Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2004

Factores que inciden en el abandono de tratamiento de terapia ocupacional en niños de riesgo socioambiental

Italiano, Adriana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/840

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE

MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS de GRADO

Factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de riesgo socioambiental

Tesistas: Italiano, Adriana
Retegui, María Virginia

Directora: Lic. en T.O Guaresti, Mariana.
Asesora Metodológica: Lic. en T.O Gordillo, Norma

-2004-

Hoja de firmas

Tesistas

Italiano, Adriana T 2887/94

Retegui, María Virginia T 3032/94

Directora: Lic.Guaresti, Mariana.

Asesora Metodológica: Lic. Gordillo, Norma

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 2374
Signatura top
Vol
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata

A Zoilo, Camila e Irineo

Agradecimientos

- A Mariana y Norma por su calidad humana, dedicación y apoyo en el transcurso de esta investigación.
- Al personal de la Unidad Sanitaria Las Heras por la atención y la colaboración brindada durante nuestra experiencia de campo.
- A Rubén por su capacidad profesional y calidez .
- A nuestras familias por acompañarnos desde el primer día que emprendimos este camino.
- A Javier y Miguel por su paciencia y sostén incondicional.
- A Myrna, Luisina, Renata, Mariela por su contención y estar junto a nosotras.
- A nuestras amigas de Ayacucho y Comodoro Rivadavia.

Indice

Introducción. 1

Situación actual.....4

Marco teórico.

Salud y enfermedad.

- Concepciones acerca de salud y enfermedad.....12

Terapia ocupacional.

- Terapia Ocupacional.. 15

Atención Primaria de la Salud.

- Atención Primaria de Salud 18
- Opiniones emitidas sobre la meta " Salud para todos en el año 2000".....25
- Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud.....29

Barrio Las Heras

- El niño en la Comunidad 31
- Diagnóstico de situación del Barrio J.G. "Las Heras".....32
- Características de la Unidad Sanitaria " Las Heras".....36
- Terapia Ocupacional en la Unidad Sanitaria "Las Heras".....38

Enfoque de riesgo.

- Enfoque de riesgo: su utilización en Prevención Primaria.....42
- Factores de riesgo.....43
- Factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional.46

El Desarrollo del niño

- Desarrollo Psicomotor.....52
-Desarrollo emocional y psicomotor: la importancia del ambiente facilitador.....56

Aspectos metodológicos de la Investigación.

- Problema.....64

Objetivos.

- Objetivo general.....64
- Objetivos específicos.....64

Diseño de la Investigación.

- Tipo de diseño.....65
- Universo de estudio.....67
- Muestra..... 67

Criterios de selección de la muestra.

- Criterios de inclusión.....68
- Criterios de exclusión.....68
- Método de selección de la muestra.....68
- Procedimiento de recolección de datos.....69

Definición de la variable de estudio:

Factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional.

- Definición científica. 71
- Definición operacional. 71
- Dimensionamiento de la variable de estudio. 76

- Trabajo de campo.....77
- Análisis e interpretación de datos.....80
- Conclusión.....101

- Bibliografía general.....108
- Páginas consultadas en Internet. 112

Anexo.

- Carta de autorización al departamento de salud mental de la municipalidad del partido de General Pueyrredón
- Entrevistas
- Consentimiento Informado

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La elección del tema a investigar surgió de la experiencia transcurrida en la práctica clínica de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, efectuada por una de las tesistas en la Unidad Sanitaria del barrio J. G. Las Heras, ubicado en la periferia de la ciudad de Mar del Plata.

La Institución depende de la Secretaria de Salud y Protección Sanitaria de la Municipalidad del partido de Gral. Pueyrredón y cuenta con diferentes profesionales que conforman el Equipo Interdisciplinario.

El servicio de Terapia Ocupacional, en esta Unidad Sanitaria es parte integrante del Departamento de Salud Mental que brinda atención a población infantil y adulta. Específicamente Terapia Ocupacional imparte atención a población materno - infantil e infanto - juvenil.

A través de la revisión de Historias Clínicas en el servicio de Terapia Ocupacional, **consideramos relevante las reiteradas situaciones de abandono de tratamiento de niños en Terapia Ocupacional;** lo que llevó a plantearnos interrogantes sobre el tema, acrecentando nuestro interés por indagar acerca de los motivos, causas, factores, que inciden en el abandono del mismo.

Recurrimos al marco teórico de la Atención Primaria de la Salud, (A.P.S) definida como la estrategia adecuada para llevar a cabo la meta social *"Salud para todos en el año 2000"*, establecida en Alma-Ata en 1978.

" La estrategia de la Atención Primaria afirma que la salud es un derecho humano fundamental."[1]

Al tomar la concepción de la A.P.S, convenimos que la salud es entendida como" **un derecho social, básico y universal y su apropiación un camino hacia la mayor libertad del hombre"**[2], tal como lo afirma Mirta Videla.

Desde un abordaje preventivo - comunitario tomaremos el concepto de enfoque de riesgo. El enfoque de riesgo es una herramienta fundamental para desarrollar la Atención Primaria de Salud, ayuda a determinar prioridades de salud y reorganizar los servicios sanitarios. El mismo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar o morir.

El Terapista Ocupacional desarrolla acciones integrales de prevención primaria, secundaria y terciaria.

En la presente investigación nos centraremos en la **Prevención Primaria** debido a la necesidad de detectar potenciales factores presentes en el contexto socio-ambiental, familiar y en la Institución que propician el abandono de tratamiento. De manera tal que se generen así, acciones de Promoción y Protección de la Salud.

Creemos que el conocimiento de estos factores permite delinear futuras estrategias de intervención con las familias que concurran a la Unidad Sanitaria. Esta intervención desde Terapia Ocupacional contribuye a la permanencia del niño en el tratamiento, abriendo la posibilidad de una intervención temprana, continua y estable, con el objetivo

---

[1] Cusminsky, M.; Lejarraga, M. y otros. *Manual del crecimiento y desarrollo del niño.* Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. O.P.S. 2° ed. N° 33, E.U.A. 1994. p. 196.

[2] Videla, M. *Prevención. Intervención psicológica en Salud Comunitaria.* Ediciones Cinco. Bs. As. 1994. p.17

principal de favorecer el desarrollo integral de estos niños que viven en un medio social adverso.

A partir de lo expuesto acordamos plantear el interrogante principal de esta investigación, siendo el siguiente:

¿ Cuáles son los factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional, en niños de 0 a 6 años cumplidos que concurrieron al Servicio de Terapia Ocupacional del Departamento de Salud Mental , en la Unidad Sanitaria del barrio "J. G. Las Heras" de la ciudad de Mar del Plata, en el período 2000-2001.?

SITUACIÓN ACTUAL

SITUACIÓN ACTUAL

El rastreo bibliográfico para estructurar el estado actual de la cuestión se realizó a través de la red de Internet, consultas a Tesis de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional e investigaciones de la Universidad *de* Mar del Plata que a continuación detallaremos. Mediante la búsqueda realizada en la base de datos Medline, de la biblioteca del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, se accedió a información referida a incumplimiento y rechazo de tratamientos farmacológicos que, si bien no tiene estricta relación con el problema de esta investigación; puede orientar en cuanto a las posibles causas de incumplimiento de tratamiento.

En Internet, los sitios hallados aportan datos sobre factores que contribuyen a abandonar los tratamientos farmacológicos, médicos y psicoterapéuticos (en una diversidad de patologías como cáncer, tuberculosis, obesidad, asma, esquizofrenia, depresión, psicosis maníaco - depresiva, trastornos de la alimentación, etc.). Los datos encontrados adquieren un carácter relativo en nuestro estudio, no obstante refieren posibles factores y definen que entienden, en el marco de sus investigaciones, por abandono de tratamiento. Por último referimos no encontrar investigaciones de Terapia Ocupacional relacionadas específicamente con el tema a investigar.

❖ El noveno reporte del Comité de Trabajo sobre aspectos psicosociales de la Sociedad Internacional de Oncología (SIOP) publicado por Spinetta, J.; Masera, G. y otros, define el **abandono** como ***"la interrupción de la relación con el equipo médico y el***

tratamiento".[3] El documento trata acerca de **la falta de colaboración e incumplimiento, rechazo y abandono de tratamiento en niños y adolescentes con cáncer**. Las razones dadas en la literatura para explicar las causas de abandono incluyen: malentendidos e incertidumbre acerca de los beneficios de la medicación, comunicación pobre con respeto al diagnóstico y al tratamiento, información inadecuada acerca de la enfermedad en general, y de la situación del niño en particular, frustración con la duración de los tratamientos, miedo a los efectos colaterales, poca comprensión de la gravedad de la enfermedad. También citan el estrés psicológico de los padres, las diferencias culturales y religiosas, falta de fe en tratamientos médicos convencionales, falta de recursos como causas posibles del abandono de tratamiento.

Los autores describen acciones preventivas a tomar por el Equipo de Salud y enfatizan la importancia de la identificación desde el momento del diagnóstico de *"factores predicativos de cierta tendencia de abandono",* ejemplo de este tipo de indicadores son signos de disfunción parental o familiar, falta de comprensión, nivel socioeconómico bajo, dificultades para asistir a las primeras reuniones de información y otros controles, dificultades para cumplir las indicaciones simples.

Concluyen los autores **"cuando más temprano se intervenga, más efectiva será la intervención, fundamentalmente en el área de abandono de tratamiento".**[4]

❖ En la revista del Instituto Nacional de Cancerología de México, en el año 1999, Flores, E.; Anguiano, B. P.; Figueroa, F. E.; presentan un trabajo de investigación en el que proponen determinar **los factores sociodemográficos y clínicos que contribuyen a**

[3] Spinetta, J.; Masera, G. y otros. *Noveno Reporte del Comité de trabajo sobre aspectos psicosociales de la Sociedad Nacional de Oncología.* p. 1
[4] Op. Cit. Spinetta, J.; Masera, G. y otros. p. 2-3

la inasistencia de los pacientes del INCAN. Los factores que identifican como intervinientes son: falta de apoyo institucional, recibir una sola modalidad de tratamiento y ser atendido menos de seis meses. Por otra parte variables como edad mayor a cincuenta años, estado civil soltero, escolaridad menor a nivel secundario, pertenecer a nivel socioeconómico bajo y encontrarse en etapa clínica III de la enfermedad no parecen determinar el abandono de tratamiento en esta Investigación.

❖El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Secretaria de Salud de Santafé de Bogotá, Colombia, en el año 1999, presenta un resumen de la investigación que refiere **factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso.** La autora Cuervo Rojas, J. M. definió ***"caso de abandono como aquel que suspendió el tratamiento por tiempo mayor o igual a un mes y control al que terminó el tratamiento prescrito con o sin evidencia bacteriológica de curación".***[5]

El objetivo del trabajo fue evaluar la asociación entre características de las Instituciones y de los programas a los que los pacientes tienen acceso para su tratamiento y el abandono del tratamiento antituberculoso.

La conclusión del trabajo expresa lo siguiente "... tanto los factores sociodemográficos tradicionalmente estudiados como los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios institucionales y estructurales de los programas se encuentran asociados al abandono del tratamiento antituberculoso."[6]

---

[5] Cuervo Rojas, J.M.. *Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso*. Programa de Prevención y Control de la tuberculosis de la Secretaria de Salud de Santafé de Bogotá. Colombia. 1999. p 1.
[6] Op. Cit. Cuervo Rojas, J.M. p.2

❖ El acta pediátrica de México, en el año 2001 presentó un artículo llamado *"Rabdomiosarcoma: características socioeconómicas y abandono de tratamiento"* escrito por Sánchez D, Guadalupe y colaboradores, en la que el **abandono de tratamiento** es definido como ***"la inasistencia a dos citas continuadas a los servicios del Instituto Nacional de Pediatría, en los primeros seis meses."***[7]

Los autores se plantearon **conocer las características socioeconómicas de pacientes que consultaron entre 1990 y 1996 y los factores que contribuyeron a abandonar el tratamiento.**

En la discusión, los autores refieren no encontrar variables socioeconómicas asociadas fuertemente al abandono, indicando que el principal determinante fue el estadio de la enfermedad. Por lo que proponen estudiar y analizar factores culturales que podrían causar el abandono.

❖ En la Tesis de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de Mar Del Plata, presentada en junio de 1995 por Barro y Koerner, *"Pronóstico funcional de la Artritis Reumatoidea."*, se encuentran antecedentes sobre **el incumplimiento de pautas de tratamiento dadas por el Terapista Ocupacional que culminaron con el abandono del mismo.** Las autoras hipotetizan que el cumplimiento del tratamiento de Terapia Ocupacional favorece y/o mantiene la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoidea, destacando la influencia de la variable "cumplimiento del tratamiento de Terapia Ocupacional" sobre el pronóstico funcional de la enfermedad.

---

[7] Sánchez Dorantes, G. M. y cols. *Rabdomiosarcoma: características socioeconómicas y abandono de tratamiento.* Acta pediatra de México. Vol. 22. N° 3. Mayo –Junio 2001. p. 2

❖ En el año 1998, en la mencionada Universidad, Ferre y Patrone presentan la Tesis de Grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional "Cumplimiento de las pautas de tratamiento en pacientes con Artritis Reumatoidea". Las autoras consideran que una característica particular de los pacientes con Artritis Reumatoidea, **es el mal cumplimiento de las pautas del tratamiento impartidas por el Equipo de Salud**; postulan que uno de los posibles factores que pueden influir es la "comprensión de la patología".

❖ En Septiembre de 2002, Estrebou y Landa, para su Tesis de Grado: "*Factores que influyen en el abandono y permanencia en el grupo de autoayuda Amar de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea*", realizaron una investigación sobre **factores determinantes (intrínsecos y extrínsecos) que influyen en el abandono y permanencia en el grupo de autoayuda.**

Identifican como **factores intrínsecos aquellos dependientes de la persona**; los que contribuyeron a la permanencia son los siguientes:

- mejorar su calidad de vida (18%),
- conocer su enfermedad (45 %),
- contención por parte de los profesionales y de los integrantes del grupo (45%),
- disfrutar de las salidas programadas (9%).

