



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

"2020 - Año del General Manuel Belgrano"

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Fernán González Bernaldo de Quiros

DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Dr. Gabriel Alejo González Villa Monte

RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora Gral: Lic. Silvia Dubkin

HOSPITAL J.M. RAMOS MEJÍA

DIRECTOR HOSPITAL DR. J. M. RAMOS MEJÍA

Dr. Hugo Aníbal Pandullo

JEFA DE DEPARTAMENTO ÁREA PROGRAMÁTICA

Dra. María Teresa Saggio

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dr. Leonardo Kogan

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Lic. Leonardo Perelis

EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora del programa local: *Lic. Cecilia Amitrano*

Jefa de Residentes: *Lic. Nadia M. Aiello*

SUPERVISORA

Lic. Silvia Dubkin

Lic. Carla Pierri

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 2019-2020

"Razones prevalentes de la asistencia regular al tratamiento psicopedagógico y grado de satisfacción con el mismo, en el Área Programática del Hospital Gral. de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía: ¿Por qué sostienen los que sostienen?"

AUTORAS

Lic. Delfina Inés Bel

Lic. Ma. Eugenia Bistué

Índice

INTRODUCCIÓN	3
Elección del tema	3
CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	5
El abordaje clínico en el Equipo PEI	6
PROBLEMA CIENTÍFICO	8
OBJETIVOS.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
HIPÓTESIS.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
Estado del arte	10
Marco conceptual	15
RELEVANCIA	17
MATERIAL Y MÉTODOS	18
Tipo de diseño: descriptivo	18
Fuentes de información:	18
Población de estudio:.....	18
Unidad de Análisis:.....	19
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	19
Sistema de matrices de datos para el análisis de las variables de la encuesta.....	19
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	23
Variable razones prevalentes.....	23
Variable grado de satisfacción	29
Cumplimiento de expectativas.....	30
Avances observados en el tratamiento.....	31
Tiempo que recorren a la institución	31
Puntualidad en la atención.....	32
Calidad de la comunicación con la terapeuta	33
Habilitación de espacios para consultas	33
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXO	39

INTRODUCCIÓN

Elección del tema

Como psicopedagogas residentes del Área Programática del Hospital Ramos Mejía (HRM), una de las principales tareas en que nos desempeñamos es la clínica psicopedagógica.

La población que atendemos en el Área Programática consta principalmente de niños/as entre 4 y 11 años. El trabajo con niños/as en edades tempranas nos hace indispensable incluir a los adultos responsables de su crianza en el mismo.

Desde el inicio de nuestra inserción en el Área Programática, una de las primeras tareas que nos fue asignada fue la del tratamiento psicopedagógico de pacientes que ya habían pasado por el proceso diagnóstico. La modalidad de tratamiento psicopedagógico frecuentemente elegida en el HRM es el tratamiento individual, y se le pueden asignar hasta dos psicopedagogas a cargo. Así, en los primeros pasos de la tarea terapéutica, se inicia atendiendo junto con otra psicopedagoga que tenga más antigüedad en el servicio, y más tarde se puede continuar atendiendo de a dos o individualmente.

Iniciando la tarea clínica pudimos observar cómo muchas veces los pacientes no llegaban a sesión, sin haber avisado previamente sobre su ausencia. Ahora bien, ¿qué llevaría a un adulto a cargo de un niño/a que está atravesando dificultades de aprendizaje a ausentarse a los encuentros con un profesional del campo psicopedagógico que pudiera ayudarlo? ¿Qué efectos produciría esta ausencia? Podríamos pensar que ausentarse a las sesiones no colabora con los posibles avances que el tratamiento pudiera generar en los aprendizajes de los pacientes, enlenteciendo o no permitiendo los mismos. A su vez, complica la tarea de las psicopedagogas, quienes se reservan ese turno para atender al paciente que no logra llegar a sesión. Frente a esto último, en muchas ocasiones, como equipo, entramos en conflicto sabiendo que no sólo es tiempo de una prestación no realizada, sino que hay una lista de espera importante, constituida por familias que aguardan recibir atención.

Este primer obstáculo encontrado en nuestra práctica clínica dentro de la residencia lo pudimos seguir observando a lo largo de los años y no solamente en nuestra sede de base, sino también en otras donde fuimos rotando. Asimismo, percibimos que esto ocurría con pacientes de otras colegas también, las cuales atravesaban estas mismas dificultades.

Ahora bien, por otro lado (y para nuestro alivio), a lo largo de este período de formación pudimos observar cómo muchos otros adultos sí traen regularmente a los niños/as a los turnos. Se anuncian al llegar, se interesan por la evolución de este, preguntan qué más pueden hacer para ayudarlo, lo llevan a las interconsultas indicadas y traen los materiales solicitados. Así, no

podemos dejar de preguntarnos ¿qué los motiva a desenvolverse de esta forma? ¿qué razones enuncian ellos para seguir sosteniendo tratamientos que en muchos casos llevan un tiempo prolongado? ¿Qué características poseen estos adultos y sus consultas que favorecen sostener en el tiempo los tratamientos? ¿Estos adultos a cargo de los tratamientos de los niños/as se implicaron desde un principio en los mismos? ¿O identifican algún momento en el que esto no haya sido así? ¿Qué los ayuda a sostener todos esos esfuerzos en el tiempo? ¿Qué características propias de los abordajes psicopedagógicos de nuestra sede de residencia se relacionan con la adherencia a los tratamientos y que pueden permitir maniobras por parte de las terapeutas a futuro para favorecer este sostenimiento?

Numerosos son los interrogantes y reflexiones a partir de esta temática, y a propósito de esta problemática, el equipo ha desarrollado estrategias que apuntan a sostener los mismos. Una de ellas, reciente, ha sido una breve encuesta de seguimiento por tratamiento sostenido creada para aquellos padres/adultos a cargo que traen a los niños/as con regularidad al tratamiento. La misma se instrumentó para conocer, entre otras cosas, las razones principales que los adultos a cargo enuncian por las que traen a los niños/as a tratamiento, el grado de satisfacción que tienen del mismo; y para, en una segunda instancia, tomar la información obtenida como referencia para replicar aquellas condiciones observadas como favorecedoras del sostenimiento de los tratamientos.

En el marco de esta investigación, se tomarán como referencia aquellas encuestas de seguimiento por tratamiento sostenido tomadas en los meses de noviembre y diciembre 2019, para hacer un análisis retrospectivo de las mismas y poder responder a algunos de los interrogantes desarrollados hasta el momento.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía es polivalente. Está ubicado en el barrio de Balvanera en la calle General Urquiza 609 y depende del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El Equipo de Psicopedagogía pertenece al Departamento Área Programática del Hospital, conformada por distintas disciplinas: pediatría, psicología, kinesiología, fonoaudiología, odontopediatría, nutrición, enfermería, trabajo social, geriatría, clínica médica.

Se denomina Área Programática (AP) a una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico– administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita.” (Lemus, 1994). La estrategia de dicha área se basa en la Atención Primaria Salud (APS). El objetivo de esta es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesaria para resolver esos problemas.

Específicamente, el Área Programática del HRM abarca un territorio de 600 manzanas, delimitado por la Av. Córdoba, Av. Garay, Bulnes / Boedo y Cerrito /Lima. Le corresponden dos barrios en forma completa, Balvanera y San Cristóbal, y otros cinco de forma parcial: Almagro, Boedo, San Nicolás, Montserrat y Constitución. Pertenece a la Región Sanitaria 1, junto con los Hospitales Penna y Argerich. Cuenta con dos Centros de Salud y Acción Comunitaria: el CeSAC N.º 11, situado en la calle Agüero 940 y el CeSAC N.º 45, ubicado en calle Cochabamba 2226, donde también funciona el Centro Carlos Gardel. La componen también dos Centros Médicos Barriales que brindan Cobertura Porteña y que cuentan con equipos de salud interdisciplinarios: el Centro Médico Barrial N°6 (Estados Unidos 1936) y el N.º 29 (Saavedra 205). Los Distritos Escolares de responsabilidad del Área Programática son el III y VI, siendo el III compartido con el Área Programática del Hospital Durand y del Hospital Argerich y el VI con el Hospital Penna.

La zona geográfica delimitada pertenece a la Comuna 3, que es la más densamente poblada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y es la que tiene la menor cantidad de espacios verdes. En sus barrios, específicamente en Balvanera y San Cristóbal, las viviendas son en un alto porcentaje hoteles – pensión. Se caracterizan por ser colectivas, predominando las condiciones de hacinamiento. Así, la población que asiste al Área Programática presenta un alto grado de

necesidades básicas insatisfechas y de desocupación, inactividad o subocupación. En parte, está conformada por inmigrantes de países limítrofes y no limítrofes, como también se presenta un alto porcentaje en situación de calle.

Enmarcada en esta área programática, la actividad desarrollada desde el Equipo de Psicopedagogía se caracteriza por ser de tipo preventiva, y asistencial. La actividad clínica se lleva a cabo con pacientes son derivados por los Equipos de Orientación Escolar (E.O.E.) de los distritos escolares III y VI; y/o por otros profesionales del hospital que atienden al niño/a o adolescente (neurólogo infantil, fonoaudiólogos, pediatras, psicólogos, etc.). Además, el propio equipo, a partir de dispositivos preventivo-promocionales puede hacerse auto derivaciones luego de haber observado algún riesgo de dificultades de aprendizaje.

