

**CARTAS AL DIRECTOR****No es histeria todo lo que reluce**

Histeria; Método investigación; Publicaciones.

**Sr. Director:** Hemos leído con atención el original titulado «¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatoformos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI». Creemos interesante realizar algunas reflexiones metodológicas, puesto que las conclusiones de dicho trabajo pueden estar sesgadas.

De entrada, llama la atención que en el resumen estructurado no consta absolutamente ningún dato o resultado que corrobore las conclusiones de dicho resumen. De hecho el único resultado que consta es: «Se investigó a 276 personas (el 42% de la población del barrio). La tasa de ataque resultó ser del 10%», y nada más.

En segundo lugar, es notoria la alta proporción de no respuestas (58% de la población), con el consiguiente sesgo de selección, puesto que no se ha utilizado ninguna técnica de muestreo<sup>2</sup>. Puesto que en ningún momento se analiza si las no respuestas difieren de los casos investigados respecto a variables como la edad o el sexo, que según los autores son factores importantes respecto a los criterios diagnósticos que utilizan<sup>1</sup>, es imposible conocer si la muestra es representativa. Aún más graves son los sesgos de información. La hipótesis del estudio de que los dermatólogos no detectaron casos de escabiosis se basa en un corte transversal al final del brote, por lo que es posible que los casos anteriores sí correspondiesen a diagnósticos de escabiosis. Además, se habla de casos declarados, siendo posible que muchos de los casos no se declarasen, especialmente si evolucionaron bien con el tratamiento. También es posible que, puesto que los escabicidas usuales no están financiados, los pacientes se aplicaran el tratamiento sin comentarlo con su médico habitual. Otro importante sesgo de información, aún más grave y no mencionado en el artículo, es que sólo se realizó la «entrevista semiestructurada con los profesionales sanitarios» en 2 pediatras (8,7% del total de médicos), cuando en el centro trabajaban en el momento del estudio, y pueden por

tanto diagnosticar escabiosis, un total de 6 pediatras y 17 médicos generales, al margen de que en un caso la entrevista se realizó personalmente y en otro por teléfono. Durante las sesiones de grupo, a las que asistieron los firmantes de esta carta, no se realizó ninguna de estas entrevistas. Desconocemos si estos sesgos también se han dado en los otros profesionales que constan en la tabla 5, donde no se especifica si son médicos, monitores o maestros. La única prueba de significación estadística es la *odds ratio* de dicha tabla, sesgada claramente por las razones mencionadas.

En tercer lugar, llama la atención la falta de concreción de las mediciones de las variables de estudio y que se recogen variables que luego no se expresan como resultados. A modo de ejemplo, puesto que la extensión de esta carta no permite detallar cada uno de estos déficit, se habla en el texto de 20-30 casos de escabiosis en la tabla 4; en la tabla 1, variables que se podrían expresar como número y porcentaje aparecen con un signo de interrogación; no se detallan los tratamientos de la escabiosis y la fecha de los mismos, etc. Sin embargo, se dan resultados parciales en algunos casos, cuando se deberían de detallar todos los resultados y no sólo aquellos que están en favor de la hipótesis de los investigadores<sup>2</sup>.

Los firmantes del trabajo concluyen que «la comunicación de la fantasía del brote de escabiosis facilitaba el autodiagnóstico e incluso el diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios». Los argumentos utilizados para esgrimir dicha hipótesis (sin pruebas estadísticas excepto la *odds ratio* mencionada), son los siguientes:

1. «No pudo confirmarse ni uno solo de los supuestos diagnósticos de «sarna» anteriores». No entendemos cómo pueden confirmarse diagnósticos de sarna que se habían visto hace meses y que obviamente no vio ningún «dermatólogo especializado». Al margen de los importantes sesgos de selección e información descritos, es posible que al menos algunos de los casos fueran de sarna y se curasen con el tratamiento prescrito. Asimismo, los autores arguyen que, tras la intervención, se acabó el brote. En todo caso sólo podrían argumentar

que no se produjeron casos declarados. Desgraciadamente, en el centro no disponemos de un registro de los casos de escabiosis y picaduras de insecto, pero dichas patologías se han seguido produciendo. La mejoría de las condiciones higiénicas del barrio estudiado y de los barrios adyacentes explican a nuestro entender de manera más fidedigna la disminución de los casos, más que la intervención descrita en el artículo comentado.

