CARTAS AL EDITOR

Se invita a los lectores a enviar cartas al Editor, con comentarios, preguntas o críticas sobre artículos que hayan sido publicados en la Revista y a las que los autores aludidos puedan responder. También serán bienvenidos los comentarios sobre problemas de actualidad biomédica, clínica, de salud pública, de ética y de educación médica. Podrá aceptarse la comunicación preliminar de datos parciales de una investigación en marcha, que no haya sido publicada ni sometida a publicación en otra revista. La extensión máxima aceptable es de 1.000 palabras, con un máximo de 6 referencias bibliográficas (incluyendo el artículo que la motivó) y 1 Tabla o Figura. Se recomienda adjuntar una copia idéntica para PC, en diskette de 3,5", un espaciado a 1,5 líneas, tamaño de letra 12 pt y justificada a la izquierda. Las cartas que se acepten podrán ser acortadas y modificadas formalmente, por los Editores.

El desarrollo de un modelo para la evaluación de rezagos del desarrollo infantil en Chile

A screening questionnaire to evaluate infant and toddler development

Sr. Editor: El desarrollo infantil es clave para la salud y el desarrollo humano. Evidencias científicas muestran la relación entre retrasos del desarrollo con enfermedades crónicas, problemas de salud mental y problemas sociales como delincuencia, desempleo y pobreza¹. Existen pocos estudios poblacionales latinoamericanos que den cuenta del panorama al respecto.

En Chile, la primera escala incorporada al control de salud, durante la segunda mitad de la década de los setenta, fue la Pauta Breve de Desarrollo Psicomotor². Con posterioridad se in-

corporó la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor EEDP (para niños menores de 2 años), cuya implementación piloto en centros de atención primaria mostró que a 10 años sólo el 50% de éstos lo utilizaban y de éstos, la mayoría sólo lo aplicaba una vez al niño³.

A comienzos de los 90 se implementó formalmente el Programa de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor para niños menores de 6 años en atención primaria. Actualmente se utilizan el EEDP y el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)⁴. Con estos instrumentos se estimó para el año 2005, en población consultante a centros de salud del sector público, una prevalencia de retrasos del desarrollo y de riesgo a los 18 meses de 10,5% y a los 4 años de 6,6%⁵.

Actualmente el gobierno ha priorizado contar con un Sistema Nacional de Protección a la

Correspondencia a: Dra. Paula Bedregal. Fax: 6331850. E mail: pbedrega @ med.puc.cl

Infancia y la Niñez, para lo cual es perentorio contar con información nacional sobre rezagos del desarrollo de niños menores de 6 años y sobre demandas de servicios de cuidado y educación preescolar. Con este interés, el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y aprovechando el diseño y aplicación de la II Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del Ministerio de Salud, se promovió la incorporación de un módulo infantil que permita conocer estos aspectos. Los resultados se conocerán a comienzos de 2007.

El instrumento utilizado en la Encuesta requirió de un proceso de construcción y validación preliminar. Se revisaron los instrumentos de tamizaje disponibles en Chile y en el extranjero (PBDP, FDQ⁶, GSEGC^{7,8}, PSC⁹, PLS-3¹⁰ y REEL¹¹) seleccionándose aquellos ítems para cada tramo de edad, de acuerdo a juicio de expertos nacionales y extranjeros. El instrumento fue probado para realizar modificaciones en el lenguaje en una muestra de consultantes a centros de salud público y privado.