El abordaje clínico en el Equipo PEI

El Equipo de Psicopedagogía Estratégico Interaccional (Equipo PEI) nace en el Hospital J. M. Ramos Mejía en el año 1987, coincidiendo con la creación de la División Área Programática. La Psicopedagogía Estratégico Interaccional se propone trabajar desde una doble perspectiva que permite intervenir con el niño/a, atendiendo a los objetivos planteados desde su evaluación diagnóstica y con la familia, a fin de asegurar su colaboración en la dirección terapéutica. Por eso, el modelo posibilita, desde un enfoque sistémico (específicamente desde el modelo de Palo Alto), intervenir a través del miembro más preocupado y con jerarquía suficiente para influir en el sistema familiar (de ahí “estratégico”). Por otro lado, un enfoque neurocognitivo y conductual, tomando las características neurobiológicas, representaciones, significaciones o creencias de las personas como condicionantes del comportamiento humano y las interacciones, orienta la intervención con el niño/a, siempre circunscribiéndose al motivo de consulta. El modelo de psicopedagogía estratégica considera que el problema por el que consulta la familia se construye en la interacción consultante-terapeuta, de manera que la consulta cobre un sentido para la totalidad del sistema terapéutico conformado por el niño/a, la familia y el psicopedagogo. Asume que los problemas por los que consulta una familia, aún luego de un diagnóstico que encuentre una base neurobiológica en la dificultad de aprendizaje, difícilmente requiera una intervención exclusivamente centrada en el niño/a y la perspectiva aportada por la evaluación (déficits específicos del desempeño con base neurobiológica y cognitiva), sino también interaccionales (manifestados en la conducta del niño/a, y que se mantienen por circuitos autopertuantes de comunicaciones disfuncionales) o mixtos (generados y mantenidos por factores neurocognitivos e interaccionales). A partir de este posicionamiento teórico, hace un abordaje clínico específico de las problemáticas de aprendizaje, llevando a cabo diagnósticos y

tratamientos de niños/as que lo requieran y apuntando a resolver los mismos en un lapso lo más breves posibles y con resultados duraderos. (Amitrano y Rother; 2001)

Partiendo de un diagnóstico inicial de la problemática considerando estos elementos, se informa a los padres o referentes del proceso diagnóstico y se conversa sobre las sugerencias terapéuticas. Si se cree pertinente, se inicia un proceso de tratamiento.

El tratamiento psicopedagógico es aquella intervención indicada para problemas diagnosticados como cognitivos o mixtos dado que en ambos tipos de problemas la capacidad cognitiva del niño/a se encuentra comprometida, es decir cuando algún o algunas áreas del conocimiento se encuentran en déficit. (Amitrano; Rother, 2001).

Si se cree que el niño/a se beneficiaría de un tratamiento psicopedagógico, se pauta día y horario junto con ellos y se acuerda un módulo de tratamiento de una cantidad acordada de sesiones que pueden ser entre 8 y 12 sesiones. Cada turno será asignado al terminar la sesión anterior, respetando día y horario convenido. En el tratamiento se busca que los padres/adultos responsables tengan un rol activo, brindándoles información constante de lo que se está trabajando y sugiriendo pautas de estimulación para trabajar en la casa. A su vez, se procura el trabajo con otros subsistemas importantes en la vida del niño/a, como es la escuela.

Cumplido el módulo de prestaciones acordadas, se revisa el trabajo realizado, y se vuelven a pautar los objetivos del espacio terapéutico. Estos modos de abordaje han sido planteados para que los espacios puedan ser sostenidos en el tiempo, con resultados efectivos. Se comprueba que acordar una cantidad limitada de sesiones para reevaluar al final de cada módulo la dirección del tratamiento permite revisar a tiempo la capacidad de la familia de sostener la asistencia y la efectividad de las intervenciones.

Asimismo, durante este 2019, se creó la *encuesta de seguimiento por tratamiento sostenido* (ver anexo), que como se explicó anteriormente, es un breve instrumento que se administró a los referentes de los niños/as que habían podido sostener el tratamiento.

Considerando la multiplicidad de factores que pudieran afectar la asistencia regular, dicha encuesta incluye preguntas que indagan el motivo de llegada al equipo, la presencia de preocupaciones al iniciar el proceso, el tiempo de tratamiento, las razones explicitadas por las que se sostiene el espacio, la conveniencia del turno en cuanto día y horario, el tiempo de traslado al Área Programática, la calidad de la comunicación con la psicopedagoga del niño/a, entre otras.

En el presente trabajo, a partir de la información antes mencionada, se procura analizar las razones prevalentes para el sostenimiento de los tratamientos psicopedagógicos en la población del área y su grado de satisfacción con el mismo.

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuáles son las razones prevalentes que señalan los adultos a cargo de los niños y niñas de 4 a 11 años que cursan nivel inicial y primario, y se encuentran en tratamiento psicopedagógico en el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”, en los meses de noviembre y diciembre 2019 por las cuales asisten con regularidad a dicho espacio; y cuál es el grado de satisfacción con lo producido en el mismo?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las razones prevalentes que señalan los adultos a cargo de los niños y niñas de 4 a 11 años que cursan nivel inicial y primario, y se encuentran en tratamiento psicopedagógico en el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”, en los meses de noviembre y diciembre 2019, por las cuales asisten con regularidad a dicho espacio; y el grado de satisfacción con el mismo.

Objetivos específicos

- Describir las razones prevalentes que señalan los adultos a cargo de los niños y niñas de 4 a 11 años que cursan nivel inicial y primario, y se encuentran en tratamiento psicopedagógico en el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía” (APHRM), en los meses de noviembre y diciembre 2019, por las cuales asisten con regularidad a dicho espacio.
- Describir el grado de satisfacción de dichos adultos con el tratamiento psicopedagógico del APHRM.

HIPÓTESIS

El presente es un estudio retrospectivo descriptivo por lo que metodológicamente no requeriría aventurar hipótesis sobre lo que se cree que manifestaron los padres/adultos a cargo. Sin embargo, podemos presentar algunas afirmaciones que tentativamente creemos serán las de mayor prevalencia.

En relación con lo que los adultos a cargo de los niños/as podrían presentar como *razones por las cuales sostienen los tratamientos*, las siguientes afirmaciones serán de mayor prevalencia:

- Porque los niños/as tienen problemas de aprendizaje y necesitan ayuda.
- Deben cumplir con la indicación brindada por el derivador.
- Desean que mejore el desempeño escolar de los niños/as.
- Esperan que los/as niños/as sean promovidos de año/sala.

Respecto del grado de satisfacción, podríamos pensar que la mayor parte de los padres/adultos a cargo posee un grado medio de satisfacción con lo producido en el tratamiento psicopedagógico de los niños/as.

MARCO TEÓRICO

Estado del arte

Luego de realizar un rastreo de las investigaciones previas de las distintas *sedes de residencia*, contamos con el antecedente de la investigación “Adherencia al tratamiento psicopedagógico: definiciones, descripciones y factores asociados” en la que Betiana Rocchi y Canela Rodero se preguntan acerca del grado de adherencia a los tratamientos psicopedagógicos que se llevan a cabo en el Hospital Durand y cuáles serían los factores que están en relación con la misma (Rocchi, B., Rodero, C. 2006). Las mismas concluyeron que la adherencia al tratamiento no se relacionaba 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.

Por otro lado, las autoras González Cazón y Paglayan (2012) en su investigación “Escuchando a los padres...Acerca de las expectativas que poseían los adultos a cargo de los niños/as en tratamiento psicopedagógico previamente a su inclusión en las entrevistas de orientación, el grado de cumplimiento de las mismas y las modificaciones producidas como efecto de su participación en dicho espacio”, se propusieron indagar acerca de las expectativas iniciales de los padres en relación a las entrevistas de orientación, la medida en que las mismas se cumplen y las modificaciones que perciben como efecto de su participación en dicho espacio, llevada a cabo en el CeSAC N.º 15. En relación a las mismas, concluyeron que, si bien la mayoría de los padres afirmó tener expectativas iniciales ligadas a recibir indicaciones, los resultados demostraron que cerca de la mitad de los adultos poseen expectativas ligadas a los objetivos de las entrevistas de orientación.

Finalmente, las autoras María Laura Fiore y Verónica Simone (2004) en “Factores asociados a las deserciones de pacientes que asistieron a Diagnósticos Multifamiliares entre los años 1995 y 2002, llevadas a cabo por el Equipo de Psicopedagogía del CeSAC 15” se propusieron indagar sobre el alto grado de deserciones en el dispositivo multifamiliar para intentar crear mejores condiciones que favorezcan la continuidad de las familias en el proceso terapéutico dentro del CeSAC 15. Arribaron a la conclusión de que, en relación a las familias, se podría observar, tanto en los indicadores de vulnerabilidad como en la composición familiar, que las que presentan una organización monoparental tienden a desertar más frecuentemente, así como también las que presentan alguna problemática de adicciones.

Desde el discurso de las psicopedagogas aparecen otros factores vinculados a las familias que incidirían en la deserción: escasa motivación y compromiso, y resistencias al trabajo grupal.

El sostenimiento del tratamiento tiene íntima relación con el concepto de **adherencia al tratamiento**. Luego de una *revisión bibliográfica* del tema, por fuera de la residencia, se observa exhausto desarrollo, aunque con una mirada principalmente médica, con realidades no estrictamente extrapolables al abordaje psicopedagógico. Entre algunos conceptos a destacar Lucy Nieto Betancurt y Raúl Palayo Pedraza, en “Revisión del concepto adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud” (2009) presentan una diferenciación muy similar respecto de la adherencia y el cumplimiento. El **cumplimiento terapéutico** se referiría solamente a una coincidencia de la conducta del consultante con la prescripción médica, una conducta más cercana a la obediencia; en cambio entienden la adherencia como una implicación activa y voluntaria del consultante en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado.

Libertad Martín Alfonso en su artículo “Acerca del concepto de adherencia terapéutica” (2004) ofrece un desarrollo sobre un conjunto de momentos necesarios para que se produzca el proceso de adherencia al tratamiento. Éstos son la aceptación con convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico; el cumplimiento del tratamiento; la participación en el cumplimiento; y el carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento.

Entre los desarrollos estudiados sobre adherencia, que tiene íntima relación con el sostenimiento del tratamiento, la consideración de las *razones de sostenimiento* de los mismos aparece entre los factores asociados. Así, por ejemplo, Yahira Rossini Guzmán S., Olga Lucía Estrada Z., Paola Andrea Tejada M. y Osvaldo Crespo en “Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación” (2010) se proponen determinar los factores que intervienen en la adherencia de los pacientes a un programa de rehabilitación integral, describir y analizar las razones planteadas por los pacientes cuando fallan en el cumplimiento. Identifican factores intrapersonales, factores interpersonales, factores institucionales, comunitarios y de políticas de salud. Proponen un **modelo socioecológico** para entender los múltiples niveles que actúan como barreras, incluyendo el intrapersonal, interpersonal, organizacional, político y comunitario. Las barreras intrapersonales descritas incluyen la falta de compromiso y motivación del paciente, la percepción de bienestar, la aceptación de reglas, la creencia en la eficacia del tratamiento, la tolerancia al dolor, las alteraciones emocionales y la creencia en la capacidad de realizar las actividades prescritas. Las barreras interpersonales incluyen la falta de

apoyo familiar o médico. Las barreras organizacionales incluyen problemas de transporte, largas distancias hasta los centros de rehabilitación y problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir sus recomendaciones. Otros factores descritos socialmente se deben principalmente a limitaciones económicas que impiden seguir los protocolos de rehabilitación; en muchos casos las limitaciones dependen de los pacientes, pero en otros casos dependen de los sistemas de salud de cada país y del costo individual de cada una de las estrategias del manejo en la rehabilitación, ya sean ambulatorias, institucionales o domiciliarias. Factores ambientales o situacionales que afectan la adherencia incluyen los horarios de atención clínica, la comunicación, el apoyo de los terapeutas y las expectativas del profesional sobre el comportamiento del paciente. Este último trabajo, por tratarse de un programa de rehabilitación que incluye un profesional de la psicopedagogía, y con características similares a los tratamientos del equipo (requerimiento semanal sostenido), y desde una definición socio ecológica de los procesos de salud, fue tomado como referencia para la variable de adherencia al tratamiento del presente trabajo dada la estrecha relación que presenta con el mismo.

Por otro lado, Manuel Ortiz y Eugenia Ortiz en “Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica” (2007), proponen un cuerpo de *teorías y modelos conceptuales* que han demostrado ser útiles *para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia*. A saber, la teoría social cognitiva (se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada, denominada autoeficacia percibida), la teoría de la acción razonada (relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta), el modelo transteórico (propone 5 etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables), el modelo de creencias en salud, y el modelo de información-motivación-habilidades conductuales.

Desde otra perspectiva, se detallan algunas investigaciones que han aportado sobre una definición y conceptualización sobre los *costos y las consecuencias de la no adherencia al tratamiento*, Libertad Martín Alfonso y Jorge A. Grau Abalo exponen que la falta de apego al mismo tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En esta línea, en “Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente” (2006), realiza un análisis de sus repercusiones en cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, el uso racional de los recursos y servicios sanitarios, el cuadro de salud de la población y la calidad de vida del paciente. Se exponen las principales consecuencias clínicas o médicas, económicas y psicosociales que pueden aparecer debido a una baja adherencia al tratamiento.

Finalmente se consultaron las investigaciones en relación con el **grado de satisfacción** de los tratamientos, otro de los conceptos abarcados por la encuesta. En la recabación bibliográfica también aparece muy ligado al quehacer médico. Hernández Meca, M., Ochando García, A., Lorenzo Martínez, S., Orbes Cervantes, P., & López Revuelta, K. en “Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo” (2007), contemplan cómo en el actual sistema sanitario, el ciudadano ha pasado a ser el centro del mismo (en consonancia con los supuestos de la atención primaria de la salud). Así, para los profesionales sanitarios y los pacientes es importante que las atenciones que dispensan los primeros sean efectivas (ejercen un efecto positivo en los niveles de salud de los segundos), eficientes (ese efecto debería lograrse a un coste asumible y, por ejemplo, no impedir el tratamiento de otros pacientes), aceptables (para el paciente que lo recibe y en opinión del conjunto de la profesión), accesibles (para el paciente en términos de distancia, esperas, costes, etc.), han de ser valoradas como útiles por los propios pacientes (por ejemplo en términos de calidad de vida experimentada a partir de la aplicación de una terapia determinada) y deben estar basadas en evidencias (decisiones tomadas en base al conocimiento empírico y no en intuiciones). Consideran que la valoración del nivel de satisfacción de los pacientes es un instrumento que utilizado periódicamente ofrece la oportunidad de monitorizar atributos de la calidad percibida como: tangibilidad, fiabilidad, seguridad, empatía y capacidad de respuesta. La satisfacción con cualquier servicio, como la atención sanitaria, se consigue cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas.

López, J. V., Tudela, L. L., Álvarez, J. S., & Moreno, S. P. en “La satisfacción con el tratamiento” (2009), define la satisfacción del paciente como una evaluación acerca del proceso de administración del tratamiento y sus resultados relacionados. Una manera de conseguirlo es evaluando los resultados en salud percibidos y comunicados por el paciente de una manera objetiva, precisa y con rigor científico. Expresan así que en la bibliografía pueden encontrarse instrumentos válidos y fiables para evaluar la satisfacción con el tratamiento y ofrecen algunas reflexiones en relación con el tema: (1) Con esta medida pueden conocerse los aspectos relacionados con el tratamiento que preocupan más al paciente. Esto permite mejorar el tratamiento presente y considerar dichos aspectos para aplicarlos en el futuro. (2) Puede ayudar a diferenciar distintos tratamientos para una misma enfermedad. En los casos en los que la eficacia y el costo son similares, la satisfacción es un factor importante a la hora de escoger un determinado tratamiento (incluido no tratar). En otros casos, la eficacia está disminuida, pero se ve compensada con una mayor comodidad de uso o falta de efectos adversos. (3) La satisfacción con un tratamiento puede aumentar la adherencia. Si un paciente no está satisfecho con el modo de administración de un tratamiento o con su beneficio, es menos probable que

cumpla con el régimen prescrito. Es posible que el hecho de conocer el grado de satisfacción del paciente con su tratamiento pueda contribuir a predecir el cumplimiento del paciente y ayudar al profesional en la toma de decisiones. Además, la satisfacción con el tratamiento se relaciona con los resultados clínicos.

Marco conceptual

A continuación, haremos un resumen de las definiciones de los términos teóricos utilizados en la presente investigación.

Comenzaremos por el concepto de **razones prevalentes**. Según la RAE¹, la palabra razón tiene diversas acepciones, de las cuales usaremos aquella en la que la menciona como motivo, como causa del proceder de una persona y de un hecho. En el caso de la palabra motivo, la misma se define como causa o razón que mueve para algo. Para dicha investigación, tomamos el concepto de prevalentes, para analizar aquellas razones seleccionadas por los mismos adultos a cargo en la encuesta, como las primordiales y en mayor frecuencia.

A lo largo de dicho escrito se menciona repetidas veces el concepto de **adultos a cargo de los niños y niñas**. El mismo alude al miembro de la familia del niño/a que posee mayor jerarquía y se encuentra motivado con el tratamiento psicopedagógico. Desde el Equipo PEI se define quién cumple este rol en la vida del niño/a en las entrevistas iniciales, y se intenta, en consecuencia, mantener la mayor comunicación posible con esta persona a lo largo del tratamiento. En la mayoría de los casos los niños/as son traídos por sus madres o abuelas, pero muchas otras los acompañan los padres, hermanos mayores, amigos de los padres, etc.

Cuando hablamos de **sostenimiento** de tratamiento psicopedagógico nos referimos inicialmente al cumplimiento del tratamiento (Nieto Betancurt y Palayo Pedraza; 2009) pero con cierta implicación activa y voluntaria. Para la presente investigación tomamos este concepto, contemplando aspectos de cumplimiento, pero también de adherencia. La administración de la encuesta se hizo a todos aquellos adultos a cargo de los niños/as en tratamiento psicopedagógico que asistieron a un 80% o más de las prestaciones ofrecidas, lo cual consideramos "sostenimiento" del tratamiento.

Se considera al **tratamiento psicopedagógico**, como un espacio terapéutico dentro de un encuadre, compuesto por una persona con dificultades en el aprendizaje y su/sus terapeutas/psicopedagogas a cargo del tratamiento. Comúnmente son de frecuencia semanal y con modalidad individual, aunque también pueden ser tratamientos con dos niños/as con el mismo esquema terapéutico o mismos objetivos de terapia ("duplas"). En el apartado de "contexto institucional" se desarrollan algunos aspectos del posicionamiento teórico que la sede tiene en relación al trabajo clínico.

¹ Real Academia Española. Extraído de <https://dle.rae.es>

Respecto del concepto de **grado de satisfacción**, el mismo se define como un sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad. La valoración del nivel de satisfacción de los pacientes, según Hernández Meca et al., es un instrumento que utilizado periódicamente ofrece la oportunidad de monitorizar atributos de la calidad percibida como: tangibilidad, fiabilidad, seguridad, empatía y capacidad de respuesta. La satisfacción con cualquier servicio, como la atención sanitaria, se consigue cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas (Hernández Meca, Ochando García, Lorenzo Martínez, Orbes Cervantes, & López Revuelta; 2007). La satisfacción del paciente constituye un aspecto de la calidad del cuidado sanitario que no puede descuidarse al momento de diseñar programas para la mejora de los servicios médicos (Jackson y Kroenke, 1997; Valentine, de Silva, Kawabata, Darby, Murray y Evans, 2003 citado en Fernández-Carbonell et al. (2012). La baja satisfacción del paciente constituye un problema importante considerando que a largo plazo puede acarrear una escasa adherencia al tratamiento y, por consiguiente, una inadecuada evolución médica (Albrecht y Hoogstraten, 1998; Harris, Luft, Rudy y Tierney, 1995; Keith, 1998, citado en Fernández-Carbonell et al. (2012). El modelo de Sitzia y Wood (1997) sostiene que la satisfacción del paciente es producto de una interacción entre las características del paciente o “determinantes” (variables sociodemográficas y sus expectativas hacia los servicios médicos) y las características del cuidado médico recibido o “componentes” (grado de accesibilidad al servicio, la dimensión humana de los profesionales, la calidad técnica del servicio, la información, etc.) (Fernández-Carbonell et al. 2012). En el presente trabajo, tomando el modelo de Sitzia y Wood (1997) y a partir de la encuesta administrada por el equipo, se engloban en la consideración del grado de satisfacción los siguientes aspectos: expectativas cumplidas, avances observados en el tratamiento, accesibilidad al tratamiento (tiempo que recorre a la institución), establecimiento conjunto del horario de atención, puntualidad en la atención recibida, calidad de la comunicación con el/la terapeuta, y habilitación de espacios donde consultar inquietudes.