2. Agentes transmisores/patógenos/vía de transmisión. Los autores mencionan que no se halló dicho agente, pero evidentemente sólo pueden referirse al corte transversal al final del brote. No se menciona que, si todos los casos eran picaduras de insecto, los técnicos fueron incapaces de identificar al/los insecto/os responsable/es del «brote epidémico de picaduras». De nuevo la interpretación a favor de la hipótesis psicopatológica vuelve a ser subjetiva, a partir de «datos empíricos y clínicos procedentes de las entrevistas con la población y las sesiones de grupo con los profesionales», sin especificar claramente dichos datos. De hecho los criterios utilizados para justificar el supuesto trastorno conversivo se basan en la tabla 1, modificados por los propios autores, en función de criterios puramente subjetivos y no cuantificados. ¿Cuántos de los criterios deben cumplirse? ¿Cómo se valora si el proceso es desorganizado o inusual? ¿Quiénes son las personas del mismo «ambiente»? Se repiten continuamente argumentos del tipo «numerosos datos y observaciones (sin especificar cuáles) apuntaban a que fueron la visión de las lesiones...», al margen de afirmaciones tan pintorescas como: «A partir de los 29 años, para ambos sexos, no hubo ningún tratamiento.» Si realmente, como sostiene los autores, se trataba en prácticamente en todos los casos de picadas de insecto, sorprende que dichos insectos sean capaces de picar selectivamente según la edad. Este dato no hace sino confirmar los sesgos de selección mencionados.

Se trata, por tanto, de un artículo con unos importantes déficit metodológicos, que en nuestra opinión ponen en entredicho las conclusiones de los investigadores. Al margen de la lógica indignación de que se trate a unos profesionales como «históricos» en

función de los peregrinos argumentos utilizados, consideramos que la investigación biomédica requiere como mínimo rigor metodológico, sean estudios convencionales o realizados con técnicas cualitativas, como podría ser el caso del presente trabajo, aunque los autores no lo detallan específicamente. Cuando estas condiciones no se cumplen, es preferible no aspirar a publicar resultados sesgados y realizar estudios con metodología correcta<sup>2</sup>.

**J.M. Baena<sup>a</sup>, N. Assens<sup>a</sup>,  
J. Martí<sup>b</sup> y M. García<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Médicos de Familia. <sup>b</sup>Pediatra  
En representación de todos los médicos y  
pediatras del ABS Dr. Caries Ribas  
(Barcelona).

1. Tizón JL, Pañella H, Maldonado R. ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatoformos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Aten Primaria* 2000; 25: 479-488.
2. Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J. *Métodos de Investigación*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1991.

## Respuesta de los autores

Histeria; Método investigación;  
Publicaciones.

**Sr. Director:** Gracias por remitirnos previamente la interesante carta que comentaba nuestra publicación (¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Aten Primaria* 2000, 25: 479-488) y nuestro trabajo. Intentaremos hacer una serie de comentarios, necesariamente breves y esquemáticos, sobre los principales puntos que plantea la citada carta.

En primer lugar, unos comentarios metodológicos:

1. Acerca del supuesto sesgo de selección que señalan los firmantes, por tener un porcentaje del 58% de «no respuestas» de profesionales y faltar un sistema de muestreo para asegurar la representatividad de la muestra, cabe repetir que el tipo de diseño elegido es de casos y controles. En estos diseños, los casos no han de ser representativos: son los de la entidad que se estudia. Respecto a los controles, deben cumplir las condiciones de no ser casos encubiertos, hecho que en el estudio se garan-

tiza, al seleccionarlos a partir de las personas que no habían seguido tratamiento. Otro requisito es que provengan de la misma población que los casos, cosa que también se garantizó en el estudio.

