

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
Ministro: Dr. Alberto De Micheli  
**DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA**  
Lic. Gabriel Listovsky

**RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA**  
Coordinadora: Lic. Silvia Dubkin

Asesora en Metodología de la Investigación: Lic. María Barroetaveña

**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. CARLOS G. DURAND”**

Coordinadora Equipo de Psicopedagogía: Lic. Juana Marrón  
Jefa de Residentes: Lic. Luciana Novoa

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO:  
Definiciones, descripciones y factores asociados.**

**Autoras:**

Lic. Betiana Rocchi  
Lic. Canela Rodero

ABRIL 2006

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiéramos comenzar agradeciendo a nuestro equipo de trabajo del Hospital Durand, resaltando el acompañamiento de nuestra jefa de residentes Lic. Luciana Novoa y el de nuestra ex coordinadora Lic. Juana Marrón, quienes nos han sostenido en la realización de este trabajo.

Agradecemos también a nuestra asesora metodológica Lic. María Barroetaveña, quien con su invaluable aporte, nos ha transmitido con claridad los conocimientos necesarios para llevar adelante esta tarea.

Agradecemos a la Lic. Silvia Dubkin, Coordinadora de la Residencia de Psicopedagogía, los aportes teóricos y conceptuales que enriquecieron en gran medida la labor de esta investigación.

Agradecemos la colaboración de los padres de los pacientes atendidos, quienes respondieron desinteresadamente nuestras preguntas, haciendo posible que esta tarea se lleve cabo.

Por último agradecemos a nuestras familias, quienes colaboraron y acompañaron la realización de esta investigación.

## **INTRODUCCION**

A lo largo de nuestro recorrido, a través de la Residencia de psicopedagogía, en el Equipo de Psicopedagogía del Hospital Carlos Durand, hemos podido observar que los tratamientos que allí se realizan, generalmente se sostienen en el tiempo, encontrándose poca cantidad de deserciones por parte de los pacientes y sus padres.

Contamos como antecedente, con la investigación realizada, en el marco de la residencia, en el año 2002 por las licenciadas Nancy Amado y Rosario Arana, la cual arrojó un 18% de deserción de los 38 casos atendidos ese año.

Esta característica ha llevado a preguntarnos acerca del grado de adherencia a los tratamientos psicopedagógicos que se llevan a cabo y cuáles serían los factores que están en relación con la misma. Es así como comenzamos a relacionar el nivel socioeconómico de la familia del niño que se atienden en el equipo, el derivador que motoriza la consulta, la experiencia previa en tratamientos anteriores o paralelos, el tiempo transcurrido de tratamiento, así como también las intervenciones que realiza la psicopedagoga orientadas a facilitar la asistencia; con el grado de adherencia al tratamiento psicopedagógico.

Es por esto que queremos invitarlos a pensar sobre estas cuestiones, a la luz de los datos obtenidos de esta investigación, la cual representó para nosotras un encuentro destinado a la reflexión y producción, como residentes de tercer año de psicopedagogía.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

Dentro de esta breve caracterización de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand un de los 12 establecimientos Generales de Agudos con que cuenta el Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Conforma junto con el Hospital Municipal de Oncología María Curie, el Hospital Naval, el Hospital Italiano y el Sanatorio de IMOS el llamado grupo de hospitales del Centro de la Ciudad. Esta enclavado en los barrios de Caballito, Villa Crespo, Almagro, Chacarita Parque Chacabuco y parte del barrio de Boedo.

Esta ubicado dentro de una de las Areas de la Capital Federal que presenta mayor homogeneidad en sus características socio demográfico y condiciones de vida. Tiene una alta densidad poblacional y un bajo hacinamiento. Esta conformada por una clase media de profesionales y tiene importantes áreas comerciales. Predomina la población de edad económicamente activa y existe una alta proporción de hogares nucleares. La población de toda el área de influencia del Hospital es de 350.000 habitantes. Dentro de esta población se detecto 14.517 habitantes con NBI (5%). Su particular ubicación lo convierte en un centro de fácil accesibilidad.

El Hospital General de Agudos Carlos G. Durand esta configurado a través de Departamentos de Atención.

- Departamento de Medicina
- Departamento de Cirugía
- Departamento Materno Infantil
- Departamento Técnico
- Departamento de Urgencia
- Departamento de Consultorios Externos
- Departamento de Diagnostico y Tratamiento
- Departamento de Enfermería.
- Departamento del Area Contable y Administrativa.

Cuenta con un total de 1.587 agentes entre profesionales, enfermería, técnicos, administrativos y personal de mantenimiento. En la actualidad desarrollan la Residencia Medica 358 profesionales para distintas disciplinas y además se desarrolla un Programa de pos grado para Médicos Concurrentes.

En el conjunto de la dotación hospitalaria el 77,00% esta constituido por profesionales, enfermeras y técnicos.

El recurso humano del área esta mayoritariamente asignado a actividades asistenciales directas con los pacientes.

A través del Comité de Docencia e Investigación se desarrollan distintas líneas de investigación clínica y terapéuticas que son supervisadas por dicho Comité conjuntamente con el Comité de Bioética.

Su modalidad de atención es: Ambulatoria, internación, Emergencia, y cuenta con Centros de Salud Comunitarias (2) y con Consultorios Periféricos de Médicos de Cabeceras (Clínicos, Pediatras, Tocoginecólogos, etc.).

Cuenta con 338 camas de internación las que están distribuidas por Departamento de la siguiente forma:

- Departamento de Medicina 126 camas (están incluidas 10 camas de UCO)
- Departamento de Cirugía 52 camas
- Departamento Materno Infantil 138 camas (están incluidas las camas de Terapia Neonatológica y las cunas de RNN.)
- Departamento de Urgencia 22 camas (se incluyen 10 de Terapia Intensiva)

La producción total de consultas ambulatorias es de 504.450 consultas anuales y egresan anualmente 12.356 pacientes. , Se realizan 2.356.879 prácticas diagnósticas y de tratamiento.

Los indicadores de Producción de internación son: Permanencia de 9.49 días, un Porcentaje Ocupacional de 81.70, y un Giro Cama de 31.42 con una Tasa de Mortalidad de 4.07 (APio 1997).

Con relación a las consultas ambulatorias el 36 % corresponden al Departamento de Medicina (161.937). Dentro de las especialidades mayores en este Departamento destacamos Endocrinología, (es especialidad de referencia Nacional e Internacional) Dermatología, Gastroenterología (Centro de Hemorragias Digestivas de la Ciudad de Buenos Aires), Inmunología (presta apoyo para los estudios pre y pos trasplantes de los que se realizan en el sector público de la Ciudad).

Mención especial para Psicopatología que cuenta con un grupo de Trabajo de Anorexia y Bulimia.

El Departamento de Cirugía contribuye con el 11 % de las consultas ambulatorias y las especialidades de Urología y Oftalmología forman parte de las redes de atención de las respectivas especialidades.

El Departamento Materno Infantil con Pediatría, Tocoginecología, Adolescencia. Aprendizaje y Desarrollo Seguimiento de Prematuros y distintos grupos de Trabajo configuran el 17.26% de las consultas ambulatorias.

La Urgencia el 19.%, Promoción y Protección de la Salud el 5% y las actividades periféricas del Hospital (Centros de Salud. Médicos de Cabecera, Programas de Salud Escolar, etc.) el 10.45 %.

En la nueva estructura sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires el hospital Durand forma parte de la Red de Emergentología, de Cirugía Cardio Vascular (central y periférica) Oftalmología, Nefrodiálisis, Oncología, Implantología Odontología y en Pediatría es el Cuarto Hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires, (Htal. Garrahan, Gutiérrez, Elizalde y Durand).

Posee un presupuesto para funcionamiento excluido el personal de \$8.041.450 de los cuales 5.258.870 son recursos genuinos generados por la Seguridad social y Terceros Pagadores.

Si nos atenemos a la clasificación correspondiente de niveles de factibilidad en la resolución de los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son capaces de atender el Hospital Carlos G. Durand esta encuadrado en NIVEL IIII (Alto Riesgo). Los criterios básicos utilizados para la categorización de los establecimientos ya sean públicos o privados o de la Seguridad Social fueron aprobados por la Resolución 282 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina el 15/1 1/1 994.

Tiene 3 Centros de Salud que dependen del Área Programática: n°38, n°22 y n°23. En ninguno de ellos se atiende la especialidad de psicopedagogía<sup>1</sup>

Refiriéndonos específicamente a **nuestro equipo de psicopedagogía**, el mismo se inserta en el GTIAD.

La sigla **GTIAD** proviene de las iniciales de: Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Aprendizaje y Desarrollo.

*Grupo de trabajo* es el nombre que le corresponde por disposición municipal a los equipos con las características del nombrado; *Interdisciplinario*, en función del trabajo en equipo.

Con respecto al *Aprendizaje*, el grupo se identificó con la definición del Comité de Salud Escolar de la Sociedad Argentina de Pediatría:

“es el proceso por el cual un sujeto, en su interacción con el medio incorpora la información suministrada por este, según sus necesidades e intereses, la que, elaborada por sus estructuras cognitivas, modifica su conducta para aceptar nuevas propuestas y realizar transformaciones inéditas del ámbito que lo rodea. El aprendizaje creativo depende de la capacidad crítica del sujeto”.

*Desarrollo* se lo concibe como el proceso que abarca el crecimiento, la maduración y los aspectos psicológicos posibilitando adaptaciones flexibles. Los conceptos de aprendizaje y desarrollo son los que nuclean a los profesionales del GTIAD.

El equipo del GTIAD se plantea:

- trabajar en equipo interdisciplinariamente
- poseer intencionalidad en la relación y no relaciones fortuitas

---

<sup>1</sup> Información extraída de la página del Hospital C. Durand: [www.durand.org.ar](http://www.durand.org.ar)

- ser flexible en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas
- reconocer divergencias sin adoptar actitudes dogmáticas
- mantener una cooperación recurrente. La continuidad en la cooperación de disciplinas posibilita la cohesión del grupo
- asegurar la reciprocidad, lo cual está dado por la interacción entre disciplinas”

Está integrado por los siguientes equipos:

- Pediatría del Desarrollo: actualmente es unipersonal y está a cargo de la Dra. Marta Piasco, realiza una evaluación madurativa de 0 a 10 años. El objetivo es indagar el estado anatómico de los órganos comprometidos en la interacción del niño con el medio, y así verificar la salud o enfermedad de los instrumentos que el aprendizaje requiere, como así también la detección de situaciones familiares, escolares o sociales comprometidas en el proceso de aprendizaje del niño.
- Neuropediatría: Se realizan consultas por trastornos neurológicos y se interviene también en la consulta por pacientes que presentan dificultades de aprendizaje (se observan cuadernos, informes escolares, datos de crianza, escolaridad, etc.). Actualmente está a cargo del Dr. Jaime Tallis
- Neuropsicología: El trabajo del equipo consiste en determinar a través de un perfil neuropsicológico, el modo en que un individuo procesa la información, lo cual está en relación a su estructura y funcionamientos cerebrales. Con relación a la primera se determina su integración, daño o malformación y del segundo se discrimina si es normal o perturbado. Se encuentra coordinado por la Lic. Carmen Saavedra
- Estimulación Temprana: El equipo trabaja con niños menores de tres años que presentan dificultades en el desarrollo. Está coordinado por la Lic. Marta Kuperman.
- Psicomotricidad: Equipo coordinado por Pablo Bottini. Trabajan con todo lo que tiene que ver con desvíos en el desarrollo psicomotor que afecte la capacidad de juego, de escritura, en aquellos casos donde por alguna razón las posibilidades del desarrollo motor están afectadas.
- Musicoterapia: El equipo realiza tareas de orden asistencial, atención en el área pediátrica y de docencia e investigación. En cuanto a la asistencia atienden a chicos hasta la adolescencia. La mayoría de los casos son siempre alrededor del autismo y psicosis. El equipo está coordinado por el Lic. Daniel Lago

Los equipos que componen el GTIAD participan de ateneos mensuales en los cuales se comparten opiniones en función de los casos clínicos presentados y se invitan a profesionales para abordar diferentes temáticas.

Actualmente, el equipo de **Psicopedagogía** está coordinado por la Lic. Juana Marrón. Se desarrollan diferentes **actividades** tales como:

– **Área asistencial:**

- Admisiones
- Diagnósticos y tratamientos grupales
- Diagnósticos y tratamiento individual
- Seguimientos
- Intervenciones en las instituciones educativas
- Interconsultas
- Programa de seguimiento de niños prematuros nacidos en el hospital (inicio: fines 2002)

– **Área interdisciplinaria:**

- Ateneos mensuales del GTIAD
- Curso anual del GTIAD
- Rotaciones intrahospitalarias (Pediatría del Desarrollo, Neuropediatría, Estimulación Temprana, Psicomotricidad)

– **Área de formación:**

- reuniones de equipo
- supervisiones
- presentación de ateneos clínicos
- cursos y seminarios
- reuniones bibliográficas
- reuniones de residentes y concurrentes
- charlas brindadas por diversos profesionales.

– **Área preventivo- comunitaria:**

- orientación escolar, destinados a adolescentes de 7º grado que concurren a las escuelas correspondientes al área de incumbencia del hospital.
- Taller de lectura en sala de internación de pediatría de nuestro hospital.



## **RELEVANCIA**

Investigar sobre la adherencia al tratamiento psicopedagógico nos posibilitaría sistematizar el trabajo que se viene realizando en el Equipo de Psicopedagogía, respecto de algunos aspectos del trabajo clínico con la población que allí se atiende.

Desde los inicios de nuestra tarea clínica, en los comienzos de la residencia (año 1994) hasta la actualidad, no se cuenta aún, con datos organizados y sistemáticos que den cuenta de las características de esta población, los distintos niveles de asistencia e implicancia al tratamiento y demás factores que puedan estar en relación con estos niveles de adherencia a los tratamientos.

Consideramos que tener un mayor y mejor conocimiento de la población, y de las modalidades de mantenimiento de los tratamientos garantiza una mejor atención de la misma y permitiría optimizar las prácticas que se llevan a cabo desde el equipo.

Poder revisar las intervenciones que lleva a cabo la psicopedagoga, y que están en relación con la asistencia al tratamiento del paciente, permitiría poder pensar cuales de ellas mejoran la calidad de atención del equipo y cuales podrían acarrear solamente el objetivo de la asistencia en tiempo y forma sin una real implicancia en el tratamiento llevado a cabo.

Consideramos que la realización de esta investigación es pertinente para el equipo y para el Hospital en general, por la posibilidad de poder acercarnos a un conocimiento más sistemático de quienes nos consultan y aprovechar de un modo más eficiente los recursos con los que contamos.

Así como también lograr un conocimiento de algunas de las intervenciones que son llevadas a cabo en el equipo, para poder repensar la necesidad de modificar o no las prácticas e intervenciones efectuadas hasta el momento.

Es importante destacar que no se han realizado hasta la actualidad investigaciones con relación a la adherencia a los tratamientos en la clínica psicopedagógica. Por esto creemos importante para la Psicopedagogía poder pensar en los factores socioculturales, institucionales y posibles intervenciones que la psicopedagoga a cargo del tratamiento de un niño pudiera realizar, que podrían estar en juego con el grado de adherencia a los tratamientos en dicha disciplina.

Así mismo nos resulta valioso el aporte que de esta investigación se pudiera obtener, como insumo para que otras disciplinas, dentro del ámbito de la salud mental, pudieran tomar de referencia.

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que éste tiene desde el punto de vista clínico, afectivo, económico y psicosocial para un niño; y afecta además, cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación psicopedagoga - paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto a tener en cuenta para la salud pública.

## **PROBLEMA CIENTÍFICO**

- ¿Cuáles son los factores que intervienen en el grado de adherencia al tratamiento psicopedagógico de los niños que se encuentran en tratamiento individual, durante un período mayor a seis meses hasta el 31 de Diciembre de 2006, en el Equipo de Psicopedagogía perteneciente al GTIAD, división pediatría del Hospital Carlos G. Durand?

## **HIPOTESIS**

Consideramos que los factores que colaboran con el grado de adherencia a los tratamientos psicopedagógicos son:

- Nivel socioeconómico del niño y su familia.
- Lugar de residencia del niño y su familia.
- Las intervenciones de la psicopedagoga orientadas a la asistencia al tratamiento.
- El profesional derivador al tratamiento.
- Experiencia en tratamientos.
- Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento.

## **OBJETIVOS**

### Generales:

- Describir el grado de adherencia al tratamiento psicopedagógico y su vínculo con: las características socioeconómicas de los niños, su lugar de residencia, las intervenciones de la psicopedagoga orientadas a la asistencia, el profesional derivador, el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y la experiencia en otros tratamientos a los que el niño asista o haya asistido.

### Específicos:

- Describir durante los últimos seis meses hasta diciembre de 2006 el grado de adherencia al tratamiento psicopedagógico.
- Describir la asistencia del niño al tratamiento psicopedagógico.
- Describir la implicancia de los padres en el tratamiento psicopedagógico.
- Describir la percepción de los padres acerca del problema de aprendizaje del niño.
- Describir la percepción de los padres acerca de la necesidad de tratamiento psicopedagógico para el niño.
- Describir la percepción de los padres acerca del proceso de tratamiento psicopedagógico.
- Describir la percepción de los padres acerca del vínculo que establecen con la psicopedagoga del niño.
- Describir la percepción de los padres acerca de su incidencia e las dificultades del hijo y en su resolución.
- Describir las acciones de los padres ante las orientaciones de la psicopedagoga.
- Describir la frecuencia en la que los padres dan aviso ante la ausencia al tratamiento psicopedagógico.
- Describir el derivador al tratamiento psicopedagógico.
- Describir si el niño tiene o ha tenido tratamientos paralelos
- Describir si el niño tiene o ha tenido tratamientos anteriores.
- Describir las intervenciones de la psicopedagoga que generan la accesibilidad al tratamiento psicopedagógico.
- Describir la frecuencia de atención en el horario acordado de la psicopedagoga al paciente.
- Describir la frecuencia con que se sostienen los turnos programados mensualmente.

- ❑ Describir la frecuencia con la cual los turnos son consensuados entre la profesional y los padres del paciente.
- ❑ Describir la frecuencia con la cual la psicopedagoga anticipa su ausencia a los padres del paciente.
- ❑ Describir el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento psicopedagógico.
- ❑ Describir la distancia entre la vivienda del niño y su familia y el hospital
- ❑ Describir el nivel socioeconómico del niño y su familia.
- ❑ Describir los ingresos económicos del núcleo familiar conviviente.
- ❑ Describir los niveles de escolaridad alcanzados por el padre o por la madre o adulto a cargo del niño.
- ❑ Describir la ocupación laboral de los padres.
- ❑ Describir la situación laboral del padre o la madre del niño.
- ❑ Describir el tipo de relación con la vivienda que habitan el niño y su grupo conviviente.

## MARCO TEORICO

### Adherencia al tratamiento

El término **adherencia al tratamiento** según DiMatteo y DiNicola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado<sup>2</sup>. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales.

La **definición** del término mas usada en los registros que existen en Internet la define como: grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el médico tratante en cuanto a la toma de medicamentos, el cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc), la asistencia a las otras citas con el médico, practicarse los exámenes por él ordenados, estar pendiente de tomarse los exámenes de control según la edad, etc<sup>3</sup>.

El término proviene de la medicina, al igual que todas las investigaciones que se han realizado respecto del tema.

Diversos factores psicológicos, demográficos y de comportamiento han sido vinculados con la adherencia al tratamiento.

Quisiéramos reflejar **algunas de las investigaciones y documentos** que nos sirven de apoyatura para pensar en factores que también puedan darse en la población clínica que se atiende en nuestro equipo de psicopedagogía.

Estudios<sup>4</sup> realizados y publicados en Chile en **población de pacientes adolescentes diabéticos** han mostrado que la motivación de logro, tiene una influencia en la adherencia mayor que los factores demográficos y metabólicos. Se sugiere que el conocimiento (información) resulta esencial para la adherencia del paciente, no obstante, la información por sí sola, parecería no ser suficiente para promover los cambios conductuales requeridos como parte del manejo de la enfermedad.

---

<sup>2</sup> Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol. Salud 1995;7(1):34-61).

<sup>3</sup> Revista cubana de publicación virtual en la pagina: [www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_2\\_03/mgi09203.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm).

<sup>4</sup> ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. . Rev. méd. Chile. [online]. mar. 2005, vol.133, no.3 [citado 21 Octubre 2006], p.307-313. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000300006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887.

A su vez, el nivel socioeconómico del paciente ha sido asociado con la adherencia al tratamiento, reportándose una correlación directa entre ambas variables.

Estudios realizados en **pacientes con infección por H.I.V.** arrojan diferentes datos acerca de factores que se relacionan con la adherencia a los tratamientos en los pacientes que portan dicha enfermedad<sup>5</sup>.

Estos estudios sostienen que las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como también el nivel cultural y la situación económica estable, no son factores predictores del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, se ha observado que los pacientes de mayor edad presentan mejor adherencia al tratamiento, a excepción de los pacientes mayores de 75 años en los que la comorbilidad empeora el cumplimiento.

El disponer de domicilio fijo y soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia. Esto hace pensar en indigentes, marginados y usuarios de drogas, cuya situación es extraordinariamente compleja.

Los factores de carácter psicológico también influyen en el cumplimiento. La ansiedad y la depresión empeoran la adherencia.

Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial (en el campo médico) parecen ser factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La percepción del beneficio potencial es fundamental en enfermedades crónicas y de curso asintomático.

En estudios específicos en **salud mental**, con respecto a la adherencia al tratamiento en **pacientes con esquizofrenia**<sup>6</sup> se han definido aspectos relacionados al insight que debería hacer el paciente para lograr una mayor adherencia al tratamiento.

Estos aspectos son:

#### **Cognitivos**

Conciencia de tener un trastorno mental

Aceptación de la "etiqueta" de enfermedad

Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

#### **Cumplimiento del tratamiento**

Percepción de la necesidad de tratamiento

Conciencia de los efectos del tratamiento

Atribución de posibles beneficios del tratamiento

Cooperación en el tratamiento

#### **Síntomas específicos**

---

<sup>5</sup> [www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/adherencia](http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/adherencia). Documento realizado por el grupo de estudio de SIDA de la Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 1999

<sup>6</sup> [www.portalsaludmental.com/Article61.html](http://www.portalsaludmental.com/Article61.html). Artículo: Insight y adherencia al tratamiento en esquizofrenia.



Conciencia de los síntomas particulares

Atribución de los síntomas particulares al trastorno

### **Temporales**

Grado de comprensión de tener actualmente un trastorno mental, incluyendo la necesidad y los beneficios del tratamiento

Grado de comprensión de haber tenido un trastorno mental en el pasado, incluyendo la anterior necesidad de tratamiento

Grado de comprensión para predecir el futuro curso de la enfermedad, incluyendo la futura necesidad de tratamiento

De acuerdo a una **investigación** publicada en [www.infodoctor.org](http://www.infodoctor.org)<sup>7</sup> acerca de la **adherencia al tratamiento en las psicosis: uno de cada cuatro pacientes** con trastorno mental severo fracasará en la adherencia a los programas terapéuticos.

Estos resultados han sido obtenidos luego de una búsqueda bibliográfica realizada en dos bases de datos electrónicas, incluyendo una base de datos específica de salud mental, más los listados de referencias. Se aceptó cualquier artículo si incluía pacientes con esquizofrenia, psicosis o trastornos mentales severos, si la adherencia al tratamiento era el resultado principal y si los pacientes fueron reclutados en un ámbito psiquiátrico. La definición de no-adherencia fue no tomar los fármacos tal y como fueron prescritos, o no mantener las citas como fueron programadas. Se permitió cualquier método para determinar estas variables.

Se encontraron **103 estudios**, de los cuales 86 proporcionaron suficientes datos para analizar casi **24.000 pacientes**. El diagnóstico estuvo distribuido equitativamente entre pacientes con esquizofrenia, psicosis o trastornos mentales severos. La mayoría de los pacientes estaban previamente en tratamiento (84%) o era su primer contacto (14%), con escasos estudios sobre pacientes con una historia previa de baja adherencia. La mayor parte de los estudios (85%) se realizó con pacientes ambulatorios o en pacientes tras su alta hospitalaria. La determinación de la no-adherencia se realizó predominantemente por las historias clínicas, entrevista con el médico o por escalas. El tamaño de los estudios tuvo un rango entre 20 y 2.300 pacientes, y la mitad de los estudios tuvieron menos de 100 pacientes. La duración fue tan corta como 2 semanas o tan larga como 4 años. La duración media fue de 8 meses y el 60% duró más de 6 meses.

Se encontró una clara relación, con tasas mayores de no-adherencia en estudios pequeños.

---

<sup>7</sup> Extraído de: "Bandolier" independent journal about evidence-based healthcare, written by Oxford scientists. Traducido en : [www.infodoctor.org/bandolera](http://www.infodoctor.org/bandolera)

El **Estudio Nacional** sobre adherencia al tratamiento realizado en **pacientes con hipertensión**<sup>8</sup> nos indican algunos datos a tener en cuenta en relación a los **métodos propuestos para medir la adherencia al tratamiento**.

Se menciona en el estudio que han sido propuestos diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento y que **aquellos basados en el autoinforme del paciente son los que están mejor validados**, ya que promediaron un índice de seguridad de entre el 52% y el 76%, y fueron los que mejor se correlacionaron con el conteo de píldoras, permitiendo clasificar correctamente con esa metodología al 75% de los hipertensos. Uno de esos métodos es el **test de Morisky-Green-Levine** que mostró un valor potencial predictivo del autoinforme sobre adherencia con capacidad para predecir el control en la presión arterial.

### **Test de Morisky-Green-Levine**

Este test consta de cuatro preguntas:

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder "SI" o "NO".

Según los autores y las validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no-adherentes a quienes contestan SI a una o más.

Para **monitorear la adherencia** al tratamiento existen dos procedimientos: los directos y los indirectos. Los métodos directos, basados en estudios médicos (marcadores en sangre u orina) y los indirectos que incluyen el juicio del médico, el conteo de píldoras, el conteo de comprimidos con microprocesador y el autorreporte del paciente. Este último, comparado con el nivel de drogas o el conteo de píldoras, ha demostrado una tendencia a sobrestimar la adherencia, pero es seguro al informar la no-adherencia. Así, Haynes y colaboradores<sup>9</sup>, estudiando los diversos métodos de medición de adherencia, comprobaron que el autoinforme del paciente fue el que mejor se correlacionó con el conteo de comprimidos, ya que el 70% de los pacientes que reportaron alta adherencia fueron confirmados como adherentes, mientras que el 90% de los que reportaron no-adherencia fueron confirmados con similar método.

---

<sup>8</sup> Revista Fed Argentina Cardiología 2005; 34: 104-111. ROBERTO A. INGARAMO y colaboradores. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Disponible en: [www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingaramo](http://www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingaramo)

<sup>9</sup> Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL: Can simple clinical measurements detect patients noncompliance Hyperten-sion 1980; 2: 757-76. Citado en la pagina web:: [www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingaramo](http://www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingaramo)

De acuerdo a los datos obtenidos en estas investigaciones, nos parece de relevancia poder hacer un estudio en relación a la clínica psicopedagógica y los factores que están en juego en la adherencia a los tratamientos que se llevan a cabo en nuestro equipo de trabajo.

Hemos visto que el tema es una **preocupación para la salud pública contemporánea** y tiene que ver (entre otras cosas) con la calidad de atención, el uso racional de los recursos, el cuadro de salud de la población y la calidad de vida del paciente y su contexto próximo. El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios. El **informe de la OMS** señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el **20 % los costos de la salud pública**.

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud.

Los pacientes, deberían ser "socios activos" de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión.

La **deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas:** dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida.

Podemos afirmar que las **dificultades de aprendizaje**, al igual que la mayoría de los trastornos que aparecen en la infancia, tiene un pronóstico mucho mas alentador cuanto mas tempranamente se detecten. Por lo tanto la importancia de la adherencia al tratamiento, una vez detectada la dificultad, evitará deserciones que conllevarían a agravar, retrasar o simplemente persistir en sus dificultades, con las consecuencias sociales, institucionales y emocionales que eso implica para un niño.

A su vez podemos pensar que un **tratamiento en psicopedagogía** (tratamiento tendiente a solucionar las dificultades de aprendizaje) puede tener que ver con cierta expectativa cultural y/o educacional de cada padre en relación a su hijo. La escuela podría ser vista en estas familias como portadora de un conocimiento social valorado por dicha familia y/o como lugar de contención institucional para ese niño. Por lo tanto podríamos pensar que una asistencia e implicancia en el tratamiento psicopedagógico de los padres de los niños que se atienden, podría tener que ver con una concepción positiva del aprendizaje en el ámbito escolar. Así como también un alto grado de adherencia podría tener que ver con reconocer en el tratamiento, a través de la figura del psicopedagogo, un ámbito de

contención institucional y de cierta confianza acerca de las dudas, dificultades, miedos, consultas, que se presenten con respecto a los hijos.

De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a lo no-progresión de las dificultades, favorece su conocimiento, evita las complicaciones, y tiende hacia la salud.

En definitiva, la adherencia al tratamiento constituye una conducta compleja en la que intervienen numerosos factores concomitantes.

En primer lugar, es importante referirse a las características de la organización de los **servicios de salud**. En este caso son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios de médicos. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo.

Por el contrario, la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento.

### **Acerca de los profesionales derivadores en las dificultades de aprendizaje**

A su vez hemos querido tomar la variable acerca del **profesional derivador** que moviliza la consulta en psicopedagogía, ya que venimos observando en nuestra experiencia clínica en el hospital, que existen profesionales médicos reconocidos que podrían jugar un rol importante en la futura adherencia al tratamiento psicopedagógico.

Estos profesionales son el **Dr. Jaime Tallis**, neuropediatra del hospital y la **Dra. Marta Piasco**, pediatra especializada en desarrollo. Ambos atienden en consultorios externos de pediatría e internación del hospital Durand, y ambos son derivadores de nuestro equipo.

El Dr. Tallis es un neurólogo infantil reconocido, autor varios libros, que dirige el Grupo de Trabajo Interdisciplinario en Aprendizaje y Desarrollo, del cual formamos parte como equipo de psicopedagogía. A él llegan numerosas consultas de niños y en gran proporción son niños con dificultades de aprendizaje.

A su vez la Dra. Piasco se ha especializado en desarrollo y en su especialidad realiza gran cantidad de evaluaciones de desarrollo, siguiendo a niños desde muy pequeños.

Creemos que los pacientes que son derivados principalmente por estos dos profesionales del hospital podrían tener una mejor adherencia, ya que en la mayoría de los casos se pone en juego gran cantidad de confianza y depositación de saber, que la comunidad hospitalaria que se atiende coloca en ellos.

Esto podemos pensarlo, entre otras cosas, a raíz de la gran cantidad de consultas que tienen del gran Buenos Aires o incluso del interior de la provincia o del país.

Podemos pensar que la adherencia al tratamiento tiene sus particularidades, de acuerdo a la especialidad o disciplina de dicho tratamiento. Por eso nos parece importante hablar de las **particularidades de la clínica psicopedagógica**.

### **Clínica psicopedagógica y dificultades de aprendizaje**

La clínica psicopedagógica, como la desarrollamos en el hospital, trabaja con niños en edad escolar. Hablamos de un niño que está referido a su posición de hijo y de alumno en un ámbito institucional y de quien se espera, entre otras cosas, que aprenda el contenido disciplinar en tiempo y forma que la escuela le propone. Que el **problema de aprendizaje** esté referido a lo escolar introduce cierto grado de contextualización de dicho problema.

Aquello que sucede en la clínica psicopedagógica tiene que ver con la **singularidad de un niño con dificultades** de aprendizaje; inserto en un marco de **relaciones con objetos de conocimiento**, con legalidades propias tanto de éstos objetos como de la institución educativa en la que estos se transmiten, con **discursos parentales** que otorgan significaciones y lugares para ese niño que aprende<sup>10</sup>.

Pensamos en un abordaje del problema de aprendizaje donde se irán tomando en cuenta estos diversos aspectos, para abrir un espacio en el que se generen situaciones que favorezcan y faciliten el encuentro con los objetos de conocimiento.

Decimos entonces, que lo que acontezca en la clínica tiene que ver con estas relaciones pero también, y en gran medida, con la posición que porte el profesional que direccionará dicho espacio terapéutico. Posición que estará atravesada por una determinada conceptualización del sujeto que aprende y del proceso de aprendizaje.

### **Acerca de la intervención psicopedagógica**

El diccionario define la "intervención" como la acción y efecto de intervenir, actuar o poner en juego, entremeterse, intervenir en los asuntos de los demás.

Entendemos por intervención clínica a una acción, por parte del psicopedagogo, que supone cierta intencionalidad y direccionalidad en función de determinado **objetivo terapéutico** en el marco de la clínica

---

<sup>10</sup> "Pensando las intervenciones en la clínica psicopedagógica". Equipo de Psicopedagogía. Ateneo general de la Residencia Hospital Durand. Año 2004.

psicopedagógica. Pensamos que la misma provoca efectos –buscados o no, positivos o negativos- y acontece dentro de una relación transferencial. Decimos que las intervenciones están orientadas por una determinada posición teórica pero también por diversos referentes clínicos que, al decir de Evelyn Levy, son aquellas producciones de los pacientes en las cuales se relacionan de un modo particular los aspectos subjetivos, cognitivos, orgánicos y socioculturales.

Son las producciones y acciones de nuestros pacientes las que nos permitirán reconocer que en algunos casos es a partir de nuestra intervención que se producen ciertos movimientos, en otros casos nuestra oferta podría resultar fallida y es a partir del análisis teórico y clínico que se buscará una nueva dirección a la intervención.

### **Acerca de la presencia de los padres en el tratamiento psicopedagógico**

Al hablar de clínica psicopedagógica necesariamente **hablamos de un niño** o adolescente. El trabajo con niños conlleva ciertas particularidades, a diferencia de la clínica de adultos.

Cuando un niño llega a la consulta, no lo hace solo, lo hace generalmente de la mano de sus padres. Su presencia, (la de los padres) dice Freud, no es simbólica como en el caso de un adulto, sino que la **presencia de los padres** en la infancia es real<sup>11</sup>.

Decir que los padres reales están presentes, hace que la clínica psicopedagógica con niños juegue otro papel. Porque allí no solo se juega el vínculo que la psicopedagoga tenga con el niño-paciente, sino también el vínculo que establezca con los padres, encargados estos de cumplir en tiempo y forma con el acontecer del tratamiento. Es justamente esta particularidad lo que, en algunas ocasiones, se puede presentar como un obstáculo en el sostenimiento del tratamiento de un niño.

Cuando **los padres de un niño consultan**, muchas veces lo hacen desde un lugar de desfallecimiento de saber; por alguna razón los padres no escuchan, no entienden el llamado de su hijo o suponen no saber sobre él. La falta de saber es la que, en general, lleva a que alguien se pregunte. Por eso decimos que para que un niño llegue a consulta debe haber ahí otro adulto dispuesto a escuchar esto que al niño le sucede y será este adulto que estará sumamente implicado en el grado de adherencia al tratamiento de ese niño.

En algunas ocasiones llegan preguntando qué hacer con su hijo, será en su discurso donde se podrán percibir las dificultades que estos tienen. A veces piensan que lo que le pasa a su hijo, parece dirigido contra ellos: "él no me lee" "él o ella no me aprende". Podríamos decir que en algunos casos, estamos convocados por los padres al lugar de **sujeto supuesto al saber**, lugar que

---

<sup>11</sup> "Acerca del trabajo con padres en la clínica psicopedagógica". Ateneo gral de la Residencia hospital J.M. Penna. Año 2004

muestra el equívoco, la caída de la imagen parental, ya que ellos suponen no saber lo que le pasa al hijo. Desde esta pregunta del Otro es desde donde se **constituirá la demanda**, no para acallar el padecimiento del niño, no para dar una receta que obture la angustia; sino para que el niño pueda ser escuchado. Para que esto ocurra es necesario que ocupemos en la subjetividad de los padres, o por lo menos, en alguno de ellos el lugar de sujeto supuesto al saber.

En el trabajo con niños, **el dispositivo incluye la presencia de los padres**. La intervención, sea escucharlos, alejarlos, excluirlos, interpretarlos, cualquiera sea la posición tomada implicará una **intervención** en el campo de la transferencia. Cuando nos preguntamos desde dónde ese niño construye su saber y conocer, no podemos dejar de lado la trama deseante, ya que el niño construye sus teorías desde la posición que él ocupa respecto del Otro.

Las entrevistas con padres son necesarias porque es preciso que un adulto venga a hablar en relación a ese niño. Existe **una relación de necesidad lógica** de los padres con respecto al niño.

Pensando en el **"para qué" del trabajo con padres** en la clínica con niños. Nos encontramos con una función primordial, mínima e indispensable, que tiene que ver con **garantizar la continuidad del tratamiento** para el niño, lo cual no es tarea fácil. Si descuidamos la ya mencionada dependencia real de los niños con los padres, nos podemos quedar "sin niño en la clínica psicopedagógica con niños"<sup>12</sup>.

Muy frecuentemente nos encontramos en la consulta psicopedagógica con niños que han sido **derivados por la escuela**, cuyos padres no se han formulado ninguna pregunta, acercándose porque son mandados, sin haber asumido una demanda, en este caso puede peligrar la posibilidad de un espacio para el niño, por lo tanto, construir la demanda será el primer paso. Esto en los casos en que la demanda de la escuela es acertada respecto a la derivación, no tomaremos los casos en los que dicha derivación no es acertada y los padres no acuerdan con la institución y por ende no respondan a tal demanda cuando las dificultades se presentan debido a otros factores externos al niño.

Será fundamental, en el trabajo con los padres, movilizar ciertas cuestiones para permitir y facilitar al niño un proceso en el que se ve impedido: aprender. Al intervenir con los padres apostamos a que dichas intervenciones resuenen en el niño, movilizando ciertas creencias, pareceres y modos de ver las cosas para que así el aprendizaje del niño tenga lugar.

Desde una **mirada sistémica**, el lugar de los padres en la clínica con niños también tiene características esenciales.

Como decíamos antes generalmente los niños son traídos por un adulto responsable, pudiendo ser este la madre y/o el padre, o cualquier otra persona que cumpla sus funciones. Los niños mantienen con estas personas relaciones estables e intensas desde lo afectivo; podemos decir que integran **un "sistema**

---

<sup>12</sup> "Acerca del trabajo con padres en la clínica psicopedagógica". Ateneo gral de la Residencia hospital J.M. Penna. Año 2004

**familiar”** y es en interacción donde cada niño irá construyendo sus propios esquemas de aprendizaje, que no serán neutros sino que estarán teñidos por las significaciones que sus padres, con sus modos de entender la realidad, le transmitan a través de conductas, sentimientos, pensamientos, valores, etc.

Desde una perspectiva sistémica, más específicamente desde el modelo de Palo Alto, se sostiene que la **conducta de un miembro integrante de un sistema influye en la de los otros**. Y son determinadas respuestas a determinadas conductas del otro las que generan los problemas creando así un círculo vicioso donde más de lo mismo contribuye al mantenimiento de la situación no deseada. Se puede entender entonces que el problema no está ni en el niño, ni en los padres, ni en el conocimiento, sino en la interacción entre estos.

En un **sistema familiar los padres son los miembros privilegiados** para que desde ellos otra conducta o significación sea posible. Cuando los padres se deciden a consultar a un profesional, es porque ellos ya no saben cómo solucionar la situación y suponen un saber en el terapeuta acerca de lo que le pasa a su hijo y el modo de solucionarlo.

Uno de los **primeros objetivos** del terapeuta al iniciar un trabajo con los padres debe ser el construir un **vínculo empático** con ellos, a fin de que se sientan comprendidos en su situación y en su particular punto de vista y particulares conductas y sentimientos respecto del problema por el que consultan. Mirar la situación desde una perspectiva compartida con los padres.

Consideramos que la posibilidad de trabajo realizado durante el tiempo de tratamiento psicopedagógico, así como la posibilidad de observar avances o detenimientos en dicho proceso podrían relacionarse con la implicancia de los adultos a cargo del niño en el tratamiento. Esto guardaría relación con la experiencia alta o baja que los padres del niño posean en relación a la posibilidad de adherencia a diferentes tratamientos a los que haya asistido su hijo



## **MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE DISEÑO:**

Se trata de una investigación del tipo descriptivo. Se intentará conocer el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes que se atienden en el equipo de psicopedagogía, así como también los factores que están en relación con dicho grado de adherencia.

### **FUENTES DE INFORMACIÓN**

Se tomarán las siguientes fuentes:

- primaria:
  - Entrevista semidirigida con los padres de los niños que se encuentran en tratamiento psicopedagógico en el equipo y que están dentro de la muestra.
- secundaria indirecta:
  - Historias clínicas
  - Fichas de estadísticas mensuales del equipo.
  - Registro de las entrevistas de admisión.
  - Registro de rondas de pacientes atendidos por el equipo
  - Material bibliográfico consultado (fuentes en papel y virtuales)

### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION**

-Entrevista semidirigida a los padres de los niños en tratamiento psicopedagógico en el equipo. Anexo

-Revisión bibliográfica realizada.

### **MUESTRA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Integran el universo todos los niños que se encuentra en tratamiento psicopedagógico individual en el equipo de Psicopedagogía del Hospital Durand, división Pediatría, por un periodo mayor a 6 (seis) meses hasta el 31 de Diciembre de 2006, siendo en total **27 casos**.

Los criterios de inclusión utilizados para la incorporación a esta investigación han sido:

- Niños que se encuentran actualmente en tratamiento psicopedagógico por un período mayor a seis meses, aunque hayan comenzado en instancia de diagnóstico en dicha franja de tiempo.
- Niños que sean atendidos por profesionales del equipo (concurrentes, residentes, residentes rotantes).

El criterio de exclusión hace referencia a los niños que se consideran fuera de esta investigación:

- Niños que han desertado o hayan sido dados de alta del tratamiento psicopedagógico.
- Niños que no cumplen con el criterio de haber estado como mínimo 6(seis) meses de tratamiento psicopedagógico, incluyendo la instancia diagnóstica, si la hubiere.
- Niños que han ingresado al equipo por el Programa de Seguimiento a niños prematuros y se encuentren en instancias de diagnóstico, tratamiento o seguimiento.
- Niños que pertenecen al grupo de tratamiento psicopedagógico que se realiza en el equipo.
- Niños cuyos padres no se encuentren en condiciones de comprender las preguntas del instrumento y/o brindar respuestas coherentes.

<b>MATRIZ DE DATOS Y DEFINICION DE VARIABLES</b>
--

OBJETO DE ESTUDIO: adherencia al tratamiento psicopedagógico.

UNIDAD DE ANALISIS: el niño en contexto

VARIABLE DEPENDIENTE: adherencia al tratamiento

VARIABLES INDEPENDIENTES O INTERVINIENTES: factores que intervienen.

<b>Adherencia al tratamiento</b>						
Asistencia			Implicancia			
Niño			Muy Alto	I Alto	Medio	Poco implicados
Alta	Media	Baja				

Implicancia										
Percepción del problema de aprendizaje		Percepción de la necesidad de tratamiento			Percepción acerca de los efectos del tratamiento			Percepción acerca del vínculo que establecen con la psicopedagoga		
si	no	si	Indiferente	no	Avances	No hay modificaciones	Retrosos	Muy bueno	Bueno	Poco satisfactorio

Implicancia									
Percepción acerca de su incidencia en las dificultades y en su resolución		Orientaciones de la psicopedagoga					Aviso ante la ausencia		
Si	No	Las valora y las cumple	Las valora pero no las cumple	No valora y cumple	No valora y no cumple	No registra orientaciones	Casi Siempre	A veces	nunca

- **Adherencia al tratamiento**: hacemos referencia a una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente y sus padres con el tratamiento, así como también al grado de asistencia que dicho tratamiento requiere.
  - a- Alta: cuando el nivel de asistencia es alto y el nivel de implicancia es muy alto o alto. También ingresarán en esta categoría aquellos que cumplan con un nivel de asistencia medio y un nivel de implicancia muy alto.
  - b- Media: cuando el nivel de asistencia y el nivel de implicancia son medios. Cuando la sub-variable implicancia presente un nivel alto o muy alto y asistencia un nivel bajo. Así como también aquellos con un nivel de implicancia alto y una asistencia media.
  - c- Baja: cuando el nivel de asistencia y el nivel de implicancia son bajos. También entrarán en esta categoría aquellos casos en los cuales se presente un nivel de asistencia medio o alto y un nivel de implicancia bajo, como así también un nivel de implicancia medio y un nivel de asistencia bajo.
  
- 2. **Asistencia**: nos referimos a la concurrencia del paciente a las citas programadas con la psicopedagoga.
  - a- alta: cuando concurre al hospital para la atención psicopedagógica entre un 100% a un 80% de las veces que son citados por la psicopedagoga a cargo del tratamiento.
  - b- Media: cuando concurren cuando concurre al hospital para la atención psicopedagógica entre un 79% a un 65% de las veces que son citados por la psicopedagoga a cargo del tratamiento.
  - c- Baja: cuando concurre al hospital para la atención psicopedagógica un 64% o menos de las veces que son citados por la psicopedagoga a cargo del tratamiento
  
- 3. **Implicancia**: condición presente en aquellos padres, cuyos hijos se encuentran en tratamiento psicopedagógico, que perciben las dificultades de aprendizaje que presenta su hijo, su incidencia en la posibilidad de solución de las mismas, la necesidad de tratamiento de éstas, así como también el avance logrado a partir del mismo. Además son padres que logran establecer un vínculo satisfactorio con la psicopedagoga, permitiendo esto valorar y cumplir las orientaciones que esta última les sugiere y que generalmente dan aviso ante su ausencia al tratamiento.

- a- Muy alto: cuando los padres perciben el problema de aprendizaje así como también la necesidad de tratamiento y se perciben como parte incidente en la problemática que presenta su hijo y en su resolución. Son padres que perciben avances en cuanto a los efectos del tratamiento o no modificaciones, establecen un vínculo muy bueno con el profesional y valoran las orientaciones que éste les sugiere, pudiéndolas llevar a cabo. Son padres que casi siempre o a veces dan aviso ante su ausencia a las citas programadas.
  - b- Alta: cuando los padres perciben el problema de aprendizaje así como también la necesidad de tratamiento y se perciben como parte incidente en la problemática que presenta su hijo y en su resolución. Son padres que perciben avances en cuanto a los efectos del tratamiento o no modificaciones, establecen un vínculo bueno con el profesional y valoran las orientaciones que éste les sugiere pero no las cumplen.
  - c- Medio: cuando la combinatoria de las respuestas brindadas no entra dentro de los valores de alto, muy alto o poco implicados.
  - d- Poco implicados: cuando los padres perciben o no perciben el problema de aprendizaje, pueden ser indiferentes o no percibir la necesidad de tratamiento psicopedagógico ni se perciben como parte incidente en la problemática que presenta su hijo y en su resolución. Son padres que no registran orientaciones o registrándolas sin valorarlas positivamente, pudiéndolas llevar o no a cabo.
- Percepción del problema de aprendizaje: posibilidad por parte de los padres de percibir dificultades pasadas o actuales en el aprendizaje escolar en su hijo. Nos referimos a la posibilidad de nombrar alguna de ellas.
    - a- Si: cuando los padres perciben dificultades y pueden hacer referencia a las mismas.
    - b- No: cuando los padres no perciben dificultades.
  - Percepción de la necesidad de tratamiento: posibilidad por parte de los padres de percibir la necesidad de tratamiento psicopedagógico para abordar las dificultades de aprendizaje que presenta su hijo.
    - a- Si: cuando los padres perciben la necesidad de que las dificultades descritas sean abordadas y además valoren positivamente el espacio.

- b- Indiferente: cuando los padres dudan acerca de la necesidad de tratamiento psicopedagógico y/o no valoran positivamente el espacio
  - c- No: cuando los padres no perciben la necesidad de que las dificultades descritas sean abordadas y/o además no valoran positivamente el espacio.
- Percepción de los efectos del tratamiento: posibilidad por parte de los padres de percibir y mencionar cambios, atribuibles al tratamiento psicopedagógico, ya sea en relación a las dificultades por las que consultaron o por otras que no formaron parte inicialmente del motivo de consulta.
  - a- Avances: cuando los padres mencionan cambios positivos ya sea en relación a las dificultades por las que consultaron o por otras que no formaron parte inicialmente del motivo de consulta.
  - b- no hay modificaciones: cuando los padres no perciben cambios ya sea en relación a las dificultades por las que consultaron o por otras que no formaron parte inicialmente del motivo de consulta.
  - c- retrocesos: cuando los padres mencionan cambios negativos ya sea en relación a las dificultades por las que consultaron o por otras que no formaron parte inicialmente del motivo de consulta.
- Percepción acerca del vínculo que establece con la psicopedagoga: modo en que los padres perciben el vínculo que ellos establecen con la psicopedagoga a cargo del tratamiento de su hijo.
  - a- Muy bueno: cuando los padres pueden expresar conformidad con el manejo que la profesional realiza del tratamiento (características positivas en relación al vínculo con la psicopedagoga, tanto de ellos y/o como de sus hijos).
  - b- Bueno: cuando los padres sólo mencionan características de personales de la psicopedagoga.
  - c- Poco satisfactorio: cuando los padres expresan disconformidad en el manejo que la profesional realiza del tratamiento
- Percepción de los padres acerca de su incidencia en las dificultades y en su resolución: posibilidad, por parte de los padres, de percibirse como parte

interviniente en la problemática por la que consultaron y en la resolución de la misma.

- a- Si: cuando los padres se perciben como parte interviniente en la problemática de sus hijos y además considere que cambios en su accionar puedan contribuir la resolución de la misma.
  - b- No: cuando los padres dicen desconocer los motivos que generaron la problemática que presenta su hijo o bien la atribuyen a factores externos y además no consideren que cambios en su accionar pueda contribuir a la resolución de la misma.
- Orientaciones de la psicopedagoga: sugerencias e indicaciones que la psicopedagoga efectúe a los padres en el devenir del tratamiento psicopedagógico de su hijo.
    - a- Valora y cumple: cuando los padres valoran positivamente las orientaciones brindadas y las llevan a cabo.
    - b- Valora pero no cumple: cuando los padres valoran positivamente las orientaciones brindadas pero no logran llevarlas a cabo.
    - c- No las valora y las cumple: cuando los padres no valoran positivamente las orientaciones brindadas, sin embargo, las llevan a cabo.
    - d- No las valora y no las cumple: cuando los padres no valoran positivamente las orientaciones brindadas y no las llevan a cabo.
    - e- No registra orientaciones: cuando los padres mencionan no haber recibido orientaciones por parte de la psicopedagoga.
  - Aviso ante la ausencia: hace referencia al aviso o no que efectúan los padres, con anterioridad, cuando no podrán concurrir a los encuentros pautados en el marco del tratamiento psicopedagógico.
    - a- casi siempre
    - b- a veces
    - c- nunca

<b>Derivador</b>					
Neuropediatra	Pediatra del desarrollo	Otros profesionales del hospital	Escuela	E.O.E y CERI	Otros profesionales externos al hospital

- **Derivador:** se considera aquel profesional que deriva al niño a tratamiento psicopedagógico.

1-Neuropediatra: nos referimos al Dr. Jaime Tallis

2-Pediatra del desarrollo: nos referimos a la Dra. Marta Piasco

3-Otros profesionales del hospital: hacemos referencia a aquel profesional que pertenece y desempeña su trabajo en el hospital y/o Centro de Salud perteneciente al mismo, excluyendo al Neuropediatra y la Pediatra del desarrollo.

4-Escuela: nos referimos a la escuela a la que asiste el paciente y a los profesionales (docentes, directivos, maestras recuperadoras) que desde allí derivan al niño a tratamiento.

5-Equipo de orientación escolar y CERI: hacemos referencia al E.O.E. o CERI que corresponde a la escuela a la que asiste el paciente, así como también a los profesionales que integran dicho equipo y que derivan al niño a tratamiento psicopedagógico.

6-Otros profesionales externos al hospital: hacemos referencia a otros profesionales que derivan al niño a tratamiento y que se encuentran por fuera tanto de la escuela como del E.O.E o CERI.

<b>Tratamientos paralelos</b>		<b>Tratamientos anteriores</b>	
Si	No	si	No



- **Experiencia en tratamientos:** nos referimos a otro u otros tratamientos, además del tratamiento psicopedagógico, en los cuales el paciente deba asistir regularmente.
    - d- Alta experiencia de tratamientos: nos referimos a los pacientes que hayan realizado tratamiento/s anteriores y que a su vez realicen tratamiento/s paralelos al de psicopedagogía.
    - e- Mediana experiencia en tratamientos: nos referimos a pacientes que hayan realizado algún tratamiento anterior o paralelo al de psicopedagogía.
    - f- Sin experiencia en tratamientos: pacientes que sólo hayan concurrido al actual tratamiento psicopedagógico.
1. Tratamientos paralelos: cuando el paciente concurre regular y simultáneamente a otro tratamiento, de otra especialidad, además de asistir al tratamiento psicopedagógico.
  2. Tratamientos anteriores: nos referimos a aquellos tratamientos realizados por el paciente con anterioridad al tratamiento psicopedagógico actual, en los cuales haya concurrido regularmente. Aclaramos que dichos tratamientos anteriores pueden o no ser psicopedagógicos.

<b>Intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de la asistencia del paciente al tratamiento</b>											
Se registran acciones de manera frecuente			Se registran acciones de manera esporádica			No se registran acciones facilitadoras de la asistencia					
Atención en el horario acordado			Sostener la cantidad de turnos programados mensualmente			Turnos consensuados			Anticipación de la ausencia al paciente		
Casi siempre	A veces	nunca	Casi siempre	A veces	nunca	Casi siempre	A veces	nunca	Casi siempre	A veces	Nunca

- **Intervenciones de la psicopedagoga favorecedoras de asistencia:** acciones, por parte del psicopedagogo, que supone cierta intencionalidad y direccionalidad en función de determinado objetivo terapéutico, en este caso la facilitación de la asistencia del paciente al tratamiento.

- a- se registran acciones de manera frecuente: cuando las intervenciones descritas se dan casi siempre o no registra suspensiones en 3 de las 4 subvariables.
- b- se registran acciones de manera esporádica: cuando en 2 las subvariables los valores son casi siempre.
- c- no se registran acciones facilitadoras: cuando en más de 2 subvariables se registran nunca

**Los valores de cada subvariable se midieron de acuerdo a lo expresado textualmente por los padres.**

2. Atención en el horario acordado: nos referimos a la atención puntual en el horario acordado con el paciente, en las sesiones de tratamiento psicopedagógico.
  - a) Casi siempre
  - b) A veces
  - c) nunca
  
3. Sostener la cantidad de turnos programados mensualmente: nos referimos a la acción por parte de la psicopedagoga de mantener los turnos acordados en el mes, más allá de las contingencias que pudieran aparecer. Esto podría darse recuperando sesiones en las que se suspenda el encuentro por causas ajenas al paciente.
  - a) Casi siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
  
4. Turnos consensuados: nos referimos a la posibilidad que brinda la psicopedagoga de otorgar turnos al paciente, intentando cierto acuerdo con los padres acerca de sus posibilidades en días y horarios para poder concurrir al tratamiento.
  - a) Casi siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
  
5. Anticipación de la ausencia al paciente: nos referimos a la situación en que la psicopedagoga da aviso con anticipación de las licencias que se tomará, así como también de alguna ausencia a los encuentros pautados.

- a) Casi siempre
- b) A veces
- c) Nunca

<b>Tiempo transcurrido de tratamiento</b>		
6 a 12 meses	13 a 18 meses	19 o más meses

- **Tiempo transcurrido de tratamiento:** hace referencia al tiempo transcurrido hasta Diciembre de 2006 (inclusive), desde el comienzo de inicio del tratamiento psicopedagógico, incluyendo la instancia diagnóstica si la hubiere y si ha sido realizada por la misma psicopedagoga que lleva adelante dicho tratamiento. **Está expresado en meses.**

<b>Lugar de residencia del niño y su familia</b>		
Dentro del área programática del hospital	Dentro de Capital Federal pero fuera del área programática del hospital	Provincia de Buenos Aires

- **Lugar de residencia del niño y su familia:** hacemos referencia a si la vivienda que habita el niño y su familia se encuentran dentro o fuera del área programática de nuestro hospital, y a su vez tenemos en cuenta si viven dentro o fuera de la Capital Federal

<b>Nivel socioeconómico del niño y su familia</b>				
Alto		Medio		Bajo
Nivel de ingresos	Nivel de instrucción alcanzada	Relación con la vivienda	Ocupación laboral	Situación laboral

- a- Alto: cuando el nivel de ingresos de la familia es más de \$900 y alguno de los padres posea un nivel de instrucción alto. También entrarán en esta categoría quienes posean un nivel de ingresos alto, con un nivel de instrucción medio o viceversa, teniendo como condición el poseer una vivienda propia y una situación laboral continua.
- b- Medio: cuando el nivel de ingresos de la familia es entre \$600 y \$900 o más y alguno de los padres poseen un nivel de instrucción medio o alto. Entrarán aquí también, quienes estén dentro del combinatorio: nivel de instrucción bajo y nivel de ingresos alto o viceversa.
- c- Baja: cuando el nivel de ingresos de la familia es bajo y un nivel de instrucción medio, o el caso contrario; nivel de instrucción bajo y nivel económico medio. En esta categoría entran aquellos de nivel bajo de instrucción y bajo de ingresos.

Nivel de instrucción alcanzado								
Alto			Medio			Bajo		
Escolaridad máxima alcanzada por alguno padres								
Sin escolarización	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Terciario incompleto	Terciario completo	Universitario incompleto	Universitario completo

- Nivel educativo alcanzado: Hace referencia al nivel de estudios más elevado alcanzado por alguno de los padres del niño.

1. sin escolarización
2. primaria incompleta
3. primaria completa
4. secundario incompleto
5. secundario completo
6. universitario incompleto
7. universitario completo

Alto: cuando realizó estudios terciarios completos o incompletos y/o universitarios completos o incompletos. También incluiremos aquí quienes hayan realizado una escolaridad secundaria completa.

Medio: cuando realizó una escolaridad secundaria incompleta

Bajo: cuando realizó primaria completa o incompleta, o bien ausencia de escolarización.

Nivel de ingreso		
Indigencia	Pobreza	Necesidades básicas satisfechas
\$ 600 o menos	Entre \$ 600 y \$900	Mas de \$900

- Nivel de ingreso: hace referencia a la cantidad de dinero que percibe regularmente la familia por cualquier concepto. Se considerarán los ingresos del grupo familiar en su conjunto, padre, madre, hermanos y otros convivientes.

1. \$600 o menos: Indigencia
2. entre \$600 y \$900: pobreza
3. más de \$900: necesidades básicas satisfechas

Ocupación laboral						
Desemplead o	Empleado	Comerciante	Oficio sin capacitación / servicios	Oficio con capacitación	Profesional	Otros

- Ocupación laboral padre - madre: hace referencia al trabajo o actividad, que alguno de los padres del niño efectúan en la prestación de trabajos. Se tomará en cuenta el progenitor que posea el mejor nivel de calificación de tareas y que sostenga económicamente al grupo familiar.
1. Desempleado: incluiremos en este grupo a todo padre o madre que no tenga actividad laboral por más de un mes.
  2. Empleado/ da: incluiremos en este grupo a todo padre o madre que desempeñe un trabajo en relación de dependencia
  3. Comerciante: incluiremos en esta categoría a todo padre o madre que desempeñe una actividad comercial en forma independiente. No se incluyen en esta categoría a los empleados de comercio, ya que se prioriza en la categorización la pertenencia al grupo anterior.
  4. Oficio sin capacitación /Servicios: actividad sin capacitación específica (por ej. Limpieza por horas, carpintería, herrería)
  5. Oficio con capacitación: actividad que requiere de cierto grado de capacitación formal sin llegar a ser profesional (maestro mayor de obras, enfermera, tecnicaturas varias)
  6. Profesional: incluiremos en este grupo a todo padre o madre que haya alcanzado estudios superiores que avalen el ejercicio de la categoría "profesional" y que se desempeñe laboralmente como tal.
  7. Jubilado/ pensionado.

Situación laboral	
Continua	Discontinua

- Situación laboral: hacemos referencia a la situación en que se encuentra alguno de los padres del niño, privilegiando aquel que logre la mayor estabilidad laboral.
  - a- Continua: cuando alguno de los padres no pasa más de tres días sin ocupación.

- b- Discontinua: cuando la actividad laboral sea esporádica y el padre se encuentre más de tres días sin actividad laboral.

Relación con la vivienda			
Propia	Prestada	Alquilada	Subsidiada

- Relación con la vivienda: hace referencia al tipo de relación que la familia conviviente del niño tiene con la vivienda donde habitan.
1. Propia: situación en que la vivienda pertenece a la familia conviviente del niño.
  2. Prestada: situación en que la familia conviviente del niño habitan en una casa prestada por un tercero.
  3. Alquilada: situación en que la familia conviviente del niño alquila, por medio de dinero, la vivienda donde habitan.
  4. Subsidiada: situación en que la familia posee una vivienda que es otorgada en concepto de subsidio por una autoridad estatal.

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS  
RESULTADOS**

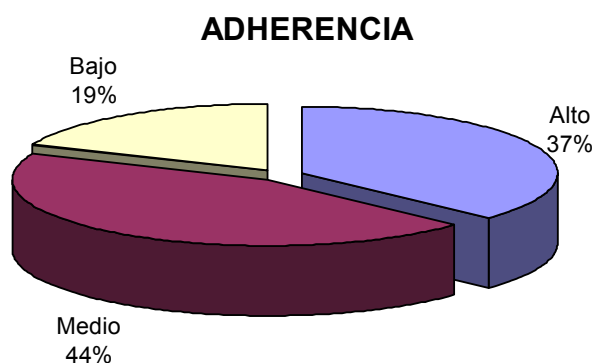


## RESULTADOS OBTENIDOS DE VARIABLES Y SUB VARIABLES

### ▪ Adherencia al tratamiento

Respecto de esta variable pudo observarse lo siguiente, que de los 27 casos estudiados:

- **12 casos** presentan un nivel de adherencia medio (casos 1, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23).
- **10 casos** presentan un nivel de adherencia alto (casos 2, 5, 6, 9, 12, 16, 19, 24, 25, 26).
- **5 casos** presentan un nivel de adherencia bajo (7, 8, 11, 22, 27).



Observamos de este modo que la mayoría de los pacientes que se atienden en el equipo tienen un grado alto o medio de Adherencia, siendo la menor proporción, los casos de baja Adherencia. Esto podría estar en relación con nuestro observable acerca de la poca deserción que encontramos en los pacientes atendidos por el equipo. Suponemos que una Alta Adherencia tiene que ver con la posibilidad de sostenimiento de un tratamiento psicopedagógico.

Un dato cualitativamente importante es que 3 casos de los 10 que corresponden a Alta Adherencia son atendidos por una misma profesional. El resto de los casos se distribuye de manera uniforme entre las distintas profesionales.

Esto nos lleva a reflexionar acerca del rol que cumple la profesional a cargo del tratamiento como factor interviniente en relación a la Adherencia.

No pudimos, en esta investigación, poder tomar este factor ya que era desigual el número de casos tomados de cada profesional en la muestra. Pero sin duda nos pareció un elemento más a tener en cuenta a la hora de medir la Adherencia en un tratamiento psicopedagógico.

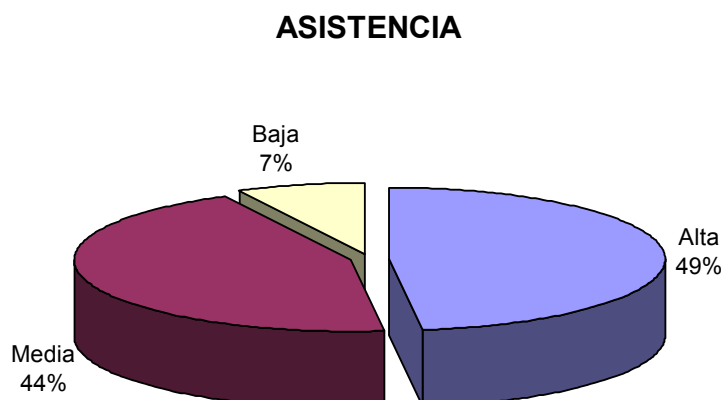
➤ **Asistencia:**

Al observar esta variable se extrajeron los siguientes datos: de los 27 casos estudiados;

- **13 casos** alcanzaron un alto nivel de asistencia (casos 2, 5, 6, 8, 9,15, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26).

- **13 casos** alcanzaron un nivel de asistencia medio (casos 1, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 23).

- Solo **1 caso** obtuvo un nivel de asistencia bajo (caso 7).



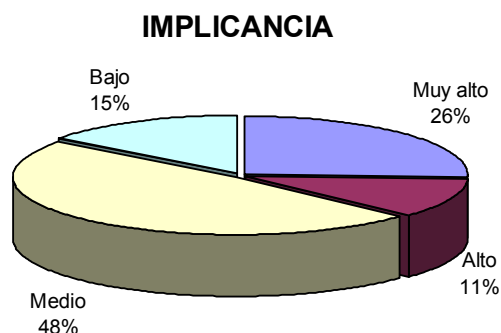
En esta variable nuevamente observamos una mayor concentración de casos en Asistencia alta y media, confirmando el observable del cual partimos al realizar nuestra investigación. Este dato nos muestra que los pacientes atendidos sostienen con continuidad el espacio de tratamiento ofrecido.

Para obtener este dato hicimos un relevamiento de las estadísticas mensuales que realiza el equipo, sacando el promedio de asistencia de los últimos 6 meses de cada paciente (en este caso el dato no fue obtenido de la entrevista).

➤ **Implicancia:**

Esta sub-variable se manifiesta de la siguiente manera, de los 27 casos analizados:

- **13 casos** corresponden a un nivel de implicancia medio (casos 1, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 27).
- **7 casos** corresponden a un nivel de implicancia muy alto (casos 2, 5, 9, 12, 16, 19, 24).
- **4 casos** corresponden a un nivel de implicancia bajo (casos 7, 8, 11, 22).
- **3 casos** corresponden a un nivel de implicancia alto (casos 6, 25, 26).



Esta variable nos habla del grado de implicancia, en el tratamiento psicopedagógico, que han mostrado los padres en las entrevistas. Fue medida teniendo en cuenta todo lo expresado por los padres y ponderando las variables: Percepción del vínculo con la psicopedagoga, Percepción del Problema de aprendizaje y Percepción de la incidencia de los padres en el Problema y en su resolución.

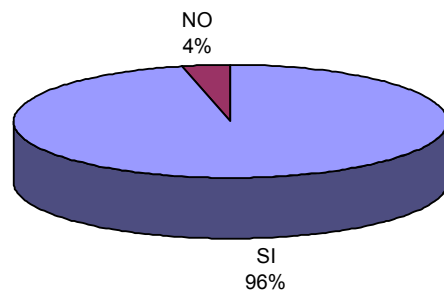
Nuevamente encontramos la menor proporción de casos en la categoría de baja implicancia.

**-Percepción de los padres del problema de aprendizaje:**

En relación con esta sub-variable pudo observarse que, de los 27 casos estudiados,

- **26 casos** manifestaron percibir dificultades (pasadas o actuales) en el aprendizaje escolar de sus hijos pudiendo mencionarlas
- Solo **un caso** (caso 8) no percibió dificultades en el aprendizaje escolar de su hijo.

### Percepción de Problema de Aprendizaje



En esta variable pudimos observar que casi todos los padres (salvo un caso) pudieron ubicar dificultades en el aprendizaje de su hijo. Esto podría estar en relación directa con las características de la clínica de niños.

En el caso de un niño, es el otro adulto quien detecta sus dificultades y quien lo trae a consulta. No solo los padres son quienes pueden detectar un problema de aprendizaje, sino también la escuela, la docente, el pediatra. Creemos que este alto porcentaje de Percepción de las dificultades está en relación con los otros adultos que sugieren, mencionan o derivan al niño a un espacio donde se trabajen dichas dificultades.

En algunos casos los padres mencionaban dificultades de aprendizaje específicas: *"no puede coordinar bien sus razonamientos, todo es automático. En matemática le cuesta mucho... la suma. Le cuesta entender o aplicar"*(caso 1)

En otros casos se mencionaban dificultades de cuestiones actitudinales: *"Para las tareas si no lo ayudo no lo hace. En la escuela también hay que estar pendiente. Por sí solo no lo va a hacer"*(caso 3)

Hubo casos donde ubicaron causas mixtas.

*"yo creo que es un poquito vaga, que no se pone mucho. Ella tiene un problema para leer, se pone nerviosa. Tiene muchas faltas de ortografía"*(caso 10)

En el caso 8, donde no se registraron dificultades, se expresó:

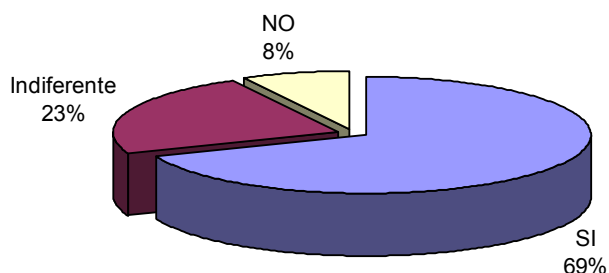
*"Va a escuela especial. La escuela especial le hace más bebe... del cuerpo ya sabe todo, le hacen dibujar y ella ya sabe todo. Lo más importante es la fono porque nosotros la vemos muy bien de otras cosas, como un chico normal te digo"*

### **-Percepción de los padres de la necesidad de tratamiento psicopedagógico:**

Esta sub-variable arrojó los siguientes datos: de los 27 casos analizados,

- **18 casos** percibieron la necesidad de tratamiento psicopedagógico para abordar las dificultades de aprendizaje que presenta o presentaba su hijo (casos 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27);
- **2 casos** no percibieron la necesidad de tratamiento psicopedagógico (casos 22, 8);
- **7 casos** se mostraron indiferentes a la necesidad de tratamiento psicopedagógico (casos 1, 7, 10, 11, 13, 14, 25).

**Percepción de necesidad de tratamiento**



En esta sub-variable también encontramos que la gran mayoría de los casos, los padres percibían la necesidad de tratamiento de las dificultades que habían mencionado.

Hubo casos donde el padre expresaba claramente la necesidad de atención psicopedagógica de dichas dificultades:

*"porque al tener atención fue avanzando muchísimo. Ahora puede esperar un tiempo, una pausa, antes no lo lograba"*(caso 17)

En la categoría INDIFERENTE, entraron aquellos padres que expresaron dudas acerca de la necesidad del espacio de tratamiento:

*"Hace un par de años atrás te hubiera dicho que no pero ahora... no se bien la diferencia entre psicopedagogía y psicología. A él le hace falta algo más que psicopedagogía, alguien que le ponga una buena penitencia"*(caso 13)

*"Yo trato de hacer todo lo mejor y si le sirve la traigo"*(caso 10)

En la categoría NO:

*"Otras personas me dijeron que si no era mejor una psicóloga. Vengo porque me mandaron del colegio. La maestra lo puso como condición para pasar de grado"*(caso 22)

Aquellos padres que perciben la necesidad de tratamiento, la ubican en algunos casos, con relación a los avances del niño. En otros casos se ubica la necesidad a partir de las dificultades que el niño aún presenta.

**-Percepción de los padres de lo efectos del tratamiento psicopedagógico:**

Esta sub-variable se presenta de la siguiente manera: de los 27 casos estudiados, - **22 casos** expresaron percibir **avances** en el tratamiento psicopedagógico de su hijo respecto de las dificultades que presenta o presentaba el niño (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27);

*"Fue un repunte grandísimo. Sabe hacer sumas, leer un poco"*(caso 27)

*"veo avances en el estudio fundamentalmente, y en el trato conmigo"*(caso 2)

- **5 casos** expresaron no percibir modificaciones en el tratamiento psicopedagógico respecto de las dificultades que presenta su hijo (casos 8, 11, 21, 22, 23);

*"veo que no avanza"*(caso 21)

*"no hay granes cambios, no hay modificación"*(caso 22)

- **ningún caso** expresó percibir retrocesos en el tratamiento psicopedagógico.

En la gran mayoría de los casos los padres ubicaron avances atribuibles al tratamiento psicopedagógico, escuchándose gran dispersión en el aspecto cuantitativo.

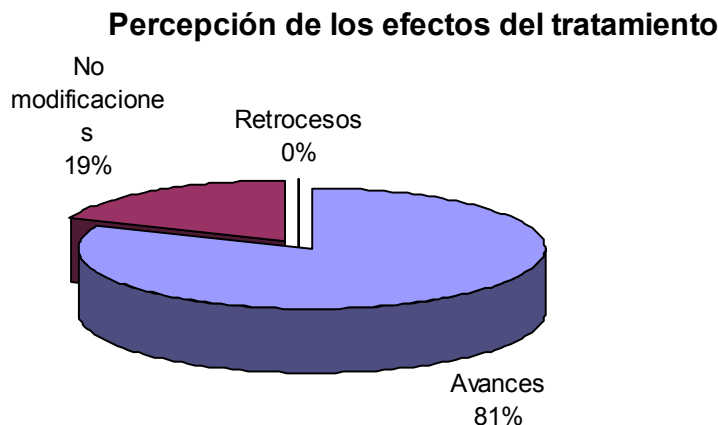
*"hay avances, no mucho tampoco"* (caso 1)

*"avanzó mucho hasta el día de ahora"*(caso 12)

*"Todo avances. Ella adora venir acá. Registra los tiempos, maduró muchísimo... yo estoy muy agradecida"*(caso 5)

Pudimos observar que no siempre los avances mencionados estaban en relación con las dificultades concretas por las que se consultó. A raíz de esto nos preguntamos por la pertinencia de incluirlos dentro de la categoría AVANCES. Decidimos incluirlos finalmente, debido a que los padres expresaban conformidad con los cambios surgidos, los valoraban ellos mismos como un avance y los atribuían al tratamiento psicopedagógico.

*"cambió la actitud de ella. Yo creo que está mucho mejor. Seguirá con sus faltas, le cuesta leer, pero cambió la actitud"*(caso 10)



### **-Percepción de los padres del vínculo que establecieron con la psicopedagoga:**

En relación con esta sub-variable pudo observarse lo siguiente, de los 27 casos estudiados,

**-12 casos** establecieron un vínculo muy bueno con la psicopedagoga de su hijo (casos 1, 2, 5, 4, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 24, 27);

*"el vínculo es muy bueno porque hablo abiertamente con ella. Le digo lo que pienso y ella también. Me va guiando"*(caso 17)

*"el vínculo es excelente porque encontré en ella alguien que me escuchó, me orientó, una contención muy grande"*(caso 5)

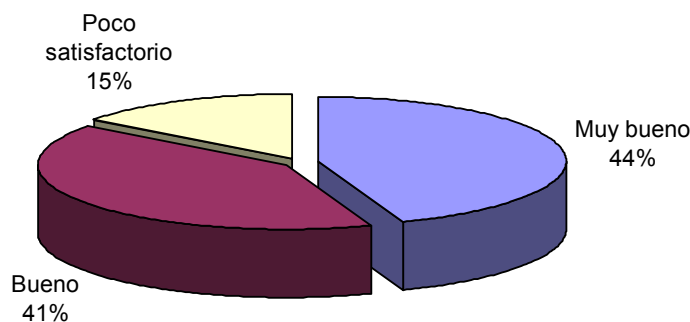
**- 11 casos** establecieron un vínculo bueno con la psicopedagoga de su hijo (casos 3, 6, 7, 10, 14, 15, 18, 21, 23, 25, 26);

*"el vínculo es bueno, porque ella tiene paciencia, tiene carisma para los chicos, buen trato"*(caso 14)

**- 4 casos** establecieron un vínculo poco satisfactorio con la psicopedagoga de su hijo (casos 8, 11, 20, 22).

*"siempre venimos y contestamos las preguntas de ella"*(caso 22)

#### **Percepción de vínculo con PSP**



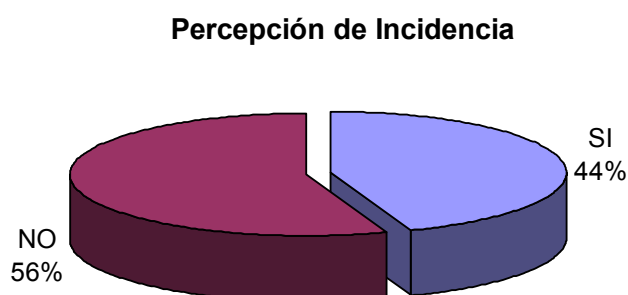
En esta sub-variable se observó gran dispersión entre la categoría BUENO y MUY BUENO y un menor número de casos en POCO SATISFACTORIO.

Nos parece importante destacar que estos valores fueron inferidos por lo expresado por los padres a lo largo de toda la entrevista. Ningún padre expresó literalmente lo poco satisfactorio del vínculo que establecieron con la psicopedagoga.

### **-Percepción de los padres de su incidencia en la problemática de su hijo en la resolución de la misma:**

Esta sub-variables se presentó de la siguiente manera: de los 27 casos estudiados; **-12 casos** se percibieron como parte incidente en la problemática de su hijo y en la resolución de la misma (casos 2, 5, 6, 9, 12, 16, 19, 20, 23, 24, 25, 26)

**-15 casos** no se percibieron como parte incidente en la problemática de su hijo ni en la resolución de la misma (casos 1, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 27).



Observamos de este modo que la mayoría de los pacientes que se atienden en el equipo tienen un grado alto o medio de Adherencia, siendo la menor proporción, los casos de baja Adherencia. Esto podría estar en relación con nuestro observable acerca de la poca deserción que encontramos en los pacientes atendidos por el equipo. Suponemos que una Alta Adherencia tiene que ver con la posibilidad de sostenimiento de un tratamiento psicopedagógico.

. En ella encontramos gran dispersión en las respuestas dadas. El valor otorgado ha sido inferido a través de lo expresado a lo largo de toda la entrevista.

Dentro de la categoría **SI** encontramos:

Como causa de las dificultades el caso 5 ubicó: *"la falta de mi presencia, cambios de un lugar a otro. Se me estaba cortando el diálogo"*

Caso 6: *"para ayudarlo ahora me estoy calmando, estoy más relajada. Necesita que yo esté al lado de él"*

Caso 16: *"yo no estaba en condiciones de hacerme cargo de lo que es ser madre. Para ayudarlo intento estar"*

Por otro lado se ha intentado escuchar si ese padre puede mencionar que cambios en su conducta repercuten en la resolución de las dificultades mencionadas.

*"ahora lo que hago es tranquilizarme yo y hablarle"*(caso 2)

*"ahora hago mucho, antes no podía. Si lloraba lo dejaba porque no podía con eso, ahora nos comunicamos"*(caso 24)



Dentro de la categoría **NO** mencionamos estos ejemplos:

*"desde que falleció el padre que empezó con esta dificultad. Le hicimos estudios y no tenía nada neurológico. Le cuesta crecer, madurar"*(caso 18)

*"las dificultades comenzaron desde un incendio cerca de mi casa, tuvo un susto ahí. Hasta ese momento hablaba, decía PAPA y MAMA y perdió eso. Después lo volvió a recuperar"*(caso 1)

*"el problema vino desde el nacimiento, tiene hemiparesia y dificultades motrices"*(caso 4)

*"él tiene Agenesia del cuerpo calloso"*(caso 17)

Esta sub-variable estaría directamente relacionada con el trabajo que realice la psicopedagoga en las entrevistas de orientación que se lleven a cabo.

Es significativo el número de casos que se ubicaron en la categoría NO, lo cual nos lleva a pensar en la importancia del trabajo a padres que pudiera realizarse en el tratamiento, así como la frecuencia del mismo, y las intervenciones orientadas a tal fin. Al respecto, como mencionamos en el Marco Teórico, será fundamental, en el trabajo con los padres, movilizar ciertas cuestiones para permitir y facilitar al niño un proceso en el que se ve impedido: aprender. Al intervenir con los padres apostamos a que dichas intervenciones resuenen en el niño, movilizándolo ciertas creencias, pareceres y modos de ver las cosas para que así el aprendizaje del niño tenga lugar.

#### **-Orientaciones de la psicopedagoga:**

Acerca de esta sub-variable se obtuvieron los siguientes datos, de los 27 casos estudiados,

**-14 casos** expresaron valorar positivamente las orientaciones sugeridas por la psicopedagoga y llevarlas a cabo (casos 1, 2, 3, 4, 5, 9, 12, 15, 16, 17, 19, 24, 25, 27);

*"cada consejo que me daba, costaba ponerlo en práctica pero me daban resultado. Incluso favorecieron a otras personas de la familia. Fue como "en cadena" (caso 2)*  
*"está bueno que me oriente, yo antes no sabía que B no sabía o no entendía... Las ponemos en práctica no de una forma estricta, en cosas de todos los días"*(caso 4)

**-5 casos** expresaron valorar positivamente las orientaciones sugeridas por la psicopedagoga sin lograr llevarlas a cabo (casos 6, 10, 13, 14, 26);

*"me parecen bien las orientaciones ... también me dice que la tengo que dejar ir más con las amigas... no es que no la deje, es que tiene una amiga que tiene que cuidar a los hermanos y no se da"*(caso 10)

**-4 casos** expresaron no haber recibido orientaciones por parte de la psicopedagoga (casos 11, 21, 22, 23).

*"orientaciones no, me preguntaba cosas, hablábamos de la familia"*(caso 23)

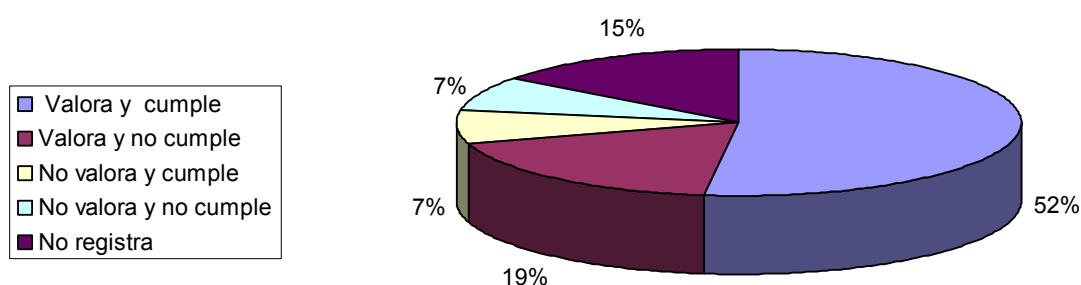
- **2 casos** manifestaron no valorar positivamente las orientaciones sugeridas por la psicopedagoga y no llevarlas a cabo (casos 8, 20);

*"es fuerte cuando le dicen a uno lo que tiene que hacer en su casa"*(caso 20)

- **2 casos** expresaron no valorar positivamente las orientaciones de la psicopedagoga y de todas maneras llevarlas a cabo (casos 7, 18);

*"si a ella le parece así yo lo voy haciendo. Ella para eso está"*(caso 7)

### Orientaciones de la psicopedagoga



Observamos que en esta sub-variable se ha dado gran dispersión y una multiplicidad de respuestas por parte de los padres. Creemos que la valoración de las orientaciones y el intento de llevarlas a cabo estarían en estrecha relación y, nuevamente, con el trabajo que se realice en las entrevistas de orientación a padres.

De los 4 casos que dicen **no registrar orientaciones** por parte de la psicopedagoga, es necesario aclarar que además han manifestado que le gustaría recibirlas.

#### **-Aviso ante la ausencia:**

En esta sub-variable pudo apreciarse que, de los 27 casos estudiados,

- **14 casos** expresaron que la frecuencia con la cual avisan anticipadamente su ausencia o la de su hijo al tratamiento es casi siempre (casos 1, 2, 5, 6, 9, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 26, 27);

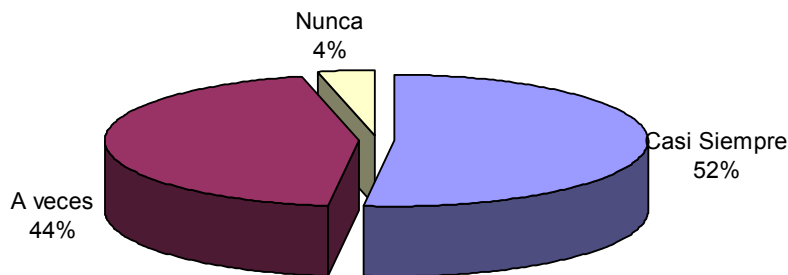
- **12 casos** expresaron que la frecuencia con la cual avisan anticipadamente su ausencia o la de su hijo al tratamiento es a veces (casos 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 21, 25, 18, 22);

- **solo un caso** expresó que la frecuencia con la cual avisa anticipadamente su ausencia o la de su hijo al tratamiento es nunca (caso 11).

Esta sub-variable fue medida de acuerdo a lo expresado literalmente por los padres en la entrevista. O sea que las respuestas tienen que ver con la percepción de los padres acerca de la frecuencia con que avisan su ausencia con anticipación. En la mayoría de los casos el aviso se daba en forma telefónica, en otros se comunicaba en el encuentro anterior, y sólo algunos mencionaron concurrir personalmente al hospital.

Creemos que dar aviso ante la ausencia tiene que ver con el compromiso que los padres presentan en relación al tratamiento.

### Aviso ante la ausencia



#### ▪ **Derivador:**

En relación con esta variable se pudo observar que de los 27 casos;

-- **8 casos** han sido derivados por el EOE y CERI (casos 5, 6, 13, 23, 24, 25, 26, 27).

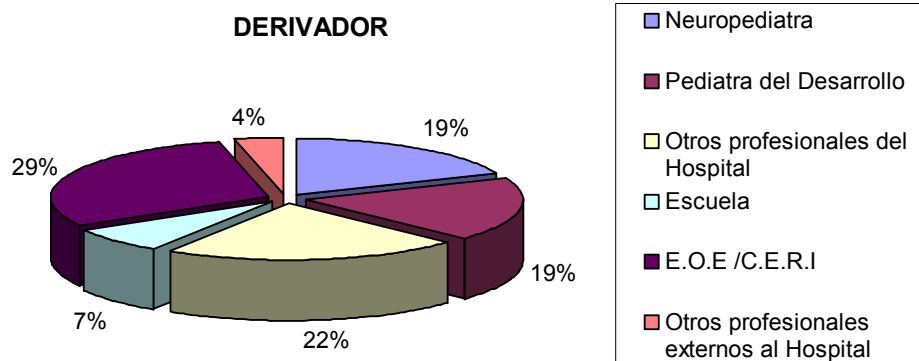
-- **6 casos** han sido derivados por otros profesionales pertenecientes al hospital (casos 2, 7, 12, 14, 15, 19).

-- **5** han sido derivados por el Neuropediatra del hospital, Dr. Jaime Tallis (casos 1, 4, 11, 17, 21)

-- **5 casos** han sido derivados por la pediatra del Desarrollo del hospital, Dra. Piasco (casos 3, 8, 9, 16, 20).

-- **2 casos** han sido derivados por la escuela a la que asiste el niño (casos 18, 22).

-- **1 caso** fue derivado por profesionales externos al hospital (caso 10).



Esta variable ha sido medida por lo expresado por los padres y cotejada con lo registrado en la entrevista de Admisión de la familia.

Observamos dispersión en los valores obtenidos. Aún así la mayor proporción de casos derivados pertenecen a CERI y EOE.

Nos parece interesante realizar una comparación con la investigación realizada en el año 2004 por las Licenciadas Nancy Amado y Rosario Arana, en la cual la cantidad de derivaciones del EOE respondían a un 10,5%, siendo la menor proporción, entre otros derivadores, de pacientes derivados al equipo.

A partir de estos datos vemos que el número de derivaciones de del EOE/CERI ha aumentado casi triplicando el porcentaje del 2004.

Creemos que esto se debe al trabajo conjunto que se viene realizando con dichos equipos a partir de la información obtenida del trabajo de inserción realizado por las Licenciadas Paula Papi y Gabriela Fernández: "Salud y Educación: una posible articulación". Año 2005

En este trabajo expresan la carencia de articulación que se daba entre nuestro de equipo y dichas instituciones.

#### ▪ **Tiempo transcurrido de tratamiento:**

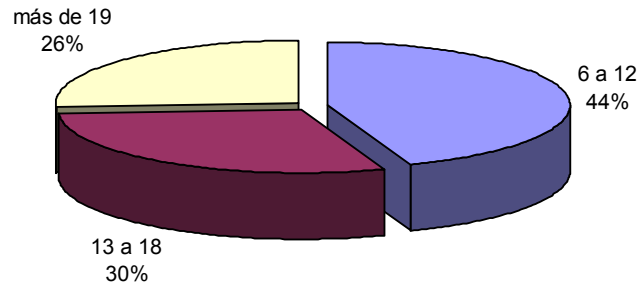
En esta variable los datos arrojados muestran que de los 27 casos;

-- **12** estaban en tratamiento por un período de 6 a 12 meses (casos 6, 7, 8, 11, 13, 15, 21, 22, 23).

-- **8** por un período de 13 a 18 meses (casos 4, 5, 9, 10, 12, 14, 19, 25).

-- **7** casos restantes por un período de 19 meses o más (casos 1, 2, 3, 16, 17, 18, 20).

## TIEMPO TRANSCURRIDO DE TRATAMIENTO



Esta variable ha sido medida por lo expresado por los padres y cotejada con los registros de la última ronda de pacientes realizada en el equipo.

Es significativo para nosotras el dato de que la mayor proporción de pacientes se ubica en la franja de 6 a 12 meses, ya que en la investigación realizada en el año 2004 por las Licenciadas Nancy Amado y Rosario Arana los casos que llevan de tratamiento esta franja de tiempo representaban un 5,3%, y el resto correspondía a un período de tratamiento de 13 meses o más. Esto indicaría que la duración de los tratamientos pareciera haberse reducido durante estos años.

Esto podría estar en relación con la metodología de trabajo que se llevaba a cabo en el equipo durante años anteriores, con una fuerte impronta psicoanalítica.

- **Lugar de residencia:**

Esta variable arrojó los siguientes datos, de los 27 casos analizados;

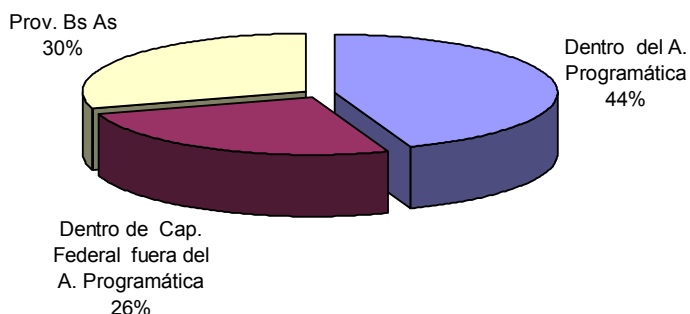
-- **12** residen dentro del área programática del Hospital Durand (casos 3, 6, 7, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 24, 26)

-- **7** residen en Capital Federal pero fuera del área programática del Hospital Durand (casos 1, 5, 10, 13, 15, 23, 27)

-- **8** residen en la provincia de Buenos Aires (casos 2, 4, 8, 9, 11, 17, 21, 25).

\*En el anexo figura el mapa donde se indica el Área Programática del Hospital Carlos Durand, con el cual nos guiamos para la realización de esta variable.

### LUGAR DE RESIDENCIA



Al pertenecer al Servicio de Pediatría, nuestro Equipo tiene la obligación de atender a la demanda interna generada en el Hospital. Sólo en ese caso se atiende a niños que no pertenecen a las escuelas del Área Programática.

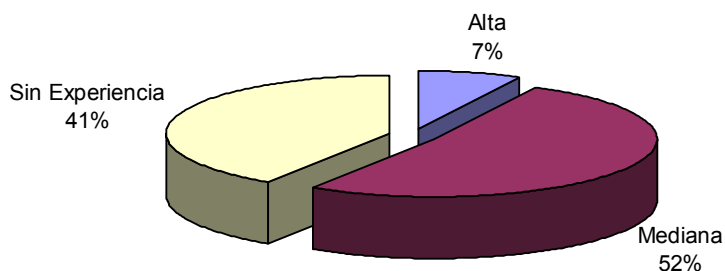
Los casos que residen en Prov. de Bs. As. llegaron al equipo derivados por el Neuropediatra (4 casos), la Pediatra del Desarrollo (2 casos), otros profesionales del Hospital (1 caso) y un caso fue derivado por el EOE, ya que el niño concurre a una escuela del Área Programática.

- **Experiencia en tratamientos:**

Observando esta variable se concluye que, de los 27 casos;

- **14 casos** contaban con mediana experiencia en tratamientos (1, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 22, 24).
- **11 casos** se encontraban sin experiencia en tratamientos (casos 2, 5, 6, 9, 10, 16, 19, 21, 23, 25, 16).
- **2** contaban con alta experiencia en tratamientos (casos 18, 27)

### EXPERIENCIA EN TRATAMIENTOS



Observamos aquí que muy pocos casos tienen tratamientos anteriores y tratamientos paralelos al tratamiento psicopedagógico.

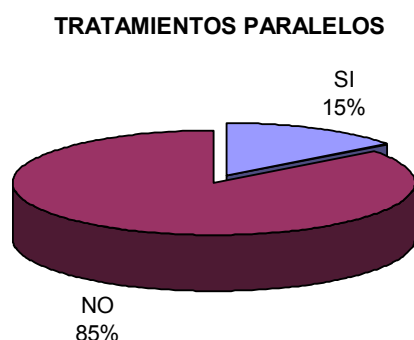
Esta variable fue medida de acuerdo a lo expresado por los padres en relación a experiencia en tratamientos. No se han tomado en cuenta la cantidad de tratamientos sino la existencia o no de ellos. Tampoco entraron en esta variable los Diagnósticos paralelos o anteriores.

➤ **Tratamientos paralelos:**

Acerca de esta variable se observó, que de los 27 casos estudiados,

- **4 casos** mantenían tratamientos paralelos al tratamiento psicopedagógico (casos 12, 14, 18, 27);

- **23 casos** no mantenían tratamientos paralelos al tratamiento psicopedagógico (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)



El hecho de que la gran mayoría de casos no tenga tratamientos paralelos nos sorprendió y nos hizo reflexionar acerca de las posibles causas de esta característica:

-dificultades que encuentra el equipo para hallar lugares de derivación, sobre todo en las especialidades de psicología y fonoaudiología

-poca cantidad de interconsultas

-prioridad del tratamiento psicopedagógico sobre otros tratamientos.

En comparación a la investigación realizada en el año 2004 por las Licenciadas Nancy Amado y Rosario Arana, los datos arrojados son similares.

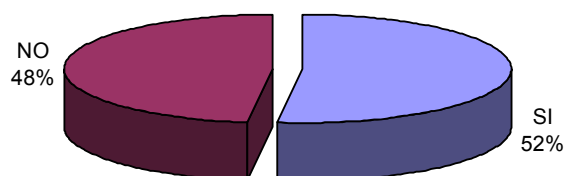
➤ **Tratamientos anteriores:**

Respecto de esta variable se observó lo siguiente, de los 27 casos estudiados,

-**14 casos** habían realizado tratamientos anteriores al tratamiento psicopedagógico actual (casos 1, 3, 4, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 27); y

-**13 casos** no habían realizado tratamientos anteriores al tratamiento psicopedagógico actual (casos 2, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 25, 26)

### TRATAMIENTOS ANTERIORES



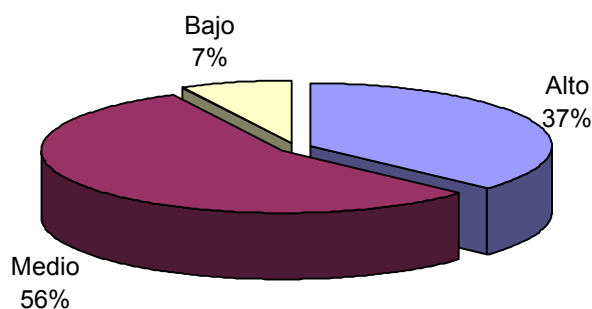
Los datos arrojados, en comparación a los obtenidos en la investigación realizada en el año 2004 por las Licenciadas Nancy Amado y Rosario Arana, se observó un aumento de un 10% aproximadamente en la cantidad de casos que presentaban tratamientos anteriores.

#### ▪ **Nivel socioeconómico:**

En relación con esta variable se pudo observar que, de los 27 casos estudiados:

- **10 casos** poseen un nivel socioeconómico alto (casos 1, 6, 10, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 27).
- **15 casos** poseen un nivel socioeconómico medio (casos 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22).
- **2 casos** poseen un nivel socioeconómico bajo (casos 11 y 16).

### NIVEL SOCIOECONOMICO



Las categorías construidas para medir esta variable fueron pensadas de acuerdo al nivel que presentaba nuestra población. Fue necesario, para que el perfil poblacional descrito sea lo más fidedigno posible, ajustar los valores de las mismas, no siendo éstas representativas de la población general. Esto sucedió con sub-variables: Nivel de ingresos, Nivel de instrucción.



➤ **Nivel de ingresos:**

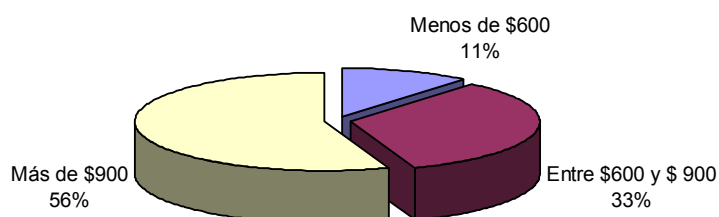
Se observó en esta variable que de los 27 casos,

-**4** manifestaron tener ingresos menores a \$600 (casos 3, 8, 11, 16);

-**9 casos** manifestaron tener ingresos entre \$600 y \$900 (1, 4, 5, 9, 12, 13, 14, 18, 20).

- El resto de los casos, que son **15**, dijeron tener ingresos de \$900 o más.

### NIVEL DE INGRESOS



Se observa que más del 50% de la población atendida posee ingresos que permiten cubrir las necesidades básicas.

➤ **Relación con la vivienda:**

Acerca de esta variable se observó que, de los 27 casos analizados,

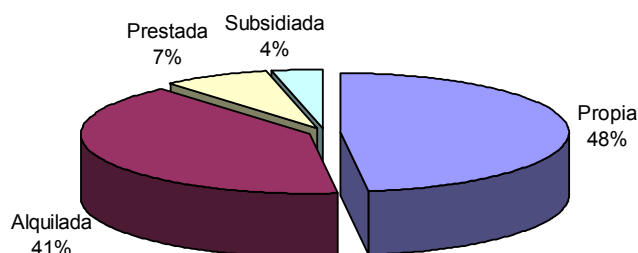
- **13** habitan una vivienda propia (casos 1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 18, 20, 21, 24, 25, 26), siendo ésta la mayoría de los casos

- **11** habitan una vivienda alquilada (casos 3, 5, 7, 10, 13, 15, 16, 19, 22, 23, 27);

- **2 casos** habitan una vivienda prestada (casos 12, 17) y

- solo **un caso** habita una vivienda subsidiada por el GCBA (caso 14).

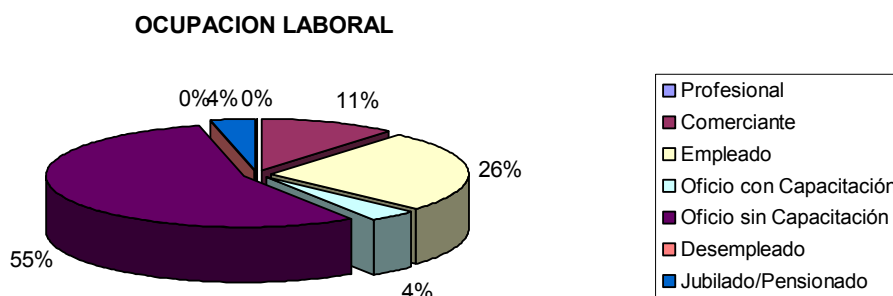
### RELACION CON LA VIVIENDA



➤ **Ocupación laboral:**

En esta variable pudo observarse que de los 27 casos,

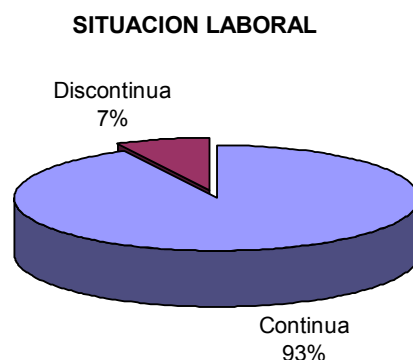
- la gran mayoría de casos (**15**) expresaron desempeñarse laboralmente en un oficio sin capacitación (casos 1, 2, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 27).
- **7** expresaron desempeñarse laboralmente como empleados (casos 3, 4, 13, 16, 23, 24, 25),
- **3** como comerciantes (casos 10, 21, 26),
- **un caso** corresponde a un oficio con capacitación (caso 1) y
- **un caso** corresponde a jubilado / pensionado (caso 11).
- **ningún caso** mencionó estar desempleado o desempeñarse como profesional.



➤ **Situación laboral:**

Respecto de esta variable se observó que de los 27 casos,

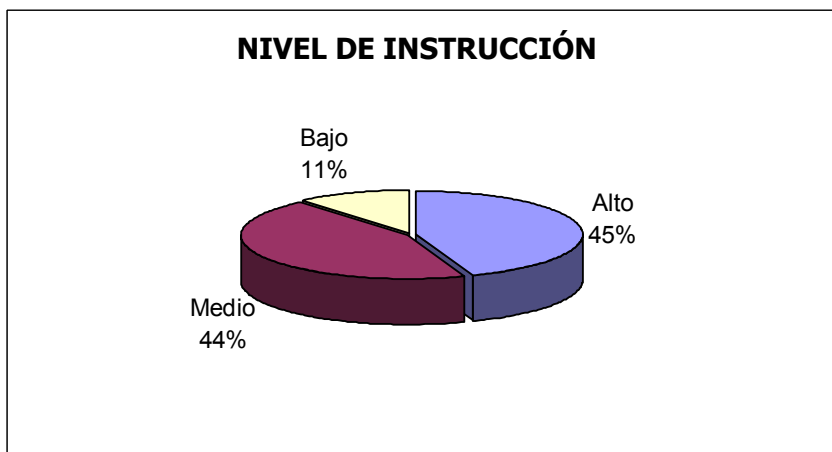
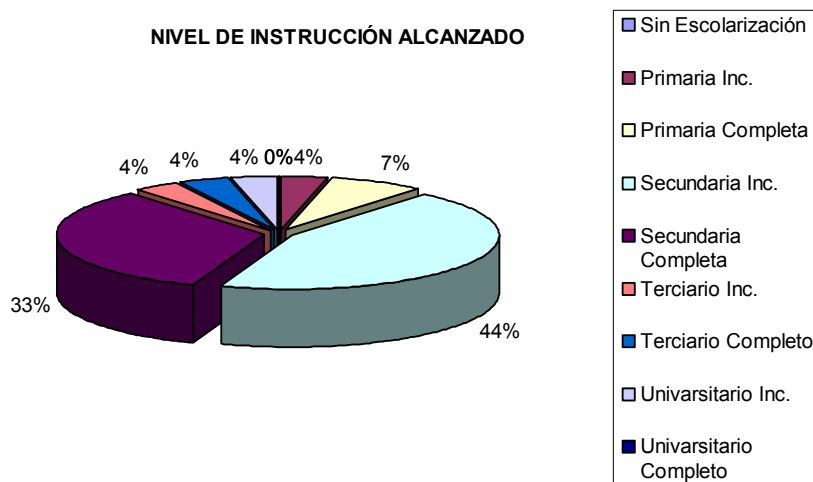
- **25** manifestaban encontrarse en una situación laboral continua.
- Solo **2 casos** (8, 20) se encontraban en una situación laboral discontinua.



➤ **Nivel de instrucción:**

En esta sub-variable puede observarse lo siguiente, de los 27 casos analizados:

- **12 casos** poseen un nivel de instrucción alto (casos 1, 5, 6, 8, 10, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 27). La gran mayoría de éstos con estudio secundarios completos.
- **12 casos** poseen un nivel de instrucción medio (casos 2, 3, 4, 9, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22)
- **3 casos** poseen un nivel de instrucción bajo (casos 7, 11, 15)

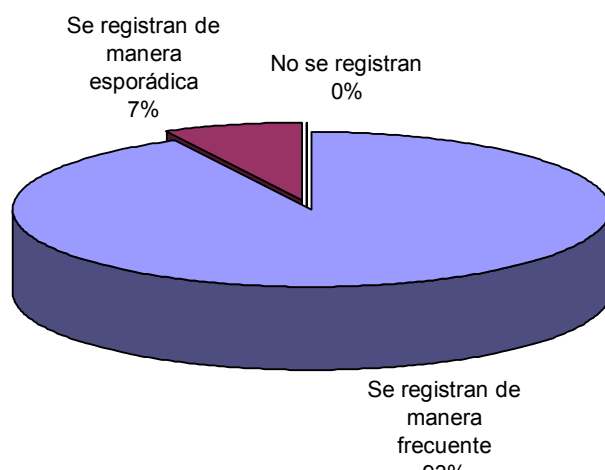


▪ **Intervenciones de la psicopedagoga orientadas a la asistencia del niño al tratamiento:**

En esta variable se observa que, de los 27 casos:

- En **25 casos** observamos que la frecuencia en la que se efectuaban intervenciones de la psicopedagoga orientadas a la asistencia era frecuente.
  - En **2 casos** se observó una frecuencia de estas Intervenciones como esporádicas (casos 11, 19).
  - Es significativo remarcar que no se evidenciaron casos donde los padres No se registren Intervenciones facilitadoras de asistencia.
- \*Esta Variable fue medida de acuerdo a lo expresado literalmente por los padres en la entrevista.

### INTERVENCIONES DE LA PSP. FACILITADORAS DE ASISTENCIA



A partir de estos datos resulta interesante observar cómo en casi la totalidad de los casos, la psicopedagoga realiza acciones favorecedoras de la asistencia del niño al tratamiento. Las mismas no están estipuladas formalmente en el equipo, sino que se definen de manera individual.

#### ➤ **Turnos consensuados:**

Respecto a esta subvariable se observó que, de los 27 casos estudiados,

- **23 casos** mencionaron que la frecuencia con la cual lograron consenso con la profesional en los días y horarios de los turnos programados fue casi siempre (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27);
- **2 casos** mencionaron que a veces (casos 12, 19); y
- **2 casos** mencionaron que nunca (casos 7, 11).

#### ➤ **Anticipación ante la ausencia:**

En relación a esta subvariable pudo observarse que, de los 27 casos estudiados,

- **17** expresaron que la frecuencia con la cual la profesional anticipa su ausencia al tratamiento psicopedagógico fue casi siempre (casos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18);
- **1 caso** expresó que a veces (caso 19);
- **1 caso** expresó que nunca (caso 27) y
- **3 casos** no registraron ausencias de la profesional al tratamiento psicopedagógico (casos 6, 8, 21).

➤ **Atención en el horario acordado:**

Esta subvariable arrojó los siguientes datos, el **total de los casos** estudiados (27) expresó ser atendido por la profesional en el horario pautado. Ningún caso expresó que la frecuencia con la que es atendido en el horario acordado fue a veces o nunca.

➤ **Recuperación de turnos suspendidos:**

Acerca de esta subvariable pudo observarse lo siguiente, de los 27 casos estudiados,

- **12 casos** expresaron que la frecuencia con la cual la profesional brinda la posibilidad de recuperar un turno suspendido por la misma fue nunca (casos 4, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 23, 24); un caso de estos mencionó que la psicopedagoga también intenta recuperar turnos que se han perdido por ausencia del paciente (caso 8).
- **10 casos** expresaron que casi siempre (casos 1, 3, 5, 7, 12, 20, 22, 25, 26, 27);
- **2 casos** expresaron que a veces (casos 2, 16); y
- **3 casos** no registraron turnos suspendidos por parte de la profesional (casos 6, 21, 8).

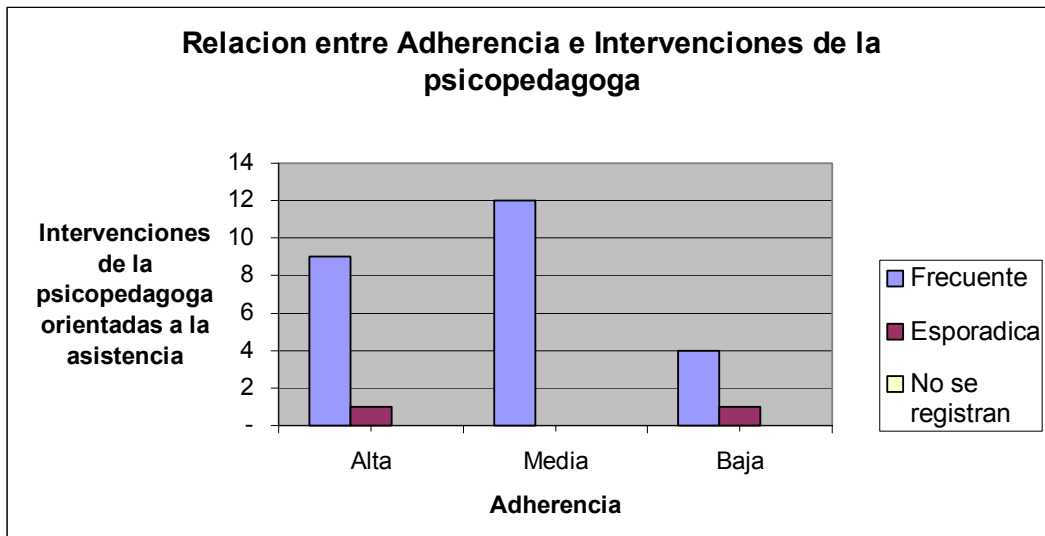
- **Relación entre Adherencia e Intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de asistencia.**

Al relacionar estas dos variables puede observarse lo siguiente:

- I. de los casos que presentan un **alto nivel de adherencia**, un 90 % (9 casos) registra que la frecuencia con la cual la profesional realiza intervenciones orientadas a facilitar la asistencia al tratamiento es frecuentemente, y un 10 % (1 caso) registra que la frecuencia es esporádica.
- II. El 100% de los casos que presentan un **nivel de adherencia medio** (12 casos) registra que la frecuencia con la cual la profesional realiza intervenciones orientadas a facilitar la asistencia al tratamiento es frecuentemente.
- III. En aquellos casos en donde el **nivel de adherencia es bajo**, observamos que, un 80 % (4 casos) expresa que la frecuencia con la cual la profesional realiza intervenciones orientadas a facilitar la asistencia al tratamiento es frecuentemente, y un 20% (1 caso) expresa que la frecuencia es esporádica.

Fácilmente puede observarse que la mayoría de los casos (25 casos) registran intervenciones de la psicopedagoga orientadas a facilitar la asistencia de manera frecuente, independientemente del nivel de adherencia (alto, medio, bajo) en el que se ubiquen.

En este punto no se corroboraría la hipótesis acerca de que las Intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de asistencia colaborarían con la Adherencia al tratamiento psicopedagógico.



- **Relación entre Adherencia y Experiencia en tratamientos.**

Al cruzar estas dos variables, pudo observarse que:

- I. En los casos en que se presenta **un nivel alto de adherencia** un 80 % (8 casos) posee baja experiencia en tratamientos y un 20 % (2 casos) posee un nivel medio de experiencia en tratamientos.
- II. En aquellos casos en donde el **nivel de adherencia es medio** un 67 % (8 casos) posee mediana experiencia en tratamientos, un 25% (3 casos) posee baja experiencia en tratamientos.
- III. En los casos en donde el **nivel de adherencia es bajo**, un 80% (4 casos) posee una mediana experiencia en tratamientos y un 20% (1 caso) posee alta experiencia en tratamiento.

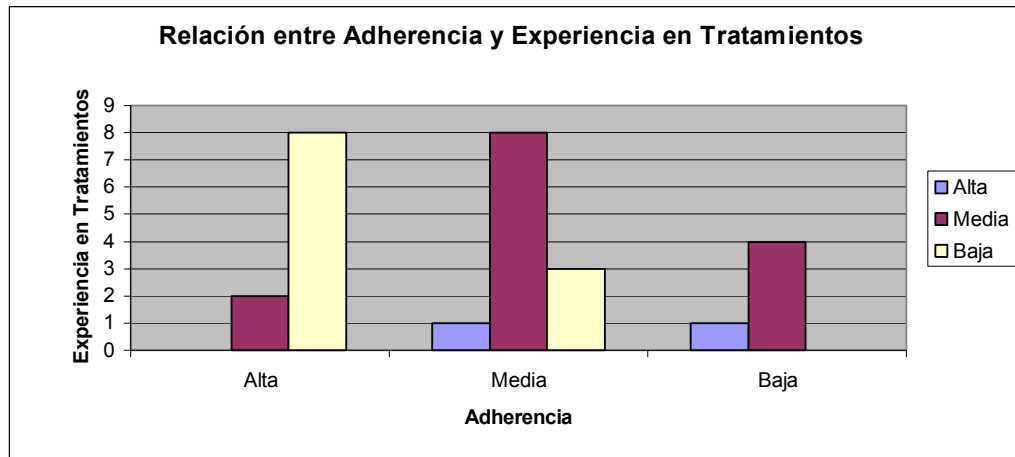
Es interesante destacar que la mayoría de los casos que presentan un alto nivel de adherencia al tratamiento no cuentan con experiencia en tratamientos anteriores o paralelos. Y a su vez, aquellos casos en los cuales el nivel de Adherencia es bajo, coinciden con aquellos que poseen alta y media experiencia.

Contrariamente a lo planteado en nuestra hipótesis, el poseer una alta experiencia en tratamientos, no favorecería la Adherencia al tratamiento psicopedagógico.

A partir de esto se podría pensar en los factores que estarían en relación con los datos arrojados:

- las expectativas depositadas en el espacio de tratamiento y las esperanzas de cambio pueden ser mayores en un primer tratamiento, e ir disminuyendo a medida que se van atravesando distintos espacios terapéuticos.

- el costo que implica tener un hijo en tratamiento, manifestándose en cansancio, desgano, falta de credibilidad en el profesional y en el tratamiento.



- **Relación entre Adherencia y Tiempo transcurrido de tratamiento (expresado en meses)**

Con respecto a la relación entre adherencia al tratamiento y tiempo transcurrido en el mismo pudo observarse que:

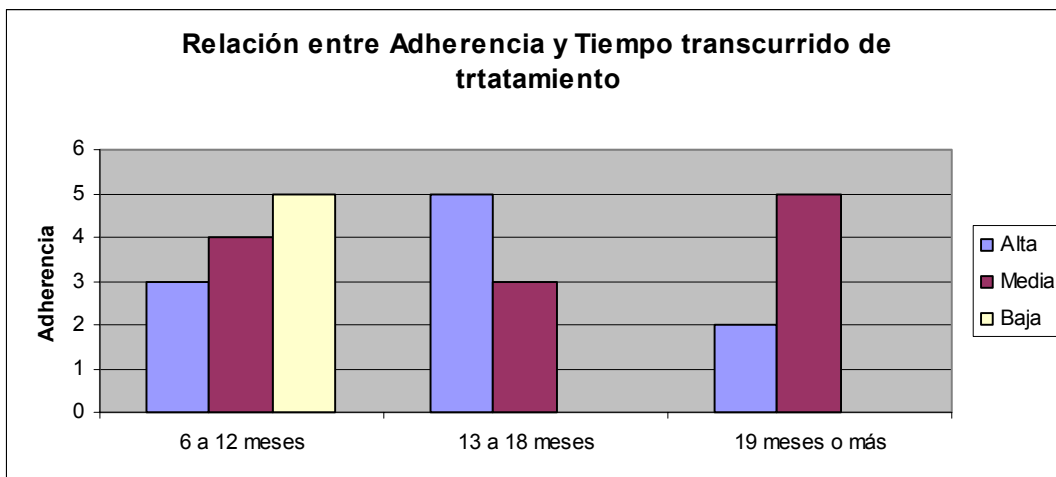
- I. En los casos en donde el tiempo transcurrido de tratamiento oscila **entre 6 y 12 meses** un 25 % de los casos presenta un alto nivel de adherencia; un 33% de los casos presentan un nivel de adherencia medio y un 42 % de los casos presenta un nivel de adherencia bajo.
- II. Aquellos casos en los cuales el tiempo transcurrido de tratamiento oscila entre **13 y 18 meses** pudo observarse que un 62 % de los casos presenta un nivel de adherencia alto, y un 38 % de los casos presenta un nivel de adherencia medio.
- III. Finalmente, en los casos que llevan un tiempo de tratamiento de **19 o más meses**; se observó que el 29 % de los casos presenta un nivel de adherencia alto y el 71 % restante de los casos presenta un nivel de adherencia medio.



Es interesante apreciar como los casos que presentan un alto nivel de adherencia se concentran en la franja que oscila entre los 13 y 18 meses de tratamiento, y van disminuyendo hacia los valores extremos de la variable. Así como también es interesante observar que, la totalidad de los casos que presentan un nivel de adherencia bajo se concentran en el tiempo transcurrido de tratamiento que oscila entre los 6 y 12 meses.

El análisis de los resultados obtenidos no hizo pensar en que la adherencia al tratamiento, por parte de los padres, implica un tiempo prolongado de trabajo con los mismos, especialmente si se tiene en cuenta la frecuencia con la cual son citados a las entrevistas de orientación. En relación a este último punto nos preguntamos si es posible acelerar este proceso incrementando la frecuencia de trabajo con los padres, y además si realizamos las intervenciones mas adecuadas a tal fin.

Tal como planteamos en la hipótesis, estas dos variables guardarían cierta relación entre si.

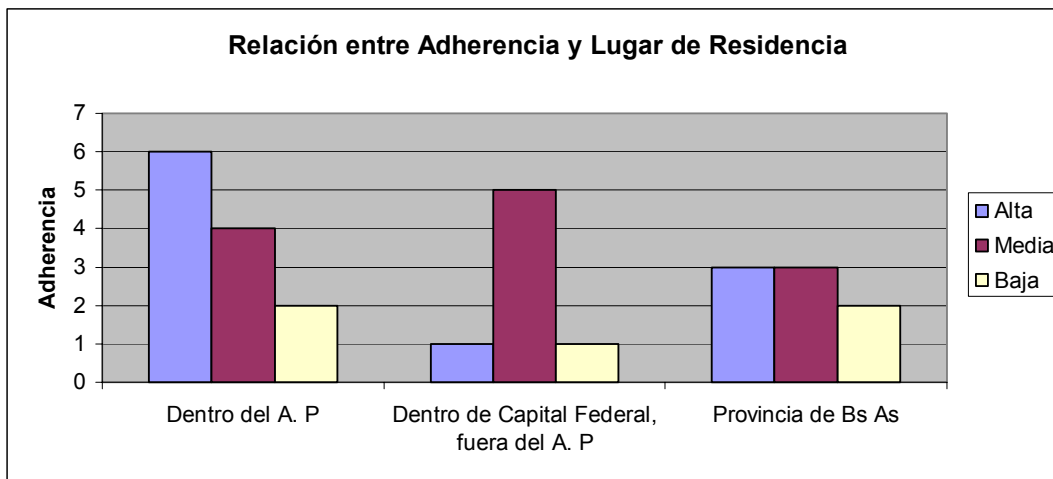


- **Relación entre Adherencia y Lugar de residencia**

Al poner en relación estas dos variables observamos que:

- I. de los casos cuyo lugar de residencia corresponde al **Área Programática del hospital**, el 50% de los casos presenta un nivel de adherencia alto, el 33% de los casos presenta un nivel de adherencia medio, y el 17% de los casos restantes presenta un nivel de adherencia bajo.

- II. En los casos en donde el lugar de residencia de la familia se encuentra en **Capital Federal**, pero fuera del área programática del hospital, se observó que el 14% de los casos presenta un nivel de adherencia alto, el 72% de los casos presenta un nivel de adherencia medio, y el 14 % restante presenta un nivel de adherencia bajo.
- III. Aquellos casos en donde el lugar de residencia de la familia corresponde a la **provincia de Bs. As.** se observó lo siguiente, el 37% de los casos presenta un nivel de adherencia alto, nuevamente, el 37% de los casos presenta un nivel de adherencia medio, y el 25% de los casos presenta un bajo nivel de adherencia.

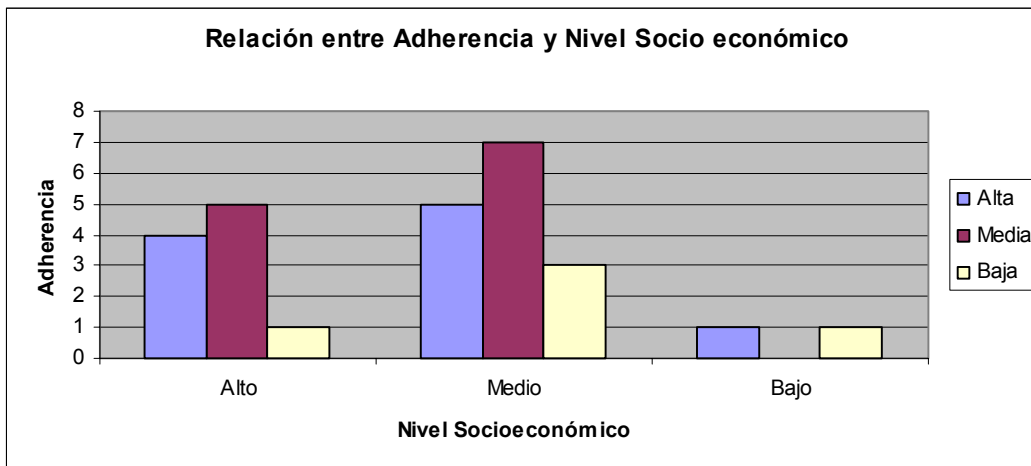


Contrariamente a lo expresado en la hipótesis, en la cual suponíamos que la proximidad del lugar de residencia de la familia colaboraría con la adherencia al tratamiento, se observó que la cercanía o lejanía del domicilio no incide en la adherencia al tratamiento psicopedagógico. Esto lo demuestra el hecho de que hay más casos con alta adherencia provenientes de la provincia de Bs. As. que de Capital Federal, pero fuera del área programática.

- **Relación entre Adherencia y Nivel Socioeconómico**

La relación entre ambas variables arroja los siguientes datos:

- I. en los casos donde **nivel socioeconómico alcanzado es alto** se observa que el 40% de los casos presenta un nivel de adherencia alto, el 50% de los casos presenta un nivel de adherencia medio y el 20% de los casos presenta un nivel de adherencia bajo.
- II. En aquellos casos donde el **nivel socioeconómico alcanzado es medio**, pudo observarse que, el 33% de los casos presenta un nivel de adherencia alto; el 47% un nivel de adherencia medio; y el 20% un nivel de adherencia bajo.
- III. En los casos correspondientes a un nivel **socioeconómico bajo**, el 50% presenta un nivel de adherencia alto, mientras que el 50% restante presenta un nivel de adherencia bajo.

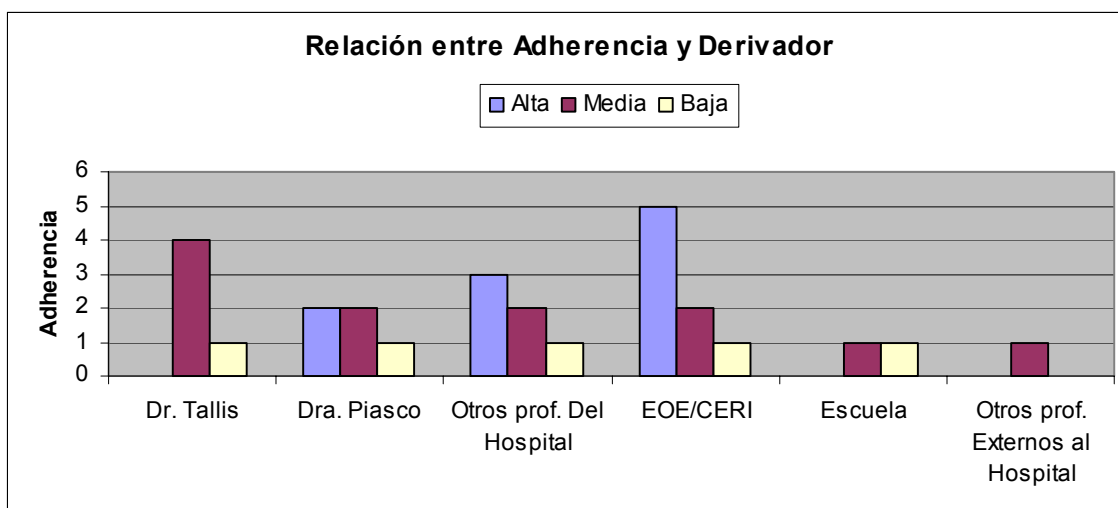


A partir de los datos obtenidos pudimos observar que el nivel socioeconómico de los padres, pensado en términos de posibilidades no solo monetarias, sino educativas y formativas, no incide en el nivel de adherencia al tratamiento psicopedagógico, tal como lo habíamos supuesto en la hipótesis inicial, y tal como lo suponen los resultados de algunas investigaciones que figuran en el Marco Teórico.

- **Relación entre Adherencia y Derivador**

Al relacionar estas dos variables se observó lo siguiente:

- I. De los pacientes derivados por el **Dr. Tallis** el 80% presenta un nivel de adherencia medio, y un 20% un nivel de adherencia bajo.
- II. Aquellos pacientes derivados al equipo por la **Dra. Piasco** presentaron, el 40% un alto nivel de adherencia, el 40% un nivel de adherencia medio, y el 20% manifestó un nivel de adherencia bajo.
- III. Los pacientes derivados por **otros profesionales de hospital** (donde se incluye la derivación del Área Programática) alcanzaron un nivel de adherencia alto el 50%, un nivel de adherencia medio el 33%, y un nivel de adherencia bajo el 17%.
- IV. De los pacientes derivados por los **Equipos de Orientación Escolar o C.E.R.I.** el 62,5% presenta un nivel de adherencia alto, el 25% un nivel de adherencia medio, y el 12,5% restante un nivel de adherencia bajo.
- V. Los pacientes derivados por la **Institución Escolar** muestran que el 50% alcanza un nivel de adherencia medio y el 50% restante un nivel de adherencia bajo.
- VI. El 100% de los pacientes derivados por **otros profesionales externos al hospital** presentan un nivel de adherencia medio.



Es interesante observar que la mayoría de los pacientes que alcanzan un nivel de adherencia alto son aquellos derivados por el E.O.E / C.E.R.I.

Esto nos hace suponer la importancia que tiene una instancia previa de trabajo con los padres, antes de la derivación a nuestro equipo, en la cual se aborden cuestiones relacionadas con la demanda, el motivo de consulta o la misma derivación.

Por otro lado observamos que nuestros supuestos no se corroboran, ya que sosteníamos que los pacientes que son derivados principalmente por el Dr Tallis y la Dra. Marta Piasco podrían tener mayores niveles de adherencia, debido a que en la mayoría de los casos se pone en juego la confianza y el saber, que la comunidad hospitalaria coloca en ellos.

Nos dimos cuenta entonces de la importancia que posee, el poder trabajar con el paciente la derivación y sus motivos, y no tanto el saber depositado en el profesional que la realiza.

• **Relación entre Implicancia y Asistencia**

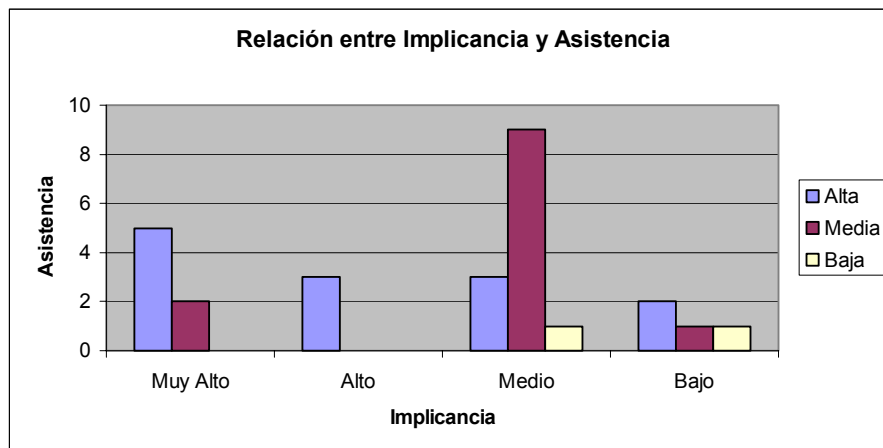
Al relacionar estas dos sub-variables pudo apreciarse que:

- I. En los casos en donde el nivel de **implicancia es muy alto** el nivel de asistencia es alto en un 71% y medio en un 29%. No encontrándose casos en la categoría bajo.
- II. En aquellos casos en donde el **nivel de implicancia es alto**, el nivel de asistencia es alto en el 100% de los casos.
- III. Los casos que presentan un nivel **de implicancia medio** manifiestan un alto nivel de asistencia el 23%, un nivel de asistencia medio el 69%, y un nivel de asistencia bajo el 8%.
- IV. En los casos en donde el **nivel de implicancia es bajo**, el nivel de asistencia es alto en un 50%, medio en un 25%; y bajo en un 25%.

Puede apreciarse con claridad que en los casos en donde el nivel de implicancia es muy alto y alto no se registran niveles bajos de asistencia, al contrario, la mayoría coinciden con los casos que presentan un nivel de asistencia alto.

Los casos de baja asistencia se distribuyen uniformemente en los niveles medio y bajo de adherencia, no existiendo casos en los niveles alto y muy alto.

A partir de estos datos se podría pensar que **existiría una correlación** entre el nivel de asistencia y el de implicancia.



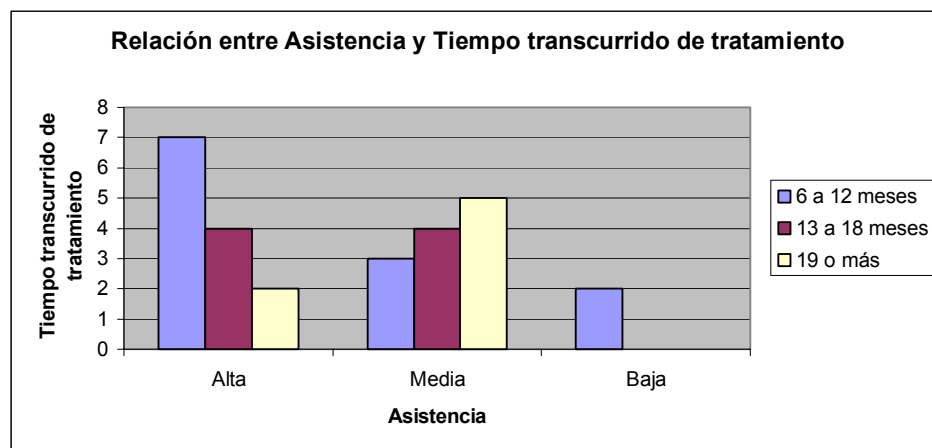
• **Relación entre Asistencia y Tiempo transcurrido de tratamiento**

La relación entre estas variables muestra lo siguiente:

- I. De los casos que presentan un **alto nivel de asistencia** el 54% lleva un tiempo de tratamiento que oscila entre 6 y 12 meses, el 31%

presenta un tiempo transcurrido de tratamiento que oscila entre los 13 y 18 meses, y el 15% restante lleva un tiempo transcurrido de tratamiento de 19 o mas meses.

- II. En aquellos casos en donde el **nivel de asistencia es medio**, el 25% lleva un tiempo trascurrido de tratamiento que oscila entre los 6 y 12 meses, el 33% lleva un tiempo trascurrido de tratamiento que oscila entre los 13 y 18 meses, y el 42% lleva un tiempo trascurrido de tratamiento de 19 meses o mas.
- III. Por último, en los casos en donde el nivel de **asistencia es bajo**, el 100% de los casos lleva un tiempo de trascurrido de tratamiento que oscila entre los 6 y 12 meses.



Los casos de alta asistencia se concentran en la franja de tratamiento que oscila entre los 6 y 12 meses y van disminuyendo a medida que el tiempo de tratamiento va aumentando. Por otro lado en el nivel bajo de asistencia, sólo se ubican casos que poseen un tiempo de tratamiento de 6 a 12 meses.

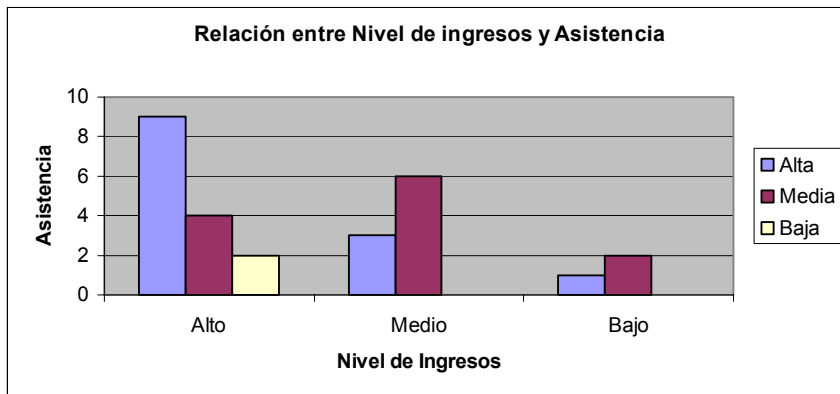
Esto último podría deberse a que aquellos pacientes con baja asistencia son pacientes que quizá no sostengan en el tiempo un tratamiento, o al contrario, después de un tiempo de trabajo y de implicancia, vayan logrando mejores niveles de asistencia.

- **Relación entre Asistencia y Nivel de ingresos**

Al relacionar estas dos sub-variables, se observó que:

- I. De los casos que alcanzan un **Nivel de ingresos alto**, el 60% presenta un nivel de asistencia alto, el 27% presenta un nivel de asistencia medio, y el 13% un nivel bajo de asistencia.
- II. Aquellos casos que corresponden a un **Nivel de ingresos medio**, el 33% presenta un nivel de asistencia alto y el 67% un nivel de asistencia medio, no encontrándose niveles bajos de asistencia.

- III. Los casos que alcanzan un **Nivel de ingresos bajo**, el 33,33% presenta un alto nivel de asistencia y el otro 66,66% restante un nivel de asistencia medio, no se registran casos de asistencia baja.



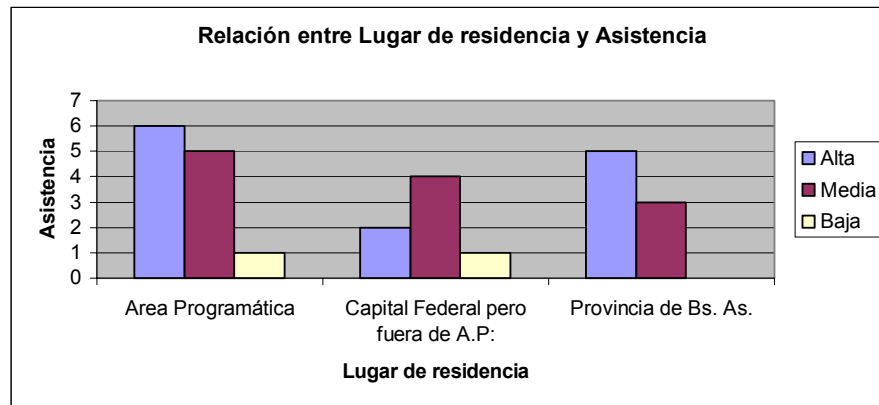
Pareciera existir cierta tendencia que relacionaría los niveles de ingresos con los de asistencia, ya que los primeros van disminuyendo, a medida que el nivel de asistencia también baja. Pero por otro lado vemos que la totalidad de casos de nivel de asistencia bajos, se concentran en el nivel de ingresos alto. Esto daría la pauta finalmente, de que no sería el nivel de ingresos un determinante en relación a la asistencia del paciente a tratamiento.

• **Relación entre Asistencia y Lugar de residencia**

Al relacionar la sub-variable Asistencia con la variable Lugar de residencia, pudimos observar que:

- I. De los casos cuyo Lugar de residencia de la familia se encuentra dentro **del Área Programática** del hospital, el 50% presenta un nivel de asistencia alto, el 42% presenta un nivel de asistencia medio; y el 8% presenta un nivel de asistencia bajo.
- II. Aquellos casos cuyo lugar de residencia de la familia corresponde a **Capital Federal pero fuera del Área Programática** del hospital presentan, el 29% un nivel de asistencia alto, el 58% un nivel de asistencia medio; y el 13% un nivel de asistencia bajo.
- III. De los casos cuyo lugar de residencia de la familia pertenece a la **Provincia de Bs. As.**, el 63% presenta un nivel de asistencia alto; el 37% presenta un nivel medio de asistencia.





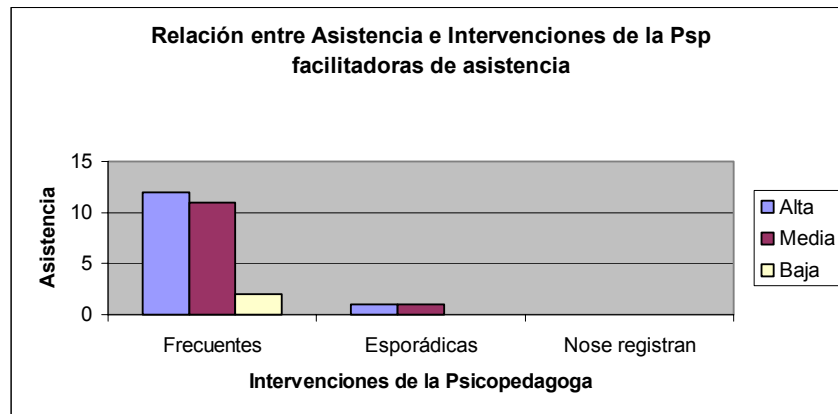
Observamos que los casos de Provincia de Bs. As. no registran asistencia baja, pese a encontrarse en lejanía al hospital con relación a los demás casos. Al respecto pueden pensarse ciertos factores que colaborarían con dicha relación:

- Falta de centros de atención cercanos a su domicilio
  - confianza y expectativas de mejor calidad de atención por realizar la misma en un Hospital de Capital Federal
  - al ser pacientes derivados por el neurólogo y la pediatra del desarrollo, serían casos que acostumbran realizar su atención y consultas en la Capital Federal, mas allá de la lejanía a su domicilio.
- Creemos entonces que la cercanía al efector no está en relación con el grado de asistencia del paciente al tratamiento.

• **Relación entre Asistencia e Intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de asistencia.**

Al relacionar la sub-variable asistencia y la variable intervenciones que realiza la psicopedagoga orientadas a facilitarla, pudimos observar que:

- I. De los casos que mencionan que la **frecuencia** con la cual la psicopedagoga realiza **las intervenciones es frecuentemente**, el 48% presenta un alto nivel de asistencia; el 44% presenta un nivel medio de asistencia; y el 8% presenta un nivel de asistencia bajo.
- II. En aquellos casos que mencionan que la **frecuencia** con la cual la psicopedagoga realiza **las intervenciones es esporádica**, el 50% presenta un nivel de asistencia alto; y el 50% restante presenta un nivel de asistencia medio.
- III. No se registraron casos donde estas intervenciones no se realicen.

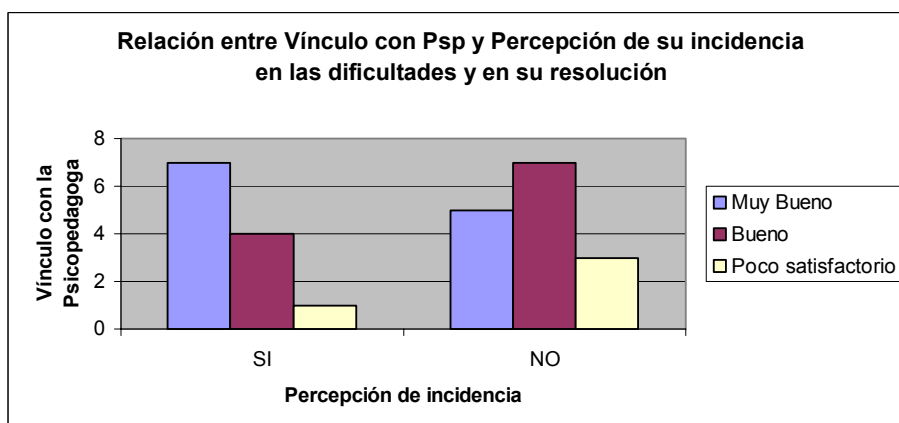


Aquí podemos pensar que esta variable y sub-variable no estarían relacionadas entre sí, ya que los casos donde se registran de manera frecuente intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de asistencia, no coinciden con los casos de mayores niveles de asistencia y a su vez concentra los casos de asistencia baja.

- **Relación entre Vínculo con la psicopedagoga y Percepción acerca de su incidencia en la problemática de su hijo y en la resolución de la misma.**

Al relacionar estas dos sub-variables puede observarse que:

- I. De los casos en donde los **padres sí se perciben como parte incidente en la problemática de su hijo**, el 58% mantiene con la profesional un vínculo muy bueno, el 33% mantiene un vínculo bueno, y el 9% mantiene un vínculo poco satisfactorio.
- II. Por otro lado, en los casos en donde **los padres no se perciben como parte incidente en la problemática que presenta su hijo**, el 33% mantiene un vínculo muy bueno con la profesional, el 47% un vínculo bueno, y el 20% restante un vínculo poco satisfactorio.



