

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SECRETARÍA DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL

Director: Dr. Stern

DIRECCIÓN DE CAPACITACION

Director: Dr. Kaufman

RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora: Lic. Silvia Dubkin

Asesora en Metodología de la Investigación: Lic. Cecilia Ros

HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

PEDIATRÍA

APRENDIZAJE Y DESARROLLO

EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora del Programa: Lic. Juana Marrón

Jefa de Residentes: Lic. Evelina Antoniali

Investigación

Admisión – Deserción... ¿Crónica de un final anunciado?

-Estudio de posibles indicadores de deserción en la entrevista de admisión-

Autoras del Trabajo:

Lic. María Alejandra Marinkovic´

Lic. María Cecilia Monti

Año 2003

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Nuestra inserción como residentes en un Equipo de Psicopedagogía que forma parte de un Grupo de Trabajo Interdisciplinario en el marco de un servicio de Pediatría de un Hospital General de Agudos configura un campo de intervenciones donde el eje privilegiado es la clínica psicopedagógica. Instancias de esta intervención clínica son el diagnóstico y el tratamiento psicopedagógico, teniendo ambos como puerta de entrada la entrevista de admisión.

La entrevista de admisión configura un espacio quizás nunca del todo valorado (casi sin temor a equivocarnos diremos que mucho más se ha pensado y escrito acerca de los avatares y vicisitudes de diagnósticos y tratamientos) pero fundamental en la dinámica de todo servicio hospitalario y más aún en los que nos ocupamos de la salud mental; constituye un eje primordial y privilegiado por las cuestiones que en este momento se juegan. De esto se deduce que consideramos (y esta idea orientó en gran medida nuestra investigación) que es posible recortar en la entrevista de admisión algunos indicadores que marcarán en cierta forma el recorrido dentro del equipo de las personas que concurren a la misma.

Es por esto que decidimos preguntarnos acerca de la relación existente entre ciertos indicadores presentes en la entrevista de admisión (que en nuestro equipo es una, y en muy pocos casos dos, entrevistas a cargo de la coordinadora y la jefa de residentes del equipo, con una duración de una hora aproximadamente, donde concurre toda la familia consultante y en la cual se trata de definir la estrategia más adecuada para el niño, pudiendo esta ser tanto el no requerirse intervención como la derivación, diagnóstico y eventual tratamiento) y el recorrido de esos pacientes en nuestro equipo, privilegiando aquellos que desertaron y también los que habiendo solicitado turno no concurren a la entrevista de admisión.

Para poder acercarnos a esta problemática decidimos analizar los protocolos de aquellos pacientes que tuvieron entrevistas de admisión entre el 1° de junio de 2000 y 30 de mayo de 2002 (y las fichas de turnos de aquellos que habiéndolo solicitado se ausentaron a la entrevista en el mismo período) con el doble propósito de caracterizar esta población y recortar indicadores

que permitan vincular admisión y posterior recorrido en el equipo (incluyendo aquí también la deserción).

RELEVANCIA DEL TEMA DE ESTUDIO

Considerar a la entrevista de admisión como primera instancia en un equipo le otorga un lugar cuya relevancia no puede ser desconocida. Este lugar clave creemos que merece ser analizado en profundidad, lo que redundaría en un mejoramiento del servicio brindado.

¿Cuántas entrevistas de admisión que concluyen en una indicación de intervención psicopedagógica nunca inician luego un diagnóstico, o lo dejan trunco? ¿Es posible trabajar en estas entrevistas sobre ciertos indicadores que “atenúen” este porcentaje de deserciones o por lo menos nos permitan estar advertidos al respecto? ¿Es posible de alguna manera “prevenir” estas situaciones?

A ciencia cierta no lo sabemos, por esto nos aventuramos en esta investigación. Un equipo que trabaja en el campo de la salud mental no puede dejarse evaluar únicamente por indicadores cuantitativos, pero tampoco puede rehuirle al análisis de los servicios que él provee. En tal sentido creemos que cuantificar los datos obtenidos a lo largo de estos dos años de admisiones, permitiría por un lado conocer el tipo de servicio que estamos brindando, mejorar ,si es posible, la calidad del mismo y modificar las prácticas, sin en todo esto dejar de lado la cuota de imprevisibilidad que se cernirá siempre sobre nuestra tarea.

PROBLEMA

Como ya hemos señalado, en nuestro Equipo los pacientes a ingresar deben necesariamente realizar una entrevista de admisión, para la cual se solicita turno previamente. En esta entrevista se define la estrategia a seguir. Si esta consiste en la realización de un diagnóstico o un tratamiento psicopedagógico, el material de la entrevista de admisión es entregado a la psicopedagoga que se hará cargo del caso. Muchas veces los pacientes ni siquiera concurren a la entrevista de admisión, otros nunca inician el diagnóstico o lo abandonan al término de un par de entrevistas. En muchos casos al volver a releer el material de la admisión, se tiene la impresión de que este final se estaba anunciando... ahora ¿es esto realmente así? ¿Puede la admisión señalar algunos indicadores que actúen como “predictores” de la deserción?

Tomando como base estos interrogantes decidimos plantearnos los siguientes problemas, el primero a modo más general y descriptivo, los dos siguientes más centrados en la temática que nos convoca:

- ¿Qué características tienen los pacientes y sus familias que consultaron en el Equipo de Psicopedagogía del Hospital Durand entre junio de 2000 y mayo de 2002?
- ¿Cuáles son los factores que podrían reconocerse en la entrevista de admisión como potenciales predictores de deserción en las instancias del abordaje clínico psicopedagógico?
- ¿Existen diferencias entre dichos factores, analizando comparativamente los grupos correspondientes a las distintas instancias del abordaje clínico psicopedagógico?

OBJETIVOS

- Describir las características de los pacientes y sus familias que consultaron en el equipo de Psicopedagogía del GTIAD, Htal. Durand entre junio de 2000 y mayo de 2002, en cuanto a edad, sexo, escolaridad, lugar de procedencia, lugar de residencia, composición familiar, entre otras.
- Identificar la incidencia de los factores derivador, sujeto consultante, asistentes a la admisión, año de la consulta, momento del año en que se realiza la consulta, antecedentes de otros tratamientos, motivo de consulta, enunciado del problema; como potenciales predictores de deserción en las distintas instancias del abordaje clínico psicopedagógico: ausentes a la entrevista de admisión, deserción en el diagnóstico, deserción en el tratamiento, actualmente en tratamiento, seguimiento y alta.
- Analizar comparativamente los factores derivador, sujeto consultante, asistentes a la admisión, año de la consulta, momento del año en que se realiza la consulta, antecedentes de otros tratamientos, motivo de consulta, enunciado del problema; como potenciales predictores de deserción en las distintas instancias del abordaje clínico psicopedagógico: ausentes a la entrevista de admisión, deserción en el diagnóstico, deserción en el tratamiento, actualmente en tratamiento, seguimiento y alta.

MARCO TEÓRICO

El objeto de estudio de la *Psicopedagogía* es siempre “el hombre en situación de aprendizaje”, sin embargo las intervenciones adquieren características particulares –tanto en los distintos ámbitos, como dentro de un mismo ámbito de intervención- en función de la conceptualización del sujeto y del proceso de aprendizaje que subyacen a cada una de ellas.

La Psicopedagogía, desde el posicionamiento que asume como disciplina, revaloriza el vínculo existente entre el sujeto y el aprendizaje ya que sostiene que es a través de dicho proceso que el sujeto se inserta en el mundo de la cultura y de lo simbólico

Teniendo en cuenta los objetivos que guían nuestra investigación, creemos necesario en primer lugar abordar cierta conceptualización respecto del proceso de aprendizaje, para luego centrarnos en la cuestión de las fallas o detenciones que en dicho proceso pudieran presentarse y que dan lugar al fenómeno del fracaso escolar.

Entenderemos al *aprendizaje* como el “proceso que posibilita el acercamiento, la apropiación productiva (incorporación y creación) de los objetos del mundo y la producción de conocimientos”¹. Por otra parte, siguiendo a Clemencia Baraldi el aprendizaje queda jugado en el campo del encuentro del Sujeto con el Otro “de manera tal que no hay sujeto sin aprendizaje ni aprendizaje sin sujeto (...) El aprendizaje se sitúa en un lugar virtual que pertenece tanto al Otro como al sujeto (...) El sujeto es demandado a aprender. Si no hay otro que espera que un niño aprenda (...) difícilmente estos aprendizajes puedan ser consolidados”²

Según Liliana González de Brusa “el aprendizaje parece ser un terreno privilegiado para la fractura de síntomas (...) ese síntoma, ese estar impedido, ese no adelantar, ese no poder con las letras o con los números no es casual. Es causal. Por algo está allí y como toda formación del inconciente tiene valor

¹ Silvia Schlemenson (comp.), Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Paidós, Buenos Aires, 2001

² Clemencia Baraldi. Aprender. La aventura de soportar el equívoco. Homo Sapiens, Rosario, 1992.

de Lenguaje. Algo quiere decir pero se las arregla para que nadie lo entienda (...) el síntoma siempre incluye al otro. Son mensajes cifrados que condensan secretos, alianzas o conflictos reprimidos de los personajes involucrados en el drama: padres, hermanos, abuelos”³

El síntoma aparece expresando la verdad del sujeto, siendo la manera que éste tiene de denunciar algo de la posición que ocupa.

El *problema de aprendizaje* se enmarca dentro del fenómeno del *fracaso escolar*. “El fracaso escolar es una cuestión compleja, sus causas son múltiples y diversas: la relación transferencial con el docente, el modo en que se transmite el conocimiento, la valoración social del aprendizaje, las condiciones internas del sujeto para acceder a él. Unas circunstanciales (más externas al sujeto, coyunturales), otras vinculadas a la estructura propia del sujeto (elementos más arcaicos). Todos los elementos mencionados están entremezclados e influyendo unos sobre otros. Todo fracaso escolar debería ser leído en términos de sobredeterminación y multiplicidad causal.”⁴

Al decir de Gisella Untoiglich “El fracaso escolar es un síntoma relativamente nuevo, que aparece luego de que se instalara la obligatoriedad de la escuela primaria. La escuela es representante de la terceridad, cuando algo no anda bien allí, es como poner una dificultad en una gran vidriera que funciona como lente de aumento. En la mayoría de los casos no es la escuela la que origina la dificultad, pero si es la encargada de mostrarla. Cuando comienzan a intervenir la maestra, la directora y el gabinete psicopedagógico ya los padres no pueden desentenderse del ruido que el niño ocasiona.

El fracaso escolar es un signo de que algo no anda bien con este niño, ni más ni menos que eso. Abrimos el espacio de escucha a los padres para que esta primera demanda, que frecuentemente es inducida por la escuela se despliegue y se anude en cada uno de los significantes que los padres elijan recortar en el modo de presentar a su hijo y su problemática”⁵

³ Liliana González de Brusa, Reflexiones acerca de la Clínica. Revista Aprendizaje Hoy. N°12-13. Fundación EPPEC. Buenos Aires.

⁴ Equipo de Psicopedagogía (GTIAD) Hospital Durand. Trabajo con Padres. Ateneo General de la Residencia. Año 2001.

⁵ Silvia Schlemenson (comp.), Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Paidós, Buenos Aires, 2001

El síntoma es un enigma para los padres. Comienza a molestarlos. Hay algo que al niño le pasa y sobre eso no saben. Los padres se cuestionan, se angustian y consultan. Es frecuente en la práctica psicopedagógica que al momento de realizar una consulta por un problema de aprendizaje los padres no se vean implicados en las dificultades de su hijo. Esto puede deberse, en parte, a que el problema se manifiesta y es recortado generalmente en un ámbito externo: la escuela.

En muchas ocasiones las dificultades se manifiestan al inicio de la escolaridad primaria “Ingreso a la escolaridad: momento en que se pone en escena, de un modo más público, la modalidad y posibilidades operatorias del niño con los objetos del mundo y el ordenamiento del campo representacional logrado hasta ese momento. La escuela es el lugar donde el niño confronta, por primera vez lo propio con lo socialmente instituido y allí suelen aparecer las primeras fracturas”⁶

Las fallas y detenciones que pudieran presentarse en el proceso de aprendizaje dan lugar al surgimiento de un campo de prácticas clínicas. La *Clínica Psicopedagógica* será entendida en un sentido amplio en tanto intervención psicopedagógica asistencial diagnóstica y terapéutica, siempre ligada, como ya hemos mencionado, a determinadas conceptualizaciones teóricas y en función de ellas a determinado posicionamiento y modos de intervención frente al problema de aprendizaje.

Abordaremos ahora el dispositivo mediante el cual se efectiviza la consulta. En primer lugar conceptualizaremos acerca de la *entrevista de admisión* en tanto puerta de entrada de un servicio hospitalario; para más adelante referirnos a las instancias del diagnóstico y tratamiento y sus desenlaces, sean estos alta, seguimiento, derivación o deserción.

La definición operativa de la Admisión, dada por el marco normativo de la Salud Pública, es la siguiente: “Es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar

⁶ Silvia Schlemenson (comp.), Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Paidós, Buenos Aires, 2001

datos de filiación, motivo de consulta y se elabora un diagnóstico presuntivo a fin de establecer si corresponde: su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado, su derivación a otros servicios hospitalarios, no requiere tratamiento alguno”

“Una admisión que funciona bien ordena, limita y habilita la consulta. Inaugura un lugar para esa persona. Abre un registro institucional e inscribe los elementos de su entrada en la institución en una forma que resulta compatible con otros profesionales. El admisor encuentra un camino para dar cauce factible a la consulta, eligiendo las herramientas más adecuadas dentro del marco de problemáticas que despliega el consultante. Evalúa riesgos, hace una primera aproximación diagnóstica y pronostica, constituyéndose a veces en el primer acto terapéutico, ya que la aplicación del dispositivo es en sí una intervención. Si ofrece escucha puede producir demanda”⁷

Según Alejandrina Meza “La entrevista de admisión es considerada como momento inaugural del proceso diagnóstico, adquiriendo su importancia no solo por si mismo sino también por la influencia que ejercerá sobre los momentos venideros del diagnóstico (...) Momento inaugural que abre el tiempo para comprender, pues admitir no es solo recibimiento, sino también apertura, interrogación, enigma. Es punto de partida pero también punto de llegada. Es inicio y fin”

“El discurso de los padres esclarece la problemática del niño y la caracteriza con lo cual la entrevista se transforma en un pre - texto del diagnóstico en tanto texto previo para descubrir la subjetividad”

“Consideramos la entrevista de admisión en tanto primer encuentro de los padres con el servicio, como momento privilegiado por la oportunidad que nos brinda para que los padres nos otorguen su permiso y su compromiso como sostenedores del proceso que se inicia”.⁸

⁷ Oscar Sotolano La Admisión en la Institución Hospitalaria. Revista Psicoanálisis y el Hospital N° 2.

⁸ Silvia Schlemenson (comp.), Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Paidós, Buenos Aires, 2001

Pensar en la entrevista de admisión nos conduce a recortar como operador fundamental el concepto de *demanda* y sus particularidades en el caso de la consulta por un niño.

“El niño nunca llega solo a la consulta (...) su situación de dependencia real implica necesariamente que su demanda si la hay, está precedida y vehiculizada por la demanda de un (o varios) adulto (s)”.

“Sabemos que no necesariamente el pedido manifiesto (...) supone una verdadera demanda. Inversamente, ésta puede manifestarse aunque el sujeto desconozca por formación, información, por el medio cultural y social en que se desenvuelve, qué es eso de un tratamiento psicoanalítico.” “... lo que importa es, no una cuestión de información y conocimiento, sino una determinada posición en relación al deseo inconciente. Demanda desencadenada, en su actualidad, en virtud de un fracaso en el equilibrio narcisístico pero fractura que, condición necesaria mas no suficiente, deberá provocar una hiancia en el Otro (uno o ambos padres). No alcanza para que la demanda se efectivice, con que los síntomas lo sean para el niño; deberán ser distónicos también para los padres”⁹

En el caso de la admisión en Psicopedagogía, en algunas ocasiones los padres y el niño llegan derivados por la escuela o por algún profesional sin registrar ninguna dificultad en el niño y por lo tanto sin interrogante alguno. Si no hay un recorte del síntoma por parte del sujeto y de sus padres, si no se reconoce que hay algo que molesta y sobre lo que no se sabe, no hay demanda posible a otro.

En otros casos, los padres expresan el deseo de que su hijo acceda a un tratamiento pero éste no se corresponde con un verdadero deseo del niño, quien no recorta algo del orden del síntoma en aquello por lo cual los otros consultan sin escucharse tampoco nada de un sufrimiento en su discurso. En estos casos el terapeuta corre el riesgo de hacerse cómplice de la demanda de los padres de que el niño se haga cargo de una dificultad que no es tal para él. Responder a esta demanda, legalizándola, les evitaría a los padres la aparición del verdadero conflicto

⁹ Aída Dinerstein. ¿Qué se juega en psicoanálisis de niños? Lugar Editorial, Buenos Aires, 1987.

En ocasiones si bien en un inicio el planteo de quienes consultan es “venimos porque nos manda la escuela”, algo del orden de la demanda se hace presente, lo cual habilita a pensar en la posibilidad de un tratamiento psicopedagógico.

Otras veces, los padres escuchan al niño en su pedido de ayuda pero no están dispuestos a las consecuencias, a acompañar y sostener un proceso terapéutico. Ellos acuden a la consulta exigiendo soluciones rápidas que acallen el síntoma, en lugar del proceso de interrogación a la subjetividad que supone todo trabajo terapéutico.

Una de las intervenciones posibles al término de la entrevista de admisión es la indicación de la realización de un *diagnóstico psicopedagógico*.

Para el diccionario de la Real Academia española diagnosticar es el acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante las observaciones de signos y síntomas. En el marco de la intervención psicopedagógica podemos considerar que el diagnóstico psicopedagógico “es un proceso en el que se intenta encontrar el sentido histórico subjetivo de los problemas de aprendizaje de un niño determinado a través del análisis de sus dificultades”¹⁰

Si al término del proceso diagnóstico se considera que el niño y sus padres necesitan continuar trabajando sobre las dificultades se indicará el inicio de un *tratamiento psicopedagógico*. En este caso la intervención psicopedagógica se propone posibilitarle al sujeto el despliegue de su deseo y de sus posibilidades de aprender; se orienta a determinar cómo el sujeto significa, con toda su historia, su proceso de aprendizaje y desde dónde se inscribe su dificultad en el mismo.

Se considera una *derivación* a aquella intervención que consiste en la orientación de la consulta hacia otro/s profesional/es, ya sea por no considerarse pertinente la intervención psicopedagógica desde la misma entrevista de admisión o bien luego de un trabajo psicopedagógico.

¹⁰ Silvia Schlemenson (comp.), Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Paidós, Buenos Aires, 2001

Se constituye en *deserción* todo abandono tanto del diagnóstico como tratamiento psicopedagógico.

Se define como *alta* del tratamiento psicopedagógico a la finalización de la intervención por considerarse cumplidos los objetivos de la misma. Puede ir acompañada de un tiempo de *seguimiento* el cual consiste en entrevistas periódicas con el niño y con sus padres en las cuales se acompaña el proceso de alta.

MATERIAL Y MÉTODO

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Durante el período comprendido entre el 1° de junio de 2000 y el 31 de mayo de 2002, se solicitaron 174 turnos para una entrevista de admisión en el Equipo de Psicopedagogía (GTIAD) del Hospital Durand.

Considerando los objetivos de esta investigación se excluyeron del estudio los siguientes casos:

- 29 casos que luego de la entrevista de admisión fueron derivados a otros servicios.
- 9 casos que luego de la entrevista de admisión no requirieron intervención psicopedagógica alguna.
- 4 casos que luego de la entrevista de admisión se indicó un espacio de trabajo con los padres por fuera del Equipo.

Por falta del material (registro de solicitud de turno, o bien, ficha de admisión y registro de la misma) se excluyeron del estudio 21 casos.

De esta manera queda configurado un universo poblacional de 111 casos distribuidos de la siguiente manera:

- 27 casos que solicitaron turno de admisión y no concurrieron a la misma.
- 84 casos que concurrieron a la entrevista de admisión y les fue indicada alguna intervención psicopedagógica en el Equipo (constituyendo los grupos de: deserción en diagnóstico, deserción en tratamiento, continua en tratamiento y alta o seguimiento).

ESTRATEGIAS DE RECOLECCION

Se han utilizado como fuentes secundarias de información:

- Fichas de solicitud de turno de admisión (ver Anexo).
- Protocolo de registro de entrevista de admisión (ver Anexo).
- Transcripciones de la entrevista de admisión.
- Cuadro confeccionado por la coordinadora del Equipo para el seguimiento de todos los pacientes que solicitaron turno de admisión (ver Anexo).

FORMA Y MODALIDAD DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para el procesamiento de los datos obtenidos fue utilizado el paquete estadístico SPSS.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS

Dentro de la unidad de análisis constituida por cada caso que solicitó turno o realizó entrevista de admisión en el Equipo de Psicopedagogía (GTIAD), entre el 1º de junio de 2000 y 31 de mayo de 2002, se consideraron las siguientes dimensiones:

Niño: que solicitó turno o realizó entrevista de admisión en el Equipo de Psicopedagogía (GTIAD) Hospital Durand, entre el 1º de junio de 2000 y 31 de mayo de 2002

- Edad

- Sexo
- Escolaridad: Escuela, distrito escolar, grado que cursa, tipo de escolaridad, gestión, jornada, repitencia, grado/s que repitió, cambios de escuela
- Realización de otros tratamientos: especialidad y momento de realización (anterior o actual)

Familia: del niño que realizó entrevista de admisión en el Equipo de Psicopedagogía (GTIAD) del Hospital Durand entre el 1º de junio de 2000 y el 31 de mayo de 2002

- Lugar de residencia
- Escolaridad: del padre*, de la madre, existencia de hermanos escolarizados
- Ocupación del padre y de la madre
- Trabajo o desocupación actual del padre y de la madre
- Configuración familiar
- Cambios significativos en la familia (mudanzas, muertes, enfermedades, accidentes, separación de los padres, desocupación de los padres, migraciones, nacimiento de un hermano, problemas familiares, conflictos no reconocidos)

Consulta: datos relativos a la consulta psicopedagógica.

- Derivador

* En todos los casos se consideró “padre” del niño a aquel que ejerce la función.

- Motivo de consulta
- Enunciado del problema
- Implicación de los padres en la problemática del niño
- Deserción o continuidad del trabajo
- Momento de la deserción

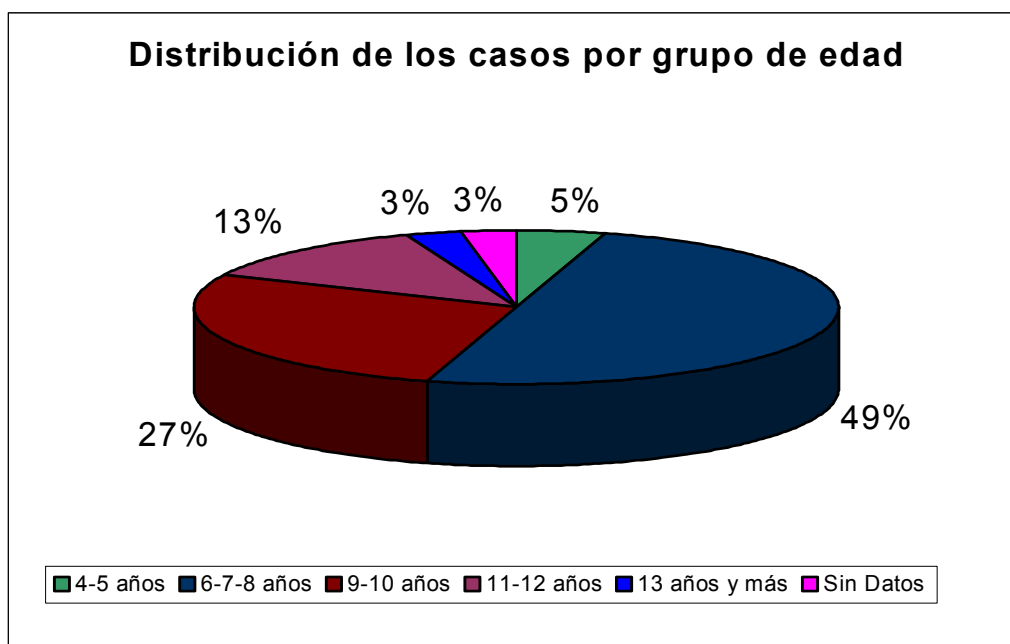
Para aquellos casos que solicitaron un turno de admisión y se ausentaron a la entrevista se analizaron las siguientes variables: Historia Clínica, Nombre y Apellido, Edad, Grupo de edad, Sexo, Escolaridad, Escuela, Distrito Escolar, Gestión, Grado que cursa, Motivo de consulta, Derivador y Grupo fecha de solicitud del turno.

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES
DATOS OBTENIDOS**

A) DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS QUE SOLICITARON UN TURNO DE ADMISIÓN EN EL EQUIPO DE PSICOPEDAGOGIA

En este punto se tomará como universo poblacional 111 casos (los que solicitaron turno a la entrevista de admisión y no concurrieron y los casos que solicitaron turno y sí concurrieron a dicha entrevista) para aquellas variables que se registran tanto en la ficha de solicitud de turno de admisión como en el protocolo que se completa en la entrevista de admisión. El universo poblacional constará de 84 casos para aquellas variables que se registran únicamente en el protocolo de los que concurren a la admisión.

- En cuanto a los casos, *agrupados por edad*, la distribución es la siguiente:



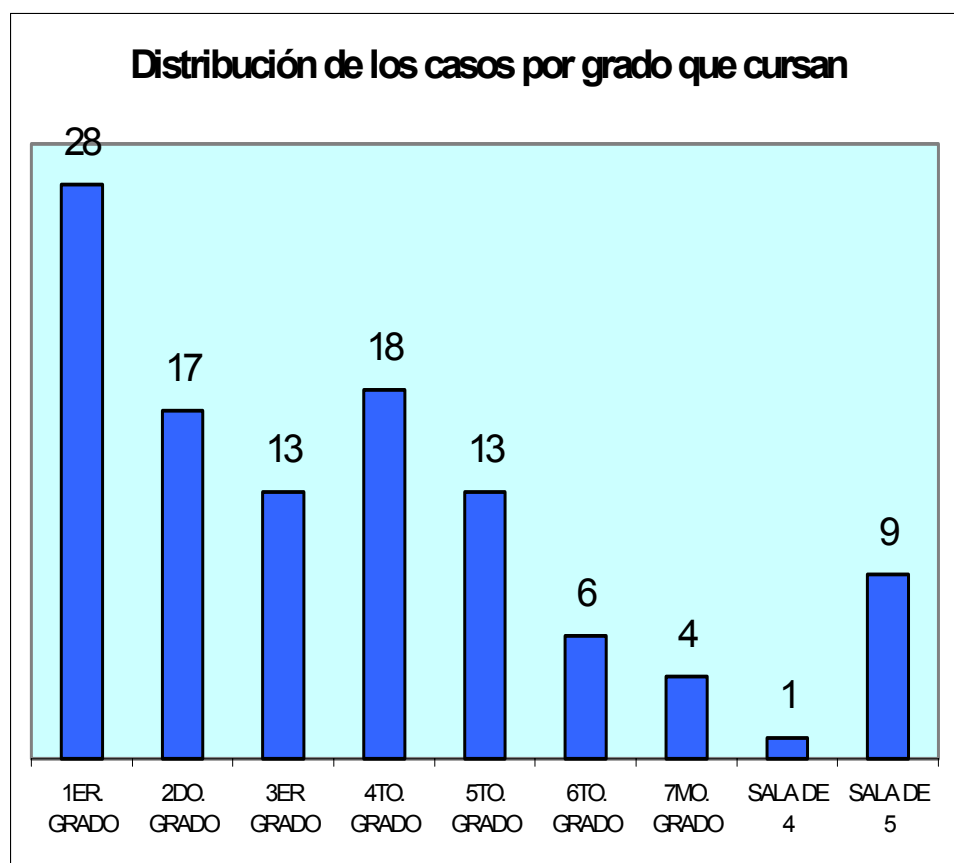
Es interesante destacar que la mitad de los niños consultantes corresponden al grupo de edad de 6, 7 y 8 años.

- En lo referente al sexo, la distribución de los casos no refleja diferencia significativas: 55, 85 % de varones y 44, 15% de mujeres.

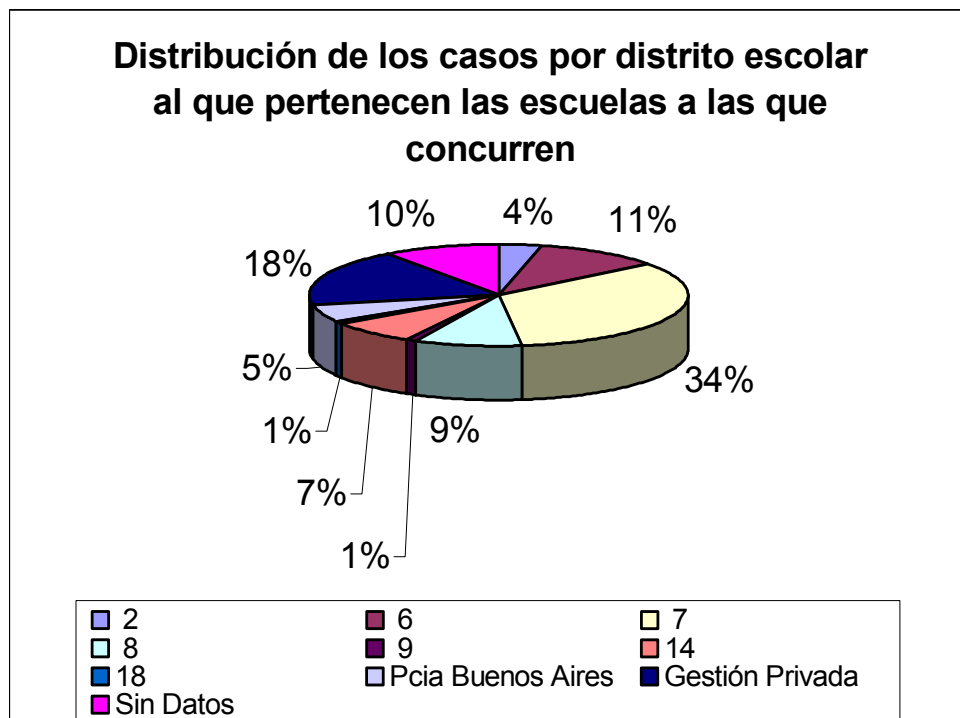
Sin embargo respecto de los casos que estuvieron ausentes a la admisión, el porcentaje de varones asciende a un 65,4 %, descendiendo el de mujeres a un 34,6%.

- En cuanto al *tipo de escolaridad*, el 94 % concurre a escuela común. Se registra un 5 % de casos sin datos al respecto, éstos corresponden en su totalidad a casos que se ausentaron a la admisión.
- Un 75,7 % de los casos concurren a escuelas de *gestión pública*, frente a un 18 % que asiste a escuela de *gestión privada*. Nuevamente se reitera la situación de ausencia de datos (6,3 %) entre los que solicitaron turno y no concurrieron a la admisión.
- Entre los niños que concurrieron a la entrevista de admisión, un 64,3 % concurren a escuelas de *jornada simple* y un 32,1 % a escuelas de *jornada completa*.
- De acuerdo al *grado que cursan* el 25,7 % de los pacientes que consultan se encuentran en 1º grado y luego el 16,5 % en 4º grado. Más allá del dato mencionado, el primer ciclo de la escolaridad primaria condensa el 53,3 % de las consultas.

A su vez, consideramos interesante señalar que las consultas previas al inicio de la escolaridad primaria reúnen casi un 10 % del total; esto podría llegar a indicar una detección temprana de las dificultades de aprendizaje. Por otra parte, se detecta que el número de casos en 6º y 7º grado descienden significativamente respecto de las consultas en el primer ciclo y en 4º y 5º grado. Esta situación podría encontrarse vinculada o bien a concepciones docentes respecto del aprendizaje en esta etapa escolar o bien a características propias del equipo (dependencia del Servicio de Pediatría)



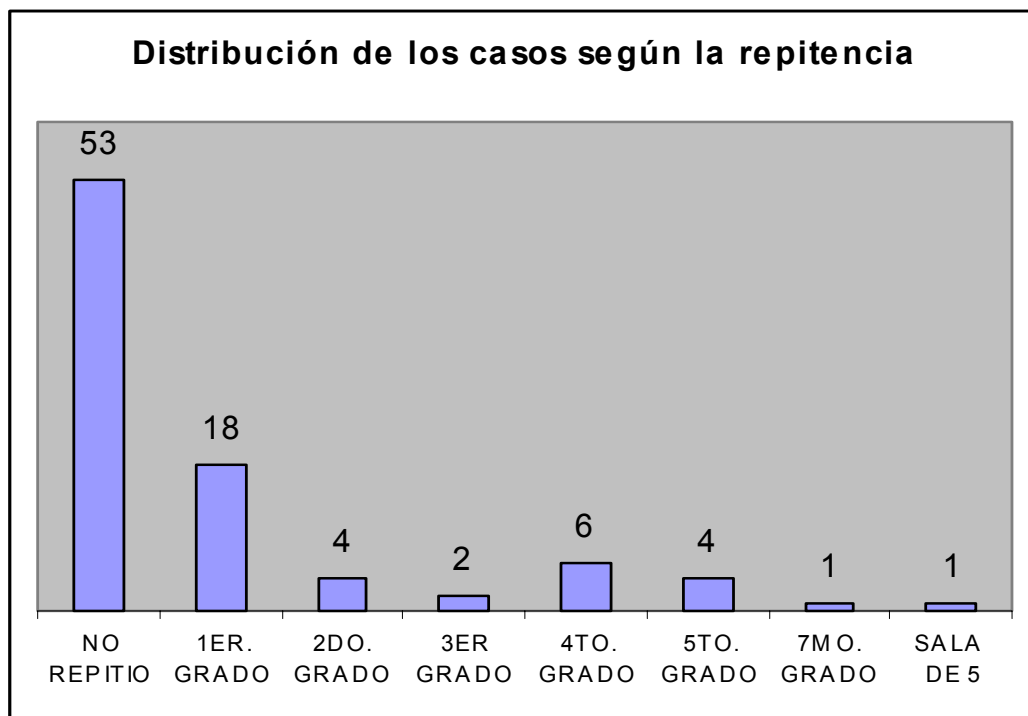
- En relación a los *distritos escolares* de las escuelas a las que concurren los casos (a fines de la investigación se incluyó dentro de esta variable las categorías “Pcia. De Buenos Aires” y “Gestión Privada” si bien en rigor no constituyen distritos escolares) el 34 % de los casos corresponden al distrito 7^{mo}, del cual nuestro hospital es efector. Si bien la mayoría de los demás distritos escolares también corresponden al Hospital Durand (DE N° 2, 6, 8, 14), el número de derivaciones que realizan es significativamente inferior. La relación más estrecha que, desde hace algunos años, se mantiene con el Equipo de Orientación Escolar del distrito 7mo podría explicar en cierta medida esta situación.



Por otra parte los casos provenientes de escuelas privadas constituyen el 18 % del universo poblacional. Mientras que sólo el 5 % provienen de escuelas de la provincia de Buenos Aires.

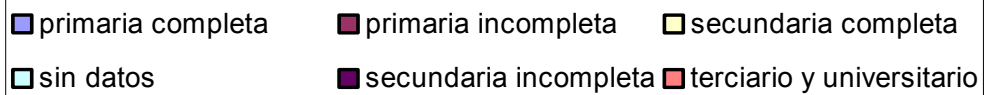
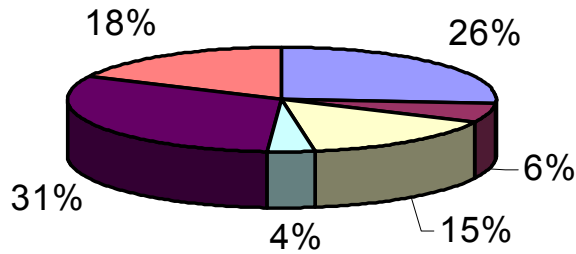
- En cuanto a la *repitencia*, el 63 % de los casos no registran ninguna repitencia a lo largo de su historia escolar, mientras que el 37 % han repetido en alguna ocasión, dentro de estos últimos, 6 casos han repetido de grado en 2 ocasiones

Es significativamente superior el porcentaje de repitencia en 1º grado.



- En cuanto a la presencia de *cambios de escuela* en el transcurso de la escolaridad el 62 % de los casos los registraron, en tanto que el 38 % permanecieron en la misma institución educativa.
- Respecto del *lugar de residencia* el 94 % de los casos corresponden a Capital Federal, mientras que el 6 % restante al conurbano bonaerense.
- En lo que respecta a la *escolaridad de la madre* la distribución de los casos es la siguiente: el 31% de las madres alcanzaron la escolaridad secundaria de forma incompleta mientras que un 26% la escolaridad primaria completa. De esta manera más de un 50% de los casos que constituyen nuestro universo poblacional se nuclean en las dos categorías mencionadas anteriormente.

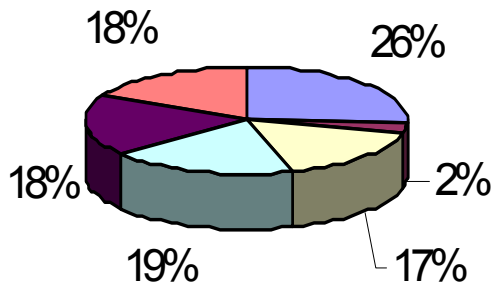
Nivel de Escolaridad de la Madre



- En relación a la distribución de los casos de acuerdo a la *escolaridad del padre* el 26,2% de los padres completaron sus estudios primarios, no existiendo diferencias significativas entre las categorías “secundaria incompleta”, “secundaria completa” y terciario-universitario”.

Por otra parte, en un 19% de los casos se registra la ausencia de datos respecto de la escolaridad del padre, esto podría deberse a su ausencia en la entrevista de admisión y a la no solicitud de estos datos al/los otros adultos que acompañan al niño.

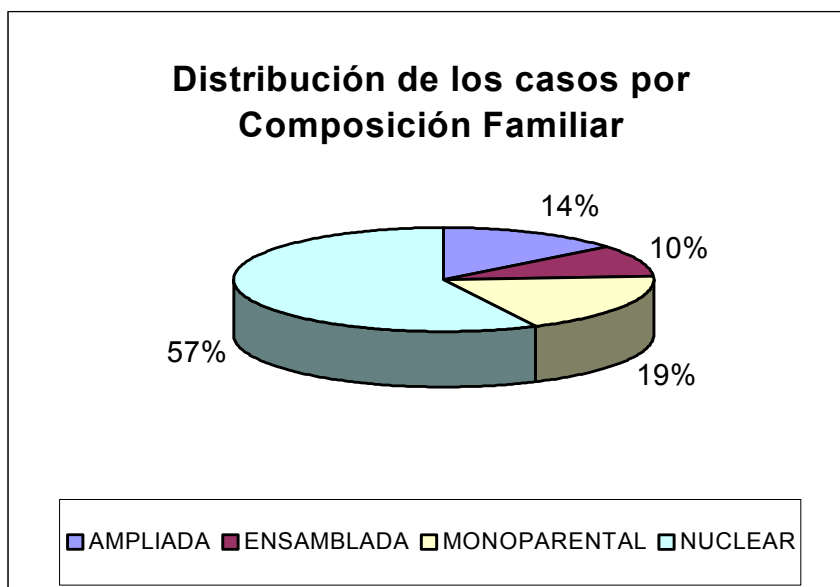
Nivel de Escolaridad del Padre



- Los datos más significativos acerca de la distribución de los casos de acuerdo a la *ocupación de la madre* son los siguientes: un 26,2% es ama de casa, mientras que un 44% es empleada.
- En relación a la *ocupación del padre* los datos más significativos son los siguientes: un 40% son empleados, un 12 % son comerciantes y un 16,7% poseen un oficio
- Respecto de la *ocupación o desocupación de las madres* no existen importantes diferencias entre el porcentaje de las que trabajan (51,2%) y el de las que no lo hacen (45,2 %)
- En cuanto a la *ocupación o desocupación de los padres* se registra un alto porcentaje de padres que trabajan (76,2%), sobre todo si tenemos en cuenta que en un 12% de los casos no contamos con datos de los padres en relación a su ocupación o desocupación. Nuevamente esta situación podría llegar a tener que ver con la

ausencia del padre a la entrevista de admisión y a la no solicitud de estos datos al/los adultos que acompañan al niño.

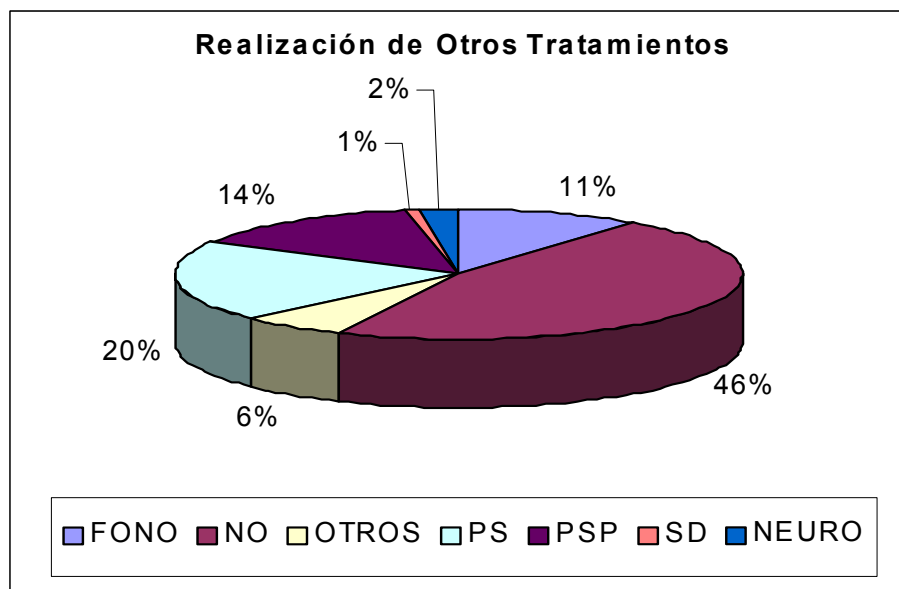
- En lo que respecta a la *composición familiar* la distribución de los casos es la siguiente:



Es interesante destacar que más del 50% de los casos corresponden a familias nucleares, mientras que sólo el 10% a familias ensambladas.

- Acerca de la *presencia de hermanos escolarizados* la distribución de los casos es la siguiente: el 69% de los niños que consultan en el equipo de Psicopedagogía tienen hermanos escolarizados, mientras que el 29,8% restante no tienen hermanos o bien sus hermanos aún no están escolarizados
- De los casos que constituyen nuestro universo poblacional el 52,4% no realizaron/an *otro tratamiento*, esta constituye entonces la primer consulta que se realiza en torno a las dificultades del niño. Este valor podría encontrarse en relación a que un gran porcentaje de los casos se concentra en el grupo de edad 6 –7 y 8 años y en el primer ciclo

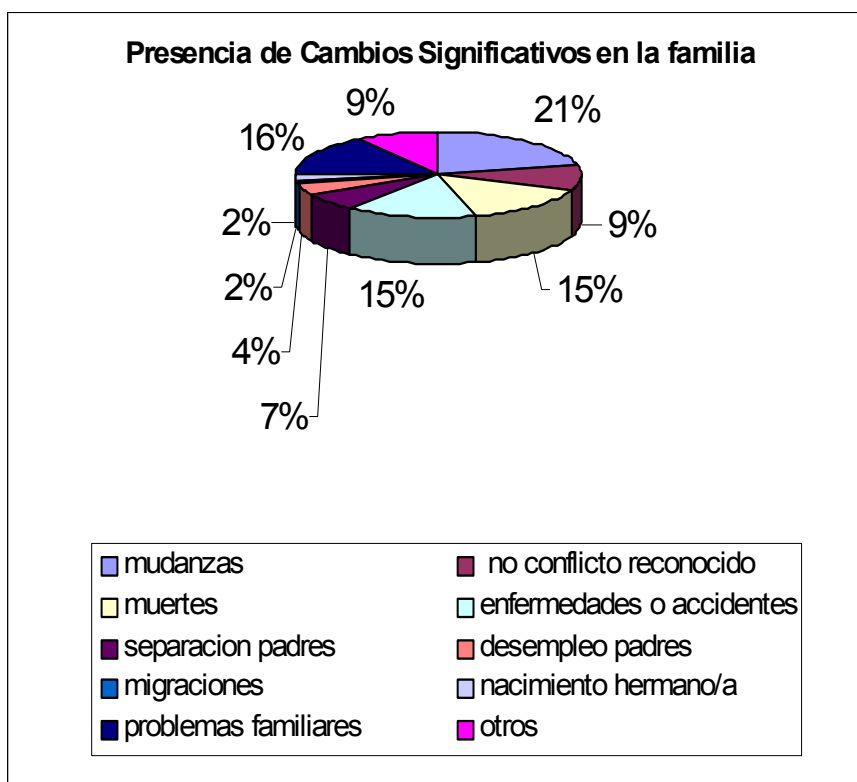
de la escolaridad y por tal motivo ésta pueda llegar a constituir la primer consulta.



Un 47,6 % de los casos sí realizaron/an otros tratamientos y se concentran principalmente en las siguientes disciplinas: Psicología, Fonoaudiología y Psicopedagogía. Existen 9 casos que realizaron/an dos tratamientos mientras que 2 casos realizaron/an tres tratamientos.

- La distribución de los casos de acuerdo al *momento en que se realiza/ó el otro tratamiento* es la siguiente: en un 69,3% de los casos el otro tratamiento es actual mientras que en un 30,7% el otro tratamiento fue realizado con anterioridad a la consulta en nuestro equipo

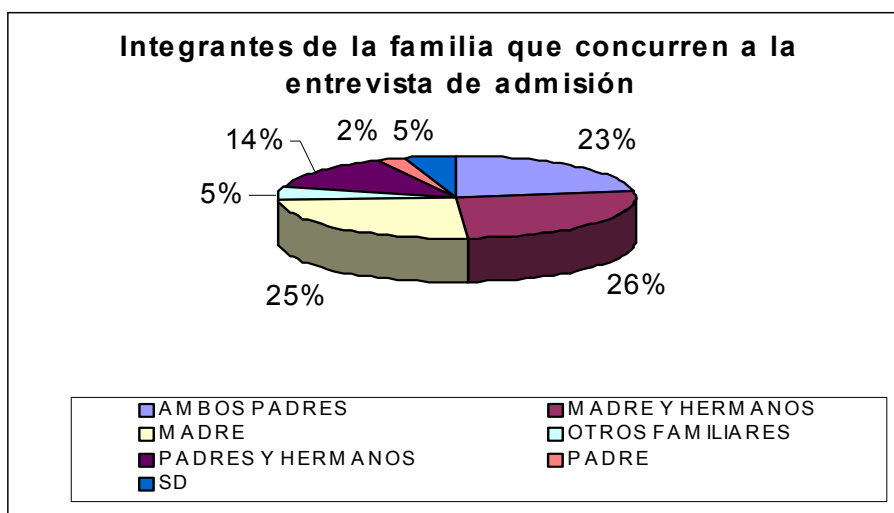
- En cuanto a la presencia de *cambios significativos* para el niño o su familia el 9% de los casos considera que no han atravesado por este tipo de situaciones. Entre los que sí reconocen haber atravesado por situaciones que se constituyeron para ellos en cambios significativos la distribución es la siguiente:



Cabe destacar que un 46 % de las familias señalan la presencia de 2 cambios significativos de los antes descriptos y un 11 % la existencia de 3 cambios significativos en su dinámica familiar.

- El universo poblacional se organiza en tres *grupos de admisión* de acuerdo al momento en que se realiza la entrevista. Cada grupo reúne los siguientes porcentajes: durante los meses de marzo – abril y mayo concurren a una admisión el 24,32% de los casos, durante los meses de junio – julio y agosto el 35,13% de los casos y durante los meses de septiembre – noviembre y diciembre el 40,54% de los casos

- Con respecto a la distribución de los casos de acuerdo a los *integrantes de la familia que concurren a la entrevista de admisión* no se manifiesta una diferencia significativa entre los casos en que concurren ambos padres y el niño; los casos en que concurre la madre, el niño y sus hermanos y los que concurre la madre y el niño. Sin embargo, sí se manifiesta una diferencia significativa entre la presencia de la madre (en el 88% de los casos) y la presencia del padre (en el 39% de los casos) en las entrevistas de admisión. Esto ya lo habíamos señalado como posible causa de la falta de datos del padre (escolaridad, ocupación, ocupación – desocupación) en los protocolos de las entrevistas de admisión



- En cuanto a la distribución según los derivadores, a grandes rasgos podría decirse que los mayores derivadores son el Sistema Educativo (43 %) y las derivaciones internas (37 %), es decir las realizadas por otros profesionales dentro del hospital.

Dentro de las derivaciones llevadas a cabo por el Sistema Educativo se contemplaron aquellas realizadas por la escuela (88 %), el Equipo de Orientación Escolar (10 %) y el CERI (2 %).

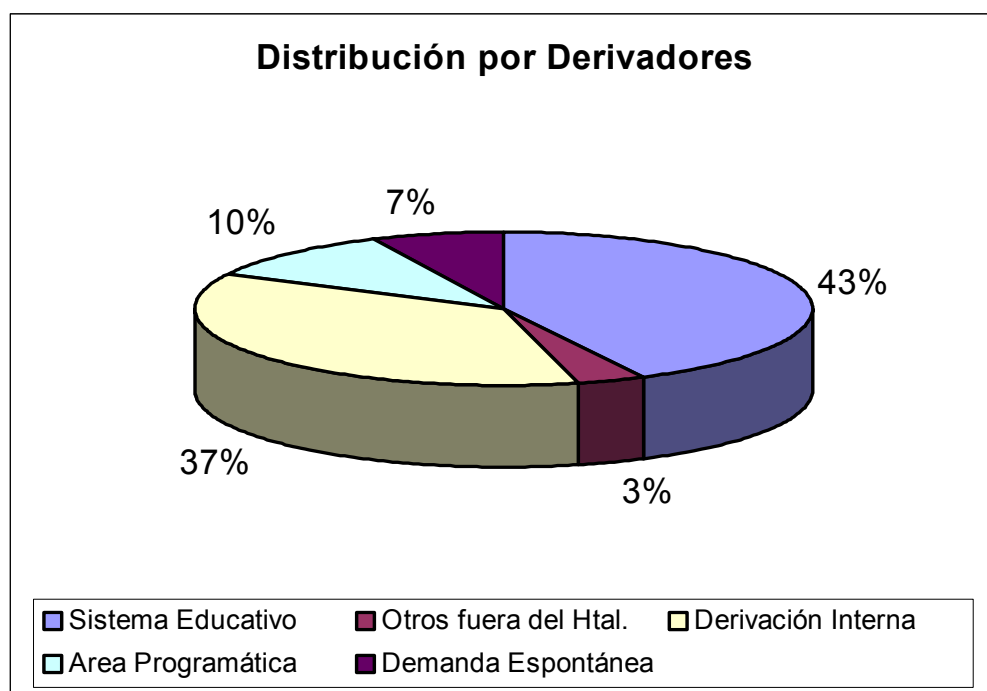
La composición de las derivaciones internas fue la siguiente: Dra Marta Piasco (pediatra del desarrollo) 47,6 % y en menor medida los servicios de Adolescencia, Fonoaudiología, Neuropediatría y otros

(Alergia, Consultorio Docente de Pediatría, etc.). Cabe destacar que la Dra. Piasco forma parte del Grupo de Trabajo Interdisciplinario en Aprendizaje y Desarrollo, del cual nuestro equipo también es integrante, por lo cual creemos que se ve facilitada la derivación.

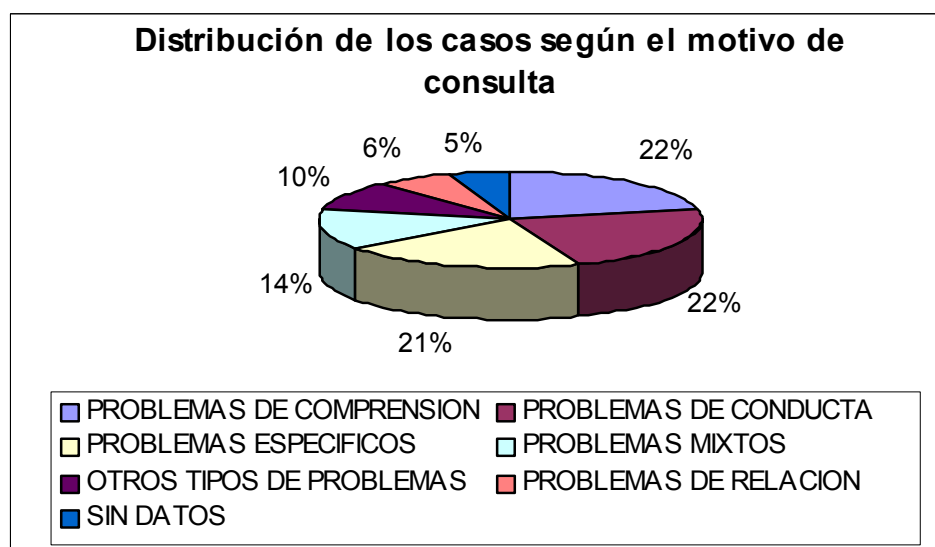
El Area Programática representa sólo un 10 % de las derivaciones, hecho que resulta significativo dado que es quien vehiculiza el nexo entre escuela y hospital. Esta situación podría explicarse por diferentes motivos: siendo que existe otro equipo de Psicopedagogía en nuestro hospital, podrían canalizarse hacia allí las demandas, o bien, dado el alto porcentaje de casos donde el derivador es la escuela podría intuirse que a fines prácticos la institución escolar no estaría siguiendo la vía prescripta de derivación, esto es, escuela – EOE - Area - Servicio Hospitalario, descendiendo de esta manera las derivaciones efectuadas por el Area Programática.

Asimismo el bajo porcentaje de demanda espontánea merece también cierta interpretación tentativa. Muchas veces los padres perciben las dificultades de su hijo y consultan en primer lugar, o bien con la docente o bien con la pediatra, que en última instancia efectúa la derivación. Estas situaciones, si bien no son las más frecuentes en la clínica, merecen también ser consideradas.

También es preciso mencionar que existen 8 casos en los cuales se presenta más de un derivador, casos donde en general la escuela deriva a la pediatra y luego ésta a Psicopedagogía.



➤ Abordando la distribución de la población respecto del motivo de consulta, se obtuvieron los siguientes resultados:

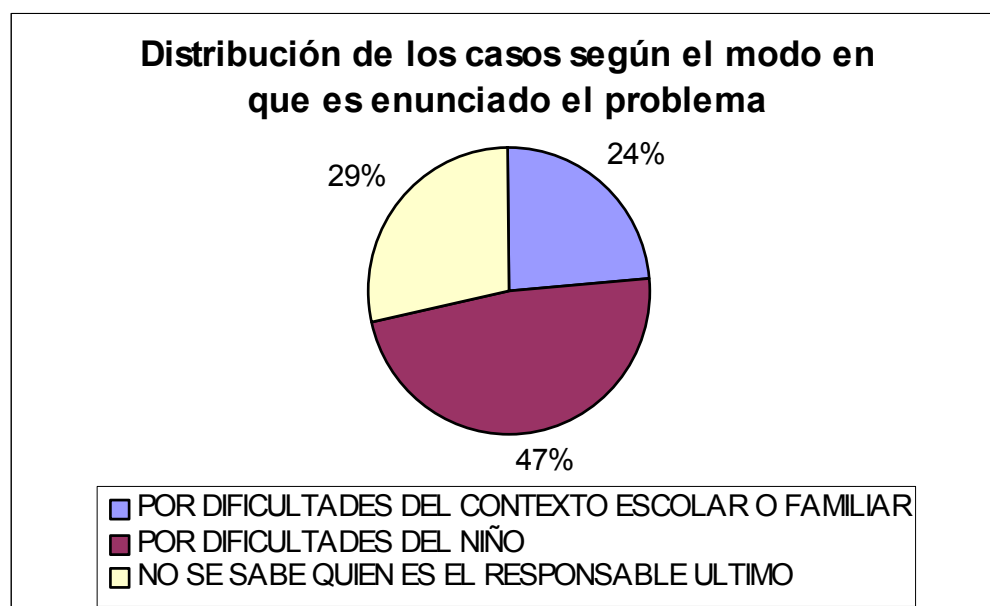


Cabe destacar que aquellos problemas donde predomina el aspecto cognitivo en juego, es decir los problemas específicos de la lectoescritura y el cálculo y los problemas de comprensión reúnen el

43 % de los casos, mientras que las dificultades que implican problemas en lo interaccional, vincular, léase problemas de conducta o de relación, reunieron el 26 % de los casos.