2. Respecto a la posibilidad de que los casos anteriores fueran de escabiosis, hay que partir de la realidad de que es posible que hubiera casos de escabiosis en algún momento, pero entre los casos declarados y entre aquellos con lesiones dérmicas revisados *en el momento de la intervención no hubo ninguno*. Incluso posteriormente a la misma se produjo otro diagnóstico más que se comprobó que tampoco lo era. En definitiva, que pudiera haber habido casos de escabiosis antes o después de la intervención de los técnicos del IMS es, desde luego, posible, pero no un brote de esta enfermedad en el tiempo investigado.

3. Los casos previos al momento de la intervención se investigaron a partir de los nombres que se nos facilitaron y de los centros donde se remitieron, mediante las historias clínicas, donde constan los diagnósticos. También gracias a los informes del pediatra o el médico que había visitado al individuo. Los siguientes casos, a partir de la visita de un dermatólogo con experiencia en esta enfermedad.

4. Respecto al otro sesgo de información aducido, el de la «baja representatividad de las entrevistas hechas a los profesionales sanitarios», cabe recordar que la entrevista se realizó a todos los profesionales que vieron a algún paciente, en el período de estudio, al que diagnosticaron de escabiosis. El resto de profesionales, maestros y otros médicos, fueron entrevistados bajo el criterio que hubieran visitado o se hubieran visitado, o bien hubieran tenido relación con el brote investigado.

5. Las picaduras de insecto fueron objeto de otra investigación. Se descartó la existencia de insectos picadores en las viviendas, lugar común de convivencia para todas las edades. En consecuencia, para explicar la afectación predominantemente infantil había que postular que esos insectos se encontraban en las zonas donde los niños jugaban.

En cuanto a los *aspectos generales* tratados en la carta y en el artículo quisieramos recordar que, desde el principio del mismo, afirmamos que todo trabajo clínico, y más a nivel poblacional, contendrá deficiencias metodoló-

gicas. Desde el primer párrafo del nuestro reconocíamos sus insuficiencias. Siempre que hacemos asistencia, lo principal es la atención clínica: normalmente, sólo *a posteriori* podemos plantearnos criterios de «excelencia metodológica» —porque aplicarlos «de entrada» tal vez hubiera hecho sufrir innecesariamente a los consultantes y a los comunicantes—. De todas formas, reflexionar sobre lo que vemos en la asistencia, a pesar de admitir insuficiencias metodológicas, siempre es útil. Además, probablemente es imposible —y peligroso— aplicar a una situación de demanda clínica —o de demanda poblacional y clínica— métodos como el experimental o el correlacional estricto. Y menos si hay presiones o urgencias que atender. Pero siempre es posible aplicar el método observacional en sus diversas variantes. La actividad clínica se halla sujeta a importantes incertidumbres metodológicas y de validez externa de los datos. Pero, ¿se puede aprender tanto de ella! Por ejemplo, las exploraciones y la «*investigación biomédica*», como dicen nuestros comunicantes, pueden ser peligrosamente iatrogénicas a nivel psicológico, psicopatológico y psicosocial: la asistencia a los pacientes somatizadores, hipocondríacos e histéricos en nuestras sociedades es una buena muestra. Entre otras cosas, porque tal vez la investigación de la cual los firmantes querían hablar es de la investigación *médica* o, mejor aún, *sanitaria*. Pero ambas, y más en casos como los estudiados, han de ser *biopsicosociales*, no reduccionistamente *biomédicas*, como a menudo nos siguen enseñando y presionando en nuestra formación. Nuestro trabajo era un nuevo intento para que, gracias a los pacientes que sufrían y consultaban al equipo —que también sufría, tal como pudo comunicarnos en las sesiones de grupo—, nos replanteáramos el absolutismo del «descartar lo orgánico». Porque el problema es ¿cuándo «encartar» lo psicológico y lo psicosocial? Ese es el gran reto de la atención sanitaria moderna (que no de la «*biomedicina*» moderna).

La psicología y la psicopatología llevan más de un siglo estudiando y comprobando los sesgos idiosincrásicos en las observaciones y mediciones, incluso las más instrumentales, en todas las ciencias y técnicas. Se ha estudiado el tema en astronomía, en física, en geografía, psicología, psicopatología, trabajo social... ¿Va-