

Sr. Director:

En un artículo recientemente publicado por nosotros en Archivos (*Validación de un Cuestionario para la detección de niños con alto riesgo de padecer trastornos del desarrollo*. Arch Argen Pediatr 2013;111(6): 476-483), se procede a la validación del cuestionario Prunape - Pre-Pesquisa (CPPP) en la que se obtiene la sensibilidad global (junto con otros indicadores de validación) para cuando el cuestionario es auto-administrado (por las madres) y por el personal de salud. Esta sensibilidad global del cuestionario fue calculada en el trabajo mediante un promedio simple de las sensibilidades correspondientes a cada uno de los formularios, que a su vez se refieren a un determinado número de niños en cada uno, y que no fueron brindados en el trabajo por una cuestión de espacio.

Sin embargo, teniendo en cuenta que la sensibilidad (al igual que otros indicadores) no es la misma en todos los formularios y que en algunos formularios hay menor número de niños que en otros, consideramos que la sensibilidad

global del cuestionario puede ser mejor calculada en base a la inclusión de todos los niños en una sola muestra, en lugar de promediar las sensibilidades calculadas para cada grupo de niños en cada formulario.

A continuación, presentamos los resultados de todos los indicadores de validación publicados en el artículo, calculados promediando los resultados de cada formulario, y los valores calculados con el nuevo método, en base a todos los niños agrupados en una sola muestra. Los valores son muy similares a los del trabajo original, pero nos parece importante destacar que se obtiene una mayor sensibilidad global de 0,45 y 0,46. Esto refuerza la validación realizada y su consecuente recomendación.

Dra. Diana Kelmansky

Instituto de Cálculo, Ciencias Exactas, UBA.

Dr. Horacio Lejarraga

Dirección General de Salud Ambiental (DGSA), Acumar (Autoridad Cuenca Matanza-Riachuelo, MSP.

Valores de validación (% de coincidencias, coeficiente kappa, especificidad, sensibilidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo) del CPPP autoadministrado y administrado por personal de salud, por formulario, y en promedio, calculado a partir del "promedio simple" (promediando los indicadores de los cinco formularios), y calculando los promedios tomando todos niños en una sola muestra ("todos juntos")

Autoadministrado							
Formulario	N	% conc.	kappa	esp.	sens.	Pred -	Pred +
1	75	66,67	0,31	0,77	0,53	0,69	0,63
2	73	65,75	0,18	0,91	0,25	0,66	0,64
3	126	59,52	0,21	0,81	0,41	0,54	0,72
4	128	57,81	0,19	0,73	0,52	0,38	0,83
5	131	63,36	0,27	0,83	0,43	0,60	0,72
Promedio simple	533	62,62	0,23	0,81	0,43	0,57	0,71
Todos juntos	533	61,91	0,26	0,82	0,45	0,56	0,73

Personal de Salud							
Formulario	N	% conc.	kappa	esp.	sens.	Pred -	Pred +
1	75	66,67	0,28	0,88	0,38	0,66	0,71
2	73	65,75	0,18	0,91	0,25	0,66	0,64
3	126	56,35	0,17	0,88	0,29	0,52	0,74
4	128	65,63	0,33	0,84	0,58	0,45	0,90
5	131	71,76	0,43	0,85	0,59	0,68	0,79
Promedio simple	533	65,23	0,28	0,87	0,42	0,59	0,75
Todos juntos	533	65,10	0,32	0,87	0,46	0,59	0,80

CPPP: cuestionario Prunape - Pre-Pesquisa.

conc.: concordancia; esp.: especificidad; sens.: sensibilidad.

Pred-: valor predictivo negativo; Pred +: valor predictivo positivo.

Sr. Editor:

He leído con atención y entusiasmo el trabajo de Díaz Narváez y col.<sup>1</sup> Se debe felicitar al Comité Editorial por permitir este tipo de trabajos enriquecedores. No obstante, en el mismo se nota la ausencia específica de una evaluación de empatía "pediátrica" obtenida de estudiantes que cursan esa asignatura tomados como un subgrupo. Lo digo en función del interés primario de la Revista. Esto, sin menoscabo alguno de los méritos del artículo *per se*.

Creo, empero, que lo abigarrado y complejo de las explicaciones del análisis estadístico tiende a perjudicar la interpretación de los mismos. De hecho, los autores no nos dicen si la empatía fue mayor o menor en las diferentes escuelas médicas investigadas y en qué proporción de detalle sustentarían ese argumento; sí notan una diferencia en el país República Dominicana, pero la misma no es analizada en profundidad. Tampoco hay una referencia concreta, a menos que se me haya pasado por alto, a la medición de tendencias a la pérdida de empatía a lo largo de los años del cursado.

Y he aquí el punto de disenso fundamental, ya que este concepto, amplificado convenientemente, nos permitiría vislumbrar lo que todos quienes estamos imbuidos en educación médica presentimos: del idealismo del recién ingresado, a la unidad de terapia intensiva (de adultos, pediátrica o neonatal) hay un largo camino de pérdidas incoadas. El idealismo, la empatía por la alteridad y hasta el respeto por "el otro", que no es nada más que nuestro semejante, se diluyen en el entusiasmo de luces, alarmas y sirenas útiles para recordarnos que detrás de ellas hay un paciente, y de maravillas actuales y por venir para el diagnóstico por imágenes que hacen a la semiología del buen trato con el paciente una utopía.

Un poco menos de datos técnicos, muy agradables para quienes conocemos el área de la bioestadística en ciencias sociales en mayor profundidad, y una mejor explicación de los resultados en los dos puntos que he tomado en cuestión, facilitarían la lectura del mismo sin condicionamientos.

Igualmente, es loable el esfuerzo de los autores y su empeño por rastrear lo que vamos perdiendo en la escuela de medicina en particular y en nuestras sociedades en general. ¿De haberse llevado a cabo en una de nuestras grandes ciudades, cuál hubiera sido el resultado? Curiosamente, en una encuesta

llenada por estudiantes de nuestra escuela médica (3° a 5° años) el año pasado, la mayoría de ellos no pudieron distinguir la etimología ni el concepto de *empatía*, porque lo desconocían, y lo consideraron sinónimo con el de *simpatía*, y rápidamente llevaron a ésta al terreno de del sistema nervioso simpático. ¿Deberíamos empezar por ahí?, posiblemente.

Dr. Eduardo Halac

Profesor Adjunto de Pediatría  
Profesor Titular de Medicina  
Antropológica y Humanismo  
Universidad Nacional de Córdoba  
eduardohalac@yahoo.com.ar

1. Díaz Narváez VP, Alonso Palacio LM, Caro SE, Silva MG, et al. Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(1):41-9.

#### En respuesta:

Sr. Editor:

En primer lugar quiero agradecer al autor de *Cartas al Editor* por los comentarios positivos y las insuficiencias señaladas por él acerca del trabajo en cuestión. Por principio, nadie posee la verdad absoluta y el debate científico (con respeto y altura de miras) es una necesidad permanente en la ciencia que ningún científico puede soslayar. Estaré obligado a ser tan escueto como sea posible, pues los problemas abarcados por mi colega son importantísimos, pero extensos.

El objetivo esencial del trabajo fue evaluar y comparar la orientación empática de los estudiantes de medicina de cuatro facultades. Como consecuencia, no era objeto de interés medir la orientación empática en un programa de un curso determinado, como es el de pediatría. La "construcción" de la empatía es un proceso que posiblemente se inicie desde la etapa de la gestación del sujeto hasta la formación del joven adulto y, al mismo tiempo, existen serias evidencias de que la empatía está influida por factores sociales<sup>1,2</sup>, entre otros factores. Todo lo anterior apunta a que eventos relativamente "cortos" en el tiempo no inciden, al menos drásticamente, en la producción de cambios en este constructo. No existen, por tanto, razones teóricas o empíricas de que la empatía podría "variar" por la acción de un evento "corto", como puede ser un curso de pediatría dentro de los estudios de pregrado (grado), pero si existen

elementos teóricos y empíricos que apuntan a que, en presencia de eventos prolongados; aumentaría la empatía, como puede ser todo el ciclo de la formación de médicos en una universidad. Lo planteado no excluye la necesidad de examinar la empatía, por ejemplo, en médicos especialistas en pediatría, pero esto no formaba parte de los objetivos del trabajo. Lo invito, con toda sinceridad y modestia estimado colega, a realizar un trabajo en conjunto respecto a este fenómeno.

Desde que se pudo asignar valores numéricos a las “variables biomédicas”; es decir, que el número, de alguna manera, pudo “representar” el comportamiento de una variable y su posterior medición, permitió la incorporación de la estadística-matemática al estudio de este tipo de fenómenos. Su introducción implicó necesariamente respetar la lógica interna de esta disciplina. Los requerimientos exigidos por ella son indispensables para tratar valores numéricos de forma correcta y evitar errores que pueden conducir a conclusiones distorsionadas de los fenómenos biomédicos estudiados.<sup>3,4</sup> Esto no implica que la biomedicina se “entregue en brazos” de la estadística-matemática. La hiper y la hipobolización en ciencia es siempre un factor distorsionador del conocimiento.<sup>5</sup> Los modelos de este tipo son aproximaciones y solo aproximaciones del comportamiento real del fenómeno biomédico<sup>5</sup> y, por tanto, el investigador debe estar en constante atención ante estas insuficientes representaciones de la realidad biomédica y debe saber interpretar, a la luz de las leyes de su propia disciplina, los resultados y a las conclusiones que emanan de los estadígrafos. En otras palabras, los modelos estadísticos deben estar al servicio de la lógica interna (conceptos, juicios y leyes) de las ciencias biomédicas y no a la inversa. Una correcta “actitud” frente a esta situación, le permitirá al investigador arribar a hechos científicos,<sup>6</sup> los cuales son indispensables para arribar a hipótesis científicas fundadas de diferente carácter, origen y profundidad.<sup>7</sup> Pero, antes de arribar a hechos, es necesario usar, entre todos los métodos, también aquellos que se derivan de la estadística-matemática. Estos deben ser exhaustivamente explicados en todo trabajo precisamente para que los demás puedan discernir si han sido empleados los adecuados, los correctos y los más precisos. La correspondencia del método estadístico, en función del fenómeno estudiado, es una de las garantías para arribar a un “hecho científico”. Sobre este hecho el investigador realizará toda la discusión del

trabajo y arribará a conclusiones. No son pocas las publicaciones donde se han cometido errores, incluso graves, desde el punto de vista estadístico. Por otra parte, ¿cómo es posible reproducir un trabajo, con el objeto de verificar resultados, si no se conoce con exactitud el procedimiento estadístico empleado? Como consecuencia, la descripción detallada de la metodología empleada es una obligación, incluyendo los modelos estadísticos: qué se aplicó, para qué y porqué.

En relación al comentario que señala: “*No se indica que la empatía fue mayor o no...*”, es posible enfatizarle que los resultados del estadígrafo M de Box y la *Tabla III*, muestran que existen diferencias entre las “poblaciones” estudiadas en cuanto a la empatía (considerada globalmente, como constructo) y que existe un orden de diferencia, de menor a mayor, entre los “países” comparados en relación con la orientación empática, respectivamente y, en dicha tabla, aparecen las medias de cada facultad estudiada. Los resultados son evidentes. ¿Cuál es la explicación de esta variabilidad? Esta pregunta no podía ser respondida en el trabajo referido. Es más, ¿es esta variabilidad un caso específico de estas facultades en estos países o es un “hecho” generalizado que ocurre en nuestros estudiantes de medicina y otras disciplinas en el campo de la salud en América Latina? Puedo adelantarle que sucede, como tendencia, algo similar en estudiantes de odontología.

Con respecto a: “*La medición de las tendencias de la pérdida de empatía a los largo de los años...*” puedo describir que se han realizado diferentes estudios al respecto (estudiantes de odontología, enfermería y medicina), pero los resultados son contradictorios. Debemos realizar estudios, con el diseño adecuado, que permita explicarnos: ¿por qué en unas poblaciones de estudiantes aumenta y en otras disminuye e, incluso, porqué en algunos casos se mantiene relativamente constante entre los cursos? No consideramos este problema en el artículo en cuestión, porque fue analizado en trabajos que estudiaban específicamente que sucedía dentro de cada facultad de medicina incluida en este trabajo, una de las cuales ya ha sido publicada<sup>2</sup> y la otras saldrán publicadas próximamente. Pero Ud. tiene toda la razón. Es necesario estudiar este aspecto en profundidad; sin embargo, se requiere, para arribar a conclusiones sólidas (sobre la base de “hechos científicos”), realizar estudios de cohorte y, si es posible, de panel.<sup>6</sup> En estos momentos

estamos haciendo este trabajo en estudiantes de odontología. Lo invito también a estudiar este fenómeno en conjunto.

Le agradezco, muy sinceramente, al colega la respetuosa carta enviada porque posibilita intercambiar ideas, resultados y juicios teóricos entre científicos y a la Revista Archivos Argentinos de Pediatría por la amplitud de mirada de su línea editorial.

Víctor Patricio Díaz Narváez

Doctor en Ciencias Biológicas (Ph.D)

Profesor Investigador. Facultad de Odontología.  
Universidad San Sebastián. Santiago Centro. Chile.

victor.diaz@uss.cl; vpdiaz@tie.cl

Investigador Asociado. Facultad de Ciencias de la  
Salud. Universidad Autónoma de Chile. Chile.

1. Silva MG, Arboleda J, Díaz Narváez VP. Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Central del Este. *Odontostomatología* 2013; 15(22): 24-33.
2. Alonso LM, Caro SE, Erazo AM, Díaz Narváez VP. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla, (Colombia). *Salud Uninorte* 2013; 29 (1): 22-33.
3. Díaz Narváez VP. Errores estadísticos frecuentes al comparar dos poblaciones independientes. *Rev Chil Nutr* 2009; 36(4):1136-8.
4. Silva Ayçaquer, LC. Una pincelada estadística con repercusiones extrametodológicas. *Salud Colectiva* 2011; 7(3): 399-400.
5. Díaz Narváez VP, Calzadilla A. Reduccionismo, antirreduccionismo y el papel de los enfoques y métodos generales del conocimiento científico. *Cinta Moebio* 2001; 11: 148-60. [Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/11/diaz.htm>]. [Consulta: 26 de marzo de 2014].
6. Díaz Narváez VP, Calzadilla A, López H. Una aproximación al concepto de hecho científico. *Cinta Moebio* 2005; 22:100-11. [Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/22/diaz.htm>]. [Consulta: 26 de marzo de 2014].
7. Díaz Narváez VP, Calzadilla A. La hipótesis y la investigación científica en las ciencias médicas y biológicas. *Salud Uninorte* 2009; 25 (2): 362-73.

Sr. Editor:

En relación al artículo de Marciano y col.<sup>1</sup> debe destacarse que los eventos relatados no son del todo infrecuentes. En nuestro caso, una instancia semejante tuvo lugar en el Departamento de Pediatría el Sanatorio Francés, cuando una adolescente de 14 años, que había tenido su menarca un año antes, se presenta con dolor abdominal difuso relacionado a ingesta de un "choripán" muy condimentado. La coexistencia de diarrea permitió relacionar la presentación clínica con signos y síntomas digestivos. La

ecografía abdominal identificaba patrones de gas en el colon izquierdo con mucho meteorismo. La paciente fue dada de alta para reingresar un mes después con un motivo de consulta similar. La segunda ecografía, sí permitió identificar un embarazo de 10 semanas.

Este caso ilustra la baja frecuencia de sospecha de una situación que, como bien indican los autores es demasiado común como para no ser tenida en cuenta de parte de los equipos de atención pediátrica. Diferente es la situación en el Hospital Materno Provincial donde existen equipos preparados para la atención del embarazo adolescente.

La dicotomía evidente es que si la adolescencia es y debe ser un área "crítica" de la Pediatría, se hace necesario que los centros de asistencia pediátrica contemplen cada vez más esta posibilidad. Lo que en centros asistenciales de Maternidad es una realidad social, en centros pediátricos devienen en eventos centinelas que deben dejar de sorprendernos. La cuestión no reside en quién detenta la "propiedad" de estas pacientes, sino cómo proceder para que los equipos de Pediatría y de Toco Ginecología Infante juvenil sumen esfuerzos en pos de una mejor calidad de atención a estas niñas.

Dr. José M. Olmas

Profesor Adjunto Cátedra  
de Obstetricia y Perinatología II

Dr. Eduardo Halac

Profesor Adjunto de Pediatría  
Universidad Nacional de Córdoba  
eduardohalac@yahoo.com.ar

1. Marciano BE, García Arrigoni P, Challer E, Califano P, Dackiewicz N. Embarazo adolescente no diagnosticado: análisis de un evento centinela. *Arch Argent Pediatr* 2014; 112(1):83-8.

**En respuesta:**

Sr. Editor:

Coincidimos con el colega que cada vez surge con más claridad la necesidad de contar en los hospitales pediátricos, –si no con un servicio de adolescencia–, por lo menos con una formación de los pediatras en este campo, que se evidencia como una delicada interfase entre la pediatría y la clínica.

Los problemas que presentan los adolescentes requieren un conocimiento y formación que

implica un espectro de diagnósticos diferenciales propio que difiere de los netamente pediátricos.

Sin embargo, nuestra intención fue no solo marcar una situación particular y con aspectos clínicos y sociales, sino también introducir el tema y discusión de la calidad de atención y seguridad del paciente como parte integral de la consulta.

Además, señalar una herramienta sencilla como el análisis causa raíz, que no requiere de

tecnología su aplicación, y pone en evidencia la multiplicidad de factores que influyen en la toma de decisiones, en la producción de un evento y la importancia del análisis desde diferentes disciplinas.

*Dra. Nora Dackiewicz*

*Dra. Beatriz Marciano*

Hospital de Pediatría SAMIC

“Prof. Dr. Juan P. Garrahan”