Los problemas mixtos, esto es, donde se presentaban más de un tipo de problema, con igual jerarquía para ambos, se manifestaron en un 14 % de los casos, esto no quiere significar que en el resto de las consultas no incidiera más de un factor, dado que la variable cognitiva y la vincular siempre se hacen presentes, sino que en el problema que manifiesta el niño una es claramente predominante.

- En cuanto a la forma en que los adultos consultantes enuncian la dificultad del niño, la distribución fue la siguiente:



Casi en la mitad de los casos (47 %) los problemas son enunciados como dificultades en el niño. Se consideró que los padres depositaban las dificultades en el niño cuando las definían de las siguientes formas, tomadas a modo de ejemplo:

- “Se dispersa mucho, molesta, tiene poca voluntad”
- “Le cuesta entender las cosas, es distraída, le cuesta estar atenta”

- “A ella le cuesta mucho, todo... la maestra le explica y ella hace todo mal”
- “Èl tiene mucha distracción”
- “Va al colegio y no hace nada, no trabaja, no es que sea mala...”
- “Siempre tuvo problemas, no pone interés”
- “Ella no quiere crecer, no quiere evolucionar”
- “No le queda en la cabeza, es muy lento, no se le graban las cosas”
- “La nena no responde en nada”
- “Estudia, pero se olvida”
- “Le cuesta asociarse, manifestarse, está muy encerradita”
- “Ella no engancha”

En general los problemas se describen aludiendo o a una falta de voluntad del niño, atribuyéndole alguna intencionalidad, lo cual indicaría una concepción del aprendizaje vinculada únicamente a los aspectos concientes; o a una falla íntinseca al niño, haciendo referencia al aprendizaje ligado directamente a funciones cerebrales, como la memoria, la atención.

Cuando las dificultades son consideradas como propias del contexto, en la mayoría de los casos, son depositadas en la escuela:

- “Las maestras decidieron que ella venga para ver que pasa, dice la maestra que no ha avanzado, que se ha quedado”
- “Según la maestra de él, dice que es distraído”
- “Esta agobiado del colegio, sabe pero llega al colegio y se bloquea”
- “Me lo sugirió la escuela”
- “Nos manda la escuela, dicen que está desatenta”
- “Anda mal en la escuela de acá, la maestra lo ignora”
- “El colegio es muy estricto”
- “La maestra no pone límites, la ha hostigado, hay discriminación”
- “El EOE lo agarró en uno de esos momentos...”
- “Vengo luchando con la maestra”

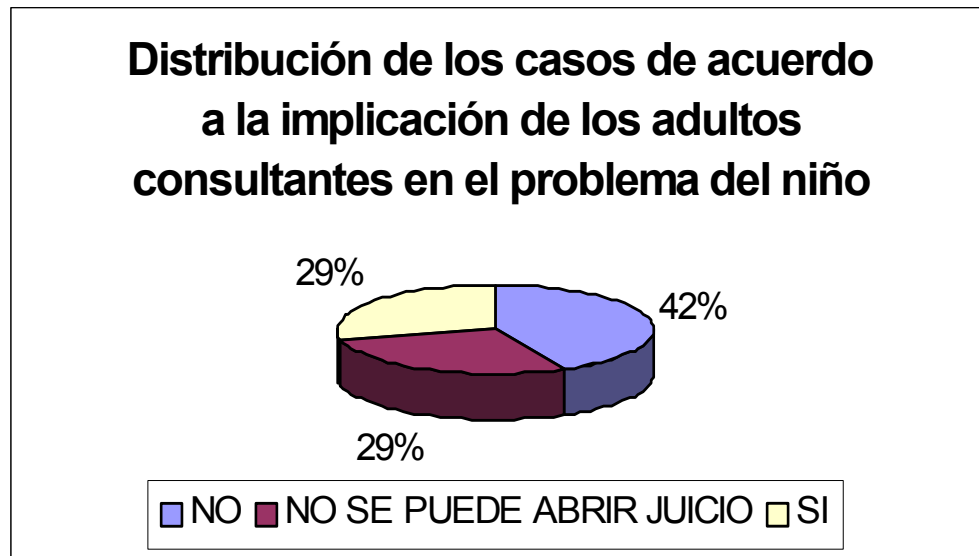
Sin embargo algunas veces los padres pueden situar la influencia del contexto familiar en la posibilidad de aprender :

- “Hay problemas en la familia que influyen en el aprendizaje”
- “En el período que yo estaba embarazada le empezó a ir mal en la escuela”

En otros casos no puede identificarse quien es el responsable último de la situación, sea porque el relato es confuso y no se recorta ni la dificultad, ni los implicados en la misma, o porque coexisten dificultades del niño y del contexto. Otras veces se confunde el discurso de la madre y el del derivador, o no se sabe quien es el sujeto de la dificultad que se enuncia. También existen casos donde el pedido de ayuda prima por sobre el definir la dificultad.

- “*Ella* me dijo que tiene que ser más madura” (refiriéndose a un psicóloga del Area Programática)
- “Repitió primer grado y ahora no *quieren* que repita”
- “Es un tema nuevo para mí, no me lo esperaba, *ella* me dijo que era un poco inmaduro”
- “La maestra lo ve mejor...tengo 2 nenes en primaria... no sé por que me llamaron... les cuesta leer, escribir” (consulta por sus 2 hijos)
- “Antes iba a la psicóloga y dejo de ir porque nos mudamos, le falta ese apoyo”
- “Él como pronuncia escribe...lo diferencian mucho en la escuela”
- “Yo la veo bien”
- “No es problema de aprendizaje, sino de atención, de falta de concentración”
- “Yo quiero que le ayuden a él”
- “No sabemos como ayudar a M. en sus aprendizajes”

- En lo que respecta a la implicación de los adultos consultantes en la dificultad del niño, se obtuvo la siguiente distribución:



Es significativo el porcentaje de casos que se presentan en la entrevista de admisión sin implicación en la problemática del niño (42 %). Desde el relato se presentan de la siguiente manera:

- “Tuvo mala base desde primero”
- “¿No habrá una vitamina?”
- “Es por una maestra que tuvo en 2do. que la presionó”
- “Lo puedo relacionar con que él necesita del padre” (dice la madre)
- “Será por duro, cabeza dura”
- “Tengo otra hija criada de la misma manera y es totalmente distinta... ¿no será hiperkinética?”
- “Cuando estaba en mi país me traía buenas notas, no sé cual es el problema... yo estoy con él...”
- “No sé, no tengo idea”
- “Por ahí son celos del hermano, la desocupación del padre...”
- “Porque no es el mismo aprendizaje que en la otra escuela”
- “Me lo sugirieron en el colegio”

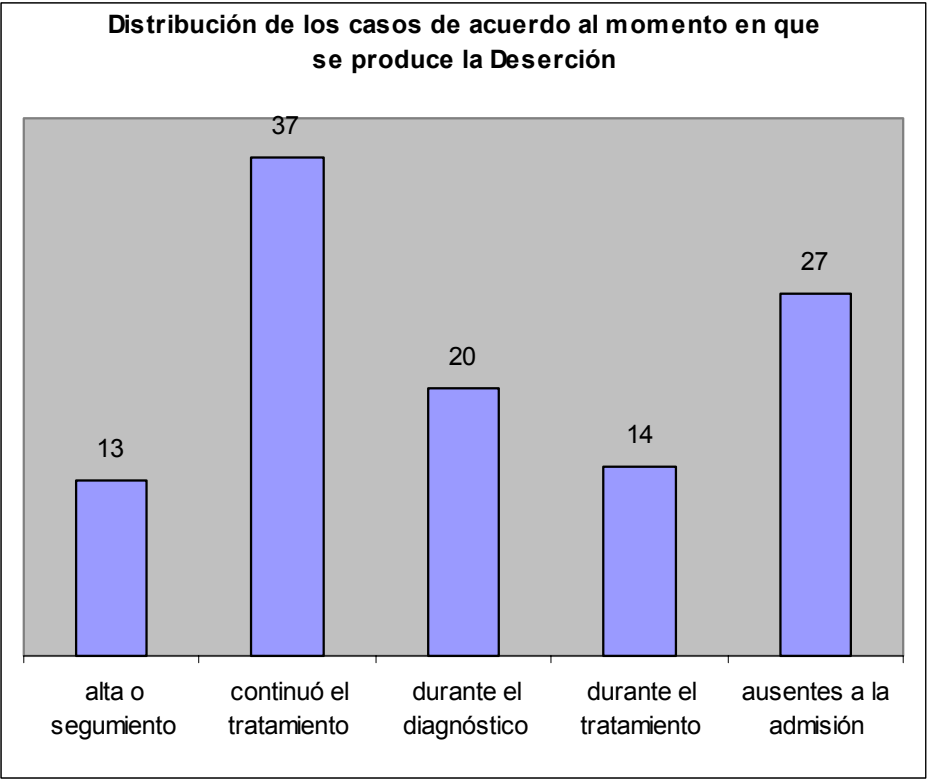
- “Fui llamada por la psicopedagoga de la escuela, me manifestó inmadurez, nosotros pensábamos que estaba todo bien”

Entre los que sí mostraban implicación en las dificultades del niño, lo manifestaron de las siguientes formas:

- “¿Cuál es la falla que tengo o tenemos?”
- “Yo tuve una infancia en la que fui maltratada, yo me desviví por él, que no le falte nada de lo que me faltó a mí”
- “Para mi que fue falta de práctica mía... me siento responsable... porque las tareas las hacía conmigo”
- “Mucho afecto de los abuelos y poco de nosotros”
- “Puede ser porque es la única que tenemos, la consentimos, le damos todo”
- “Hubo falta de apoyo, yo no me ocupé nunca, ella hizo lo mismo que yo, lo dejamos solito...”

En otros casos no se puede abrir juicio acerca de la existencia o no de implicación por parte de los padres. Exceptuando los casos en los que por lo escueto del discurso no era posible inferir la implicación, se consideró que no se podía abrir juicio al respecto cuando coexistían varias versiones contradictorias entre sí de implicación y desimplicación, sin poder jerarquizarse una de ellas.

- En cuanto al índice de deserción (excluyendo los que se ausentaron a la entrevista de admisión, que constituyen el 17,25 % de todos los turnos otorgados y un 24,3 % de nuestra muestra), este asciende a un 40,5 %.
- En lo referente al momento en que se produce la deserción, el 18,1 % desertó durante el diagnóstico y el 12,6 % durante el tratamiento. Como ya lo mencionamos un 24,3 % se ausentaba directamente a la entrevista de admisión. El 24,3 % continuó en diagnóstico o tratamiento y un 11,7% fue dado de alta o permaneció en seguimiento



B) ANALISIS DE LOS INDICADORES QUE SE RECORTAN DE LA ENTREVISTA DE ADMISION EN RELACIÓN A LA DESERCIÓN.

➤ Respecto del *grado que cursan* los niños y el *momento en que se produce la deserción* encontramos que aquellos que cursan el primer ciclo de la escolaridad primaria tienden a continuar el trabajo psicopedagógico en los espacios de diagnóstico y tratamiento.

Dentro de este ciclo, entre los que cursan primer grado se registra que el mayor porcentaje de los niños continúa el tratamiento (32 %) llegando algunos a concluirlo (7 %). Respecto de los que desertan se manifiesta una diferencia significativa entre aquellos que los hacen durante el diagnóstico (7 %) y los que desertan durante el tratamiento (21 %). Ante esta diferencia podrían elaborarse distintas hipótesis: o bien se concluye el diagnóstico a modo de obligación y una vez que disminuye la presión de la escuela se abandona el tratamiento, o en el transcurso del tratamiento se produjeron ciertas modificaciones que satisfacen a los padres y no creen necesario continuar con el espacio, etc. Como los objetivos de esta investigación no se centran puntualmente en el tratamiento, no se recogió la información referida al momento del tratamiento en que se produjo la deserción (inicios, transcurso, final) ni a los motivos que la desencadenaron, por ende no nos resulta posible efectuar conclusiones al respecto.

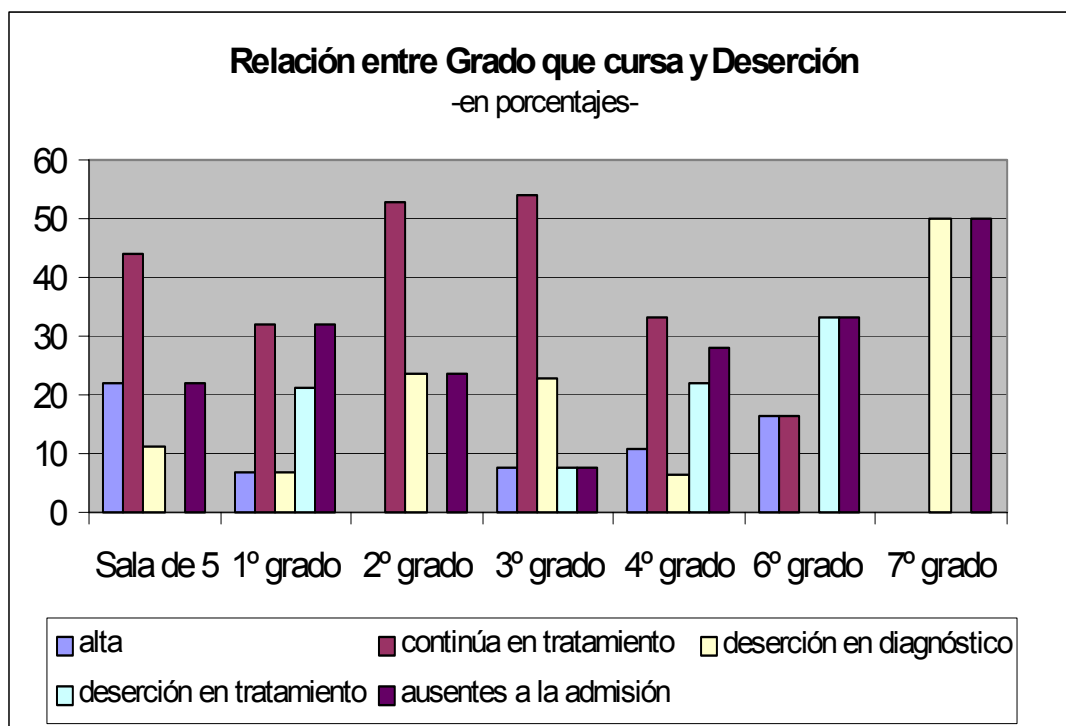
Por otra parte los que cursan primer grado son también los que más se ausentan a la admisión (en una proporción igual a los que continúan en tratamiento, es decir, un 32 %), tal vez porque los padres consideran muchas veces que las dificultades remitirán con el paso del tiempo, no requiriéndose intervención alguna. Al parecer los derivadores no se manejarían con esta lógica ya que el porcentaje de derivaciones en primer grado es el más alto (y va incrementándose a lo largo del año). También podría deberse a las dificultades de los padres para soportar la herida narcisista que significa el fracaso escolar en los inicios de la escolaridad.

En lo que respecta a los niños que cursan segundo y tercer grado también se registra un alto porcentaje de continuidad del tratamiento (53 % y 54 % respectivamente). Sin embargo en cuanto a las deserciones se comportan de manera inversa a los de primer grado, ya que el mayor índice se evidencia durante el diagnóstico (23 %), siendo muy bajo o nulo durante el tratamiento. En cuanto a la concurrencia a la entrevista de admisión, ésta es significativamente superior que en primer grado, lo cual nos haría pensar en el grado de respuesta de los padres a la derivación, que no se condice con la respuesta a la indicación de realizar un diagnóstico.

Entre los que cursan 4º grado (inicio del 2do. Ciclo) se manifiesta un comportamiento similar al de los niños de 1º grado (inicio del 1er. Ciclo) en tanto presentan un alto porcentaje de continuidad, baja deserción en diagnóstico, algo mayor en tratamiento y un aumento de ausencias a la entrevista de la admisión.

Respecto de los niños que cursan los grados superiores de la escolaridad se registra, como ya lo hemos mencionado, un significativo descenso en el número de consultas, que se acompaña de un alto porcentaje de ausencia a la admisión, deserción en diagnóstico y en tratamiento.

En lo referente a los que consultan en preescolar, se manifiesta que un 22 % se ausentan a la admisión y un 12 % desertan en diagnóstico, lo cual podría seguir la lógica utilizada para 1º grado. El 66% que continúa con el trabajo psicopedagógico podría hacerlo tal vez debido a la importancia que significa la preparación para el ingreso a la escolaridad primaria, muchas veces está en juego una permanencia en sala de 5, también podría pensarse que los padres toleran más consultar en preescolar, a condición de evitarse la herida narcisística que podría significar un fracaso en la escolaridad primaria.



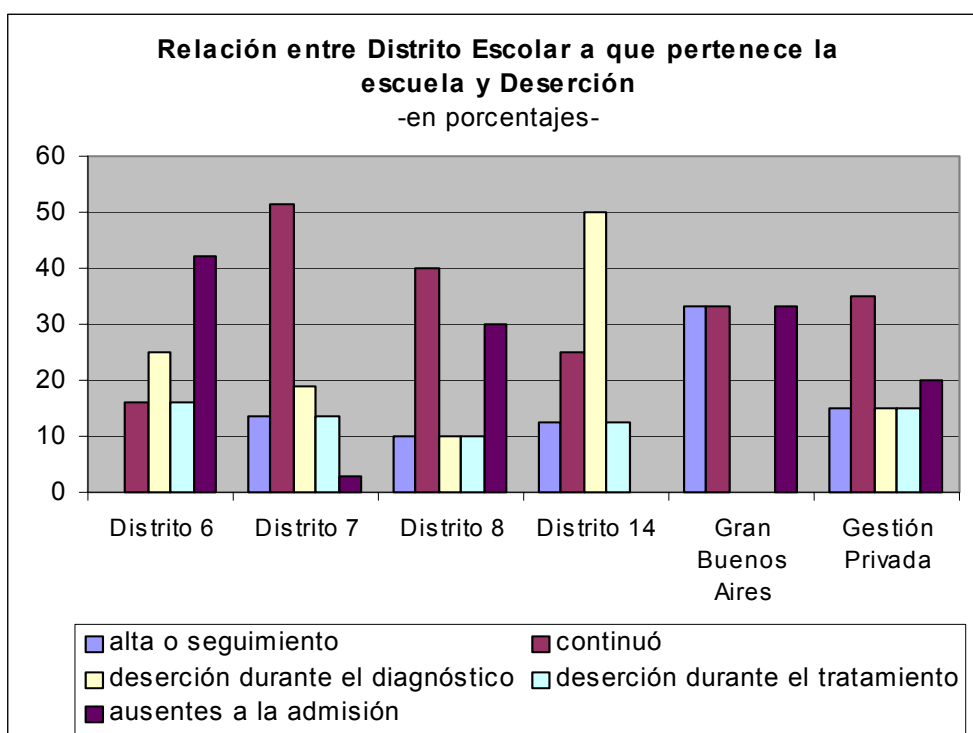
➤ Considerando el *distrito escolar* y el *momento de la deserción* se observa que los niños que concurren a las escuelas pertenecientes al distrito 7mo. (que representan el mayor número de derivaciones) tienden a continuar su trabajo en el Equipo de Psicopedagogía ya sea porque siguen concurrendo al tratamiento (51 %) o bien porque concluyeron con un alta o seguimiento (13,5 %). A su vez, este grupo presenta un muy bajo índice de ausencia a la entrevista de admisión (2,7 %). Como ya se mencionó anteriormente, esto podría deberse a los vínculos existentes entre el Equipo de Psicopedagogía y el Equipo de Orientación Escolar de ese distrito (si bien el EOE no es directamente el derivador, ya que este porcentaje fue elaborado en base a las escuelas que pertenecen a ese distrito).

Respecto de otros distritos que también forman parte del área de responsabilidad de nuestro hospital se evidencia que tanto las escuelas del 6to. como del 8vo. presentan un alto porcentaje de ausencia a la

entrevista de admisión (42 % y 30 % respectivamente). Pese a esto el 50 % de los niños provenientes de las escuelas del distrito nº8 no interrumpen su tratamiento, no siendo así el caso de las escuelas de los distritos nº6 y nº14, que tienen altos índices de deserción en diagnóstico y tratamiento.

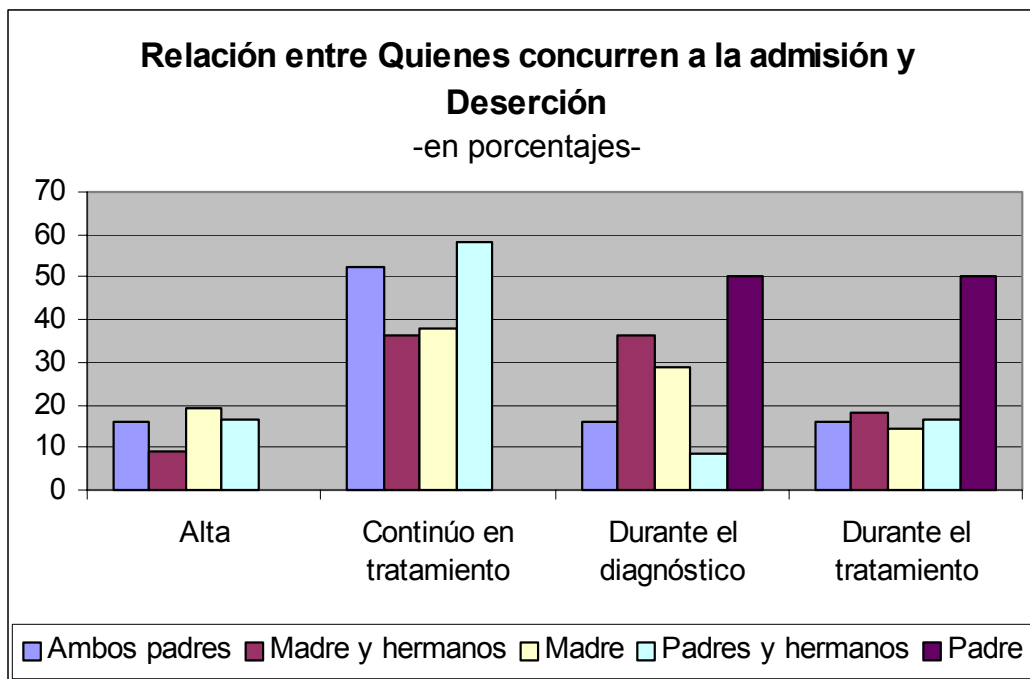
En lo que respecta a los niños provenientes de escuelas del Gran Buenos Aires se registra una polarización entre el porcentaje de ausentes a la entrevista de admisión y el porcentaje de niños que continúan y finalizan el tratamiento no registrándose deserciones, por ende si bien la variable distancia podría estar incidiendo lo haría inicialmente y no luego de que el niño inicia su trabajo.

En cuanto a los niños que concurren a escuelas de gestión privada (18 % del universo poblacional), se registra un 50 % de casos que continúan con el trabajo psicopedagógico, un 30 % que desertan y un 20% que se ausentan a la admisión. Esta situación podría estar vinculada a ciertas dificultades de los padres para concurrir a las instituciones públicas, de las cuales, por pertenecer a la clase media, en otro momento prescindían.



- En cuanto a la relación entre *repitencia y momento de la deserción*, no se encontraron diferencias significativas entre los niños que registraron repitencias a lo largo de su escolaridad y los que no, en cuanto a la continuidad o deserción del tratamiento.
- Respecto de la *escolaridad de los padres* y su relación con la *deserción de los niños*, a partir de los datos obtenidos puede inferirse que a mayor nivel alcanzado en la escolaridad por los padres, se registra un menor índice de deserción al espacio psicopedagógico. El mayor nivel de escolaridad de los padres, generaría una mayor valoración del aprendizaje y por ende una mayor preocupación y compromiso respecto de las dificultades que presentan sus hijos.
- En cuanto a la relación existente entre la *ocupación o desocupación de los padres* y la *interrupción del tratamiento*, los datos reflejan que cuando tanto la madre como el padre trabajan, hay un mayor sostenimiento del espacio psicopedagógico. Contrariamente a lo que podría pensarse “los padres que trabajan tienen más dificultades para acompañar a sus hijos al tratamiento”, la posibilidad de que ambos padres trabajen generaría una mayor estabilidad familiar tanto en lo económico como en lo emocional que les permite ocuparse de las dificultades de sus hijos, al no estar apremiados por otras necesidades más imperiosas.
- Respecto de los *adultos que acompañan al niño en la entrevista de admisión*, no se encontraron diferencias significativas en lo referente a la deserción respecto de la concurrencia de la madre, no siendo así en el caso de la asistencia del padre. Aquellos casos en los que el padre concurre a la entrevista de admisión el porcentaje de niños que continúan el trabajo asciende aproximadamente a un 72%, incluso siendo superior en los casos en los que concurre toda la familia. La asistencia de toda la familia daría cuenta de una mayor implicación de ésta en la problemática del niño, que no se consideraría únicamente

como responsabilidad de la madre y que tendría sus efectos en la posibilidad de trabajar las dificultades que el niño presenta.



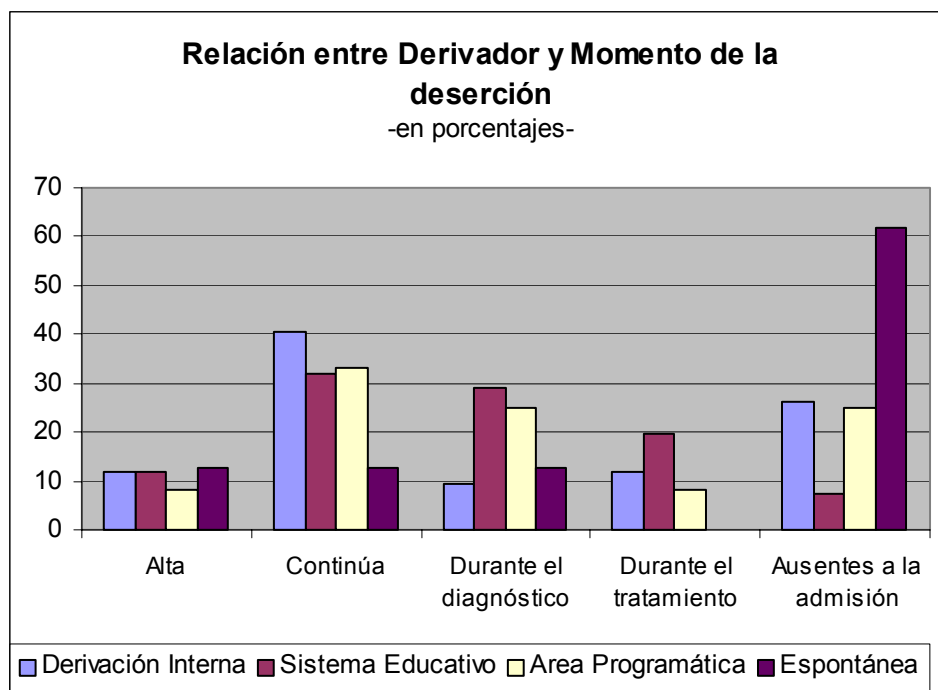
➤ En cuanto a la relación existente entre el *derivador* y el *momento de la deserción*, los datos obtenidos dan cuenta que, si bien los niños que son derivados por profesionales dentro del hospital son los que menos desertan al tratamiento (40,5% de los niños que llegan por derivación interna continúan en tratamiento) por otro lado registran un alto porcentaje de ausencia a la entrevista de admisión (26%). Si bien se reconoce el grado de relación existente entre la derivación interna y la continuidad del tratamiento, no puede dejarse de tener en cuenta el nivel elevado de ausencias a la admisión, situación que ameritaría un mayor trabajo con nuestros derivadores a fin de fomentar en ellos el trabajo con los padres del niño previo a la derivación.