La validación preliminar requirió de un estudio transversal, realizado entre septiembre y octubre de 2005, que comparó la percepción de los cuidadores principales de los niños con un estándar clínico, definido como la presencia de retrasos del desarrollo o diagnósticos psiquiátricos o neurológicos identificados por médicos en la ficha clínica en las últimas 3 ó 4 visitas médicas. Este estudio se realizó en una muestra aleatoria de 145 niños, consultantes al Servicio de Pediatría del Centro Médico San Joaquín de la Universidad

Católica de Chile, en Santiago, cuyo promedio de edad fue de 24,9 meses (rango 3-71 meses), siendo 55,2% hombres. Se eligió este centro, pues cuenta con un sistema de atención que enfatiza el crecimiento y desarrollo de los niños, usa pautas abreviadas (PBDP), se estimula la evaluación del desarrollo en el hogar y la derivación oportuna. El centro dispone, además, de un sistema de auditoría de fichas cuya finalidad es el mejoramiento continuo y la docencia clínica en pediatría.

La sensibilidad y especificidad del instrumento se muestran en la Tabla 1. El instrumento mostró ganar en especificidad al ser aplicado mediante preguntas sobre el cumplimiento de tareas del desarrollo correspondientes al tramo de edad del niño y al tramo previo. La consistencia interna evaluada mediante KDR-20 fluctuó entre 0,34 y 0,81.

Contar con información sobre desarrollo infantil permitirá diseñar políticas, planes y programas para minimizar los problemas asociados a alteraciones funcionales y aumentar las oportunidades para que los niños se desarrollen exitosamente, a través de intervenciones precoces.

Paula Bedregal¹, Judith Scharager², Cecilia Breinbauer³, José Solari⁴, Helia Molina¹.

¹Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Psicóloga, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Consejo Interdisciplinario de Trastornos del Desarrollo y el Aprendizaje, ICDL. ⁴Banco Interamericano de Desarrollo.

Tabla 1. Características de la prueba

Indicador	Aplicación instrumento	
	No secuencial	Secuencial
Sensibilidad	85,7%	85,7%
Especificidad	81,0%	82,8%
Puntaje total en niños sanos (promedio)	6,53±1,56	12,51±2,66
Puntaje total en niños con problemas del desarrollo	6,17±6,17	10,96±3,42
Comparación de promedios de puntajes (valor p)	ns	0,005

REFERENCIAS

1. BEDREGAL P. Evidencias científicas sobre eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años. Documento en Foco 2006; 79. Expansiva.
2. RODRÍGUEZ S, ARANCIBIA V, UNDURRAGA C. *Escala de evaluación de desarrollo psicomotor para niños entre 0 y 2 años*. Santiago: Editorial Galdoc 1976.
3. LIRA MI, GÁLVEZ G. El programa de estimulación precoz diez años después de una experiencia piloto. En: M Cusminsky, E Moreno y N Suárez-Ojeda (Eds) *Crecimiento y Desarrollo*. OPS. Publicación Científica N° 510, 383-404. 1988.
4. HEUSSLER IM, MARCHANT T. *TEPSI. Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años*. Décima edición. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2003.
5. Ministerio de Salud de Chile. El aporte de salud a la protección de la infancia. Audiencia ante la Comisión Asesora Presidencial de Políticas para la Infancia, Ministerio de Salud, 13 de abril de 2006. En: *El futuro de los niños es siempre hoy*. Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Junio 2006.
6. SIMPSON GA, COLPE L, GREENSPAN S. Measuring functional developmental delay in infants and young children: prevalence rates from the NHIS-D. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 2003; 17: 68-80.
7. GREENSPAN SI. *Greenspan Social-Emotional Growth Chart. A screening questionnaire for infants and young children*. PsychoCorp, a brand of Hartcourt Assessment, Inc. www. Psychcorp com 2004.
8. BAYLEY N. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development. Socio-Emotional Scale*. Third Edition. PsychCorp. 2005.
9. JELLINEK M, MURPHY JM, BURNS B. Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *J Pediatr* 1986; 109: 371-8.
10. ZIMMERMAN IL, STEINER VG, POND RE. *Preschool Language Scale-3: Picture Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1992.
11. BZOCH K, LEAGUE R, BROWN V. *Receptive-Expressive Emergent Language Test*. Third Edition (REEL-3). 2003.