL

Rehabilitación y psiquiatría. ¿Eterna promesa o pasada de moda? *José J. Uriarte* ..... 6

### ORIGINALES Y REVISIONES

La calidad de las políticas y programas en drogodependencias desde una perspectiva europea a una perspectiva local. *Petra Paula Merino* ..... 11

Política, lazo social y síntoma. *Manuel Fernández Blanco* ..... 19

¡La calidad es una enfermedad contagiosa!

Modelo de gestión de calidad E.F.Q.M. *Estibaliz Izarzugaza* ..... 28

Actuación Terapéutica en un C.S.M. por la profesional de enfermería psiquiátrica, en la "patología de ansiedad". *M<sup>a</sup> Isabel Acosta Rey* ..... 41

### PARA LA REFLEXIÓN

Mujer y maternidad: Antiguos tropiezos y nuevos malestares. *M<sup>a</sup> Carmen Rodríguez Rendo* .. 49

Historias que cuentan: El caos en la narrativa del paciente crónico. *Clara Valverde* ..... 56

Visado para "antipsicóticos atípicos". *Juan Medrano* ..... 60

### HISTORIA

Papel de los hospitales psiquiátricos de larga estancia en la asistencia a la enfermedad mental severa de curso crónico. *Javier Blanco* ..... 66

Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III) ..... 72

Excerptas de: "Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa".

De Jesús Echevarría Urrutia. Editado por Excm. Diputación de Guipúzcoa. 1948.

*Oscar Martínez-Azumendi*

Ángel Garma: Salió de Bilbao y volvió para siempre. *Carmen Garama e Iñaki Markez* ..... 85

### FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Una esperanza. *María Verdejo* ..... 90

### ACTUALIZACIONES

Jornadas de la escuela lacaniana de psicoanálisis del campo frudiano:

Políticas del síntoma, en la clínica psicoanalítica, en la ciencia y en el arte ..... 98

In memoriam. Darío Foà ..... 100

### AGENDA

Próximas citas ..... 111

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 4 - Núm. 2 - 2004

---

**PRESENTACIÓN** ..... 129

### ARTÍCULOS ORIGINALES

**Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia:  
algo más que la investigación básica**

*M. F. Soriano, J. F. Jiménez, R. Martínez.* ..... 131

**Falta de insight en la esquizofrenia**

*R. Martínez, B. Moreno, M. F. Soriano.* ..... 146

**Tratamiento psicológico de la esquizofrenia**

*J. F. Jiménez, J. C. Maestro, B. Moreno* ..... 159

**Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada**

*J. C. Maestro, J. F. Jiménez.* ..... 175

### INFORMES

**Propuesta para un acuerdo por la sanidad pública (España)**..... 195

**RESEÑAS**..... 201

**REUNIONES CIENTÍFICAS**..... 207

**NORMAS DE PUBLICACIÓN**..... 212

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

---

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

## REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

**1. Primera página,** que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

**2. Resumen,** de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

**3. Texto,** que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

**3.1. Introducción:** explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

**3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos:** se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

**3.3. Resultados:** descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

**3.4. Discusión:** exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

**4. Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

**5. Bibliografía: (normas Vancouver)** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

**6. Tablas y figuras:** se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

## PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 1, 2001



**ADICCIONES**

Pedro Martín González  
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 2, 2001



**ÉTICA Y LEY**

Victor Aparicio Basauri  
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 1, 2002



**COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL EN SALUD  
MENTAL**

José Filgueira Lois  
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA  
EN ESPAÑA**

Victor Aparicio Basauri  
Juan José Martínez Jambrina  
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD  
MENTAL**

José Filgueira Lois  
Ignacio López Fernández  
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol.3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y  
POBLACION SIN HOGAR**

Mónica Tronchoni Ramos  
Victor Aparicio Basauri  
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol.4, número 1, 2004



**SOBRE VIOLENCIAS**

Andrés Cahero Álvarez  
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol.4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:  
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berla Moreno Küstner  
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA  
COMUNITARIA**

Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA  
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza  
(Compilador)

**PRÓXIMOS NÚMEROS (2005)**

**TRATAMIENTO  
ASERTIVO COMUNITARIO**

J. J. Martínez Jambrina  
(Compilador)

# ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

## Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental  
Carretera de Rubín, S/N (Centro de Salud Mental de Teatinos)  
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com  
www.asoc-aen.es

# SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre ..... 1º Apellido .....  
..... 2º Apellido .....  
profesional de la Salud Mental, con título de .....  
que desempeña en (centro de trabajo) .....  
y con domicilio en c/ .....  
Población ..... D. P. .... Provincia .....  
Tel. .... e-mail .....

**SOLICITA:**

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D. ....  
D. ....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de a sociado.

-----

Nombre ..... 1º Apellido .....  
..... 2º Apellido .....

Dirección .....

BANCO/CAJA DE AHORROS .....

| BANCO                | OFICINA              | D.C.                 | CUENTA               |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma