

5. Verdejo Bravo C. Diagnóstico diferencial del dolor torácico. Medicine 1992;6: 142-7.
6. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescht A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med 1992;21: 1222-7.

Guerra, evidencias, guías y nuestra semFYC

Sr. Director: No nos hacía falta una guerra para comprobar que el lenguaje es un instrumento extraordinariamente útil para cambiar la realidad. En este arte, los promotores de la medicina basada en la evidencia (MBE) son verdaderamente ejemplares, pues han sabido apropiarse de lo mejor del lenguaje médico para su uso y disfrute. Y ahora aparece otra palabra: honestidad. Estoy seguro de la buena voluntad de los autores del editorial semFYC: «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia: una obra honesta y práctica»¹. Pero ahí radica el problema, en la equiparación inocente de MBE con honestidad y, viceversa y sin decirlo, en la sospecha automática que hoy despierta una guía no MBE por parcial, sesgada o simplemente no rigurosa. Quien ha tenido el gusto, o el deber, de leer artículos y guías autodeclaradas MBE no deja de sorprenderse de la abundancia, en muchos de estos textos, de medias verdades, valoraciones incompletas, juicios oblicuos, sobreinterpretaciones, cacareos y lugares comunes. Parece que en cuanto uno declara las fuentes y el procedimiento seguido para su búsqueda y selección, ya garantiza que ha leído técnicamente bien los artículos, los ha valorado con equilibrio y contraste de pareceres y los ha transferido a la práctica con tino y sentido común. No dudo de que así se haga. Pero la explicitud de la metodología no asegura ni la bondad ni el rigor de una revisión. Esto hay que repetirlo. Porque ahí yace un gran error y una gran coartada que la MBE, en tanto que institución, utiliza para ocultar su verdadera razón de ser, un *holding* y una práctica al sutil servicio de la industria.

Se dirá que al menos se garantiza lo mínimo, la transparencia. Otra trampa. Porque siempre se han citado las fuentes, siempre se ha revisado la bibliografía. Lo añadido

por la MBE es la estandarización de esa tarea y del etiquetado de los artículos; por cierto, otra entelequia disfrazada de rigor –hay que declarar de una vez por todas la perversión intrínseca de estas gradaciones de la evidencia– que los autores del editorial hacen bien en poner en cuarentena.

Lo que ocurre es que esta «transparencia» metodológica se traslada automáticamente e inconscientemente a la «transparencia» de lectura e interpretación. Pero tal transparencia es un mito: la lectura y la valoración siempre tienen un componente subjetivo. No es una herejía anticientífica. Basta comprobar cómo los autores resumen los resultados de un estudio. Y basta con recordar que en la inocencia acerca de la objetividad de la ciencia hace tiempo que el hombre moderno (menos los médicos, por lo que parece) perdió, al percibirse del insoslayable papel del sujeto y del instrumento en toda observación y, claro, en todo proceso interpretativo.

A lo que íbamos. El amor por el procedimiento de la MBE, su «honestidad» exhibida, esconde que «juicio, ordenación, valoración o inferencia» son precisamente los elementos que tienen que ver con la honestidad, pero casualmente pertenecen al territorio de lo intangible. Al final será la coherencia interna, la forma de argumentar y fundamentar, la coincidencia con nuestros esquemas y saberes previos (la «ciencia normal» de Kuhn), la competencia conocida del autor, etc. los rasgos que nos hagan «fiable» una revisión. O sea, como toda la vida. Pero peor, por la pretendida apariencia de objetividad.

De modo que no haría mal nuestra querida Sociedad en prescindir de neofeticismos y ofrecer, como casi siempre, buenos materiales sin la necesidad de hacerlo obligatoriamente bajo el paraguas de «honestas y prácticas» banderas (barras y estrellas, ya nuestras ¡ay! evidenciales).

F. Miguel García

Dirección Técnica de Farmacia. SACYL. Valladolid. España.

1. Editorial semFYC. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia: una obra honesta y práctica. Aten Primaria 2003;31:75-6.

El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos de comportamiento alimentario en atención primaria

Sr. Director: Hemos leído con gran interés la magnífica revisión realizada por Gil Cañalda et al¹, acerca de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Ciertamente, se trata de un problema de sensibilidad social creciente y que obliga a la implicación de los profesionales de atención primaria.

En la revisión se mencionan diferentes propuestas de cuestionarios para la detección temprana de los TCA. Desafortunadamente, pocos de ellos, debido a su extensión, son de aplicación generalizable en atención primaria. Menos aún son de aplicación otros tests como el Eating Disorders Inventory², el Eating Attitudes Test (EAT-26)³, el Diagnostic Survey for Eating Disorders⁴ o la entrevista psiquiátrica semiestructurada para el DSM-IV. La escasez de tiempo habitual en nuestras consultas hace preciso que contemos con instrumentos de cribado más sencillos.

Morgan et al² han desarrollado un test denominado SCOFF (acrónimo de 5 preguntas) (tabla 1), mediante el cual se podría cribar adecuadamente los TCA en las consultas de atención primaria. Un resultado en dicho test de 2 respuestas positivas indicaría la posibilidad de un TCA (anorexia, bulimia o sus diferentes variedades), el cual debería ser después diagnosticado por un psiquiatra con la aplicación de los mé-

TABLA 1. Aproximación a una posible traducción del Test SCOFF (test todavía no validado)

¿Te hace sentir mal tener lleno el estómago?

¿Te preocupa haber perdido el control sobre cuánto comes?

¿Has perdido peso en los últimos 3 meses? (se considerará respuesta positiva una pérdida de peso en torno a los 6 kg)

¿Te ves obeso a pesar de que los demás te dicen que estás demasiado delgado?

¿Dirías que la comida domina tu vida?

todos habituales. El test SCOFF tendría una sensibilidad del 100% y una especificidad del 87,5%. En la opinión de dichos autores, el 12,5% de falsos positivos entraría en el rango de lo aceptable, habida cuenta de la gran sensibilidad.

El test SCOFF tendría una cierta semejanza con el test CAGE⁶ para la detección del alcoholismo (dos preguntas o más positivas al test de CAGE sugerirían un consumo elevado de alcohol y servirían como una prueba de cribado). El test SCOFF, una vez validado, aspecto éste en el que estamos inmersos, serviría como una herramienta de cribado de los TCA, aplicándoselo a los pacientes de forma oportunista en los diferentes contactos que tengan con las consultas de atención primaria, no necesariamente con la perio-

dicidad anual de las revisiones sugeridas por Gil Canalda et al.

L. Ayerbe-García Monzón^a, E. González-López^a, I. López-Larrayoz^b
y J. Ezquerro-Gadea^b

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria Área 6. Zona Básica de Salud de Villanueva de la Cañada. Madrid. España. ^aConsultorio Local de Villafranca del Castillo. Madrid. España. ^bConsultorio Local de Quijorna. Madrid. España.

1. Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? Aten Primaria 2003; 31:248-51.

2. Garner DM, Olmsted MP. Eating disorder inventory (EDI) manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1984.
3. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psych Med 1982;12:871-8.
4. Johnson C. Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. En: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford, 1985; p. 1951.
5. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 1999;319:1467-8.
6. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984;252:1905-7.