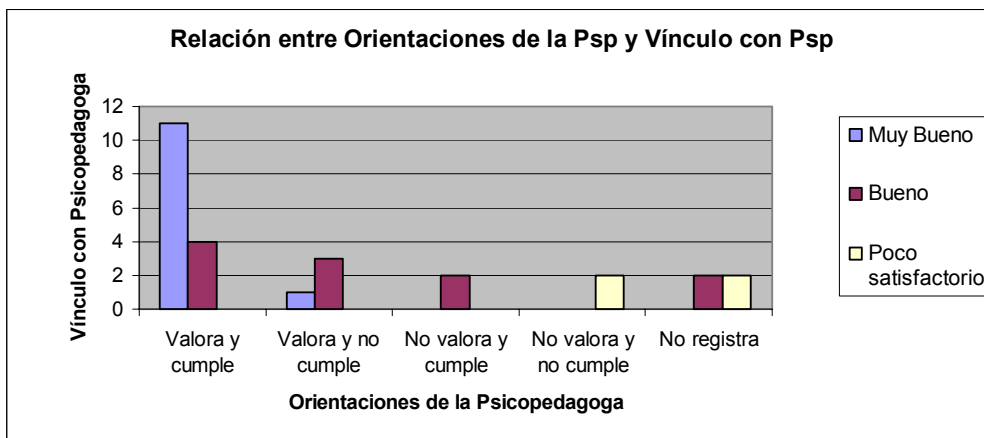
Podemos observar como la mayoría de los padres que se perciben como parte incidente en la problemática de su hijo, mantienen con la profesional un muy buen vínculo. Por otro lado los casos en los cuales los padres no se perciben como parte incidente, concentran más casos de vínculo poco satisfactorio.

Podemos pensar que existe relación entre tener un buen vínculo con la profesional a cargo del tratamiento y la posibilidad de percibirse como parte incidente en las dificultades que presenta su hijo y en su resolución. Creemos que ambas sub-variables no están dadas de antemano, sino que son a construir en el transcurso del tratamiento.

- **Relación entre Vínculo de los padres con la psicopedagoga y Orientaciones de la psicopedagoga en el devenir del tratamiento.**

Al relacionar estas dos sub-variables pudo apreciarse lo siguiente:

- I. En aquellos casos donde las **Orientaciones se valoran positivamente y se cumplen**, el 73% mantiene con la psicopedagoga un vínculo muy bueno; y el 27% un vínculo bueno.
- II. De los casos en que **valoran** positivamente las orientaciones brindadas por la profesional **pero no las cumplen**, el 25% mantiene con la psicopedagoga un vínculo muy bueno, y el 75% un vínculo bueno.
- III. El 100% de los casos que **no valoran** positivamente las orientaciones brindadas por la profesional y sin embargo **las llevan a cabo**, mantienen con la misma un vínculo bueno.
- IV. El 100% de los casos que **no valoran** positivamente las orientaciones brindadas por la profesional **y no las cumplen**, mantienen un vínculo con la misma poco satisfactorio.
- V. En aquellos casos que **no se registró** orientaciones brindadas por la psicopedagoga, el 50% mantiene con la profesional un vínculo bueno; y el 50% restante mantiene un vínculo poco satisfactorio.



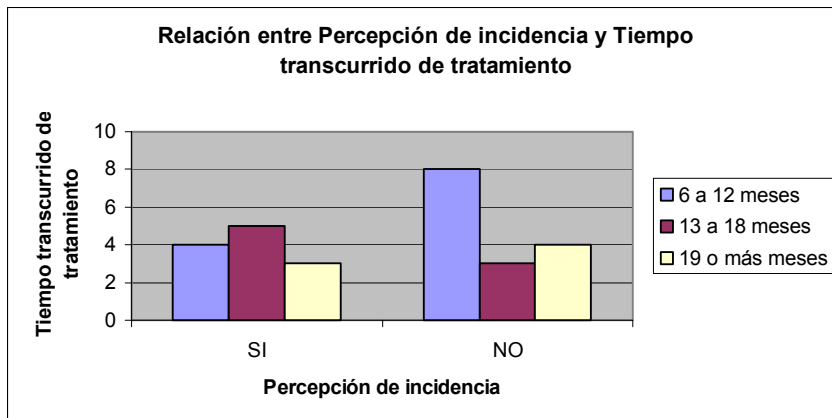
Pareciera que estas dos sub-variables **se encuentran estrechamente relacionadas**, ya que la totalidad de casos que valora las orientaciones que realiza la psicopedagoga, establecieron un vínculo muy bueno con ella. Contrariamente en los casos donde el vínculo es poco satisfactorio, no se valoran o no se registran orientaciones.

Esto indicaría que en un tratamiento psicopedagógico resulta importante trabajar sobre los aspectos vinculares y transferenciales que surjan en la relación con los padres del niño traído a consulta, ya que de esto depende que los mismos puedan tomar las orientaciones que las psicopedagoga brinda, en función de los objetivos del tratamiento.

- **Relación entre Tiempo transcurrido de tratamiento y Percepción acerca de su incidencia en la problemática de su hijo y en la resolución de la misma.**

Relacionando estas sub-variables logramos observar que:

- I. De los padres que **SI se perciben como parte incidente** en la problemática que presenta su hijo y en la resolución de la misma, el 33% lleva un tiempo de tratamiento que oscila entre los 6 y 12 meses; el 42% lleva un tiempo de tratamiento que oscila entre los 13 y 18 meses; y el 25% lleva un tiempo de tratamiento de 19 o mas meses.
- II. En los casos en los cuales los padres **no se perciben como parte incidente** en la problemática que presenta su hijo y en la resolución de la misma, el 53% lleva un tiempo de tratamiento que oscila entre los 6 y 12 meses, el 20% lleva un tiempo de tratamiento que oscila entre los 13 y 18 meses; y el 27% lleva un tiempo de tratamiento de 19 o mas meses.



Se observa que, los casos incluidos en la franja de 6 a 12 meses de tratamiento, en su mayoría se encuentran en la categoría de no percepción de la incidencia. Esto podría indicar que es necesario un tiempo de trabajo con la psicopedagoga para que estas cuestiones sean trabajadas en las entrevistas de orientación.

Asimismo, puede pensarse que el trabajo con los padres en relación a su incidencia en las dificultades del hijo y en su resolución, sería una labor que no siempre se logra en el tratamiento, mas allá del tiempo que éste abarque; ya que observamos padres de pacientes con 19 o más meses de tratamiento, continúan no percibiéndose como parte incidente de la problemática de su hijo.

## CONCLUSIONES

Luego de la realización de la investigación hemos llegado a ciertas conclusiones respecto de los datos obtenidos en la misma.

Observamos que la mayoría de los pacientes que se atienden en el equipo tienen un grado alto o medio de Adherencia, siendo la menor proporción, los casos de baja Adherencia.

En relación a la Implicancia nuevamente encontramos la menor proporción de casos en la categoría de baja implicancia, ubicándose la mayor proporción de casos en el nivel medio. La percepción de los padres acerca de su incidencia en la problemática de su hijo y en su resolución fue muy importante para medirla.

Es significativo el número de casos que no se percibían como parte incidente, lo cual nos lleva a pensar en la importancia del trabajo a padres que pudiera realizarse en el tratamiento, así como la frecuencia del mismo, y las intervenciones orientadas a tal fin.

A su vez, observamos una mayor concentración de casos que presentaron niveles de Asistencia alta y media, confirmando el observable del cual partimos al realizar nuestra investigación.

Pudimos observar que la misma no está en relación con el lugar de residencia, con el nivel de ingresos, las intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de la misma ni con el tiempo transcurrido de tratamiento; sino que se encuentra estrechamente ligada a la implicancia.

En relación a las vías de derivación, observamos que la mayor proporción de casos derivados pertenecen a CERI y EOE. Este dato es significativo por el aumento que se ha producido en las derivaciones de estos equipos en los últimos años, y además si tenemos en cuenta que nuestro equipo no depende del Área Programática del hospital. Por otro lado observamos una disminución de los casos derivados por la escuela, lo cual consideramos que es un logro de la articulación mantenida con los EOE y CERI.

Es significativo para nosotras el dato de que la mayor proporción de pacientes se ubica en la franja de 6 a 12 meses de tratamiento, ya que en la investigación realizada en el año 2004 por las Licenciadas Nancy Amado y Rosario Arana los casos que llevan de tratamiento esta franja de tiempo representaban un 5,3%, y el resto correspondía a un período de tratamiento de 13 meses o más. Esto indicaría que la duración de los tratamientos pareciera haberse reducido durante estos años.

Con relación a la variable Experiencia en tratamientos, observamos que muy pocos casos cuentan con tratamientos anteriores y tratamientos paralelos al tratamiento psicopedagógico, o sea poseen una baja experiencia.

Este hecho nos hizo reflexionar acerca de las posibles causas:

- dificultades que encuentra el equipo para hallar lugares de derivación, sobre todo en las especialidades de psicología y fonoaudiología
- poca cantidad de interconsultas
- prioridad del tratamiento psicopedagógico sobre otros tratamientos.

Las categorías construidas para medir la variable Nivel socioeconómico fueron pensadas de acuerdo al nivel que presentaba nuestra población. Fue necesario, para que el perfil poblacional descrito sea lo mas fidedigno posible, ajustar los valores de las mismas, no siendo éstas representativas de la población general.

En los datos arrojados observamos que: a mayoría de los casos posee vivienda propia, una situación laboral estable, ingresos de más de \$900, lo que indica que gran parte de nuestra población tiene las necesidades básicas satisfechas. En relación al nivel de instrucción alcanzado; la gran mayoría de los casos se concentra en estudios secundarios completos e incompletos, no encontrándose casos de padres analfabetos, así como tampoco se registraron casos de nivel universitario completo.

De este modo hemos logrado obtener cierto perfil poblacional de los casos atendidos.

Acerca de las Intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de asistencia, según lo expresado por los padres, percibimos que se llevan a cabo de manera frecuente. Si bien estas Intervenciones forman parte de la modalidad de atención del equipo, ya que la mayoría de los casos expresa que se dan en forma frecuente, consideramos necesario que las mismas se establezcan como criterios formales de atención, no quedando solamente en manos de la profesional a cargo del tratamiento (especialmente en lo que respecta a la recuperación de turnos suspendidos).

Al relacionar los factores que suponíamos colaboradores con la Adherencia al tratamiento psicopedagógico, pudimos extraer los siguientes datos:

- No se corroboraría la hipótesis acerca de que las Intervenciones de la psicopedagoga facilitadoras de asistencia colaborarían con la Adherencia al tratamiento psicopedagógico. Igualmente creemos que el no llevarlas a cabo podría actuar en detrimento de ésta.
- Contrariamente a lo planteado en nuestra hipótesis, el poseer una alta experiencia en tratamientos, no favorecería la Adherencia al tratamiento psicopedagógico.

Esto lo relacionamos principalmente con:

- las expectativas depositadas en el espacio de tratamiento y las esperanzas de cambio pueden ser mayores en un primer tratamiento, e ir disminuyendo a medida que se van atravesando distintos espacios terapéuticos.

- el costo que implica tener un hijo en tratamiento, manifestándose en cansancio, desgano, falta de credibilidad en el profesional y en el tratamiento.

- Los resultados arrojados en la relación Adherencia y Tiempo de tratamiento se distribuyeron en forma de curva de Gauss. Esto nos hizo pensar en que la adherencia al tratamiento, por parte de los padres, podría alcanzar un momento óptimo. En este caso sería de 13 a 18 meses. Pensamos si no sería un momento adecuado para iniciar el proceso de cierre de tratamiento, ya que se observó que transcurrido este tiempo los casos que presentan un alto nivel de adherencia disminuyen.
- Inversamente a lo expresado en la hipótesis, en la cual suponíamos que la proximidad del lugar de residencia de la familia colaboraría con la adherencia al tratamiento, se observó que la cercanía o lejanía del domicilio no incide en la adherencia al tratamiento psicopedagógico.
- Es interesante observar que la mayoría de los pacientes que alcanzan un nivel de adherencia alto son aquellos derivados por el E.O.E / C.E.R.I.

Esto nos hace suponer la importancia que tiene una instancia previa de trabajo con los padres, antes de la derivación a nuestro equipo.

Por otro lado observamos que nuestros supuestos no se corroboran, ya que sosteníamos que los pacientes que son derivados principalmente por el Dr Tallis y la Dra. Marta Piasco podrían tener mayores niveles de adherencia, debido a que en la mayoría de los casos se pone en juego la confianza y el saber, que la comunidad hospitalaria coloca en ellos.

Nos dimos cuenta entonces de la importancia que posee, el poder trabajar con el paciente la derivación y sus motivos, y no tanto el saber depositado en el profesional que la realiza.

Pensamos que es necesario un mayor trabajo de articulación intrahospitalaria entorno a los criterios de derivación con los aquellos profesionales que requieren de nuestro quehacer.



## **OTRAS LINEAS DE ANÁLISIS**

Luego de esta investigación nos parece interesante poder pensar en los interrogantes que nos fueron surgiendo como futuros aspectos a indagar:

- Las intervenciones que pudiera realizar la psicopedagoga a cargo del tratamiento, orientadas a favorecer la implicancia de los padres en el mismo.
- La realización de un estudio longitudinal que pudiera medir el nivel de Adherencia a lo largo del tiempo de tratamiento.
- Indagar cuales son los motivos de consulta mas frecuentes y si éstos están en relación con los avances que perciben los padres en el devenir del tratamiento.
- Averiguar cual es la especialidad mas frecuente de los tratamientos anteriores o paralelos de los niños atendidos en psicopedagogía.
- Incluir a la profesional a cargo del tratamiento como un factor interviniente en relación con la adherencia a dicho tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- Amado, Nancy y Arana, Rosario. "Clínica psicopedagógica: reflexiones acerca del devenir del tratamiento de niños con problemas de aprendizaje". Trabajo de investigación. Residencia de psicopedagogía. Año 2004.
- "Acerca del trabajo con padres en la clínica psicopedagógica". Ateneo gral de la Residencia. Equipo de psicopedagogía del Hospital J.M. Penna. Año 2004
- Artículo: Insight y adherencia al tratamiento en esquizofrenia. Disponible en: [www.portalsaludmental.com/Article61.html](http://www.portalsaludmental.com/Article61.html)
- "Bandolier" independent journal about evidence-based healthcare, written by Oxford scientists. Disponible traducido en: [www.infodoctor.org/bamdolera](http://www.infodoctor.org/bamdolera)
- Dabas, Elina y otros. "Los contextos del aprendizaje. Situaciones socio-psicopedagógicas". 1988.
- Documento realizado por el grupo de estudio de SIDA de la Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 1999. Disponible en: [www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/adherencia](http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/adherencia)
- Fernandez, Gabriela y Papi, Paula. "Salud y Educación. Una posible articulación". Trabajo de inserción. Residencia de Psicopedagogía. Año 2005
- Ferrer VA. "Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados". Rev Psicol. Salud 1995;7(1):34-61).
- Filidoro, Norma. Psicopedagogía: conceptos y problemas. La especificidad de la intervención clínica. Ed. Biblos. 2002
- Libertad Martín Alfonso. "Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente". Revista cubana de Higiene y Epidemiología. A través de *bvs* biblioteca virtual de salud. Disponible en: [www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm)
- ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. . Rev. méd. Chile. [online]. mar. 2005, vol.133, no.3, p.307-313. Disponible en <<http://www.scielo.cl/scielo.php>
- Pagina oficial del Hospital Carlos Durand: [www.durand.org.ar](http://www.durand.org.ar)

- "Pensando las intervenciones en la clínica psicopedagógica". Ateneo general de la Residencia. Equipo de psicopedagogía del Hospital Durand. Año 2004.
- Revista Fed Argentina Cardiología 2005; 34: 104-111. ROBERTO A. INGARAMO y colaboradores. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Disponible en: [www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingaramo.php](http://www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingaramo.php)
- Sinigaglia, I. y Villar, L. Trabajo de investigación: "Sobre nuestra población: de investigar hipótesis y construir miradas". Residencia de psicopedagogía. Año 2005.

**ANEXO**

**INVESTIGACIÓN RODERO – ROCCHI**  
**Instrumento**

1. ¿Dónde reside actualmente la familia?
  - Capital (preguntar la dirección de la vivienda)
  - Provincia de Bs. As.
2. Su casa, ¿es propia, alquilada, prestada, tomada?
3. ¿A qué se dedica el padre o tutor actualmente? ¿Trabaja por su cuenta, es empleado, hace changas, recibe algún subsidio?
4. ¿Cuántas horas diarias aproximadamente trabaja?
5. ¿A qué se dedica la madre o tutora actualmente? ¿Trabaja por su cuenta, es empleada, hace changas, recibe algún subsidio?
6. ¿Cuántas horas diarias aproximadamente trabaja?
7. En su casa, en su familia, ¿cuánto dinero estima que ingresa mensualmente?
8. ¿Qué nivel de escolaridad alcanzó el padre o tutor?
9. ¿Qué nivel de escolaridad alcanzó la madre o tutora?
10. ¿Recuerda cuánto tiempo hace que su hijo/ a asiste a tratamiento psicopedagógico?
11. ¿Quién derivó al niño al equipo de psicopedagogía?
12. ¿Estuvo usted de acuerdo con la derivación?
  - Si
  - No
13. ¿Observa alguna dificultad en el aprendizaje escolar de su hijo?
  - Si
  - No
14. ¿Cuáles?
15. ¿Por qué cree que le pasa esto?

16. ¿Cree necesaria la atención psicopedagógica de dichas dificultades?

- Si
- No

17. ¿Por qué?

18. ¿Qué hace usted para intentar ayudarlo?

19. ¿Ha recibido en este tiempo de tratamiento orientaciones de la psicopedagoga acerca de cómo ayudar a su hijo? Brindar un ejemplo.

- Si
- No

20. ¿Puede mencionar alguna?

21. ¿Cuál es su opinión acerca de las mismas?

22. ¿Pudo llevarlas a cabo?

- Si
- No

23. ¿Por qué?

24. Durante este tiempo de tratamiento psicopedagógico ¿observó algún cambio (avances, retrocesos, no modificaciones) en las dificultades por las que consultó?

- Si
- No

Avances

Retrocesos

Sin modificación. En este caso ¿por qué continúa asistiendo?

25. ¿Cómo define el vínculo que estableció con la psicopedagoga de su hijo?

- Muy bueno
- Bueno
- No muy bueno

26. ¿Por qué?

27. ¿Asiste regularmente a los encuentros programados tanto para su hijo como para usted?

- Si
- No

28. ¿Da aviso en caso de que no pueda asistir?

- Si
- No
- A veces

29. ¿De que modo?

30. ¿Asiste actualmente el niño a un tratamiento de otra especialidad?

- Si
- No

31. ¿Cuál?

32. ¿Ha asistido a algún tratamiento anteriormente?

- Si
- No

33. ¿Cuál o cuales?

34. Cuándo concurren a los encuentros programados con la psicopedagoga ¿ésta los atiende puntualmente?

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

35. ¿En alguna ocasión la psicopedagoga suspendió el encuentro pautado?

- Si
- No

En caso de que la respuesta sea afirmativa preguntar:

36. ¿Se le ha ofrecido la posibilidad de recuperarlo?

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

37. El día y horario de atención de su hijo /a ¿fue establecido teniendo en cuenta sus posibilidades horarias?

- Si
- No

38. El día y horario de atención de entrevistas a padres ¿fue establecido teniendo en cuenta sus posibilidades horarias?

- Si

- No

39. En caso de que la psicopedagoga se vea imposibilitada de asistir al encuentro programado ¿le avisa con anticipación?

- Casi siempre
- A veces
- nunca

¡Muchas gracias!



Sres. padres de .....

Nos dirigimos a ustedes para invitarlos a participar de una encuesta de carácter investigativo que se está realizando en el equipo. La temática de la misma está centrada en el sostenimiento de los tratamientos. Por tal motivo los hemos seleccionado para formar parte, considerando la regularidad con la que ustedes asisten al tratamiento psicopedagógico de su hijo/a.

A la brevedad serán convocados por la profesional a cargo del tratamiento.

Esperamos contar con su presencia, que será de suma importancia para la elaboración de este trabajo y mejorar la calidad de la atención brindada.

¡Muchas gracias!

Lic. Betiana Rocchi

Lic. Canela Rodero