De modo diferente se comportan las derivaciones efectuadas por el Sistema Educativo donde si bien el porcentaje de ausentes a la admisión es bajo (7%) el porcentaje de niños que desertan durante el diagnóstico

es prácticamente idéntico al porcentaje de niños que continúan un tratamiento. Esta situación podría estar indicando que la escuela tendría un lugar importante respecto de el acceso de los niño a nuestro equipo, existiendo quizás mas falencias respecto del seguimiento y sostenimiento de la indicación terapéutica.

En cuanto a las derivaciones realizadas desde el Área Programática de nuestro hospital, el 25% de los niños se ausentan a la entrevista de admisión mientras que otro 25% desertan durante el curso del diagnóstico. Asimismo es significativa la ausencia de datos en aquellos niños ausentes a la admisión derivados por este servicio, dado que en muchas ocasiones los turnos son solicitados telefónicamente por los profesionales de dicha área; situación que no ocurre en el resto de los casos, donde son los casos quienes concurren a solicitar el turno. Lo mencionado creemos que incidiría también en el alto índice de deserción.

Por otra parte, resulta significativo el porcentaje de niños que acercándose al equipo espontáneamente a solicitar un turno nunca concurren a la entrevista de admisión. Esta situación pondría en evidencia que las cuestiones relativas a la demanda son de mayor complejidad que la simple solicitud de un turno de admisión.



- Acerca de la relación entre la *realización o no de otros tratamientos* y su relación con la *deserción*; no se registran diferencias significativas en la continuidad del tratamiento psicopedagógico entre aquellos niños que realizan/aron otros tratamientos y los que no lo hicieron.

Respecto del momento en que se realizan/aron estos tratamientos (anteriores o actuales) si bien no se evidencian diferencias significativas resulta posible transmitir algunos de los datos obtenidos. Los niños que realizaron otro tratamiento, con anterioridad al psicopedagógico, en el 51,8% de los casos continúa en tratamiento. En relación a ello puede pensarse que el haber tenido una experiencia terapéutica previa colabora en el sostenimiento del espacio de tratamiento, al mismo tiempo que al no coexistir con la actual se evitarían los obstáculos propios del sostenimiento de dos tratamientos paralelos. Por otra parte, el mayor porcentaje de niños con altas o seguimientos se produce en aquellos que realizan tratamientos paralelos al psicopedagógico (33,3%). El contar el niño con otro espacio de tratamiento, más allá del psicopedagógico, daría mayor seguridad al profesional al momento de pensar y efectivizar un proceso de alta ya que su paciente cuenta con otros espacios terapéuticos.

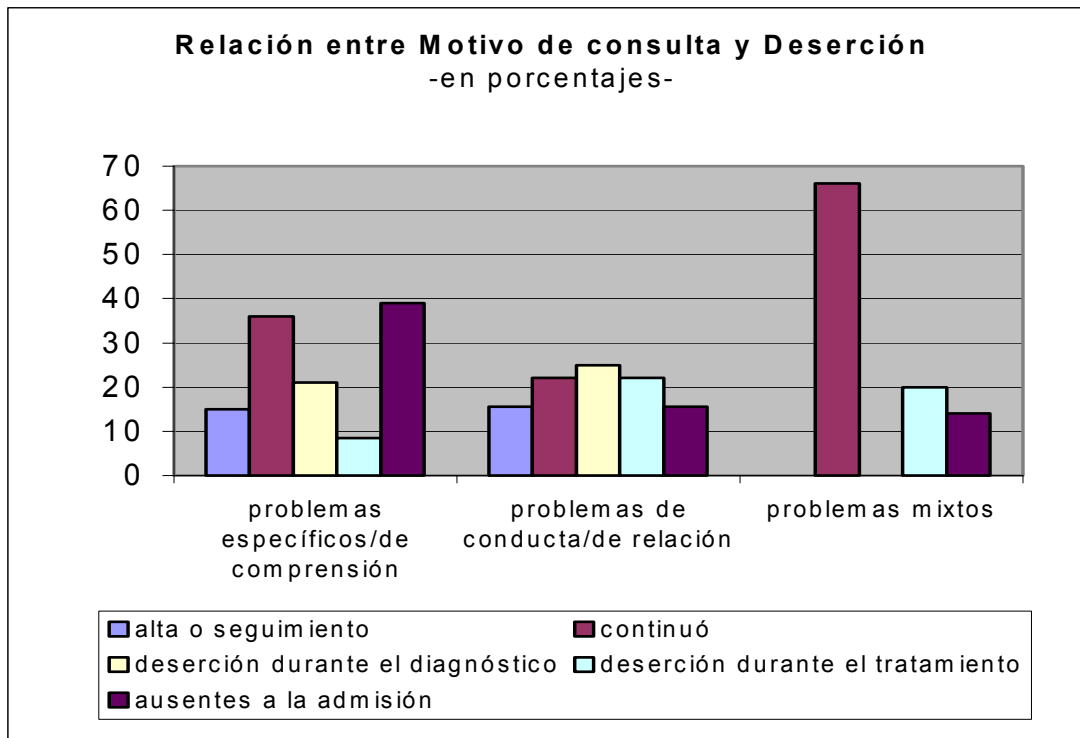
- En lo que respecta a la *presencia de cambios significativos* en las familias de los niños fueron admitidos en nuestro equipo y su relación con la *deserción* de los mismos se hallaron los siguientes resultados. El 50 % de los niños que desertan durante el tratamiento han atravesado alguna mudanza o migración. El 36 % de los que presentaron conflictos del tipo de muertes, enfermedades o accidentes desertaron durante el diagnóstico pero un porcentaje semejante de niños continuaron su trabajo en el equipo, con lo cual estas situaciones traumáticas parecieran afectar el curso del diagnóstico, quizás si son recientes y se presentan situaciones de duelo no elaborado, que complicarían el sostenimiento del diagnóstico; pero si se supera esta instancia no se presentarían mayores inconvenientes. Lo mencionado se sostiene en un bajo índice de deserción durante el diagnóstico. Acerca de la presencia

de conflictos familiares (separación de los padres, desempleo de los padres, nacimiento de hermanos, problemas familiares en general) el 69 % de las familias que los presentan continúan con el tratamiento psicopedagógico con la particularidad que no registran altas.

- Al momento de correlacionar el *motivo de consulta* con el *momento en que se produce la deserción*, se evidencia que los niños que presentan problemas mixtos, es decir la combinación de 2 o más problemas, continúan el tratamiento en el 66 % de los casos, no registrándose ni altas ni deserciones en diagnóstico, siendo también bajo el porcentaje de ausencia a la admisión. Entendemos que la complejidad de las dificultades que presenta el niño podría favorecer el sostenimiento del espacio de tratamiento.

Aquellos casos en los que los niños presentan dificultades ligadas directamente al proceso de aprendizaje (problemas específicos – problemas de comprensión), un 50 % continúan en tratamiento, o bien lo concluyen, registrándose sin embargo un porcentaje significativo de deserciones durante el diagnóstico (21 %) y de ausencias a la admisión (19 %).

Por otra parte en aquellos casos en que las dificultades no se encuentran tan ligadas a lo eminentemente psicopedagógico (problemas de conducta – problemas de relación) se evidencia un importante índice de deserción (casi un 50 %) si a esto se le agrega el 15 % de niños ausentes a la admisión que presentan este tipo de dificultades, se obtiene un 65 % de niños que no permanecen en el Equipo. Dicha situación nos conduce a pensar que si no existen dificultades específicas del aprendizaje se dificulta la apertura y continuidad del trabajo psicopedagógico.



➤ Abordando ahora el enunciado que los padres hacen del problema del niño y su relación con el momento en que se produce la deserción nos encontramos con que cuando las dificultades son situadas en el contexto escolar o familiar, en un 65 % de los casos los niños no desertan al espacio psicopedagógico. Esto podría deberse a que, por ejemplo en los casos en que la dificultad se sitúa en el contexto escolar, al no implicar a los padres de sobremanera pueden continuar con el trabajo; no podemos dejar de reconocer que este hecho también podría generar abandono del trabajo. También es factible que a lo largo del diagnóstico y tratamiento se haya podido modificar esta ubicación del responsable en el afuera y que esta implicación redundase en una continuidad del trabajo.

Esto mismo sería aplicable en los casos donde las dificultades se definen como propias del niño y donde no se puede definir el responsable último. Creemos que la posibilidad de sostener un trabajo psicopedagógico estaría dada, más que por el enunciado inicial del problema (ya que son muy pocos los casos donde los padres se

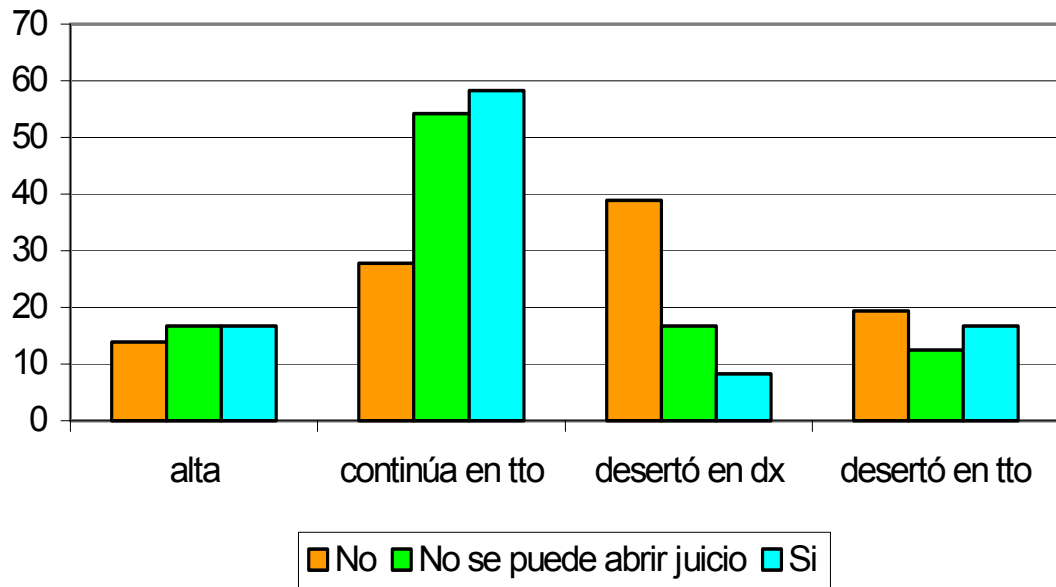
incluyen en este enunciado, siendo el situar las dificultades en el contexto o en el niño formas más o menos veladas de “desentenderse” del mismo) por la implicación que en el discurso se trasluzca y la posibilidad de, mediante un trabajo, generar alguna pregunta en torno de este obstáculo.

- Acerca de la posible relación existente entre la *implicación de los padres y el momento de la deserción*, se observa que en los casos en que los padres no están implicados en las dificultades de sus hijos el porcentaje de deserción durante el diagnóstico asciende al 39 %, siendo este porcentaje significativamente inferior en los casos en los que los padres sí están implicados o no se puede abrir juicio al respecto.

En aquellos casos en los que los padres sí se encuentran implicados en las dificultades por las que consultan, el 58 % de los niños continúan en tratamiento, presentándose asimismo el menor índice de deserción durante el diagnóstico (8 %).

Aún en los casos en los que no se puede abrir juicio respecto de la implicación o no de los padres, se registra un alto porcentaje de continuidad del trabajo, lo que indicaría la posibilidad de que a pesar de lo vago de la formulación en la entrevista de admisión, se podría generar, mediante las intervenciones, el grado de compromiso necesario para el sostenimiento de un tratamiento.

Relación entre Implicación de los Padres y Deserción -en porcentajes-



CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el transcurso de nuestra investigación nos resulta posible situar las siguientes conclusiones:

- ◆ Respecto de las características de la población, ella se concentra principalmente en el primer ciclo de la escolaridad primaria. Dentro de éstos, los que cursan primer grado constituyen el grupo mayoritario. Este grupo presenta un grado de ausencia a la admisión similar al porcentaje de continuidad al tratamiento, habiendo un bajo índice de deserción al diagnóstico. A medida que se avanza en los grados de este ciclo baja el índice de ausencia a la admisión pero aumenta el de deserción en diagnóstico. La continuidad en tratamiento registra también un ascenso.
- ◆ En cuanto a los distritos a los que pertenecen las escuelas de los niños derivados, el distrito 7mo constituye el mayor derivador al mismo tiempo que registra el mayor índice de continuidad al tratamiento y el menor de ausencia a la admisión. Esto se contrapone con la situación de otros distritos, que aún perteneciendo al área de responsabilidad del hospital, presentan un alto porcentaje de ausencia a la admisión.
- ◆ En lo referente a la ocupación o desocupación de los padres se encontró que intervendría como factor facilitador de la continuidad en el tratamiento. De la misma manera un mayor nivel de escolaridad de los padres se correspondería con una mayor permanencia de los niños en el tratamiento.
- ◆ La presencia de ambos padres en la entrevista de admisión se correlaciona claramente con una mayor continuidad en el tratamiento, siendo aún mayor cuando concurren a dicha entrevista todo el grupo familiar.
- ◆ En cuanto a los derivadores, la mayor parte de los niños son derivados por profesionales del hospital y presentan un importante porcentaje de continuidad en el tratamiento pero también registran un alto porcentaje de ausencia a la entrevista de admisión. Los derivados por el sistema educativo (en su mayor parte por los propios docentes) manifiestan un

bajo índice de ausencia a la entrevista de admisión, sin embargo el porcentaje de niños que desertan en el diagnóstico es casi idéntico al de los que continúan en tratamiento. En cuanto a las derivaciones provenientes del Área Programática del hospital, la mitad de los niños o no se presentan a la entrevista de admisión o, si lo hacen, desertan durante el diagnóstico. Por otra parte resulta significativo que aquellos que solicitan turno de manera espontánea, contrariamente a lo que podría suponerse, tienden a no concurrir a la entrevista de admisión.