RELEVANCIA

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/a; 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 una temática de relevancia para la salud pública.

Siendo que el equipo de psicopedagogía se encuentra inserto en un Área Programática, y que las atenciones que realiza no son por demanda espontánea de las familias sino por derivaciones desde los Equipos de Orientación Escolar, u otros profesionales, considerar las razones que enuncian los adultos a cargo de los niños/as en tratamiento como motivaciones del mismo, se vuelven indispensable habida cuenta que la familia nunca o casi nunca es la que toma la iniciativa de la consulta. Sin dejar de considerar la multiplicidad de variables individuales, familiares, contextuales que pueden afectar la adherencia, atender a las mismas como elementos que colaboran en el sostenimiento y la implicancia del proceso terapéutico, parece ciertamente importante.

Asimismo, de acuerdo con lo recabado hasta el momento en investigaciones principalmente médicas o de abordaje psicológico, nos parece relevante poder hacer un estudio en relación con la clínica psicopedagógica y algunos factores de satisfacción que están en juego en los tratamientos que se llevan a cabo en nuestro equipo de trabajo. Por otra parte, los estudios antecedentes en esta temática en el área de la psicopedagogía se realizaron en equipos cuyo marco teórico era diferente al del presente estudio.

Considerar estos elementos podría permitir pensar y analizar la calidad de las prestaciones que se están dando desde el equipo, a la vez que potenciar y trabajar desde el equipo en prácticas que pongan a los pacientes en un rol más activo dentro de su salud, llevando a que se impliquen activamente en los tratamientos en los que participan.

Resulta importante mencionar que entendemos a cada niño/a en su singularidad, al igual que al adulto responsable y al tratamiento que sostienen, y que cada situación merece consideración aparte, pero eso no descarta la posibilidad de que a través de la presente investigación podamos describir algunas las razones que nos ayuden a esclarecer esta problemática y producir luego intervenciones profesionales en consecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: descriptivo

Fuentes de información:

Se tomarán las siguientes fuentes:

- Secundaria indirecta:
 - Material bibliográfico consultado (fuentes en papel y virtuales)
 - Encuesta de seguimiento por tratamiento sostenido tomada a adultos a cargo de los niños/as que se encuentran en tratamiento psicopedagógico en el equipo y que están dentro de la muestra.

Población de estudio:

Integran el universo todos los adultos a cargo evaluados en el período de 2019 con la encuesta de seguimiento por tratamiento sostenido durante los meses de noviembre y diciembre 2019.

Los **criterios de inclusión** utilizados para la administración de la encuesta realizada han sido:

Adultos que acompañan a los niños/as que se encuentran en tratamiento psicopedagógico individual en el equipo de Psicopedagogía del Hospital General de Agudos "Dr. J. M. Ramos Mejía que:

- se encontraban en tratamiento psicopedagógico individual o grupal, y que hasta la fecha hubieran tenido un mínimo de 4 sesiones de tratamiento.
- Niños/as que hayan sido atendidos por profesionales del equipo (coordinadoras, concurrentes, residentes, residentes rotantes).
- Niños/as con una asistencia mayor o igual al 80%. En caso de ausencia con aviso se considerada la prestación como una asistencia.

El **criterio de exclusión** se relacionaba con aquellos adultos a cargo que, estando en tratamiento psicopedagógico, no cumplían con los requisitos de inclusión anteriores, es decir:

- Habían abandonado o interrumpido el mismo con o sin aviso al profesional
- Habían sido dados de alta del tratamiento psicopedagógico antes de noviembre de 2019.
- No cumplían con el criterio de haber estado en tratamiento psicopedagógico por un mínimo de 4 sesiones de tratamiento.
- Habían asistido al tratamiento con una frecuencia menor al 80%, o se ausentaban sin aviso.

Unidad de Análisis:

- OBJETO DE ESTUDIO: razones por las que los adultos a cargo de niños/as sostienen el tratamiento psicopedagógico y grado de satisfacción con el mismo.
- UNIDAD DE ANÁLISIS: cada uno de estos adultos referentes.
- VARIABLE DEPENDIENTE: sostenimiento del tratamiento
- VARIABLES INDEPENDIENTES O INTERVINIENTES: razones por las que sostienen y grado de satisfacción.
- Muestra: 14 adultos a cargo

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sistema de matrices de datos para el análisis de las variables de la encuesta

Objeto de estudio I: razones por las que los adultos a cargo de niños/as sostienen el tratamiento psicopedagógico

Para el análisis de dicho objeto, se tomaron los datos de la pregunta 14 inciso b. de la encuesta, que responde a la siguiente consigna: “De las opciones que marqué, ordene las razones que considere más importantes, comenzando por 1 como la de mayor importancia y continuando numéricamente”, siendo la columna que procede aquella en la que se les pidió que, de un listado de razones por las que puede estar asistiendo al tratamiento de psicopedagogía, marque con una cruz aquellas que mejor reflejen sus motivaciones.

Se asignó un valor a cada una de las respuestas otorgadas, valiendo 3 puntos aquella que los adultos ordenaran en primer lugar; 2 puntos aquella que los adultos numeraran en segundo lugar; 1 punto aquella que numeraran en tercer lugar; y 0 puntos las que ordenaran desde el cuarto puesto en adelante.

A continuación, se detallan las razones expresadas en la encuesta que componen el universo de respuestas posibles para dicho objeto.

- Para que mejore el rendimiento en la escuela/en el jardín
- Para cumplir con la derivación de la escuela/jardín
- Para cumplir con la derivación de otro profesional
- Para que se porte mejor en la escuela/sala y/o en casa
- Para que lo ayuden con las tareas de la escuela
- Porque me gusta lo que la psicopedagoga le enseña
- Porque como padres/adultos a cargo del niño/a necesitamos orientaciones para ayudarlo mejor
- Para que pase de grado
- Porque tiene un problema de aprendizaje y necesita ayuda
- Porque a él/ella le gusta venir
- Para que le interese aprender
- Para que se concentre en la escuela
- Para que se prepare para primer grado

VARIABLE RAZONES PREVALENTES											
Unidad de análisis	Mejorar el rendimiento	Cumplir con derivación	Mejorar el comportamiento	Recibir ayuda en tareas escolares	Agrado por lo trabajado	Recibir orientaciones	Promoción de grado	Ayuda en dificultades	Interés del niño por asistir al tratamiento	Preparación para primer grado	Total de la U/A
n1											
n2											
n3											
n4											
n5											
n6											
n7											
n8											
n9											
n10											
n11											
n12											
n13											
n14											
Total de la muestra											

Tabla 1: variable razones prevalentes

Objeto de estudio II: grado de satisfacción con el tratamiento psicopedagógico

La misma se obtuvo sumando las puntuaciones (1, 2 o 3) de los ítems 12, 15, 17, 18, 19, 20 y 22, las cuales responden a las variables de cumplimiento de expectativas, percepción de avances, tiempo al hospital, acuerdo al establecer horario de turno, puntualidad en la atención recibida, comunicación con la terapeuta, disponibilidad de espacio para consultar dudas, respectivamente. A partir de esta sumatoria, se calculó el porcentaje de satisfacción de cada encuesta, entendiendo que el 100% de la misma correspondía al total posible de puntos (21).

Modo de análisis:

Grado de satisfacción alto: se asignó esta categoría a aquellas encuestas en las que el porcentaje de satisfacción fuera entre un 80 y 100%.

Grado de satisfacción medio: se asignó esta categoría a aquellas encuestas en las que el porcentaje de satisfacción fuera entre un 21 y 79%.

Grado de satisfacción bajo: se asignó esta categoría a aquellas encuestas en las que el porcentaje de satisfacción fuera entre un 0 y 20%.

En aquellos casos en los que alguno de los ítems no fuera completado, el porcentaje se obtuvo del prorrateo tomando la cantidad de ítems respondidos (en caso de haber sólo 6 ítems respondidos, el 100% de la encuesta sería constituido por 18 puntos; en caso de 5, 15; y así sucesivamente).

VARIABLE GRADO DE SATISFACCIÓN				
U. A.	Alto (80-100%)	Medio (21-79%)	Bajo (0-100%)	Porcentaje de cada unidad de análisis
n1				
n2				
n3				
n4				
n5				
n6				
n7				
n8				
n9				
n10				
n11				
n12				
n13				
n14				
Total:				

Tabla 2: Variable grado de satisfacción

Los puntajes para la consideración de dicha variable se obtuvieron del análisis de los siguientes ítems:

- Cumplimiento de expectativas:

- Se valoró con 3 puntos aquellas respuestas en las que el adulto menciona que se han cumplido el total de las expectativas.
- Se valoró con 2 puntos aquellas respuestas en las que el adulto menciona que se han cumplido algunas de las expectativas.
- Se valoró con 1 punto aquellas respuestas en las que el adulto menciona que no se ha cumplido ninguna de las expectativas.
- Avances observados
 - Se valoró con 3 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: sí.
 - Se valoró con 1 punto los casos en que el adulto respondiera a la opción: no.
- Tiempo que recorre hacia el hospital
 - Se valoró con 3 puntos aquella respuesta en las que el adulto indicara la opción que responde a un tiempo menor a 15 minutos.
 - Se valoró con 2 puntos aquellas respuestas en las que el adulto indicara la opción que responde a un tiempo de entre 15-30 minutos o de 30-60 minutos.
 - Se valoró con 1 punto aquella respuesta en las que el adulto indicara la opción que responde a un tiempo mayor a 60 minutos.
- Acuerdo en el establecimiento de horario
 - Se valoró con 3 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: sí.
 - Se valoró con 1 punto los casos en que el adulto respondiera a la opción: no.
- Puntualidad de la atención
 - Se valoró con 3 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: casi siempre.
 - Se valoró con 2 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: a veces.
 - Se valoró con 1 punto los casos en que el adulto respondiera a la opción: nunca.
- Calidad de la comunicación con la terapeuta:
 - Se valoró con 3 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: muy buena.
 - Se valoró con 2 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: buena.
 - Se valoró con 1 punto los casos en que el adulto respondiera a la opción: mala.
- Disponibilidad de espacios para consultar dudas:
 - Se valoró con 3 puntos los casos en que el adulto respondiera a la opción: sí.
 - Se valoró con 1 punto los casos en que el adulto respondiera a la opción: no.

VARIABLE GRADO DE SATISFACCIÓN																						
U. A.	Expectativas cumplidas			Avances observados en el tratamiento		Tiempo que recorre a la institución				Establecimiento conjunto del horario de atención		Puntualidad en la atención			Calidad de comunicación con la terapeuta			Espacio de consulta		Total de cada U/A		
	Total de ellas	Algunas	Ninguna de ellas	SI	NO	Menos de 15 min	entre 15 y 30 minutos	Entre 30 y 60 minutos	Más de 60 minutos	Si	No	Casi siempre	A veces	Nunca	Muy buena	Buena	Mala	Si	No			
n1																						
n2																						
n3																						
n4																						
n5																						
n6																						
n7																						
n8																						
n9																						
n10																						
n11																						
n12																						
n13																						
n14																						
Total																						

Tabla 3: variables comprendidas en grado de satisfacción

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Variable razones prevalentes

Para dicha investigación, tomamos el concepto de razones prevalentes para analizar aquellas razones seleccionadas por los mismos adultos a cargo en la encuesta, como las primordiales y en mayor frecuencia. En relación con esta variable, las hipótesis acerca de lo que se esperaba encontrar en las respuestas eran: porque tiene un problema de aprendizaje y necesita ayuda; deben cumplir con la indicación brindada por el derivador; desean que mejore el desempeño escolar de los niños/as; esperan que los/as niños/as sean promovidos de año/sala.

Los datos arrojados muestran lo siguiente:

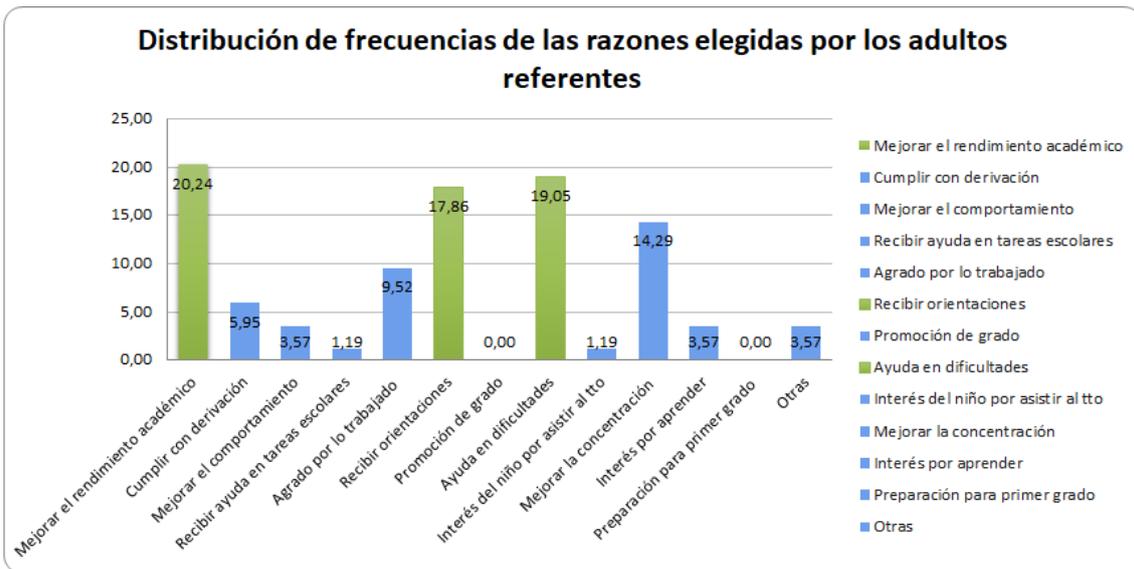


Tabla 4: Variable razones prevalentes según distribución de frecuencias

Dentro del universo de respuestas posibles (ver tabla 4) se puede ver que las razones más prevalentes y seleccionadas con mayor frecuencia son: para que mejore el rendimiento en la escuela o el jardín (20,24%), porque tiene un problema de aprendizaje y necesita ayuda (19,05%), y como adultos a cargo del niño/a necesitamos orientaciones para ayudarlo mejor (17,86%).

A partir del análisis de los tipos de elecciones se observa lo siguiente:

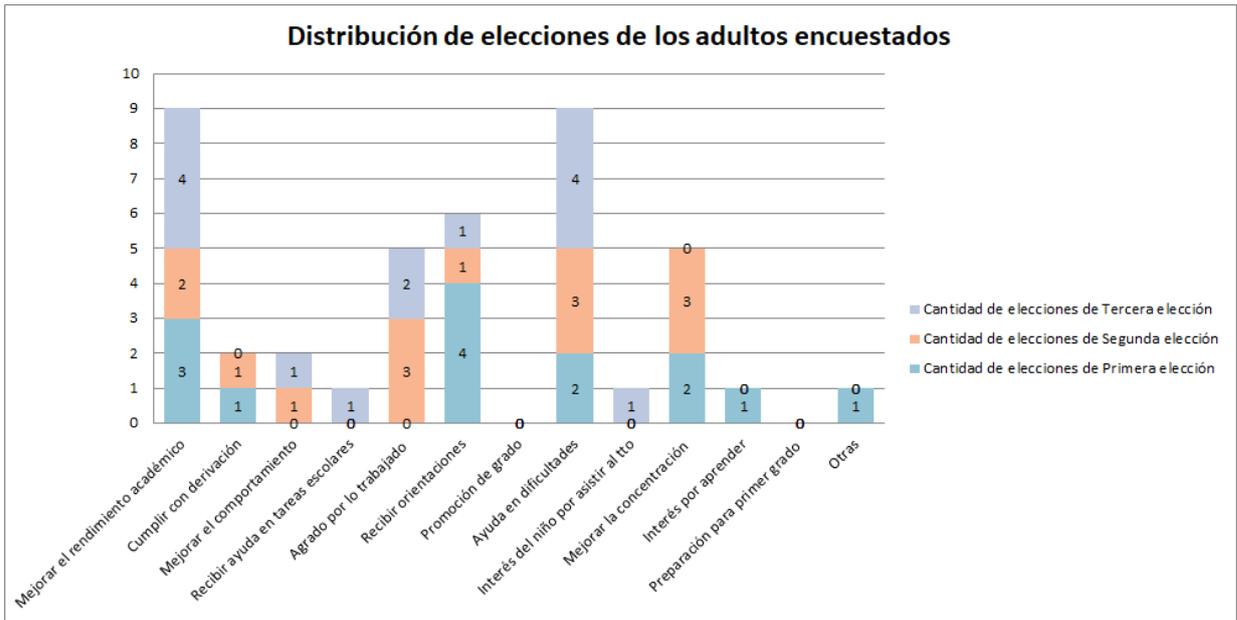


Tabla 5: Distribución de las elecciones

En primer lugar, se encuentra la razón **“para que mejore el rendimiento en la escuela o el jardín”**, elegida por el 65% de los adultos encuestados y con un puntaje total de 17 puntos (20,24%). Dicha razón fue la más elegida por los adultos y era parte de las razones principales establecidas al pensar las hipótesis de la presente investigación, por lo que en este caso se cumplió lo que se creía que iba a pasar en las hipótesis. Sin embargo, en el análisis de la distribución de las elecciones, se observa que no es la opción más elegida en primer lugar. Fue ubicada por muchos padres/referentes como una razón, pero en su mayoría de segunda y tercera elección.

A partir de estos datos, es posible inferir, el lugar que los adultos dan al buen rendimiento académico y la estrecha relación que se establece entre el tratamiento psicopedagógico y el rendimiento académico, al vincularlos directamente. Teniendo en cuenta que el tratamiento psicopedagógico es una intervención posible para problemas de aprendizaje cognitivos o mixtos (cognitivos e interaccionales) (Amitrano; Rother, 2001), los objetivos específicos de cada tratamiento se establecen en función del problema diagnosticado y de la interacción del niño con el contexto.

Sin embargo, cabe mencionar que, desde el tratamiento psicopedagógico, no siempre se encuentra el objetivo de mejorar el rendimiento académico, sino que este fenómeno sería consecuencia de los objetivos principales propuestos por la psicopedagoga para el tratamiento con un paciente en particular (ej.: que sea un lector eficiente podría ser un objetivo de la psicopedagoga que como consecuencia probablemente llevará a un mejor rendimiento académico). Esto suele ser conversado al co-construir el motivo de consulta con los padres y luego al dar inicio al tratamiento psicopedagógico. Este hallazgo acerca de la diferencia entre los objetivos del tratamiento para los padres o tutores y los de la psicopedagoga tratante podría ser de utilidad para mejorar la psicoeducación a padres acerca del tratamiento psicopedagógico y sus objetivos principales y secundarios.

Del presente hallazgo acerca del estrecho vínculo que los adultos establecen entre el objetivo del tratamiento psicopedagógico y el mejorar el rendimiento académico se desprenden las siguientes preguntas para futuras investigaciones: ¿Conocen los adultos referentes los objetivos de tratamiento propuestos por la terapeuta del niño/a a cargo? Dichos objetivos, ¿fueron co-construidos? ¿Fueron establecidos de común acuerdo?

La razón seleccionada por los padres o tutores a cargo de los niños/as que ocupa un segundo lugar en prevalencia y con un puntaje de 16 (19,05%) es "**porque tiene un problema de aprendizaje y necesitan ayuda**", elegida también por un 65% de los encuestados. De la misma manera que la razón anterior, aunque el puntaje es alto, la misma fue seleccionada en su mayoría en segundo y tercer lugar. De esta forma, se podría pensar que la mayoría de los padres o tutores son conscientes de los problemas que el niño presenta en relación a sus aprendizajes, y que el tratamiento psicopedagógico es un lugar propicio para trabajarlas. En este caso, se cumplió lo pensado como supuesto hipotético acerca de que esta sería una opción elegida por la mayoría de los adultos a cargo.

La primera parte de dicha opción “porque tienen un problema...” sugiere que los adultos a cargo son conscientes del problema de aprendizaje en el niño/a y nos abre a una posible futura pregunta de investigación: ¿Los adultos conocen la naturaleza del problema de aprendizaje que poseen los niños/as (cognitivo, interaccional o mixto)? ¿En qué medida los padres/tutores a cargo de los niños/as entienden cómo se manifiesta en ese niño/a individualmente el trastorno o la dificultad que posee? ¿Qué tan ajustado es ese problema que los adultos ven en el niño/a con lo que la psicopedagoga vio durante la evaluación? La psicoeducación es una pieza clave en el éxito de los tratamientos psicopedagógicos. Implica tanto entender que el niño/a posee una dificultad como la naturaleza de esa dificultad y el tratamiento posible.

Como tercera razón principal por la que los padres o tutores llevan a los niños/as al tratamiento psicopedagógico se encuentra **“como padres/adultos a cargo del niño/a necesitamos orientaciones para ayudarlo mejor”** con un puntaje total de 15 (17,86%). En un análisis de la frecuencia de los puntajes de las razones, se observa que esta opción es la que más eligen como la más importante, siendo seleccionada en primer lugar por el 28% de los padres. En total, un 43% de los padres/tutores marcaron esta opción como primordial. Se podría inferir que estos adultos quieren implicarse en el tratamiento y muestran voluntad de recibir orientaciones en relación con el aprendizaje de los niños/as a su cargo. Este hallazgo nos permite pensar que casi la mitad de los adultos a cargo desea implicarse activamente en el tratamiento psicopedagógico del niño/a; no sólo llevándolo a la consulta sino también involucrándose con compromiso en el mismo y ejecutando las orientaciones recibidas en el tratamiento al interior de la casa. Esto lleva a considerar si es frecuente que esos padres/tutores reciban las orientaciones que esperan, o si esto no sucede en la mayoría de los casos. Amitrano y Rother (2001) sostienen que los padres de los niños/as con problemas escolares a veces requieren de una orientación profesional para llevar a cabo actividades que se sitúen entre lo que el niño/a hace autónomamente y lo que hace con ayuda, transfiriendo lo aprendido al interior del tratamiento a la vida diaria de los pacientes. En este sentido, la orientación a padres forma parte de las intervenciones psicopedagógicas del tratamiento. Para que dichas intervenciones sean eficaces debe asegurarse la viabilidad de la inclusión de éstas en las rutinas familiares. Las autoras añaden que no basta con formular una sugerencia u orientación a los padres, sino que la responsabilidad del psicopedagogo es asegurarse que, aquello que espera que los padres modifiquen en la interacción con su hijo resulte claro, inteligible y posible para ellos. Esto no necesariamente se logra mediante formulaciones claras o sugerencias concretas e ilustradas mediante ejemplos, sino fundamentalmente comprendiendo las motivaciones de los adultos e interviniendo con una estrategia acorde a estas. En esta línea se podrían pensar futuras investigaciones que indaguen específicamente las estrategias del psicopedagogo para dar

orientaciones a los adultos, y la percepción de los adultos acerca de las orientaciones sugeridas por parte del terapeuta.

Por último, cabe mencionar que dicha razón no se encontraba dentro de las razones pensadas como hipótesis de aquellas razones que los adultos elegirían como las más prevalentes, y resulta prometedor descubrir que los adultos están más dispuestos a involucrarse activamente de lo que uno creería.

Una de las razones que figuraba en la hipótesis como las que se creía serían elegidas con mayor prevalencia por los adultos era "***Para cumplir con la derivación***". Sin embargo, la misma fue elegida como primordial tan solo por 6% de los adultos encuestados (2 adultos), siendo elegida como la de mayor importancia solamente por uno de ellos. Contrario a lo que se pensó que podría pasar, se infiere que la mayoría de los adultos encuestados no considera una razón principal por la cual acudir al tratamiento simplemente "cumplir con la derivación de la escuela o de otro profesional". Una vez más estamos en condiciones de pensar que una de las motivaciones por las cuales se sostienen los tratamientos no parecería tener que ver con cumplir con una indicación recibida, sino que prefieren desempeñar un rol más activo en el tratamiento.

Otra de las razones que se creía podía estar entre las más elegidas era "para que pase de año". Lejos de lo que se creía en las hipótesis, esta opción fue elegida por ninguno de los adultos encuestados como primordial.

Cabe agregar que del total de la muestra un solo adulto agregó una razón personal diferente a las preestablecidas por las encuestadoras. La misma fue "*para que se vaya superando*", la cual constituyó su primera elección al jerarquizar las razones. Podría pensarse entonces que las razones propuestas por las encuestadoras parecen "idóneas" /representativas de las motivaciones de los diferentes adultos encuestados, ya que fue muy bajo el porcentaje de personas que agregó otras (1 sola).

Variable grado de satisfacción

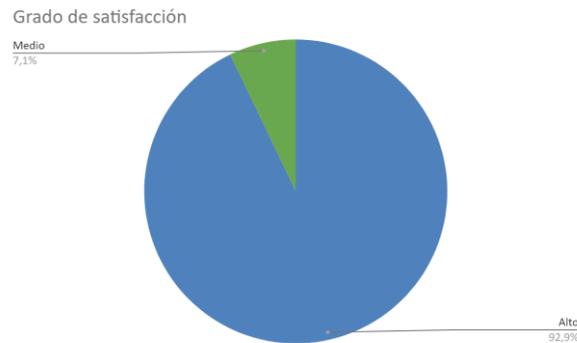


Tabla 6 Resultados variable grado de satisfacción

A nivel general, se obtiene que el 92,9% de los padres encuestados manifiestan, a través de las subvariables indagadas, un grado alto de satisfacción respecto del tratamiento psicopedagógico que llevan a cabo en el AP del Hospital Ramos Mejía. Un porcentaje menor de la población encuestada (7,1%) se ubicaría en un nivel medio respecto del grado de satisfacción con el tratamiento. No hubo casos que se ubicaran en la categoría grado de satisfacción bajo. Esto no concuerda con lo hipotetizado inicialmente, en donde se pensó que la mayoría de los adultos manifestaría un grado medio de satisfacción. De aquí se desprende que, si bien se creía que los adultos manifestarían estar satisfechos con los tratamientos recibidos en los niños a su cargo, fue sorprendente encontrar que esto se daba en un grado alto en casi la totalidad de la población encuestada (todos menos 1). Se esperaba menor puntuación, dado que siempre hay cosas por mejorar. Si los elementos comprendidos en la variable aparecen en una pequeña población que sostiene los tratamientos, ¿aparecerán también en poblaciones que no sostienen? ¿Estará bien indagado? ¿O habrá elementos cruciales al grado de satisfacción sin indagar?

A continuación, se procederá a hacer un análisis de cada una de las subvariables que componen la variable grado de satisfacción.

Cumplimiento de expectativas

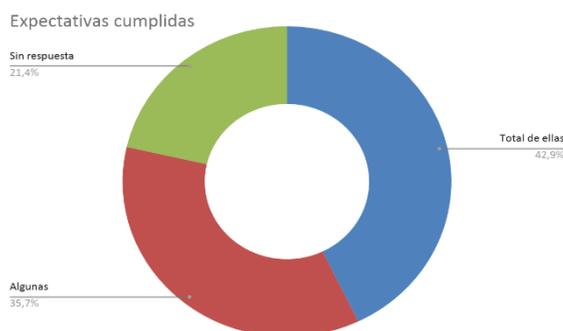


Tabla 7: Cumplimiento de expectativas

En este caso se obtiene que un 42,9% de los encuestados refiere que el total de las expectativas respecto del tratamiento se encuentran cumplidas. Un 35,7% de la población encuestada refiere que hasta el momento se cumplieron algunas de sus expectativas. Finalmente, un 21,4% de la población (3 adultos encuestados) no brinda una respuesta valorativa respecto de las expectativas. Las explicaciones dadas al encuestador fueron:

- Caso 1: “no tenía expectativas”
- Caso 2: “No sabía lo que era un tratamiento psicopedagógico, por lo que no tenía expectativas”
- Caso 3: no dio explicaciones, prefirió pasar.

Dado que la satisfacción con cualquier servicio, como la atención sanitaria, se consigue cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas (Hernández Meca, 2007) cabe cuestionarse especialmente acerca de esta variable. Considerando los 3 encuestados que no respondieron, es válido preguntarse por qué no tenían expectativas o prefirieron no responder. Los tratamientos psicopedagógicos por lo general son posteriores a las evaluaciones diagnósticas, donde a través de diversas entrevistas con el adulto se obtiene información sobre el paciente, el motivo de consulta, se explicita el encuadre y se concluye con una devolución. El hecho de que un adulto haya respondido que no sabía lo que era el tratamiento psicopedagógico y que otro haya contestado que no tenía expectativas podría llevarnos a pensar que no fueron suficientemente claros o explícitos los intercambios con dichos adultos en el momento diagnóstico. Asimismo, para el caso en que los adultos son derivados al servicio por derivadores externos (escuelas u otros profesionales) cabe preguntarse si se tuvo en cuenta esta situación al intercambiar con los referentes acerca de los objetivos del tratamiento.

Avances observados en el tratamiento

Avances observados en el tratamiento

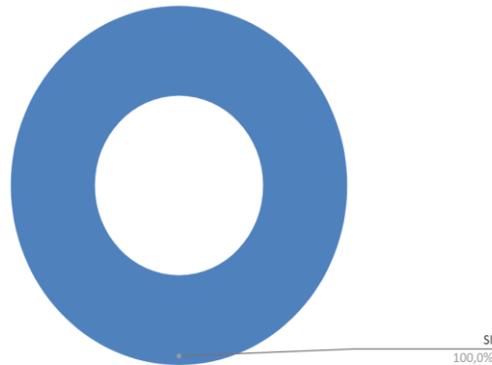


Tabla 8: avances observados en el tratamiento

Respecto de la subvariable en la que se consideran si los encuestados observan avances en los niños/as desde que iniciaron el tratamiento, se obtuvo una respuesta unánime en donde el 100% de los encuestados refiere haber podido observar avances en el mismo. Esta fue una de las únicas respuestas en las que hubo unanimidad de respuestas y por ende no sería erróneo pensar que observar avances en el tratamiento puede ser un factor íntimamente relacionado con el sostenimiento del tratamiento.

Estos avances ¿tienen que ver con los objetivos de tratamiento planteados en el espacio? ¿Podría indagarse más el alcance de estos avances? Sin avances, ¿se sostendrán los tratamientos de igual manera?

Tiempo que recorren a la institución

Tiempo que recorren a la institución

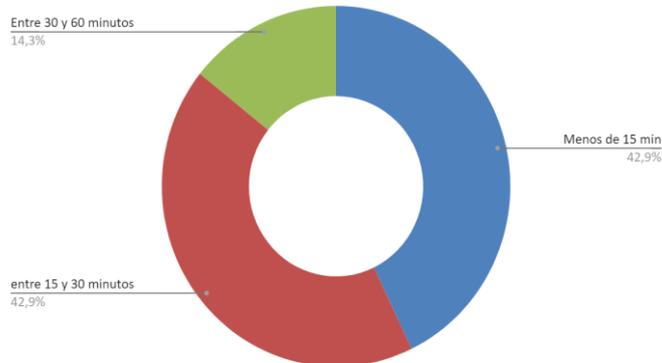


Tabla 9: tiempo que recorren a la institución

Se obtuvo que un 43% de la población recorre entre 15 y 30 minutos para llegar a la institución y el mismo porcentaje recorre menos de 15 minutos. Esto implica que más de un 85% de la población encuestada recorre menos de media hora para acceder al Hospital. Un 14% de la población refiere demorar más de media hora en acceder a la institución. Considerando que la atención es dentro del AP del Hospital, este tipo de respuestas es esperable y tiene que ver con las variables componentes respecto del grado de accesibilidad al servicio.

Establecimiento conjunto del horario de atención

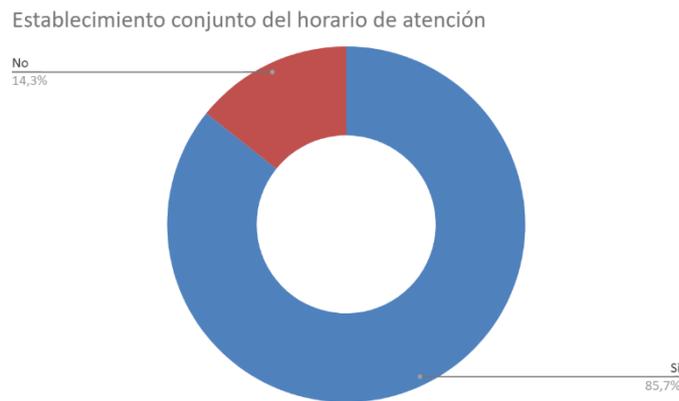


Tabla 10: Establecimiento conjunto de horario

Respecto de esta subvariable, un 85% de los padres/tutores encuestados manifestaron que al momento de establecer el horario en que el tratamiento sería llevado a cabo, fueron consultados acerca de sus disponibilidades horarias. Por lo contrario, un 14% de la población manifestó que el horario de atención no fue acordado conjuntamente.

Puntualidad en la atención

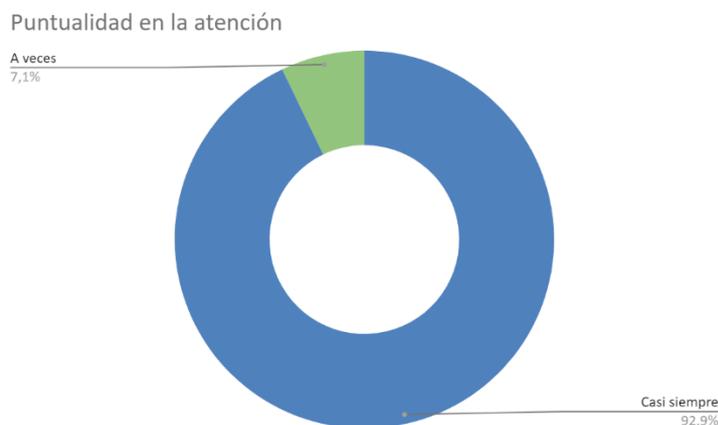


Tabla 11: Puntualidad en la atención

Respecto de la pregunta donde se indaga acerca de la puntualidad con la que son atendidos cuando acuden a sus turnos, un 93% de la población refiere que casi siempre son atendidos puntualmente; un 7% refiere que a veces son atendidos puntualmente y nadie refirió que casi nunca son atendidos puntualmente. Continuar con esta actitud de compromiso y respeto del encuadre puede contribuir a la satisfacción y sostenimiento de tratamientos.

Calidad de la comunicación con la terapeuta

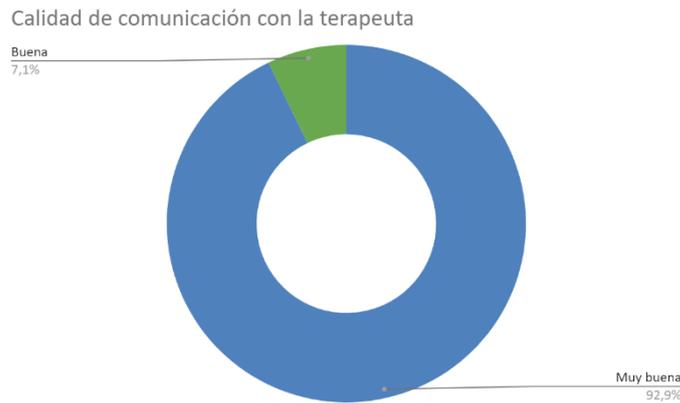


Tabla 12: Calidad de la comunicación con el terapeuta

Al pedirles que valoren la calidad de la comunicación con la terapeuta, aspecto necesario y primordial para la alianza terapéutica, posibilitador de cambios, un 93% de los padres/tutores encuestados refirieron mantener una comunicación muy buena con la terapeuta. El 7% restante calificó la comunicación con la terapeuta como buena. Nadie optó por la opción “mala” a la hora de calificarla. Este aspecto necesario y primordial para la alianza terapéutica, posibilitador de cambios.

Habilitación de espacios para consultas



Tabla 13: Habilitación de espacios para consultas

Por último, se observó unanimidad en las respuestas respecto de si los padres/tutores consideran que se les habilitan espacios para consultar cualquier duda o inquietud que pudiera surgir a lo largo del tratamiento, en la que un 100% de los consultados respondió afirmativamente.

Siendo que la claridad respecto de los objetivos y encuadre del tratamiento son piezas claves para la adherencia terapéutica, resulta importante tener en cuenta que los adultos son conscientes de estos espacios brindados para conversar sobre el tratamiento y eventualmente hacer las consultas necesarias.

DISCUSIÓN

A lo largo de lo que se desarrolló en el presente trabajo, los interrogantes, problemas y datos relevados, se pudo llevar a cabo una aproximación global a un aspecto esencial en la clínica psicopedagógica: el sostenimiento de los tratamientos. Si bien el análisis se focalizó en los reportes de aquellos adultos que sostuvieron los tratamientos durante el 2019, los datos arrojados llevaron a cuestionar varios elementos de la tarea terapéutica psicopedagógica y dieron lugar a que diversos interrogantes surgieran.

En primer lugar, metodológicamente, si bien se tuvo en cuenta que las encuestadoras no fueran las terapeutas de los niños/as, quienes encuestaban a los adultos no dejaron de ser personas del mismo equipo de terapeutas. Cabe la posibilidad de pensar que los adultos se sintieran obligados a responder de una forma que los mostrara conformes con el tratamiento y esto pudiera llevar a que no fueran 100% sinceros en las respuestas.

Por otro lado, en relación con la caracterización de las variables y datos relevados cabe recordar que las mismas describen la situación presentada en relación a esta población, y de ninguna manera explican el sostenimiento del tratamiento, las razones de los padres para hacerlo o los elementos que contribuyen a la satisfacción del mismo. Sin embargo, poder hacer esa primera aproximación, generó interrogantes y posibles nuevas líneas de investigación: ¿qué sucedería si se indagan las razones de aquellos adultos que no sostienen los tratamientos? ¿qué razones enunciarían? Como criterio de “sostenimiento de tratamiento” se consideró que los mismos tuvieran el 80% de asistencia y no se consideraron/indagaron otras cuestiones que podrían haber sido interesantes también ¿Qué tiempo llevaban estos niños/as en tratamiento?

¿Cuál era el motivo por el cual consultaban y esperaban trabajar? ¿Habían tenido cambios en las terapeutas a lo largo del tiempo de tratamiento? En algún momento del tratamiento, ¿la terapeuta llevó a cabo maniobras para motivar a las familias a sostener los tratamientos? ¿Qué tan efectivas fueron las mismas?

Éstas, como muchas otras cuestiones, pueden influenciar las razones y el grado de satisfacción con el tratamiento recibido, y no fueron contempladas estrictamente en la presente investigación. Ciertamente profundizar en las mismas puede contribuir a enriquecer la temática en cuestión.

CONCLUSIONES

La presente investigación se planteó con el objetivo principal de describir las razones prevalentes que señalan los adultos a cargo de los niños y niñas de 4 a 11 años que cursan nivel inicial y primario, y se encuentran en tratamiento psicopedagógico en el Área Programática del Hospital General de Agudos por las cuales asisten con regularidad a dicho espacio y el grado de satisfacción con lo producido en el mismo. Para ellos se indagaron cuestiones propias de la satisfacción con la atención recibida tales como que pudieran afectar la asistencia regular, dicha encuesta incluye preguntas que indagan el motivo de llegada al equipo, la presencia de preocupaciones al iniciar el proceso, el tiempo de tratamiento, las razones explicitadas por las que se sostiene el espacio, la conveniencia del turno en cuanto día y horario, el tiempo de traslado al Área Programática, la calidad de la comunicación con la psicopedagoga del niño/a, entre otras.

Y sobre las motivaciones principales por la que los adultos acudían a los tratamientos con los niños/as a su cargo.

Dentro del servicio de Psicopedagogía del Área Programática son numerosas y variadas las estrategias que se supervisan y que el equipo ha pensado y diseñado que apuntan al sostenimiento de los tratamientos. Una de ellas, reciente, ha sido una breve encuesta de seguimiento por tratamiento sostenido creada para aquellos adultos a cargo que traen a los niños/as con regularidad al tratamiento. La misma se instrumentó para conocer, entre otras cosas, las razones principales que los adultos a cargo enuncian por las que traen a los niños/as a tratamiento y el grado de satisfacción que tienen del mismo; con el fin de, en una segunda

instancia, tomar la información obtenida como referencia para replicar aquellas condiciones observadas como favorecedoras del sostenimiento de los tratamientos. Para la presente investigación se tomaron los datos de dicha encuesta llevada a cabo con un total de 14 adultos.

Se corroboraron dos de las cuatro hipótesis propuestas para dicha investigación respecto de las razones prevalentes que los adultos a cargo de los niños/as señalan para sostener los tratamientos psicopedagógicos. Las tres razones más prevalentes y seleccionadas con mayor frecuencia son: *para que mejore el rendimiento en la escuela o el jardín* (20,24%), *porque tiene un problema y necesita ayuda* (19,05%), y *como adultos a cargo del niño/a necesitamos orientaciones para ayudarlo mejor* (17,86%). Si bien en la hipótesis se pensó que los adultos elegirían, entre otras, las opciones de “para cumplir con la derivación del profesional/escuela” y “para que sea promovido”, dichas opciones no fueron elegidas como primordiales por los adultos.

De los hallazgos obtenidos, caben destacar como muy significativos el hecho de que un porcentaje importante de los adultos encuestados se mostró con deseo de implicarse activamente en los tratamientos al marcar como primera razón de sostenimiento de tratamiento el recibir orientaciones, y que son conscientes de que los niños/as a su cargo tienen una dificultad y necesitan ayuda. Nos cuestionamos entonces ¿En qué medida reciben esas orientaciones que ellos esperan? ¿Cuál piensan que es la dificultad del niño/a? ¿Coincide con el diagnóstico de la psicopedagoga? Por otra parte, muchos de los adultos indicaron como razón principal para asistir al tratamiento el hecho de que mejore el rendimiento en la escuela, entonces nos preguntamos ¿Los adultos comprenden que este no siempre es el objetivo directo del tratamiento psicopedagógico?

Respecto del grado de satisfacción con el tratamiento, se obtuvo que un 90% de la muestra refirió, a través de sus respuestas, un alto grado de satisfacción con el tratamiento, en contraposición a lo expresado en la hipótesis acerca de que la mayoría expresaría un grado medio de satisfacción. El 100% de los adultos expresaron haber observado avances a lo largo del tratamiento y que cuentan con espacios para realizar las consultas que les pudieran surgir, factores que podrían asociarse con el sostenimiento del tratamiento. Asimismo, un 93% de los adultos califica la comunicación con las terapeutas como muy buena y afirma que son atendidos puntualmente casi siempre.

A través del análisis de las encuestas realizado en dicha investigación hemos logrado el objetivo propuesto de describir cómo se presentan ciertos aspectos que hacen al sostenimiento del tratamiento psicopedagógico en un pequeño porcentaje de la población que reciben su

atención en nuestro servicio. Sostenemos la importancia de rever la tarea clínica a través de este tipo de estudios que ayudan a observar con detenimiento fenómenos propios de la tarea cotidiana. Esta investigación permitió visualizar ciertos aspectos de la tarea que, al estar ligados con la adherencia al tratamiento, sin duda impactan en la calidad y eficacia de los mismos. El entender por qué sostienen los que sostienen sin duda es un gran pilar en este arte de realizar intervenciones con los niños y sus familias cada vez más eficientes y significativas. Seguir ahondando en esta temática puede contribuir a la mejora en las atenciones de los servicios/equipos públicos psicopedagógicos.

BIBLIOGRAFÍA

Amitrano, C. y Rother, G (2001). Tratamiento psicopedagógico: estrategias y procedimientos con niños, padres y docentes. Buenos Aires, Argentina. Segunda Edición. Psicoteca Editorial.

Fernández-Carbonell, M.; Dasí, C.; García-Merita, M; Fuentes. I. (2012). Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de psicología*, vol. 28, nº 2.

Fiore, M. L., y Simone, V. “Factores asociados a las deserciones de pacientes que asistieron a Diagnósticos Multifamiliares entre los años 1995 y 2002, llevadas a cabo por el Equipo de Psicopedagogía del CeSAC 15” Trabajo de investigación. Residencia de psicopedagogía. Año 2003.

González Cazón, B., Paglayan, A., “Escuchando a los padres...Acerca de las expectativas que poseían los adultos a cargo de los niños en tratamiento psicopedagógico previamente a su inclusión en las entrevistas de orientación, el grado de cumplimiento de las mismas y las modificaciones producidas como efecto de su participación en dicho espacio” Trabajo de investigación. Residencia de psicopedagogía. Año 2012.

Hernández Meca, M., Ochando García, A., Lorenzo Martínez, S., Orbes Cervantes, P., & López Revuelta, K. (2007). Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10(1), 6-13.

Lemus, J. (1994). Áreas Programáticas. Bs. As. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kohan.

López, J. V., Tudela, L. L., Álvarez, J. S., & Moreno, S. P. (2009). La satisfacción con el tratamiento. *Atención Primaria*, 41(11), 637.

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública, Vol.30, No. 4.*

Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 32, No. 3.*

Martín, L.; Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud, Vol. 14, No. 1.*

Nieto, L.; Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR. No. 85.*

Ortiz, M. Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica. Vol. 135, No. 5.*

Rocchi, B., Rodero, C. "Adherencia al tratamiento psicopedagógico: definiciones, descripciones y factores asociados" Trabajo de investigación. Residencia de psicopedagogía. Año 2004.

Rossini Guzmán Y, Estrada O., Tejada P. y Crespo, O. (2010). Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. *Revista Facultad de Salud. Vol. 2, No. 1.*

Zagal, P. 2006 extraído de
https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/1233/ING_479.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zamani, A. extraído de
<https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/LearningDisabilitySP012606.pdf>

ANEXO

ENCUESTA DE SEGUIMIENTO POR TRATAMIENTO SOSTENIDO

Entrevistadora: _____

Vínculo con el/la niño/a que trae al tratamiento psicopedagógico _____

A continuación, le realizaremos una breve encuesta anónima que hacemos a los padres o adultos a cargo de pacientes que asistieron a tratamiento psicopedagógico con regularidad. El objetivo de estas encuestas es mejorar el servicio de tratamiento psicopedagógico que brindamos y dichas respuestas podrían ser utilizadas en un estudio para tal fin, por lo que necesitamos que sus respuestas sean sinceras. Muchas gracias.

1) ¿Cuál es la vía por la cual llegaron a este equipo de psicopedagogía?

- a. Por su cuenta
- b. Por una derivación

2) En caso de responder 1.b. indique quién o quiénes han efectuado dicha derivación:

3) Cuando llegaron al equipo, ¿tenían alguna preocupación en relación al aprendizaje del niño/a por el que consultaba?

- a. Sí
- b. No

4) En caso de responder 3.a. indique cuál o cuáles.

5) Actualmente, además de psicopedagogía, ¿se encuentran realizando algún otro tratamiento?

- a. Sí
- b. No

6) En caso de responder 5.a. indique cuál o cuáles.

7) ¿Acudieron anteriormente a otros tratamientos? (pueden ser otras disciplinas)

a. Si

b. No

8) En caso de responder 7.a. indique cuál o cuáles.

9) En caso de haber acudido a otro/s tratamiento/s anteriormente. ¿Por qué se concluyó/eron el/los mismo/s?

a. Alta de tratamiento

b. Baja por pérdida de turnos

c. Imposibilidad de seguir asistiendo

d. Otros: (especifique)_____

10) ¿Hace cuánto que asisten a tratamiento de psicopedagogía?

a. 0 a 6 meses

b. 6 a 12 meses

c. 12 a 24 meses

d. 24 o más meses

11) ¿Cuáles eran sus expectativas en el inicio del tratamiento psicopedagógico?

12) ¿Se cumplieron? SI/NO ¿Cuáles?

13) ¿Cuáles fueron las razones por las que sostuvieron el tratamiento psicopedagógico?

14) Responda primero a la consigna de la columna A, luego a la de la columna B.

	<p>A) Del siguiente listado de razones por las que puede estar asistiendo al tratamiento de psicopedagogía, marque con una cruz aquellas que mejor reflejen sus motivaciones.</p>	<p>B) De las opciones que marcó, ordene las razones que considere más importantes, comenzando por 1 como la de mayor importancia y continuando numéricamente</p>
<p>Para que mejore el rendimiento en la escuela/en el jardín</p>		
<p>Para cumplir con la derivación de la escuela/jardín</p>		
<p>Para cumplir con la derivación de otro profesional</p>		
<p>Para que se porte mejor en la escuela/sala y/o en casa</p>		
<p>Para que lo ayuden con las tareas de la escuela</p>		
<p>Porque me gusta lo que la psicopedagoga le enseña</p>		
<p>Porque como padres/adultos a cargo del niño/a necesitamos orientaciones para ayudarlo mejor</p>		

Para que pase de grado		
Porque tiene un problema de aprendizaje y necesita ayuda		
Porque a él/ella le gusta venir		
Para que se concentre en la escuela		
Para que le interese aprender		
Para que se prepare para primer grado		
Otras (especifique): _____ _____ _____		

15) Durante este tiempo de tratamiento psicopedagógico ¿observó algún avance en el niño/a?

- a. Si
- b. No

16) ¿En qué? (En caso de marcar sí)

17) Tiempo que recorre con el niño/a para asistir al tratamiento generalmente

- a. menos de 15 minutos
- b. entre 15 y 30 minutos
- c. entre 30 y 60 minutos

d. Más de 60 minutos.

18) El día y horario de atención del niño/a, ¿fue establecido teniendo en cuenta sus posibilidades horarias?

a. Si

b. No

19) Cuando concurren a los encuentros programados con la psicopedagoga ¿son atendidos puntualmente?

a. Casi siempre

b. A veces

c. Nunca

20) ¿Cómo cree que es la comunicación con la/las psicopedagoga/s del niño/a?

a. Muy buena

b. Buena

c. Mala

21) ¿Por qué?

22) ¿Tuvo espacio para consultar dudas/inquietudes durante el tratamiento?

a. Si

b. No

¡Muchas gracias!