- ◆ En lo referente a los motivos de consulta, se halló que aquellos niños que presentaban problemas que fueron catalogados como mixtos, es decir, más de una dificultad, tendían a continuar los tratamientos, presentando a su vez un bajo índice de ausencia a la admisión. De modo contrario se comportaron aquellos niños cuyas dificultades no están ligadas específicamente al proceso de aprendizaje (problemas de conducta / problemas de relación)
- ◆ En lo que respecta a la implicación de los padres en las dificultades del niño se corrobora la hipótesis de que a mayor implicación de los padres mayor continuidad en el tratamiento.
- ◆ En cuanto a los factores: repitencia, realización de otros tratamientos, presencia de cambios significativos en la familia, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos.

SUGERENCIAS Y LÍNEAS A SEGUIR PROFUNDIZANDO

Durante el curso de la investigación se nos presentaron diversos obstáculos que nos permiten realizar las siguientes sugerencias. Las mismas se basan también en los hallazgos del trabajo realizado

- ◆ La falta de datos en muchas fichas de solicitud de turno y protocolos de admisión dificultó en cierta medida el desarrollo de la investigación. Esta falta de datos muchas veces se correspondía con ausencias a la admisión y también con que no eran los padres los que solicitaban el turno. En el caso de ausencia de datos en protocolos de admisión muchas veces se correlacionaba con la ausencia del miembro de la familia del que faltaban los datos. Creemos fundamental el registro completo de los datos en la entrevista y la concurrencia de los padres del niño al momento de solicitar el turno.
- ◆ El porcentaje de ausencia a la entrevista de admisión que se registra en los niños que son derivados por otros profesionales del hospital nos conduce a pensar en la importancia de nuestro trabajo con el derivador, de manera que éste pueda a su vez generar derivaciones con mayores posibilidades de que se efectiven.
- ◆ El trabajar con categorías que implican extremos del proceso terapéutico nos imposibilitó evaluar la evolución de ciertos indicadores durante el transcurso de un tratamiento (por ejemplo, la implicación de los padres, el enunciado del problema). Consideramos que el haber analizado el material únicamente el función de datos del inicio (entrevista de admisión) no nos permitió hacer una lectura del “mientras tanto”, que es donde es posible modificar algo del inicio para generar otros finales.
- ◆ Pensamos que resultaría interesante realizar la comparación de estos datos, en cuanto a índice de deserción y de ausencia a la entrevista de admisión, con otros servicios que cuenten con un dispositivo similar, a fin de seguir evaluando la calidad de nuestras prestaciones.

ANEXO

FICHA DE SOLICITUD DE TURNO DE ADMISIÓN

Historia Clínica:

Fecha:

Nombre y apellido:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Grado que cursa:

Escuela:

Distrito escolar:

Motivo de consulta:

Derivador:

Observaciones generales:

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ADMISIÓN

HOSPITAL "CARLOS G. DURAND"

Div. Pediatría (Consultorios Externos)
Equipo de Psicopedagogía

Apellido:

Fecha: / /

Nombres:

Nº Doc.:

Fecha nacimiento: / /

Dirección:

Edad:

Tel.:

Escolaridad:

Repitencias:

Cambios de escuela:

Escuela:

D.E.:

Motivo de consulta:

Dirección:

Turno:

Docente:

Tel.:

Derivado por:

Admitido por:

Concurren a la admisión:

MOTIVO DE CONSULTA:

GRUPO FAMILIAR

(edad/estudios/ocupación/fechas fallecimientos, matrimonios, separaciones/lugar de origen,)

Relación del niño con padres:

Relación del niño con hermanos:

Relación padres entre sí:

Relación grupo familiar con familia extensa:

DESDE EL GRUPO FAMILIAR:

¿Desde cuando aparece el motivo de consulta?

¿Por qué consultan ahora?

¿Qué se hizo al respecto y qué resultados obtuvieron?

¿Con qué relaciona las dificultades del niño? (hipótesis)

Conflictos familiares importantes:

Cambios importantes:

DESDE LA ESCUELA:

¿Qué manifiesta?

¿Están de acuerdo?

¿Qué hizo la escuela al respecto?

Relación padres con escuela:

Relación niño con escuela:

Relación niño con pares:

TRATAMIENTOS ANTERIORES O ACTUALES:

Especialidad:

Motivo:

Inicio:

Finalización y motivo:

Institución:

Profesional a cargo:

Tel:

Resultados:

OBSERVACION DE CUADERNO:

OBSERVACIONES GENERALES:

**CUADRO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE
SOLICITAN TURNO DE ADMISIÓN**

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Historia Clínica

Nombre y apellido

Edad

Grupos de edad

- 4 - 5 años
- 6 - 7 - 8 años
- 9 – 10 años
- 11 – 12 años
- 13 años en adelante

Sexo

- Masculino
- Femenino

Escuela

Distrito Escolar

- Además de los distritos correspondientes a la gestión pública fueron incorporadas como categorías “Privado” para dar cuenta de las escuelas privadas y “Provincia de Buenos Aires” para escuelas públicas del conurbano bonaerense.

Gestión

- Pública
- Privada
- Sin Datos

Grado que cursa

- Sala de 4
- Sala de 5
- 1er. Grado
- 2do. Grado
- 3er. Grado
- 4to. Grado
- 5to. Grado
- 6to. Grado
- 7mo. Grado
- Sin Datos

Repitencia

- Si
- No
- Sin Datos

Grado en que el niño repitió

- Sala de 4
- Sala de 5
- 1er. Grado
- 2do. Grado
- 3er. Grado
- 4to. Grado
- 5to. Grado
- 6to. Grado
- 7mo. Grado
- Sin Datos

Grado en que el niño repitió 2: en el caso de que lo haya hecho más de una vez se utilizó igual operacionalización que en la variable “Grado que repitió”

Tipo de escolaridad

- Común
- Especial
- Recuperación
- Sin Datos

Jornada

- Simple

- Completa
- Sin Datos

Cambios de escuela

- Si
- No
- Sin Datos

Escolaridad de la madre

- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Terciaria
- Universitaria
- Sin Datos

Escolaridad del padre : ídem anterior

Ocupación de la madre: hace referencia al tipo de trabajo desarrollado

Clasificación:

- Ama de casa

- Empleado/a: en relación de dependencia
- Comerciante
- Oficio: actividad manual (por ej. peluquería, carpintería, herrería)
- Oficio con capacitación: actividad que requiere de cierto grado de capacitación formal sin llegar a ser profesional (maestro mayor de obras, enfermera, tecnicaturas varias)
- Profesional
- Otros: aquellas no comprendidas en las categorías anteriores
- Sin datos

Ocupación del padre hace referencia al tipo de trabajo desarrollado.

Clasificación: ídem anterior.

Trabajo de la madre

- Si
- No
- A veces: trabajo temporario y discontinuo (por ej. changas)
- No corresponde: en los casos en que el padre o madre no puede trabajar (por ej. padre o madre fallecido, encarcelado/a, internado/a)

Trabajo del padre : ídem anterior.

Composición Familiar : diferentes tipo de familia

Clasificación:

- Nuclear: pareja estable con hijos
- Monoparental: sólo uno de los padres convive con los hijos
- Ensamblada: núcleo familiar originado en un matrimonio o unión de hecho, en el cual uno o ambos de sus integrantes tienen hijos provenientes de un casamiento o unión anterior, pudiendo o no existir hijos en común
- Ampliada: inclusión de otros familiares conviviendo en la misma casa junto con el núcleo familiar

Hermanos Escolarizados

- Si
- No
- Sin datos

Otros Tratamientos

- Psicopedagogía
- Psicología
- Fonoaudiología
- Neuropediatría
- Otros
- No
- Sin datos

Otros tratamientos 2: en el caso en que niño haya realizado o realice más de un tratamiento, se utilizó la misma operacionalización que en la variable “Otros Tratamientos”

Otros tratamientos 3: en el caso en que niño haya realizado o realice más de un tratamiento, se utilizó la misma operacionalización que en la variable “Otros Tratamientos”

Tiempo de otros tratamientos

- Actual
- Anterior
- No
- Sin datos

Cambios Significativos

- Mudanza
- Enfermedad o Accidente
- Muerte
- Separación de los padres
- Desempleo de los padres
- Migraciones
- Nacimiento de hermano
- Problemas familiares

- Otros
- Conflicto no reconocido
- Sin Datos

Cambios significativos 2: en el caso de que haya más de un cambio significativo se utilizó la misma operacionalización que en la variable “Cambios significativos”

Cambios significativos 3: en el caso de que haya más de un cambio significativo se utilizó la misma operacionalización que en la variable “Cambios significativos”

Grupo de Admisión

- Marzo - Abril – Mayo
- Junio – Julio – Agosto
- Septiembre – Octubre – Noviembre – Diciembre

Concurren a la Admisión

- Padres y hermanos
- Ambos
- Madre
- Madre y hermanos
- Padre
- Padre y hermanos
- Otros familiares
- Otros no familiares

- Sin datos

Derivador : persona que indica una consulta psicopedagógica

- Equipo de Orientación Escolar
- Escuela
- Otros profesionales fuera del hospital
- Área Programática
- Servicio de Adolescencia
- Dra. Piasco (Pediatria del Desarrollo)
- Dr. Tallis (Neuropediatria)
- Otros profesionales dentro del hospital
- Demanda espontánea
- Sin datos

Derivador 2: en el caso de que hubiese más de un derivador se utilizó la misma operacionalización que en la variable “Derivador”

Motivo de Consulta principal preocupación expresada por los adultos que acuden a la consulta

Clasificación:

- Problema específico: comprende aquellos casos que presentan problemas de aprendizaje que afectan la lectoescritura y/o el cálculo

- Problemas de comprensión: incluye a aquellos casos que presentan dificultades vinculadas a la comprensión de los contenidos escolares
- Problemas de conducta: comprende a aquellos casos en los que las dificultades se presentan predominantemente en el campo de la conducta (agresividad, falta de atención, hiperactividad, dificultades en la aceptación de límites)
- Problemas de relación: comprende aquellos casos que presentan dificultades en el vínculo con pares y/ docentes
- Problemas Mixtos: comprende a aquellos casos que presentan la combinación de dos o más de las dificultades descriptas anteriormente
- Otros: comprende a aquellos casos que presentan dificultades no incluidas en ninguna de las categorías anteriores
- Sin datos

Enunciado del problema: modo en que los adultos que consultan por el niño refieren las dificultades que se presentan

Clasificación:

- Por dificultades del niño: aquellos casos en los que desde el discurso de los adultos se desprende que las dificultades se sitúan en cuestiones propias del niño
- Por dificultades del contexto escolar o familiar: aquellos casos en los que desde el discurso de los adultos se desprende que las dificultades se sitúan en el contexto familiar y/o escolar
- No se sabe quién es el responsable último: aquellos casos en los que desde el discurso de los adultos no puede discriminarse si las dificultades son inherentes al niño o bien propias del contexto

Implicación: se refiere al compromiso de los padres en la problemática del niño

Clasificación:

- Si
- No
- No se puede abrir juicio al respecto: en aquellos casos en que no se puede determinar fehacientemente la implicación de los adultos en las dificultades del niño, ya sea por la estructura misma de su discurso o bien por fallas en la información (registros muy escuetos)

Deserción

- Si
- No
- Sin datos

Momento de la deserción: describe la instancia en que el trabajo psicopedagógico fue abandonado

Clasificación:

- Durante el diagnóstico: incluye aquellos casos que desertaron entre la entrevista de admisión y el inicio del diagnóstico, durante el diagnóstico o entre la finalización del diagnóstico y el inicio del tratamiento
- Durante el tratamiento: incluye aquellos casos que desertaron durante el tratamiento

- Continuaron el trabajo
- Alta o seguimiento: está categoría incluye también a aquellos casos que luego de finalizado el diagnóstico psicopedagógico son derivados a tratamiento en otros servicios hospitalarios por considerarse finalizada la intervención psicopedagógica

Para aquellos casos que solicitaron un turno de admisión y se ausentaron a la entrevista se analizaron las siguientes variables:

- Historia Clínica
- Nombre y Apellido
- Edad
- Grupo de edad
- Sexo
- Escolaridad
- Escuela
- Distrito Escolar
- Gestión
- Grado que cursa
- Motivo de consulta
- Derivador
- Grupo fecha de solicitud del turno

Respecto de estas variables se utilizaron las operacionalizaciones descritas anteriormente en relación a los casos que concurrieron a la entrevista de admisión

BIBLIOGRAFÍA

- Aída Dinerstein. ¿Qué se juega en psicoanálisis de niños? Lugar Editorial, Buenos Aires, 1987.
- Clemencia Baraldi. Aprender. La aventura de soportar el equívoco. Homo Sapiens, Rosario, 1992.
- Equipo de Psicopedagogía (GTIAD) Hospital Durand. Trabajo con Padres. Ateneo General de la Residencia. Año 2001.
- Liliana González de Brusa, Reflexiones acerca de la Clínica. Revista Aprendizaje Hoy. N°12-13. Fundación EPPEC. Buenos Aires.
- María Alejandra Marinkovic. María Cecilia Monti. Equipo de Psicopedagogía (GTIAD) Hospital Durand. Trabajo de Inserción: ¿Qué se dice cuándo se dice clínica psicopedagógica?. Año 2000.
- Oscar Sotolano La Admisión en la Institución Hospitalaria. Revista Psicoanálisis y el Hospital N° 2.
- Silvia Schlemenson (comp.), Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Paidós, Buenos Aires, 2001.
- Li. Silvano y Lic. Romano, Factores (de la población y de los terapeutas) que inciden en la deserción de los pacientes en la clínica psicopedagógica llevada a cabo en el Equipo de Residentes de Psicopedagogía del Cesac

15. Trabajo de Investigación realizado por las residentes de Psicopedagogía del CESAC 15. Area Programática del Hospital Argerich. 2001-2002.