El factor intrínseco que contribuyó al abandono es:

- complicaciones propias de la enfermedad (27%).

En cuanto a **factores extrínsecos son aquellos dependientes del grupo y del ambiente.** El factor identificado que indujo a la permanencia es el siguiente:

- la información brindada por profesionales y los integrantes que concurren al grupo (18 %).

Los factores extrínsecos que contribuyeron al abandono fueron:

- cuestión económica (22%),
- diferencias con la comisión directiva (27 %),
- inconvenientes con hora y día de los encuentros (18%).

Del total de la población evaluada, el 68 % abandonó el grupo. El 32% permanece en el grupo, de los cuales el 18% concurre regularmente y el 14% restante en forma irregular. De acuerdo al análisis de los datos los factores de abandono, son en su mayoría extrínsecos o por complicaciones propias de la enfermedad (intrínseco).

Concluyen las tesistas que la intervención del Terapista Ocupacional en el grupo de autoayuda contribuye en forma favorable a la concurrencia de los pacientes al grupo. El Terapista Ocupacional desde su formación posee una visión integral del paciente, que le permite entre otras funciones, realizar un tratamiento grupal donde las tareas o actividades propuestas se gradúan de modo que las personas con enfermedades agudas, crónicas, limitadas destrezas funcionales, cognitivas y sociales puedan participar y compartir "el hacer".

❖ En población infantil, en riesgo socio ambiental se encontró en la revista "Materia Prima" una publicación referida a la investigación *"Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño."* efectuada entre los años 1995 y 1997. Dirigida por la Terapista Ocupacional Vega, M. C., e integrado por las Terapistas Ocupacionales Roubicek, M.; Campisi, A.; Porro, S.; Bosemberg, I.; y grupo interdisciplinario de investigación "Salud y desarrollo del niño y la familia" de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de la Investigación fue **estudiar el desarrollo integral de niños entre 0 y dos años a partir de conocer las características socioeconómicas y de salud de sus familias.**

En la misma se relevan datos de "**... significativa deserción a los controles del desarrollo,** insertos en el plan de lactantes de la Municipalidad del partido de Gral. Pueyrredón, que corresponden a una población infantil entre 0 a 24 meses, de alto riesgo social pertenecientes a barrios periféricos de Mar del Plata. Integraron la muestra 82 niños. Los controles se presentaron con una frecuencia entre uno y trece, la media fue de 6,6 controles en dos años. El mayor porcentaje se dio entre cinco y nueve controles (56, 1%); luego de uno a cuatro controles (26.8%); y solo el 17. 1% cumplió con los controles considerados necesarios.

No obstante las autoras relevan el aumento importante de asistencia al control de los doce meses, considerando que la modalidad de algunos centros de insistir en la asistencia a los turnos previamente fijados, a la evaluación de Terapia Ocupacional y a la reunión con las madres influyó notablemente en dicha concurrencia.

La deserción a los controles de salud es considerada un problema, ya que se consideran claves estas edades (0 a 24 meses), para el reconocimiento y detección temprana de alteraciones del desarrollo. Se acentúa la importancia de promover pautas de crianza del lactante y apoyo a una familia que carece de redes que favorezcan su desarrollo social en un medio adverso.

Sostienen "que la combinación de factores de riesgo de la familia propios de la caracterización una población de pobres estructurales influye en el escaso cumplimiento del control y seguimiento de su niño, aún siendo este Servicio accesible y gratuito." [8]

La investigación concluye en la multidimensionalidad del problema que hace necesaria una estrategia conjunta del Equipo Interdisciplinario, donde el Terapista Ocupacional tiene un rol preponderante en programas de promoción, prevención y participación comunitaria.

---

[8] T. O. Vega, M. C. Y otros. *Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño* U.N.M.d.P.. En Revista Materia Prima. Año 3 N° 9. Junio- Agosto 1998. p 9

MARCO TEÓRICO

SALUD - ENFERMEDAD

CONCEPCIONES ACERCA DE SALUD Y ENFERMEDAD

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no es meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. ..."[9]

(Constitución de la OMS., 1946)

Tomando lo expresado por Mirta Videla, adherimos al concepto de Salud como **"... un derecho social, básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre. ..."**[10]

Nos remitimos a que el hombre es un ser social en constante relación con sus semejantes, siendo capaz de mostrar su singularidad en un intercambio como miembro de la comunidad. " El hombre es más su biografía que su biología con lo cual se alude claramente al producto del ambiente y a la imposibilidad de una existencia humana en soledad absoluta, ya que son los demás quienes ponen en función todas las potencialidades y guían el desarrollo."[11]

Convenimos también que son atendibles los conceptos vertidos por Pichón Riviére, acerca de Salud y Enfermedad, el mismo sostiene que el sujeto a partir de sus necesidades, aprehende y se transforma, modificándose a sí mismo. Esta espiral dialéctica que se constituye a partir de la resolución de situaciones dilemáticas y la aparición de situaciones

---

[9] Myers, Robert. *Los doce que sobreviven*. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo. Publicación científica N° 545. O.P.S. O.M.S. Washington, D.C. E.U.A. 1993. p.211.
[10] Op. Cit. Videla p.17.
[11] Op. Cit. Videla p. 24.

antinómicas lleva a que el sujeto tenga una participación activa, donde se erige como ser libre.

Por consiguiente un sujeto que tiene una adaptación pasiva, respuestas incoherentes a las exigencias del medio y una relación rígida y estereotipada con los otros se encuentra en una situación de enfermedad, entendida como una forma de dominio y dependencia para su curación y supervivencia.

La enfermedad tiene significados individuales y sociales, los que varían por la esencia cultural en la que están inmersos y se manifiesta en creencias con bases filosóficas, religiosas y culturales.

El estado de salud y enfermedad de una comunidad está íntimamente relacionado con la estructura de la sociedad a la que la comunidad pertenece, teniendo en cuenta el proceso histórico y cultural de esa población.

Teniendo como una de nuestros referentes teóricos a Mirta Videla, podemos decir que en la actualidad se tiende a pensar que una persona se enferma siendo parte de la comunidad en que vive. **Una comunidad es parte de la aparición, desarrollo y término del padecer de una persona, del enfermar, del curar y del morir.**

En el marco de nuestra investigación creemos importante considerar que los niños que conforman la población se hallan en una situación desfavorable en relación con su salud. **A nuestro entender favorecida por una triple desventaja: ser niños, encontrarse en un medio social adverso (expuesto a factores de riesgo) y presentar algún compromiso en su desarrollo.**

Esta situación se encuentra agravada por las dificultades que presentan estas familias para lograr continuidad en el tratamiento de Terapia Ocupacional, según los datos

observados en las Historias Clínicas. De esta manera el desarrollo integral de los niños se halla en situación de mayor vulnerabilidad.

TERAPIA OCUPACIONAL

TERAPIA OCUPACIONAL

"...es una disciplina que esta basada en la observación, recolección, comprensión, y manejo de la actividad humana, con la función de prevenir, mantener y restablecer las potencialidades del individuo a fin de que alcance su interacción social y cultural."[12]

El "hacer " es parte de la esencia humana y trabajar con él es tarea de Terapia Ocupacional.

La actividad es el instrumento propio y distintivo del rol; es el elemento organizador y central del proceso terapéutico.

Es de fundamental importancia si consideramos que esta tiene vigencia a lo largo de la vida de las personas.

La actividad forma parte del proceso terapéutico cuando se da en una situación de encuentro entre el Terapista Ocupacional, paciente y la realización de una tarea en común.

El desarrollo de una actividad que adquiera significado para la persona promueve la posibilidad de aprendizaje para la adaptación y el cambio. Por medio de la misma se trabaja con las potencialidades del sujeto con el objetivo de favorecer la calidad de vida a pesar de sus dificultades.

El Terapista Ocupacional intenta acceder al lenguaje de la actividad, la cual es instrumentada en beneficio del paciente. El desafío consiste en identificar las necesidades

[12] Op. Cit. García Cein, E; Veyra, M. E. p. 17

de esa persona y hacer una propuesta tal que el encuentro se constituya como un espacio de crecimiento.

Dentro del proceso terapéutico se encuentra lo que P. Riviére define como constitución del vínculo. El autor sostiene que el sujeto se constituye como tal a partir de la presencia del otro; a partir de sus necesidades, el sujeto se encuentra motivado a la búsqueda de ese otro, quien lo ayudará y favorecerá en su entorno.

Específicamente dentro de este proceso se denomina vínculo terapéutico, el cual se caracteriza por ser una situación dialéctica, compleja y enriquecedora para ambos.

Liliana Paganizzi, en su libro "Terapia Ocupacional: del dicho al hecho" afirma que es un vínculo de dependencia mutua ya que el paciente necesita del terapeuta y el terapeuta de este para ejercer su rol, por lo que el funcionamiento del mismo depende de las aptitudes del paciente y de las condiciones del terapeuta.

El paciente aporta una problemática explícita o no y el Terapista Ocupacional tendrá como objetivo promover un espacio que facilite y promueva el desarrollo del mismo al brindar la posibilidad de interactuar.

Terapista Ocupacional, actividad y paciente están en constante interacción a lo largo del proceso terapéutico, en el mismo ellos presentan un espacio en común y un espacio particular para cada uno.

El proceso terapéutico se desarrolla dentro de un encuadre, este actúa siendo organizador del vínculo terapéutico. El encuadre está constituido por: espacio, tiempo, proceso a seguir, instrumentos, materiales, rol, y aptitudes del paciente.

Con el encuadre se le brinda al paciente un espacio donde pueda manifestarse por medio de la acción, en el aquí y ahora; proyectando sus capacidades, pensamientos,

autoconceptos, sentimientos y en donde recibe, integra, y organiza estímulos sensoriales y motores, presentándose también estímulos de una espontaneidad creadora.

Durante la realización de una actividad se establece un campo de comunicación donde se llega a comprender por medio de lo verbal como de lo no verbal.

En Terapia Ocupacional se debe tener la capacidad de seleccionar actividades adecuadas, conocer las técnicas de dicha actividad e instrumentarla en beneficio del paciente a partir de sus necesidades y de su "hacer".

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En el transcurso del año 1977, representantes de casi todos los países del mundo, en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS.) plantean como política de salud: "Salud para todos en el año 2000". En 1978 en Alma –Ata (URRS) se decide que la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.), será la estrategia para alcanzar dicha meta y política de salud.

El término estrategia puede ser definido *"como un conjunto de líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de la política sanitaria."*[13]. Implica los conceptos de niveles de atención, escalones de complejidad y de articulación de diferentes unidades entre sí, en la organización de los servicios.

La Atención Primaria de Salud se define de la siguiente manera *"... es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados 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 durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. ..."*[14]

La A.P.S. forma parte del sistema nacional de salud del cual es la función central y núcleo principal como del desarrollo social y económico de la comunidad.

---

[13] Zurro, A.; Cano Pérez, J. F.. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de atención en la consulta. Ed. Doyma. Barcelona. España. 1986. p. 62

[14] Kroeger, A; Luna, R. Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. 2° ed. Ed. Pax México. O.P.S. 1992. p 5-6

En la Conferencia de Alma –Ata; la OMS. y UNICEF exhortan a los gobiernos a comprometerse en formular estrategias y planes de acción nacional con el objetivo de iniciar y mantener la Atención Primaria de la Salud, considerándola una unidad indivisible que se enmarca dentro de una política de salud como dentro del contexto político del país.

A partir de lo anteriormente dicho podemos sostener que la salud de un pueblo es: *"...la capacidad de lucha individual y social para modificar las condiciones que limitan la vida. ... ".*[15]

Por consiguiente adherimos a la visión de la salud y la enfermedad como procesos socialmente determinados tanto por el relativo estilo de vida de los pueblos como por las condiciones de accesibilidad a diferentes oportunidades en cada lugar y tiempo.

La Atención Primaria de la Salud es considerada como un proceso ideológico para alcanzar salud, desarrollando actividades dentro de un Sistema Sanitario y colocando el énfasis en la humanización del mismo, a partir de la descentralización de los servicios hacia su localización en la comunidad, y fomentando así la autodeterminación y autosuficiencia de las personas que la integran.

La mencionada estrategia es el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad. La atención en salud debe encontrarse lo más cerca posible del lugar de trabajo o residencia de las personas, de manera que estas logren una pronta accesibilidad a la misma.

En la Atención Primaria de la Salud existen principios esenciales subyacentes, que conllevan a que dicha estrategia se diferencie de los sistemas médicos reparativos tradicionales. Ellos son:

---

[15] Garcia Cein, E.; Veyra, M. E. *Terapia Ocupacional. Rol del Terapista Ocupacional en Prevención Primaria inserto en el trabajo barrial comunitario.* En Revista Materia Prima. Año 5 N° 17. Septiembre/ Noviembre 2000. p. 16

* La ***participación comunitaria***, sosteniéndola como un derecho fundamental; es decir que la comunidad toma parte activa, genuina y permanente en el desarrollo del proceso de salud. Las personas integrantes de una comunidad son el recurso fundamental para desarrollar la A. P. S, las cuales se encuentran implicadas en la tarea de mejorar su calidad de vida. La participación lleva a que las personas tomen decisiones sobre su propia salud y no que sólo sean "objeto" de atención. Debe respetarse su cultura, sus valores, tradiciones, lenguaje, como también tener flexibilidad para aceptar los cambios propuestos.

* ***Descentralización:*** es entendida como la extensión del poder político hacia los sectores más periféricos o locales. Una efectiva descentralización parece ser una alternativa correcta para identificar grupos humanos y las prioridades que deben ser atendidas.

* ***Multisectorialidad:*** las actividades de salud se integrarán en un enfoque intersectorial, en la medida que la comunidad, participe en todos los aspectos de su desarrollo.

Desde un abordaje preventivo comunitario dentro de la A.P.S., los programas establecidos deben presentar tres características fundamentales:

Universalidad: toda la población tiene acceso a los servicios prestados.

Equidad: oportunidades igualitarias en el acceso a los niveles de atención. Aunque la realidad social nos indica que las clases sociales más desfavorecidas socioeconómicamente necesitan más de estos servicios, no debe limitarse sólo a ellos.

Continuidad: la asistencia sanitaria debe perdurar en el tiempo.

Enmarcadas en A.P.S. se encuentran acciones integrales es decir que afectan no sólo lo curativo sino fundamentalmente lo preventivo. Se presentan en tres niveles de acción:

"***Prevención Primaria:** promoción y protección de la salud, medidas generales (mejorar el estado nutritivo), medidas específicas para evitar ciertas enfermedades (vacunas).

***Prevención Secundaria**: diagnóstico y tratamiento precoz antes que aparezca la sintomatología y tratamiento oportuno y adecuado.

***Prevención Terciaria**: rehabilitación, una vez producidas las secuelas definitivas."[16]

Dentro de dicha estrategia para planificar las acciones de salud en forma adecuada se debe considerar tanto la demanda espontánea, las necesidades reales de la población como los recursos existentes.

La presente investigación recurre al marco conceptual de la A. P. S., teniendo como eje la Prevención Primaria. Consideramos que detectar y caracterizar factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional, implica desarrollar acciones de promoción y protección de la salud.

[16] Op. Cit. Kroeger. Luna. p.63

Niveles de acción en Atención Primaria de la Salud

Según Zurro, Cano Pérez " prevenir es evitar, intervenir antes de que se desencadene un hecho. Según la fase de desarrollo del proceso salud – enfermedad en que se actúe se clasifica la prevención en primaria, secundaria y terciaria." [17]

Nivel de acción: primario

Caplan refiere que en este nivel se trabaja para disminuir la incidencia de los casos de enfermedades o trastornos mentales en la comunidad, en una determinada etapa.

Se trata de detectar factores de riesgo presentes en la comunidad, signos de alarma, o indicios de posible patología. Son intervenciones ejercidas directamente sobre dichos signos causales de las enfermedades o trastornos con el objetivo de suprimirlos o atenuarlos.

Abarca actividades y técnicas propias del sistema sanitario y también otras que si bien tienen origen en otros sectores, tienen como principal objetivo la salud medio ambiental.

La promoción de la salud consiste "... *en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mejor control sobre la misma, alcanzando un estado adecuado de bienestar físico, mental y social...* "[18]

Bleger considera que se requiere de la necesidad de promoción para un mayor equilibrio y lograr un mejor nivel del saber popular. Teniendo como referente que la salud es un recurso fundamental tanto para el progreso personal como social y económico de una sociedad.

---

[17] Op.cit Zurro, M.; Cano Pérez, J.F.p 31.
[18] *Carta de Ottawa*. Revista de Salud Mental. 1988.

Se trabaja interviniendo desde una visión multifactorial que engloba problemas del orden económico, social y cultural ya que actúan variables como vivienda, trabajo, desocupación y alimentación, entre otras.

Nivel de acción: secundario.

Está destinada a determinado grupo de la población que, a pesar de las acciones anteriores padece determinadas enfermedades o trastornos.

Tiene como objetivo disminuir la prevalencia de los casos de enfermedad, tratando de detener la evolución de determinada patología o de sus inicios cuando los síntomas de la misma aún no son claramente manifiestos, es decir poder intervenir tempranamente.

La intervención temprana se fundamenta en el referente teórico que Flemming define como plasticidad del Sistema Nervioso. Durante los primeros años de vida, este sistema presenta una gran plasticidad, lo que permite importante mecanismos compensatorios frente a lesiones o compromisos de este sistema.

El diagnóstico precoz y su posterior intervención temprana, posibilitan una rápida movilización de las dificultades presentes. Él poder detectarlas cuando más pequeño sea el niño, trabajando con un tratamiento continuo y sostenido, permite la adaptación de los mecanismos y la posibilidad de compensar el área del desarrollo que en un principio estuvo alterada o comprometida.

Cuando el daño afecta a un sistema en desarrollo, la posibilidad de adaptación será mayor que cuando se trata de un sistema ya maduro.

Nivel de acción: terciario.

"Apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por consecuencia de secuelas tratando de recuperar la capacidad productiva y posibilidad de reintegración"[19], de estas personas dentro de la comunidad en la que viven y se desarrollan.

Zurro, Cano Pérez plantean que este nivel de prevención consiste en la rehabilitación y reinserción social. A través de la misma se trabaja para la reincorporación de la persona a su tarea cotidiana y su vida comunitaria.

Niveles de atención de la Atención Primaria de Salud

Nivel primario: constituye la puerta de entrada al Sistema de Salud. En este nivel se hallan los efectores de salud a los que acude la población inicialmente. Se destaca por la asistencia que tiende a mantener la salud como por ejemplo: prevención de enfermedades, autodiagnóstico y autoasistencia ulterior, es decir que consiste en la continuidad del tratamiento luego del contacto con el sistema de salud. Se encuentran en Unidades Sanitarias, Centros y Hospitales (en niveles organizativos bajos)

Nivel Secundario: abarca cuidados especializados básicos. Debe lograr la articulación con el nivel primario y poder absorber las derivaciones del nivel anterior. Se encargan también de los pacientes atendidos en dicho nivel. Se hallan en Centro de Salud, Policlínico y Hospitales Generales.

[19] Op. Cit. Videla p.58

***Nivel terciario**: incluye cuidados especializados propiamente dichos. Efectúa funciones asistenciales y por el grado de especialización que poseen los profesionales tienen la función de supervisar al personal de los niveles anteriores.

Puede incluso trabajar con los familiares de los pacientes para transmitirles consejos útiles sobre el manejo y adecuada estimulación de funciones preservadas en los enfermos. Se encuentran en Hospitales regionales y/o departamentales.

En su contenido, los programas deben acentuar las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con actividades de tratamiento y rehabilitación. Acompañados de un análisis de la situación socioeconómica, con el objetivo de satisfacer las necesidades prioritarias de la comunidad.

OPINIONES EMITIDAS SOBRE LA META: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

Como referimos anteriormente, en 1978, en la conferencia de la OMS., en Alma-Ata 140 países en forma unánime, acordaron la meta "*Salud para todos en el año 2000*". Meta renombrada y reconocida en la actualidad por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud.

Se sostenía que se trataba de una meta social y política para dar respuesta a un problema de la misma índole. Cualquier intento de conseguirlo, exigía la creación de un entorno social, político y económico que facilitara la promoción de la salud y apoyara el desarrollo de una política de salud pública eficaz. Para su desarrollo, se establece como ya mencionamos, la A.P.S., estrategia promovida a escala mundial.

Zurro y Cano Pérez refieren que la realidad es que los responsables de las políticas sanitarias de cada país, especialmente de los países industrializados no hicieron esfuerzos suficientes y necesarios para potenciar la A.P.S.. Los autores lo atribuyen, entre otros factores, a una lectura superficial de los contenidos expuestos en esta estrategia, sosteniendo que pudo conducirlos a creer que la A.P.S. es necesaria realmente para los países subdesarrollados, ya que los países "ricos" cumplen con los requisitos de la misma.

Los países subdesarrollados, entre ellos la Argentina, una vez más están atravesando un profundo deterioro social, producto de una crisis político – económica de gran magnitud. Esta situación repercute, en gran medida, en el sector sanitario, comprometiendo la salud y calidad de vida de la población, sobre todo de aquellos grupos más expuestos por su condición de pobreza y marginalidad. Estos grupos pueden considerarse "postergados"; la postergación se puede estimar por las desigualdades en las condiciones de vida, reflejadas en los problemas socioeconómicos y de salud.

En el ámbito local, el barrio J. G. Las Heras, donde se hizo efectiva nuestra investigación, refleja a través de su comunidad este acontecer. Esta población puede caracterizarse como"**portavoz de un sistema social injusto que hace que la gente se enferme más y que la pobreza los enferme"**[20]

Mirta Videla, sostiene que se requiere de la política de cada país para que sus individuos tengan las necesidades básicas satisfechas (N.B.S.: siendo estas: alimentación, agua potable, vivienda, transporte y educación).

También es una responsabilidad política del Estado que los distintos ámbitos de una sociedad puedan desarrollarse en "normalidad" por ejemplo que los profesionales de la

[20] Op Cit. Videla, M. p 124

salud puedan conservar su ética frente a una remuneración escasa, que se brinden o dispongan los recursos necesarios para formar profesionales de la salud; y que las madres tengan con que alimentar y educar a sus hijos, entre otras variables.

"Las políticas de Salud deben ser una responsabilidad intersectorial y sus alcances y determinantes, así como las estrategias para intervenir, deben considerar, la estructura social." [21]

Cada sector, cada profesional desde su rol debe trabajar generando nuevas formas de acción para enfrentar el retraso sanitario vigente, adecuándose, en la medida de lo posible, a las necesidades de las personas, a la demanda de los servicios que las Instituciones públicas (estatales, municipales) no pueden satisfacer; como también al veloz incremento de la pobreza que ubica en la indigencia a un elevado porcentaje de la población.

Siguiendo a Videla en sus reflexiones, acerca de la meta "imaginaria" "*Salud para todos en el año 2000*" convenimos que solo es posible concretarla (su contenido, más allá de la cronología de la misma) si se hace efectiva la participación popular, que significa abordaje entre todos.

Por consiguiente, el Terapista Ocupacional como profesional de la Salud en Atención Primaria, en su realidad cotidiana trabaja para dar cumplimiento a lo que se postuló en el año 1978.

Para el objetivo principal de esta meta, que es disminuir las desigualdades en la satisfacción y aspiraciones de los grupos humanos que integran la sociedad, es necesario desarrollar una "conciencia sanitaria popular". A través de esta los miembros de la

---

[21] Veyra, María Eugenia. *El Terapista Ocupacional en Prevención Primaria de la Salud*.1997.

comunidad adquieren conocimiento sobre los problemas que afectan la salud y se involucran en actividades de la misma índole. Continuando con la línea teórica de Mirta Videla, es importante considerar que las condiciones de vida de los sectores carenciados, en particular la angustia económica y la lucha por sobrevivir impide que estas familias tengan actitudes de previsión en relación con su salud. Pareciera dice la autora, que la percepción de signos y síntomas que comprometen su salud está bloqueada. Consideramos que lo expresado con anterioridad, en cuanto a crisis social, política, económica, y sanitaria se halla ligado a la situación problema que abordamos en este estudio. Podríamos hablar entonces de una relación de incidencia entre los elementos mencionados.

Por último como afirma el Dr. Ramón Carrillo, la salud de la gente más carenciada y su ineludible derecho a la Salud como un bien social; ¿Dónde quedó arrinconada?

TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

" El profesional de la salud en la atención primaria asume el rol de coordinador de un equipo y comparte la responsabilidad de la salud de la población de su área. Él o ella no puede reducir su rol a esperar el enfermo, por el contrario, debe tomar la iniciativa y manejar un programa destinado a mejorar la situación de la salud. Para esto se vale de las técnicas de administración en salud pública."[22]

El Terapista Ocupacional, es un profesional de la salud que realiza en esta área un abordaje preventivo comunitario enmarcado en los principios de la A.P.S.

Terapia Ocupacional es parte integrante del Equipo Interdisciplinario, constituido por diversos profesionales que se encuentran en un espacio de confluencia, mantienen un lenguaje en común, donde cada uno aporta lo propio de su profesión, para realizar de este modo un abordaje integral de la persona y la comunidad. Desde A.P.S. se tiene como objetivo trabajar y hacer con la comunidad, que los individuos que la constituyen participen en la resolución de sus problemas; "*...el Terapista Ocupacional cumpliendo la función de facilitador de organizaciones naturales y contribuyendo a la conciencia y organización de recursos propios, en definitiva acompaña a la organización comunitaria.*"[23]

El desempeño del rol del Terapista Ocupacional, será eficaz en la medida que conozca el entorno de la comunidad, sus características (sociales, económicas, laborales, ambientales) y necesidades; esto posibilitará la planificación de acciones de promoción y prevención de la salud.

---

[22] Op. Cit. Kroeger. Luna. p 50.
[23] Op. Cit. García Cein, E.; Veyra, M.E. p 17

Así el Terapista Ocupacional se constituye como un agente y soporte del cambio social; comprometido en la tarea de trabajar con las necesidades de la comunidad.

BARRIO LAS HERAS

EL NINO EN LA COMUNIDAD

Desde un abordaje integral debemos considerar que **"El niño forma parte del contexto socio-económico-cultural, en el que le toque vivir, y es original y único dentro de su clase social, familia, etc, refleja también aspectos emocionales de su medio familiar, con quien establece un sistema de relaciones. El niño percibe la realidad de su entorno, en este caso teñida con los problemas que la pobreza acarrea."** [24]Es el entorno quien brindará o no lo que el niño necesita para su desarrollo en este último caso puede llegar a entorpecerlo, dejando en ocasiones profundas huellas.

Si nos remitimos a Myers en su libro "Los doce que sobreviven", este autor sostiene que muchas de las condiciones de pobreza y estrés que antes ponían al niño en riesgo de morir, en la actualidad influyen en la calidad del desarrollo; exponiéndolos en sus primeros años de vida a sufrir un desarrollo retardado o debilitado que alterará su vida futura. Myers señala que nos tendremos que poner a trabajar para mejorar las condiciones en las cuales se desarrollan estos niños, en especial con estas características, con el objetivo de lograr un desarrollo adecuado y una mejor calidad de supervivencia.

Él poder identificar las necesidades y problemas de la comunidad nos permite tomar conocimiento sobre los factores de riesgo que impactan sobre la misma. Es necesario establecer prioridades relacionadas con las demandas de la comunidad.

[24] Op .Cit. Vega, M. C. y otros. p.12

Dados los objetivos de nuestra investigación, creemos enriquecedor anexar a continuación, el diagnóstico de situación del barrio J.G. Las Heras, como también describir la Unidad Sanitaria, que inmersa en este contexto adquiere características propias estructurales y de funcionamiento. Está caracterización se hace necesaria porque "los abandonos de tratamiento" se producen en dicha Institución.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL BARRIO "J. G LAS HERAS"[25]

El barrio está ubicado al sudeste de la ciudad de Mar del Plata, delimitado por la Av. Mario Bravo, Av. Fortunato de la Plaza, Av. Polonia y Av. Tetamanti. Compuesto aproximadamente por 96 manzanas.

Según datos del I.N.D.E.C., del departamento de estadística de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, el cálculo estimativo en el año 2001, fue de 8864 personas, actualmente se estima que asciende a 11000. Esta población corresponde a personas nativas de Mar del Plata, inmigrantes de Gran Buenos Aires y ciudades vecinas y emigrantes de países limítrofes como Chile, Brasil, Uruguay, entre otros.

" La comunidad del barrio Las Heras, es una comunidad en situación de riesgo socio-ambiental, caracterizada por altos índices de desocupación, analfabetismo, deserción escolar, delincuencia juvenil, drogadicción maltrato y

[25] Informantes claves: Lic. en Trabajo Social: Nora López.
Dra. Nora López.

***abuso infantil.*"[26]**

En lo que respecta a nivel social, otras características de esta población son: la existencia de familias extendidas, confusión de roles familiares, embarazos precoces, alcoholismo, situaciones de violencia, inseguridad por ausencia policial, dificultades de acceso a los niveles de atención de salud de mayor complejidad que los que brinda la Unidad Sanitaria.

En cuanto al nivel de instrucción un elevado porcentaje de alumnos que egresan de la EGB. no tiene acceso a niveles de educación superior(como puede ser polimodal diurno, nocturno o algún Centro de Formación Laboral), ya que estos no se encuentran en el barrio. López y López refieren que en su gran mayoría estas familias carecen de los recursos económicos necesarios para que sus hijos accedan a los establecimientos fuera del mismo. Estos preadolescentes pasan gran parte del día sin actividades.

Otra característica socio-cultural es que cuanto mayor es la edad las personas menor es el nivel de instrucción que poseen. Siendo también característico que los hombres tengan un nivel de instrucción más bajo que las mujeres.

También se encuentran los denominados analfabetos funcionales: son aquellas personas que concurren a los primeros años de la escuela y abandonan adquiriendo conocimientos básicos de lecto-escritura.

---

[26] Delmonte, C; Ricccillo, V. *" El Rol del Terapista Ocupacional en la Atención Primaria de Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales.* Tesis de grado de la Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P 2002. p. 49.

Con respecto a la situación laboral un 80% de la población es beneficiario de los Planes Jefes y Jefas de Hogar, otro sector efectúa trabajos temporarios en el pescado y la construcción y empleos informales como son venta ambulante y changas.

En cuanto a las características habitacionales una parte de la población reside en construcciones definidas como de tipo obrero (presentan dos habitaciones, baño y cocina.). Otro tipo de viviendas son las que forman el asentamiento, compuesto aproximadamente por 30 manzanas. Estas viviendas se encuentran sobre terrenos fiscales, dichas construcciones son de madera, cartón o material de desecho; con baño afuera o sin él, y por lo general de un solo ambiente.

Entre los servicios que posee el barrio se encuentran los siguientes: luz eléctrica, gas natural, teléfono particular, recolección diaria de basura, Las calles en su mayoría son de tierra, presentando asfalto solamente en las siguientes calles: Génova, Tetamanti, Calabria y Polonia. Por estas circulan las líneas de colectivo que son: "La marplatense" línea 591, 593 y "Martín Güemes" líneas 523, 524,525,

Pueden identificarse como problemas con relación a los servicios la falta de cloacas, desagües pluviales y la presencia de basura sobre las calles,(dado que esta situación favorece la presencia de roedores, la comunidad reclama contenedores). Entre otras problemáticas se encuentran falta alumbrado público, de cordón cuneta, y las dificultades de acceso al servicio de transporte público ya que solo circula por las calles asfaltadas.

Instituciones barriales.

- *Sociedad de Fomento*: fundada aproximadamente hace 32 años, en la actualidad se encuentra intervenida por la Municipalidad.
- *Centro de Salud*: Unidad Sanitaria Las Heras
- *Instituciones educativas*:

* Escuela N° 7 Municipal,

* Escuela N° 74 Provincial,

* Jardín N° 13 Municipal,

* Jardín N° 940 Provincial,

* Jardín Celeste y Blanco: semiprivado.

- *Instituciones religiosas:*

  * Templos evangélicos,

  * Templo de los Testigos de Jehová,

  * Iglesia Católica Nuestra Señora del Luján.

- Organizaciones sin fines de lucro:

  *Comedores: - Centro recreativo Virgencita Gaucha (de la hermana Marta),

  - informales,

  -pertenecientes a representaciones políticas como por ejemplo C.T.A., C.C.C..

  * Biblioteca Comunitaria,

  * Cancha de fútbol de Judiciales,

  *Lugares recreativos pertenecientes a Centros de determinadas Colectividades como por ejemplo: El Centro Marchesiano,

  * Club Alver Veraz.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD SANITARIA "LAS HERAS"[27]

La Unidad Sanitaria, ubicada en la calle Heguilor 2750, depende de la Secretaria de Salud y Protección Sanitaria de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón. El área de cobertura de la Unidad Sanitaria se extiende a población de este barrio como de barrio " Parque Palermo", "Valle Hermoso" y "Dos Marías" y un sector del barrio "Gral. Pueyrredón". Geográficamente la Unidad Sanitaria se encuentra en el centro del barrio "Las Heras"

El edificio de esta institución está constituido por: 10 consultorios, 1 sala de usos múltiples, 1 cocina, 1 administración, y 4 baños.

Los servicios que brinda la Unidad Sanitaria son: Clínica médica, Ginecología, Pediatría, Enfermería, Odontología, Servicio Social. Cuenta también con el Servicio de Salud Mental integrado por Psicología adulta e infantil y Terapia Ocupacional. Por otra parte se prestan servicios de laboratorio una vez por semana pertenecientes al IREMI. En relación a horarios de atención, la guardia de enfermería es diaria de 24 horas y la de pediatría es de 12 horas , los días sábados y domingos.

El personal está conformado de la siguiente manera: 2 médicos clínicos, 2 médicos ginecólogos, 4 pediatras, (2 para el Plan de lactantes, y 2 para la atención de pediatría en general), 1 médico generalista, 4 enfermeras (1 para el plan de lactantes y 3 para la atención en general), 1 odontólogo, 2 trabajadores sociales. Estos profesionales presentan módulo horario completo (30 – 35 horas semanales). Menor disposición horaria tiene el psicólogo de adulto (14 horas semanales), el psicólogo infantil (21 horas semanales), el Terapista

[27] Informante clave: Lic. Ma. Eugenia Veyra

de adulto (14 horas semanales), el psicólogo infantil (21 horas semanales), el Terapista Ocupacional (12 horas semanales). Integran el plantel permanente dos administrativas (una turno mañana y una turno tarde).

La Unidad Sanitaria se caracteriza por ser el nivel de menor complejidad dentro del sistema de salud de la A.P.S.

Aquí se atiende desde el marco conceptual de Atención Primaria de Salud realizando acciones de Prevención Primaria y Secundaria.

En cuanto a los programas articulados de Atención Primaria de la Salud, actualmente en la Unidad Sanitaria del barrio Las Heras, se está trabajando con:

Programa control del niño sano: consiste en el control y seguimiento de salud del niño sano desde 10 días de nacido hasta los 6 años.

Programa atención de la embarazada: detección de embarazos, controles pre y postnatales.

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD SANITARIA DEL BARRIO LAS HERAS

Terapia Ocupacional funciona dentro del Departamento de Salud Mental, brindando atención a población materno infantil e infanto-juvenil, por lo que creemos es pertinente definir Salud Mental: **"... como un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos..."[28]. "Consiste en una aptitud sintetizadora y totalizante en la resolución de antinomias que surgen de su relación con la realidad."[29]**

Terapia Ocupacional, enmarcada en los principios de la A.P.S, interviene desde un abordaje comunitario, en el cuál configura una intervención social-comunitaria **" con un rol de facilitador del medio ambiente que favorezca las capacidades y aptitudes, que inciden en el desarrollo de la persona"[30]** Referiremos en primera instancia la modalidad de derivación, expresando que los pacientes son derivados al servicio de Terapia Ocupacional por los servicios de Pediatría, Psicología, y por la Escuela Primaria, el Jardín de Infantes y demanda espontánea.

El proceso terapéutico dentro de este servicio se estructura de la siguiente manera; comienza con la Entrevista inicial a los padres y/o persona adulta a cargo del niño, luego la Historia Evolutiva, seguidas de las instancias de Evaluación donde se implementa el

---

[28] Riviére, P. E. *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social.* Ed. Nueva Visión. Bs. As. p. 174.[24] Op. Cit. García,Cein, E; Veyra, M.E. p. 16

[29] Ibid 39 p.175

[30] Op. Cit. García,Cein, E; Veyra, M. E. p. 16

recurso diagnóstico apropiado para cada caso (por ejemplo: Hora de Juego Diagnóstica, Evaluación del Desarrollo Psicomotor, Test de evaluación psicomotor, Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, etc.), culminadas estas instancias se inicia el tratamiento. Teniendo en cuenta el módulo horario de 12horas semanales que cumple la profesional los mismos se desarrollan en una sesión semanal de 30 minutos.

Las patologías atendidas por Terapia Ocupacional son codificadas según el Criterio Diagnóstico C.I.E. 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, utilizada a nivel Municipal). Ellas son: **trastornos específicos mixtos del desarrollo** (consiste en una categoría residual donde se ubican trastornos relacionados con el desarrollo del habla y del lenguaje, habilidades escolares y con la función motriz,) **trastornos generalizados del desarrollo** (autismo infantil,) **problemas relacionados con la crianza del niño** (por sobreprotección, por negligencia de los padres,) **trastornos de la conducta** (limitados al contexto familiar, a la conducta insociable y a la conducta sociable,) **trastornos hipercinéticos** (perturbaciones de la atención, la actividad y la conducta,) **trastornos de la ingestión de alimentos** (anorexia y bulimia nerviosa).

Entre las funciones que realiza el Terapista Ocupacional dentro de esta Unidad Sanitaria se encuentran acciones de Prevención Primaria y Prevención Secundaria.

En Prevención Primaria trabajando con población materno infantil, que habita en un medio socio-ambiental adverso con factores de riesgo asociados, el Terapista Ocupacional desarrolla acciones de Promoción y Protección de la Salud.

"El Terapista Ocupacional tiene como objetivo proveer el medio ambiente facilitador de aquellos elementos que le permitan a la díada madre-hijo y a su entorno detectar y utilizar sus propios recursos desarrollando sus capacidades y actitudes

maternales de tal forma que pueda identificar lo que su hijo necesita en cada etapa del desarrollo"[31].

A este respecto, junto a otras disciplinas (pediatría, enfermería, psicología infantil), imparte charlas en el "Taller para padres", que participan del Programa Control del niño sano. Las mismas tienen el objetivo de brindar información acerca del desarrollo integral del niño, con el fin de que las familias puedan generar un ambiente facilitador que contribuya al desarrollo del mismo y se conviertan en agentes detectores de signos de alarma. La importancia de estos últimos radica en que pueden reflejar dificultades en el desarrollo integral del niño. Se utilizan para este fin soporte gráfico el cual consiste en carteleras y cartillas informativas, donde en forma sintética se desarrollan sugerencias o recomendaciones en materia de Educación para la Salud, entendida ésta como " **la traducción del conocimiento de salud en hábitos y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad."[32]**

Otra de las funciones ejercidas por el Terapista Ocupacional dentro del mencionado programa consiste en trabajar en la detección precoz y señalamiento de signos de alarma en niños con riesgo de sufrir desviaciones o retrasos en el desarrollo psicomotor.

En relación con la Prevención Secundaria el Terapista Ocupacional trabaja con el objetivo de poder intervenir tempranamente cuando han sido detectados anteriormente signos de alarma, brindando un tratamiento temprano y adecuado para favorecer el desarrollo y en determinados casos compensarlo.

En este nivel y al trabajar con población materno-infantil se incluyen las indicaciones que se les brindan a las madres acerca del cuidado que necesitan sus hijos,

---

[31] Veyra, M. E y otros. *Terapia Ocupacional en APS en la población materno infantil.*

[32] Op.Cit. Videla, M. p.159

acentuando la importancia de los mismos en las diferentes etapas del desarrollo. Freire, quién define a la educación como un **"proceso de intercambio, de mutuo conocimiento y de mutuo crecimiento social e individual considera que por más adecuadas y bien preparadas que sean las indicaciones de control que se le den a una madre, en relación al cuidado de la salud de su niño , la práctica real dependerá de las razones que tenga la madre para someterse o no a ellas."**[33]

Por otra parte se realizan actividades en forma conjunta (intersectorialidad salud - educación) con jardines de infantes y escuelas primarias de la zona.

Dentro de este servicio se realizan prácticas clínicas de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, durante un período de cuatro meses; en el cuál las alumnas realizan actividades de Prevención Primaria, Secundaria y participan en proyectos de investigación.

[33] Op. Cit. Videla, M. p.159-160.

ENFOQUE DE RIESGO

ENFOQUE DE RIESGO: SU UTILIZACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA

"El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de un grupo específico"[34]

Es una herramienta fundamental para desarrollar la estrategia de A.P.S., ayuda a determinar prioridades de salud y reorganizar los servicios sanitarios.

En cuanto a la característica de equidad antes mencionada de los programas de A.P.S, esta es cumplida a través del enfoque de riesgo al postular que se deben brindar servicios mínimos para toda la población, destinando los mayores recursos a quienes más lo necesitan.

Por lo que se considera que **"... es un enfoque no igualitario: discriminativo a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención."**[35]

Es conocido que en toda sociedad hay comunidades, familias e individuos que no tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, para algunos el riesgo es mayor que para otros. Estos grupos específicos son considerados "vulnerables". Dicha vulnerabilidad es el resultado de diversas características interactuantes, como son: biológicas, genéticas, psicológicas, ambientales, sociales y económicas.

---

[34] O.P.S. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil.* Serie Paltex para ejecutores de programas de salud N° 7. Washington. 1986.p. 9

[35] Op. Cit. O.P.S. Manual sobre el enfoque de riesgo *en la atención maternoinfantil.* p.9

El enfoque de riesgo puede ser utilizado dentro del sistema de salud y fuera de él, en la comunidad. A través de la educación sanitaria la comunidad participa en el reconocimiento de factores de riesgo en individuos y grupos, aumentando de esta manera la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

FACTORES DE RIESGO

Teniendo en cuenta como mencionamos anteriormente que la comunidad barrial se halla expuesta a **factores de riesgo** a continuación definiremos dicho término como: **"toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso."**[36]

"Los factores de riesgo son por lo tanto, características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud."[37]

Los mismos son indicadores de lo que sucede dentro de un sistema biológico y social interactuante. Es importante sostener que su elección involucra conocimientos técnicos del problema, aspectos políticos e ideológicos y depende de las intervenciones que se consideren deseables en una estructura socio - política específica.

[36] Op. Cit. Cusminsky, M y Lejarraga. p.18.

[37] Op. Cit. O.P.S. " *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil* " p. 14.

Estos pueden identificarse en la comunidad, en la familia, en la madre y en los niños. Por lo tanto es factible decir que el proceso del desarrollo se halla afectado por dicha exposición, de manera que la integridad psicofísica del niño se ve alterada.

Los factores de riesgo pueden ser:

- **BIOLOGICOS:** determinados grupos de edad (madre adolescente o mayor de 35 años), bajo peso al nacer, edad gestacional, anomalías congénitas, desnutrición, enfermedades.
- **AMBIENTALES**: aislamiento, condiciones ecológicas adversas, suministro inadecuado de agua, falta de saneamiento ambiental, vivienda inadecuada, difícil acceso a los servicios de salud.
- **DE COMPORTAMIENTO**: tabaquismo, drogadicción, alcoholismo en el adulto, ausencia de lactancia materna, destete precoz, intervalos cortos entre nacimientos, excesivo número de hijos.
- **RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD**: baja calidad de atención, cobertura insuficiente.
- **SOCIOCULTURALES**: bajo nivel de instrucción.
- **ECONÓMICOS**: condiciones socioeconómicas insuficientes.
- **"VINCULARES**: características de las relaciones interpersonales. Comunicación visual, comunicación verbal, comunicación gestual, contacto corporal, interacción emocional."[38]

[38] Op. Cit. Delmonte, C; Riccillo, V. p 33

Por lo expuesto consideramos que algunos de los factores de riesgo se transforman en potenciales factores que propician el abandono de tratamiento.

FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Dado que la investigación presenta un tipo de estudio exploratorio descriptivo busca indagar acerca de las causas, motivos, factores que propician el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de 0 a 6 años que concurrieron al Servicio de Terapia Ocupacional en la Unidad Sanitaria "Las Heras".

La revisión de historias clínicas y lo observado en la instancia de Práctica Clínica da cuenta de las reiteradas situaciones de abandono de tratamiento. Situaciones que nos conducieron a investigar sobre el tema.

Los datos obtenidos durante el rastreo bibliográfico para estructurar el estado actual de la cuestión, lo leído en la bibliografía acerca del enfoque de riesgo en la atención materno infantil y lo aportado por los informantes claves en el diagnóstico de situación barrial nos permite considerar que en el entorno en que viven y se desarrollan estos niños se encuentran factores que obstaculizan la permanencia en el tratamiento.

A continuación haremos un recorrido por diversos factores que según publicaciones existentes se asocian al abandono de tratamiento.

La literatura revisada destaca que es fundamental "**... comprender los procesos sociales económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan**

el estado de salud- enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad."[39]

De esta manera se da vital importancia al entorno como a las tradiciones, hábitos y estilos de vida de las personas que lo forman.

Por consiguiente entre una diversidad de factores que a nuestro entender, conllevan al abandono del tratamiento nos referiremos en primer lugar al contexto socio-ambiental, en el cual se incluyen la accesibilidad geográfica, ocupación y aspectos culturales, de la cuáles se recaban datos vinculados a la problemática de interés.

La accesibilidad geográfica en tanto distancia, recursos y transporte para recibir atención en salud, es un factor importante debido a que esta circunstancia tiene un impacto en el uso que la comunidad hace de la atención que allí se presta. Por lo que puede plantearse una interrelación: geografía - uso de los servicios, relacionada con la asistencia al centro de salud.

El difícil acceso a los Servicios de Salud es considerado por la O.P.S. como un factor de riesgo ambiental. Respecto a este punto se considera que:

" Un factor que no debe dejarse de considerar es el acceso de la población a los Servicios de Salud, que puede estar limitado por falta de recursos económicos, inaccesibilidad geográfica, costumbres o el nivel educativo de los padres, lo que influirá en la búsqueda de atención para el niño enfermo"[40]

La investigación de Cuervo Rojas, J. M. sostiene que los factores relacionados con la accesibilidad a los Servicios Institucionales se encuentran asociados a los abandonos de tratamiento.

---

[39] Op. Cit. Kroeger, A; Luna, R. p 21
[40] Op. Cit. Kroeger, A; Luna, R. p. 215

Es menester referir las dificultades de acceso al servicio de transporte público que existen en el barrio "Las Heras" por la reducida área de circulación de los mismos, inaccesibilidad relacionada también con los escasos recursos económicos de la comunidad.

Las condiciones socioeconómicas insuficientes se presentan planteadas como factor de riesgo económico. En el ámbito que nos ocupa y por lo recolectado en el trabajo de campo barrial, la población habita en viviendas precarias, de condiciones sanitarias deficientes, posee elevados índices de desocupación, empleos inestables y empleos por subsidios, que llevan a caracterizarla como una **" población que se encuentra en su totalidad por debajo de niveles de pobreza con necesidades básicas insatisfechas".**[41]

Agregamos que es una comunidad no exenta a las problemáticas sociales actuales como violencia, adicciones, entre otras.

Como antecedente en el campo de la Terapia Ocupacional el nivel socioeconómico bajo es un factor determinante del abandono de tratamiento en la investigación realizada sobre factores que influyen en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes con Artritis Reumatoidea.

Como ya mencionamos es esencial conocer el contexto social, cultural en el que el niño y su familia están inmersos. Existen importantes elementos culturales en las comunidades, formas de vida, costumbres, creencias, grupos de pertenencia que establecen diferentes percepciones frente al proceso de Salud – Enfermedad.

Kroeger plantea que los diferentes grupos sociales poseen diferente percepción de la enfermedad. Cuestiones estas que van asociadas a la participación y aceptación de los tratamientos impartidos por los profesionales de la Salud como por no profesionales

[41] Op. Cit. Delmonte, C; Riccillo, V. p. 49

(curanderos o terapeuta tradicional), definido por el citado autor como " agente del sistema informal de Salud"

La investigación realizada por Spinetta, Massera, que forma parte de la situación actual cita a las diferencias culturales y religiosas y la falta de fe en tratamientos médicos convencionales como causas posibles de abandono de tratamiento.

En el diagnóstico barrial se describen la coexistencia de las diferentes religiones y la problemática socio-cultural caracterizada por deserción escolar, analfabetismo, delincuencia juvenil, drogadicción, etc.

Hacemos también una descripción y caracterización de factores presentes en el contexto familiar específicamente en lo que respecta a composición familiar y características de la persona adulta a cargo. La familia como estructura social básica, adquiere características culturales relevantes de la sociedad a la que pertenece y guarda estrecha relación con las posibilidades económicas y la adquisición de conocimientos que esa sociedad le brinda.

Aquí se articulan diversos factores de riesgo a saber, biológicos (madre adolescente o mayor de 35 años), socioculturales (bajo nivel de instrucción), de comportamiento (drogadicción, alcoholismo, intervalos cortos entre nacimientos, excesivo número de hijos) que al presentarse ubican al grupo familiar en un situación de riesgo que afecta en forma permanente su estado de salud físico, psíquico y social.

En lo que respecta a la comunidad estudiada fueron descriptos con anterioridad los casos de madres adolescentes, de familias extendidas (habitan en la misma vivienda padres, hijos, y otras personas no pertenecientes al grupo familiar parentales y no parentales); situación esta que da lugar a la confusión de roles familiares y al hacinamiento (relación del número de personas con el espacio físico disponible) .

La investigación local "Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño" de la UNMdP sostiene que " **... la combinación de factores de riesgo de la familia propios de la caracterización de una población de pobres estructurales influye en el escaso cumplimiento del control y seguimiento de su niño aún siendo este Servicio accesible y gratuito"**[42]

Nos referiremos en última instancia a la Institución ya que la misma es el ámbito en que se desarrollaron los tratamientos. Consideramos que dentro de la misma existen elementos esenciales en cuanto a recursos, funcionamiento administrativo y desempeño del Equipo Interdisciplinario que intervienen de algún modo en la deserción al tratamiento.

Estrebou y Landa para su tesis de grado encuentran factores presentes en la Institución que contribuyen al abandono de tratamiento, los mismos están relacionados con los inconvenientes para acordar hora y día de los encuentros y diferencias con la comisión directiva.

En la bibliografía de Atención Primaria de Salud se acentúa la importancia de que el Centro de Salud se convierta en lugar de información y difusión de horarios de atención, actividades de promoción de salud (talleres, charlas) y servicios que se prestan de manera tal que **"... el centro de salud se convierte en lugar de encuentro e intercambio entre el Equipo de salud y la comunidad."**[43]

En la Unidad Sanitaria, elementos centrales son los recursos (humanos, físicos, materiales y financieros) disponibles para dar repuesta a las demandas de atención con relación a la población de referencia.

---

[42] Op.Cit. Vega, MC; y otros. P. 9

[43] Op. Cit. Kroeger, A; Luna, R. p. 156

Específicamente el servicio de Terapia Ocupacional de la Unidad Sanitaria "Las Heras" cuenta con una reducida disponibilidad horaria para la atención materno- infantil. Con respecto a esta circunstancia podemos estimar que la misma se constituye como un factor más que obstaculiza la asistencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.

Kroeger y Luna al referirse al Equipo de trabajo de A. P. S. expresan que **"Se debe buscar siempre que los trabajadores de salud impriman a sus actividades un carácter de trabajo en Equipo. Es indispensable que conjuntamente establezcan sus recursos, conozcan sus limitaciones y estén en condiciones de plantear repuestas para mejorar la situación de salud en la comunidad."**[44]

Fundamentándonos en la cita anterior sostenemos que la existencia del Equipo Interdisciplinario conformado por profesionales interactuantes de diferentes disciplinas, en el que se establezcan la derivación y el seguimiento de casos contribuye a la permanencia de la población en el tratamiento.

Por lo anteriormente mencionado podemos considerar que un factor en sí mismo puede presentarse como propiciador del abandono de tratamiento, sosteniendo que es la multiplicidad de factores encadenados lo que lo hará más factible.

Por último y centralizándonos nuevamente en la prevención primaria decimos que la detección de esta serie de factores implica poder generar acciones desde el equipo de salud a fin de atenuarlos o suprimirlos, para poder lograr la continuidad y efectividad de los tratamientos instituidos.

[44] Op. Cit. Kroeger, A; Luna, R. p 155

DESARROLLO DEL NIÑO

DESARROLLO PSICOMOTOR

Cusminsky y Lejarraga definen al desarrollo como un "... **proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales, se modifican en un constante palpitar vital.**"[45]

El desarrollo es un proceso en continuo movimiento que se extiende desde la concepción del ser humano sin detenerse. No es un proceso lineal sino que presenta períodos de máxima aceleración como el período prenatal, y los primeros años de vida para luego ir disminuyendo paulatinamente cuando llega a la etapa adulta. Estos períodos de máxima aceleración presentan vulnerabilidad al accionar de diferentes noxas. Considerando la vulnerabilidad como la mayor probabilidad de sufrir procesos adversos en el desarrollo del niño.

Por consiguiente puede entenderse al desarrollo como un proceso integral, dinámico, continuo y ordenado de manera que cada etapa se basa y supera a la anterior, y determina a la siguiente. *"Alcanzar un logro en una conducta determinada significa que se ha cumplido anteriormente una serie de etapas en las cuales se apoya esta nueva adquisición"*[46]

---

[45] Op. Cit. Cusminsky, M.; Lejarraga, H. p 55
[46] Op. Cit. Cusminsky, M.; Lejarraga, H. p.56

En este constante proceso se presentan cambios que van desde lo más simple a lo más complejo; en diferentes dimensiones:

- física: el desarrollo se da en dirección céfalo-caudal, el control muscular es próximo–distal y el movimiento va desde lo general a lo específico;

- intelectual: desde lo concreto a lo más abstracto;

- emocional: comienza en un estado de agitación total y paulatinamente se va diferenciando en una importante gama de sentimientos (amor, temor, celos);

- lenguaje: el llanto de los primeros momentos, luego el balbuceo, dando lugar a palabras y frases más complejas;

- social: desde una relación de total dependencia con su madre, para luego relacionarse progresivamente con los demás miembros de la familia y posteriormente ingresar en los distintos espacios que integrará como miembro de una sociedad, conduciéndolo de esta manera hacia su independencia.

Cusminsky y Lejarraga para su libro " Manual del crecimiento y para desarrollo" refieren que todos los niños progresan de la misma manera, lo que varía es el tiempo en que sucede, por el ritmo e intensidad de las funciones; ya que cada sujeto es único, producto de su configuración biológica resultado especial del ambiente donde sobrevive y se desarrolla.

Las dimensiones del desarrollo se interrelacionan y fortalecen entre sí, de modo que si alguna alteración compromete a una, irremediablemente se encontrarán afectadas las demás.

El desarrollo de cada persona depende de factores genéticos pero también del producto singular de la experiencia, la cual tiene una influencia muy importante en el

desarrollo posterior. ***"... la experiencia no es recepción sino acción y construcción progresiva..."***[47]

Desde esta visión el desarrollo es considerado como un producto de interacciones dinámicas continuas entre el niño y la experiencia que proporciona su familia. Es en esta donde se constituye la trama básica del desarrollo, en donde se produce la humanización del niño entendida como la adquisición de conciencia de "sí mismo" y "del otro".

En palabras de Raquel Soifer la familia es considerada como " **la estructura social básica, con un interjuego diferenciado de roles integrada por personas que conviven en forma prolongada (que están unidas o no por lazos consanguíneos) en interacción con la cultura y la sociedad dentro de la cual se desarrolla el niño requerido por la necesidad de limitar la situación narcisista y transformarse en adulto capaz, podemos afirmar que su objetivo primordial es la defensa de la vida".**[48] En relación con el rol que cumple la familia en el desarrollo del niño, Raquel Soifer, en su libro *"Psiquiatría Infantil Operativa"*, sostiene que **"las posibilidades del desarrollo físico y psíquico del niño dependen exclusivamente del suministro material y emocional que le brindarán sus familiares y en especial su madre"**[49]

La autora refiere que para cumplir con el objetivo de defensa de la vida, la familia tiene funciones básicas que se instrumentan a partir de la enseñanza.

En el siguiente cuadro se ofrece una síntesis de lo mencionado con anterioridad:

---

[47] Coriat, L.; Jerusalinsky, A.. Cuadernos de desarrollo infantil. Publicación del Centro Dra. Coriat. Bs. As. p 5

[48] Soifer, R. Psicodinamismos de la familia con niños. Terapia familiar con técnicas de juegos. Colección Psicoanálisis. Ed. Kapeluz. Bs. As. p.11

[49] Soifer, Raquel. Psiquiatría Infantil Operativa. Psicopatología 1ª parte. Tomo II. Ed. Kargeiman. Bs. As. 1993. p .43

"La defensa de la vida incluye:

- Enseñanza del cuidado físico: respiración, alimentación, sueño, vestimenta, locomoción, habla, higiene, peligros, etc.
- Enseñanza de las relaciones familiares:
  - Elaboración de la envidia, los celos y el narcisismo.
  - Desarrollo del amor, el respeto, la solidaridad y las características psicológicas de cada sexo.
  - Elaboración del complejo de Edipo.
- Enseñanza de la Actividad productiva y recreativa:
  - del juego con juguetes,
  - de las tareas hogareñas,
  - de la destreza física,
  - de los estudios y de las tareas escolares,
  - de las artes, de los deportes.
- Enseñanza de las relaciones sociales: con los otros familiares, abuelos, tíos, primos, etc. Con amigos con otras personas.
- Enseñanza de la inserción laboral (relaciones laborales).
- Enseñanza de relaciones afectivas:
  - Elección de parejas,
  - de noviazgo.
- Enseñanza de la formación y consolidación de un nuevo hogar. "[50]

[50] Op. Cit. Soifer, Raquel. "Psicodinamismos de la familia con niños". p. 11

Por consiguiente la función esencial de los padres es impartir nociones relativas a la defensa de la vida, esta función debe ser compartida por dos o más adultos.

En cuanto a la función de los hijos, esta es aprender, el aprendizaje permite proteger la eficacia de la vida y el desarrollo, así como también el aprendizaje de la aptitud para el amor y la convivencia.

Para lograr la enseñanza los padres tienen que adaptarse al niño para poder comprenderlo; este es un proceso en el que influyen los modelos recibidos en su propia infancia y las pautas culturales vigentes en la sociedad. En cuanto al aprendizaje, la organización del Yo y la personalidad depende de los factores antes mencionados como de la disposición del infante frente al mismo.

Como miembro de la sociedad, la familia es la encargada de favorecer el desarrollo de sus niños en un ambiente afectivo, comprensivo y contenedor.

DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOMOTOR: LA IMPORTANCIA DEL AMBIENTE FACILITADOR

A continuación efectuaremos una descripción del proceso del desarrollo emocional y psicomotor infantil, señalando las pautas madurativas más significativas en el mismo.

Winnicott, acerca del desarrollo infantil plantea la importancia e influencia del ambiente facilitador en dicho proceso. El autor considera que **"la niñez es una progresión desde la dependencia hasta la independencia."**[51]

Winnicott introduce el concepto de "ambiente facilitador como aquel que al presentar condiciones suficientemente buenas, permite la evolución del desarrollo infantil. Este recorrido hacia la autonomía se produce en tres etapas:

- Dependencia absoluta: (desde el nacimiento hasta los seis meses inclusive)

En un principio el infante depende totalmente del cuidado materno, se halla fusionado a su madre y a toda la provisión física que le hace llegar esta.

Diferentes autores que hablan del desarrollo infantil sostienen este concepto, el bebé no puede desarrollarse solo, el otro para el bebé es la madre o el sustituto materno.

Durante las primeras semanas, las horas del bebé se reparten en comer y dormir; el cuidado materno influye notablemente en el ritmo y la duración del sueño. Durante los períodos de vigilia se establece una relación más íntima con el bebé, quién es receptivo a la presencia y la voz de su madre.

A partir de la preocupación materna primaria, estado que tiene su origen en la gestación y continúa al principio de la vida del infante, la madre se identifica de un modo u otro con las necesidades del bebé, es decir con el gesto espontáneo del bebé y sus alucinaciones sensoriales. Al lograr esta identificación, la madre sabe como "sostener" y manejar a su bebé para que continúe existiendo.

---

[51] Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.*. Estudio para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paídos. Argentina. 1996. p. 86

En términos de Winnicott "... Con el cuidado que recibe de su madre, cada infante está en condiciones de tener una existencia personal, y así empezar a establecer lo que podría denominarse " una continuidad del ser".[52]

En un primer momento es la madre, a partir de la preocupación materna primaria, la que constituye el ambiente facilitador "entregándose" temporariamente a la tarea de satisfacer en el aquí y ahora las necesidades del niño. Mediante la identificación, la madre logrará proporcionarle casi exactamente lo que el infante necesita.

Posteriormente a medida que el infante crece, se incorporará la familia y el ambiente social inmediato en la satisfacción de las necesidades y en la tarea de proveer condiciones que permitan el desarrollo. Permitiendo que la dependencia absoluta se convierta gradualmente en independencia.

Desde el cuidado materno, la madre le demuestra su amor al niño a través de la provisión ambiental, del sostén físico que incluye darlo vuelta, alzarlo, manipularlo y de la satisfacción de necesidades cambiantes, se va constituyendo un ambiente facilitador de oportunidades. De esta manera el niño irá adquiriendo paulatinamente los diferentes logros madurativos.

Es esperable observar el control cefálico a los tres meses y la posición de trípode a los cinco meses.

Se presume que en todas las etapas del desarrollo las pautas madurativas tienen fechas aproximadas, por lo que creemos necesario referir, que la posibilidad de retraso en la adquisición de un logro en una conducta determinada, comprometerá el desarrollo integral del niño y su relación con el entorno.

---

[52] Op. Cit. Winnicott, D. p. 70

El lenguaje que se inicia con el llanto irá dando pasó a los sonidos guturales, el balbuceo a los tres y cuatro meses, luego la etapa de laleo llegando al primer semestre de vida. Cada nueva adquisición enriquece progresivamente el lenguaje para que hasta los seis meses se corresponda con un período preverbal.

Haag citado por Chiapinni y Myrayes en " Observación de lactantes" hace referencia a "signos de buena integración", es decir signos que denotan como el organismo en crecimiento va hacia la unificación, asimilación. Señalan que desde el segundo y tercer mes hasta el sexto mes el bebé " se tiene a sí mismo" y se toma una mano con la otra, un pie con el otro pareciendo reflejar una conciencia más global de su cuerpo.

Continuando con signos de buena integración mencionan la cualidad del chupeteo del pulgar y la respuesta emocional a la sonrisa, primer organizador del psiquismo según Spitz. Instalada a partir del tercer mes la sonrisa es comunicación social, permite admitir la existencia de un yo funcionante capaz de establecer relaciones objetales.

Hemos mencionado en párrafos anteriores, la tarea de la madre de "entregarse" a satisfacer las necesidades del infante. Esta etapa de adaptación dura un pequeño lapso, y pronto comienzan fallas de adaptación. La madre tiende a cambiar de actitud, reanudando su vida personal que se vuelve relativamente independiente de las necesidades del niño. Parece como si la madre supiera que el bebé ya no espera que comprenda sus necesidades de un modo casi mágico. El niño ha adquirido la capacidad de emitir una "señal" para guiar a la madre en la satisfacción de sus necesidades. De esta manera se ha dado lugar a la siguiente etapa:

- Dependencia Relativa: (desde los seis meses a los dos años)

La criatura de algún modo, comienza a darse cuenta de la dependencia, la separación con la madre da lugar a la instalación de la angustia, la cual es un signo de que el infante conoce, que siente necesidad de ella.

En términos de Spitz, la angustia del octavo mes, indica la instalación del segundo organizador del psiquismo.

Comienza el proceso de separación – individuación, el niño se diferencia como un ser separado de su madre. Las madres en su mayoría están dotadas para proveer una desadaptación graduada y esto concuerda con los desarrollos rápidos del niño.

Las diferentes áreas del desarrollo evolucionan paralelamente al desarrollo emocional, así desde lo motriz el niño permanece sentado sin sostén a los siete meses, inicia el gateo a los diez meses, para luego ponerse de pie y marchar sostenido aproximadamente al año de edad.

A partir de los diez meses adquiere nociones de continente – contenido, dentro – fuera, arriba – abajo. En su juego cotidiano le gusta poner y sacar objetos en una caja y responde al dame cuando un adulto le solicita un objeto.

A esta edad aparecen las primeras palabras en forma de sílabas duplicadas, el pequeño demuestra una evidente comprensión de algunas palabras relacionadas a sus necesidades. Es importante señalar que el ambiente en que vive y se desarrolla el niño tiene una influencia directa en estas primeras palabras que se determinan a partir de las experiencias vividas por el niño.

Hacia el año de vida el lenguaje es global, con una jerga poco explícita pero que corresponde a situaciones precisas. El niño tiene un sentido del orden muy desarrollado, se interesa por esconder el rostro detrás de un pañuelo, así se hace consciente del aquí y otra vez aquí.

Remitiéndonos nuevamente a Spitz, alrededor de los quince meses aparece el "NO", tercer organizador del psiquismo. Al decir no el niño se afirma como alguien diferente a su madre. El dominio del NO es un logro de consecuencias trascendentales para el desarrollo emocional y mental del niño, supone haber adquirido la capacidad para el juicio y la negación.

A los quince meses el niño es un deambulador que circula solo, las habilidades motrices adquiridas le permiten sostener una cuchara, construir torres de dos a cuatro cubos, realizar los primeros juegos de encajes y los primeros garabatos.

Estas adquisiciones, entre otras, van reflejando el recorrido que transita el niño hacia la autonomía. Siguiendo a Winnicott es necesario referir que la presencia de condiciones suficientemente buenas en el ambiente familiar y social donde se desarrolla el niño permiten la aparición y adquisición paulatina de pautas madurativas acordes a la edad cronológica. De este modo se da paso a la tercera etapa.

- Hacia la Independencia: (dos años en adelante)

Alrededor del segundo año de vida comienza un verdadero lenguaje, que todavía es infantil, el niño se nombra por su nombre o nene, a los tres años usa el yo, mi, usa verbos, hace frases explícitas y realiza una gran cantidad de preguntas. En el transcurso de los cuatros años amplia su vocabulario y su gramática, utiliza adverbios y conjunciones. Utiliza los porque y como,

El creciente dominio motor le permite al niño hacia los dos años correr, subir, y bajar escaleras, trepar para luego alrededor de los tres años saltar y usar el triciclo.

El desarrollo intelectual que va adquiriendo le permite conocer el significado de imágenes en un libro, nombrar de cuatro a ocho partes del cuerpo, construir torres de seis a ocho cubos, nombrar los colores.

Hacia los cuatro años le agrada realizar acciones que se corresponden con actividades motrices finas como por ejemplo copiar un círculo, recortar con tijera siguiendo una línea.

El niño va adquiriendo hábitos de limpieza diurna y nocturna, quiere ser "útil" y colabora en actividades de la casa, como en las relacionadas con el vestido, alimentación y aseo personal. Hacia los cinco años logra autonomía en las actividades antes mencionadas.

En cuanto a la socialización, progresivamente va dejando atrás el juego solitario (en forma paralela con otros niños) para interesarse por los juegos colectivos. A partir del cuarto año de vida combina sus juegos con argumentos e historias (cualidad dramática) prefiere jugar con niños de su propio sexo. Es esperable la aparición de amigos imaginarios entre los cuatro y cinco años.

En el período preescolar, el niño se prepara para la separación de su familia y la entrada en el mundo de la escuela y de los pares.

En esta primera mayoría de edad comprende las nociones de lo permitido y de lo prohibido, aparece el sentido moral, el niño gradualmente puede enfrentar el mundo y sus complejidades, identificarse con la sociedad a la que pertenece desarrollando una verdadera independencia que le permite tener una existencia personal satisfactoria.

Remitiéndonos al ambiente donde se desarrollan los niños de la comunidad de este trabajo, podemos decir que las carencias son parte de lo cotidiano (alimentarias, edilicias, afectivas, laborales, económicas), lo que lleva implícito una menor posibilidad de desarrollo integral adecuado. Dadas estas características el ambiente facilitador se convierte, por lo general, en un ambiente hipoestimulador, es decir que no ofrece los estímulos, ni satisface las necesidades biológicas y psicosociales en el momento adecuado.

Es necesario referir que estos niños que abandonan el tratamiento suelen presentan patologías o signos de alarma precoces (trastornos alimentarios, trastornos del sueño, hipertonía, hipotonía, anormalidades de la mirada, ausencia o rareza de la sonrisa, pobreza en el contacto afectivo, ausencia o inadecuación del lenguaje, agresividad contra los otros, etc.). Estos últimos de persistir en el tiempo, en intensidad y calidad provocarán importantes desviaciones o desajustes en el desarrollo normal.

Si estos niños permanecieran en dicho tratamiento, existe la posibilidad que estos signos de alarma se reviertan permitiendo el desarrollo adecuado de sus potencialidades.

Por último expresamos el siguiente concepto al que adherimos." *Los niños progresan, no solo por el aprendizaje que obtienen de los diversos contactos y respuestas del ambiente físico, sino también por la estimulación social y por las satisfacciones emocionales que le proporcionan las personas que lo rodean."* [53]

[53] Meddellín Calderón, G; Tascón, E. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo I: Nacimiento a edad Preescolar. 1° ed. Ed. Guadalupe. O.P.S. Washington. E.U.A. 1995. p.18

ASPECTOS METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLOGICOS

Problema.

¿ Cuáles son los factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional, en niños de 0 a 6 años cumplidos, que concurrieron al Servicio de Terapia Ocupacional del Departamento de Salud Mental , en la Unidad Sanitaria del barrio "J.G. Las Heras" de la ciudad de Mar del Plata, en el período 2000-2001.?

Objetivos de la investigación.

Objetivo general.

- Conocer los factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional de niños de 0 a 6 años cumplidos.

Objetivos específicos.

- Detectar en la familia, características socioculturales, ambientales y económicas que conlleven al abandono de tratamiento.
- Identificar en la Institución factores que contribuyan al abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional. (Unidad Sanitaria y Servicio de T. O.)
- Describir el nivel de concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El tipo de estudio de nuestra investigación es de tipo mixto: exploratorio descriptivo, con un enfoque cuantitativo, univariable, retrospectivo, y con un diseño no experimental.

Exploratorio

Nos permite indagar acerca de los factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional, de niños que concurrieron al servicio de Terapia Ocupacional, de la Unidad Sanitaria del barrio "Las Heras".

Considerando que en esta disciplina se registran estudios similares con población y patologías diferentes. ***"... el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes."***[54]

Descriptivo

Porque ***"... busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis."***[55] Tiene como finalidad caracterizar los factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de 0 a 6 años cumplidos.

---

[54] Sampieri, Collado, Lucio. *Metodología de la Investigación*. Ed. MC Graw- Hill. México.1991 p. 59

[55] Op. Cit. Sampieri, Collado, Lucio p. 60

Cuantitativo

El enfoque del estudio es cuantitativo porque "*supone la recolección sistemática de información numérica, frecuentemente en condiciones de estricto control, así como el análisis de la información mediante procedimientos estadísticos.*"[56]

Univariable

Ya que durante la investigación se trabaja con una sola variable: ***factores que inciden en el abandono de tratamiento de niños de 0 a 6 años de edad.***

Transversal

El registro de la información éste estudio es transversal – descriptivo. Los datos se recolectan en un momento y tiempo único (durante el año 2003). ***"Tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables."***[57]

Retrospectivo

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos este estudio es retrospectivo, dado que la información registrada se obtiene según como ocurrieron los fenómenos.

---

[56] Polit, Hungler. Investigación científica en ciencias de la Salud. 5° ed. Ed, Mc Graw - Hill. Interamericana.1997. p. 16

[57] Op. Cit. Sampieri. p. 193

No experimental

El diseño es no experimental porque no se manipulan variables de manera intencional. Se observan los fenómenos tal como se dieron en su contexto, para luego analizarlos.

"El investigador recolecta datos sin intentar hacer cambios o introducir modificaciones."[58]

Universo de estudio.

Conformada por padres y/o adultos a cargo de niños de edades entre 0 y 6 años cumplidos, que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional, en la Unidad Sanitaria del barrio J.G. Las Heras, durante el período 2000-2001.

Muestra.

Está compuesta por 24 padres o adultos a cargo de niños entre 0 y 6 años cumplidos, que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional, en la Unidad Sanitaria del barrio "J. G. Las Heras", durante el período 2000-2001. Siendo cada uno de los padres o adultos a cargo de los niños las unidades de análisis.

[58] Polit, D; Hungler, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 3° ed. Ed. Panamericana. México. 1991. p 38.

Criterios de selección de la muestra.

*** Criterios de inclusión:**

- Aquellos padres o adulto a cargo de niños de 0 a 6 años cumplidos, que hayan abandonado el tratamiento de Terapia Ocupacional
- Aquellos padres o adulto a cargo de los niños, que acepten responder a la Entrevista.

*** Criterios de exclusión:**

- Aquellos padres de niños que hayan culminado el tratamiento, recibiendo el alta del mismo.
- Aquellos padres de niños que al momento de la Entrevista se encuentren en tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Aquellos padres de niños que al momento de la Entrevista no recuerden haber llevado a sus hijos a tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Aquellos padres de niños que al momento de la Entrevista hayan cambiado de domicilio

Método de selección de la muestra.

El método seleccionado para esta investigación es de tipo *no probabilístico,* caracterizado porque se selecciona una muestra siguiendo criterios identificados, acorde a los fines del estudio que interesa realizar.

"La muestra se obtiene de manera "intencional" o " por conveniencia"; el investigador decide, según sus objetivos, los elementos que integrarán la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente "típicas" de la población que desea conocer."[59]

[59] Canales, F. H.; Alvarado, E. L.; Pineda, E. V. *Metodología de la Investigación.* Manual para el desarrollo del personal de salud. O.P.S. O.M.S. Ed. Limusa. México. 1986. p. 155

Se seleccionaron los casos de abandono de tratamiento, siguiendo los criterios de inclusión antes mencionados.

Procedimiento de recolección de datos.

Las técnicas seleccionadas para la recolección de datos son:

***Entrevista semiestructurada*:** destinada a los padres o adultos a cargo de los niños que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Consta de una primera parte de datos personales del entrevistado y datos de identificación de la entrevista (fecha de la entrevista, nombre del entrevistador, número de entrevista y número de Historia Clínica correspondiente.) y una segunda parte que consta de nueve preguntas abiertas y cerradas de tipo dicotómicas y una tercera parte correspondiente a observaciones para opiniones pertinentes de los entrevistado.

***Recopilación documental*:** de historias clínicas del Departamento de Salud Mental. Los datos recopilados fueron referentes a: la edad del niño, motivo de consulta, derivación a tratamiento de Terapia Ocupacional (Servicio o Escuela o Jardín, etc.) nivel de concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional (obtenido a partir de recabar datos sobre el número de encuentros y número de semanas que asistieron al tratamiento), domicilio, datos del padre o persona adulta a cargo (edad, nivel de instrucción, números de hijos, ocupación.), cantidad de personas que conviven con el niño.

**Entrevista semiestructurada con informantes claves:* Se obtuvieron datos referentes recursos disponibles (recursos humanos, materiales, físicos y financieros), al

funcionamiento administrativo (en cuanto a disponibilidad de turnos y cantidad de pacientes que puede admitir la Unidad Sanitaria y el Servicio de Terapia Ocupacional) y al desempeño del Equipo Interdisciplinario (referido a reuniones de Equipo Interdisciplinario, protocolo de derivación y tratamiento y seguimiento de casos). Consta de una primera parte donde se registra la profesión del entrevistado, fecha y número de la entrevista y nombre del entrevistador. La segunda parte se incluyen siete preguntas abiertas y cerradas de tipo dicotómicas y de respuesta múltiple e la Unidad Sanitaria. Y una tercera parte de observaciones, para incluir opiniones pertinentes.

Definición de la variable de estudio.

Factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional de niños entre 0 y 6 años de edad.

Definición científica

Aquellas características presentes en el contexto socio-ambiental (físicas, ambientales, socio-culturales, económico-laborales), en el contexto familiar (composición, tipo de parentesco, nivel educacional, edad) y en la Institución, (recursos, funcionamiento administrativo, desempeño del Equipo Interdisciplinario) que interfieren en la asistencia y/o permanencia al tratamiento de Terapia Ocupacional. Las mismas son indicadores de lo que sucede en el entorno en que vive y se desarrolla el niño.

Definición operacional

Aquellas circunstancias presentes en el contexto socio-ambiental, en el contexto familiar y en la Institución que obstaculizan la asistencia y/o permanencia hasta abandonar el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Contexto socio-ambiental

Se entiende como: contexto socio-ambiental las características sociales, culturales y físicas existentes en un lugar y tiempo determinado, que contribuyen al abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional.

Dentro del contexto socio-ambiental se incluyen:

a) Accesibilidad geográfica.

b) Ocupación.

c) Aspectos culturales.

Los que se describen como:

a) Accesibilidad geográfica: posibilidad de acceso a la Unidad Sanitaria, determinada por la distancia entre el domicilio y la Unidad Sanitaria y la posibilidad de utilizar recursos para el uso de medios de transporte para acceder a la misma.

b) Ocupación: actividad remunerada o no de la persona adulta a cargo del niño. Pudiendo ser: Desocupado, ama de casa, empleado informal, empleado formal, beneficiario de plan/ subsidio.

c) Aspectos culturales: posibilidad de las familias de participar de actividades extrafamiliares como religiosas (Iglesias Católica, Evangélica, Testigos de Jehová) y culturales (club barrial, Sociedad de Fomento, centros de colectividades, etc.). Las cuales pueden influir en la actitud de estas familias frente al proceso de salud - enfermedad, con relación a la aceptación de los tratamientos impartidos por profesionales de la Salud, o tratamientos impartidos por no profesionales como parapsicólogos, curanderos; o la posibilidad de aceptar y participar en ambos tratamientos.

Contexto familiar

Se entiende como contexto familiar las características pertenecientes a la familia que conllevan al abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional. Se incluyen aquí:

a) composición familiar,

b) características del padre o persona adulta a cargo.

Las cuáles se especifican como:

a) Composición familiar: cantidad de personas que componen la familia y comparten la vivienda, se hace referencia a la familia nuclear y a la familia extendida.

Se entiende por familia nuclear la presencia de uno o ambos padres con los hijos, y por familia extendida la presencia de uno o ambos padres con los hijos más parientes no nucleares.

b) Características del padre o persona adulta cargo: determinada por: tipo de parentesco, nivel educacional y edad.

*tipo de parentesco, la persona adulta a cargo del niño, puede tener los siguientes tipos de parentesco: madre, padre, hermano, tío, abuelo u otra persona adulta no parental.

*nivel educacional: hace referencia al nivel primario, secundario, terciario y/o universitario

pudiendo ser este completo e incompleto, o sin instrucción.

*edad en años.

Institución

En la Institución se consideran aquellas características presentes en la misma que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional.

Dichas características comprenden:

a) recursos,

b) funcionamiento administrativo,

c) desempeño del Equipo Interdisciplinario.

a) Recursos: tecnología de intervención dentro de la Unidad Sanitaria, bajo este término se incluyen cuatro elementos diferentes: humanos (personales), materiales (equipos, medicinas), físicos (edificaciones) y financieros (dinero).

b) Funcionamiento administrativo: ejecución de funciones propias de la Unidad Sanitaria y del Servicio de Terapia Ocupacional en cuanto a la disponibilidad de turnos, pudiendo ser estos: espontáneos, programados o en lista de espera; esto está relacionado con el tiempo de espera y cantidad de pacientes que puede admitir la Unidad Sanitaria y el servicio de Terapia Ocupacional.

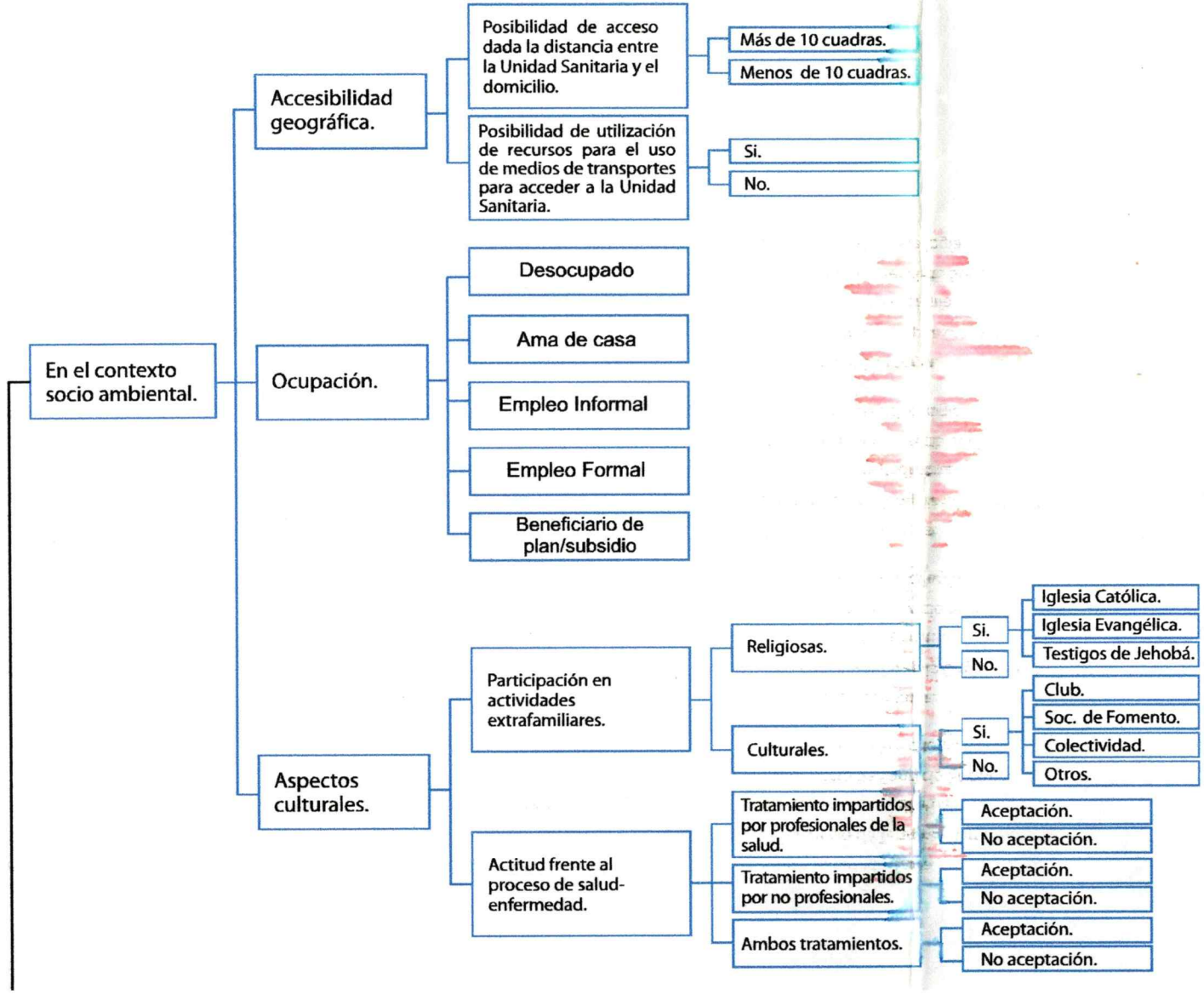
c) Desempeño del Equipo Interdisciplinario: accionar de los profesionales de distintas disciplinas en la Unidad Sanitaria, determinado por:

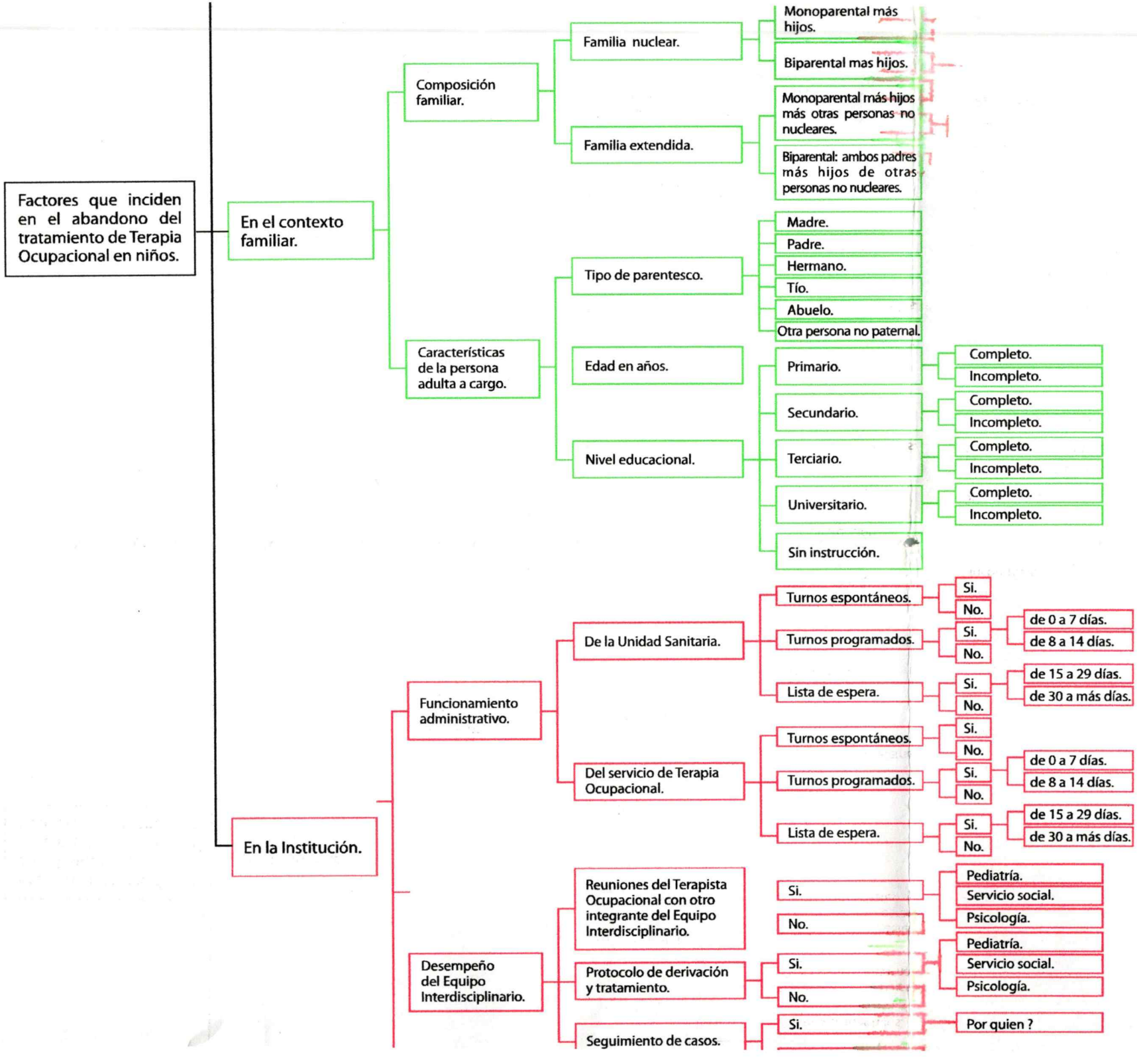
*reuniones que el Terapista Ocupacional mantiene con los diferentes profesionales (Pediatra, Trabajador Social, Psicólogo),

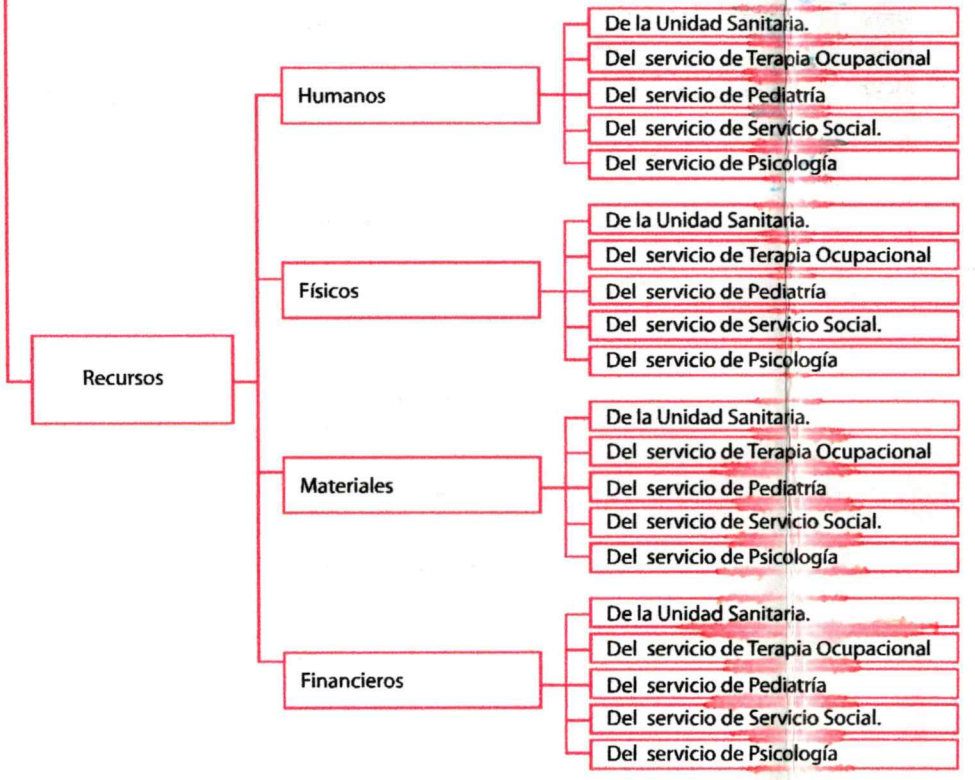
*protocolo de derivación y tratamiento: entendiéndose como pautas y normas propias de cada profesional para el ejercicio de su rol en la Unidad Sanitaria.

* Seguimiento de casos, entendidos como la visita efectuada por algún profesional de la Unidad sanitaria al domicilio del paciente luego del abandono del tratamiento.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE




Factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional en niños.
En el contexto familiar.
Composición familiar.
Familia nuclear.
Monoparental más hijos.
Biparental mas hijos.
Familia extendida.
Monoparental más hijos más otras personas no nucleares.
Biparental: ambos padres más hijos de otras personas no nucleares.
Características de la persona adulta a cargo.
Tipo de parentesco.
Madre.
Padre.
Hermano.
Tío.
Abuelo.
Otra persona no paternal.
Edad en años.
Nivel educacional.
Primario.
Completo.
Incompleto.
Secundario.
Completo.
Incompleto.
Terciario.
Completo.
Incompleto.
Universitario.
Completo.
Incompleto.
Sin instrucción.
En la Institución.
Funcionamiento administrativo.
De la Unidad Sanitaria.
Turnos espontáneos.
Si.
No.
Turnos programados.
Si.
No.
de 0 a 7 días.
de 8 a 14 días.
Lista de espera.
Si.
No.
de 15 a 29 días.
de 30 a más días.
Del servicio de Terapia Ocupacional.
Turnos espontáneos.
Si.
No.
Turnos programados.
Si.
No.
de 0 a 7 días.
de 8 a 14 días.
Lista de espera.
Si.
No.
de 15 a 29 días.
de 30 a más días.
Desempeño del Equipo Interdisciplinario.
Reuniones del Terapista Ocupacional con otro integrante del Equipo Interdisciplinario.
Si.
No.
Pediatría.
Servicio social.
Psicología.
Protocolo de derivación y tratamiento.
Si.
No.
Pediatría.
Servicio social.
Psicología.
Seguimiento de casos.
Si.
Por quien ?


Recursos
Humanos
De la Unidad Sanitaria.
Del servicio de Terapia Ocupacional
Del servicio de Pediatría
Del servicio de Servicio Social.
Del servicio de Psicología
Físicos
De la Unidad Sanitaria.
Del servicio de Terapia Ocupacional
Del servicio de Pediatría
Del servicio de Servicio Social.
Del servicio de Psicología
Materiales
De la Unidad Sanitaria.
Del servicio de Terapia Ocupacional
Del servicio de Pediatría
Del servicio de Servicio Social.
Del servicio de Psicología
Financieros
De la Unidad Sanitaria.
Del servicio de Terapia Ocupacional
Del servicio de Pediatría
Del servicio de Servicio Social.
Del servicio de Psicología

Trabajo de campo

La recolección de datos se llevó a cabo por las tesistas durante el mes de diciembre 2003, (previa prueba piloto con 4 unidades de análisis las cuales fueron excluidas de la muestra de estudio, para ajustar el instrumento de recolección de datos de acuerdo a los objetivos del trabajo), en el domicilio de los integrantes de la muestra en el barrio las Heras. Por otra parte la localización de los profesionales (una persona por cada especialidad) se realizó en sus puestos de trabajo dentro de la Unidad Sanitaria.

Los instrumentos para la recolección de datos utilizados en la investigación fueron: recopilación documental de datos de historias clínicas en la Unidad Sanitaria y la administración de dos entrevistas semiestructuradas, una dirigida a las unidades de análisis del estudio y otra a informantes claves dentro de la Institución (pediatra, psicologo, asistente social, terapista ocupacional y administrativa), con el objetivo de conocer acerca del funcionamiento del establecimiento en general y de cada uno de los servicios en particular.

El lenguaje utilizado en las entrevistas a los padres y/o adultos a cargo de los niños se adecuó a las características socioculturales de la población.

Se explicaron los motivos y objetivos de nuestra presencia, solicitando y agradeciendo la colaboración para responder a la misma.

Cabe destacar la predisposición y colaboración de los entrevistados.

De 70 ingresos de niños entre 0 y 6 años de edad al servicio de Terapia Ocupacional, en el período 2000-2001 y se encuentran 59 casos que no completan el

tratamiento , 8 son derivados a otros centros de atención por cambio de domicilio y 3 reciben el alta.

Debemos referir que de las 59 unidades de análisis disponibles para nuestro estudio, 24 se registran con cambio de domicilio al momento de la entrevista, 2 no aceptan responder a la misma, 9 entrevistados manifiestan *"no recordar haber llevado a su hijo a Terapia Ocupacional"*y las 24 unidades restantes son las que conforman la muestra de la investigación.

Nos parece significativo detenernos en los citados 9 casos que durante el trabajo de campo no recordaron haber asistido Terapia Ocupacional, tal como lo declararon oportunamente.

Debemos hacer notar el bajo nivel educativo (analfabetismo, nivel primario incompleto) que presentaron estas madres. Este hecho parece ser incidente en la falta de comprensión del diagnóstico y la importancia de concurrir al tratamiento.

La experiencia de campo nos permitió estar en estrecho contacto con las condiciones socioambientales en que se desarrollan los niños, y un acercamiento personal con las familias de estos. A raíz de lo dicho es que pudimos comprobar la problemática económica, social y cultural en la que están inmersos y detectar, mediante nuestra observación, cuestiones tales como el notable rol de la mujer, abocado a la responsabilidad de crianza, desarrollo y educación de sus hijos, acompañado por la escasa presencia de la figura paterna encargada del sustento económico de la familia.

Del mismo modo otras situaciones barriales que despertaron nuestro interés fueron la inactividad vista en adultos, adolescentes y niños, como la ausencia de juguetes reflejada en los más pequeños.

Por último no podemos dejar de hacer referencia a la perdida de unidades de análisis en el tiempo, hecho que a nuestro entender se vincula con la gran movilidad e inestabilidad de la población. Esto último puede considerarse como un factor migratorio importante en cuánto a la afectación negativa del grado de organización comunitaria

Análisis e interpretación de datos

Luego de realizada la recopilación documental en la Unidad Sanitaria y las entrevistas a los integrantes de la muestra se desarrolla el correspondiente análisis e interpretación de los datos. Dado el tipo de investigación se realizó un análisis estadístico descriptivo, mediante tablas y representación gráfica . Para su realización se utilizó el programa de computación SPSS

Para una mejor comprensión, los mismos se agrupan de la siguiente manera.

1- Características del padre y/o adulto a cargo.
2- Resultados extraídos de la historia clínica en relación a la concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.
3- Resultados obtenidos en la entrevista a los padres y/o adultos a cargo de los niños en relación a la concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.
4- Motivos de abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional.

1- Características del padre y/o adulto a cargo.

En este punto se hará una descripción de los padres y las familias de los pacientes, caracterizando así la muestra de estudio.

La edad de los entrevistados se encontró entre 18 y 44 años (promedio = 28.21; desvío estándar, 8.33); el mayor porcentaje se ubica entre los 18 años (12.5%) y los 32 años (12.5%). El 95.8% de los entrevistados son las madres y solo un 4.2% es otra persona no parental (madre sustituta).

Tabla Nº 1: Nivel educativo de padres y/o adultos a cargo de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en la U.S. Las Heras, durante 2000-2001. Barrio Las Heras, diciembre 2003. Mar del Plata

Nivel Educativo de Las madres	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Sin instrucción	1	4,2
Primario incompleto	8	33,3
Primario completo	11	45,8
Secundario incompleto	3	12,5
Secundario completo	1	4,2
Total	24	100,0

El 45.8% de padres ha completado el nivel primario y un 8.4% se agrupa entre padres sin instrucción y con estudios secundarios completos (Tabla 1).

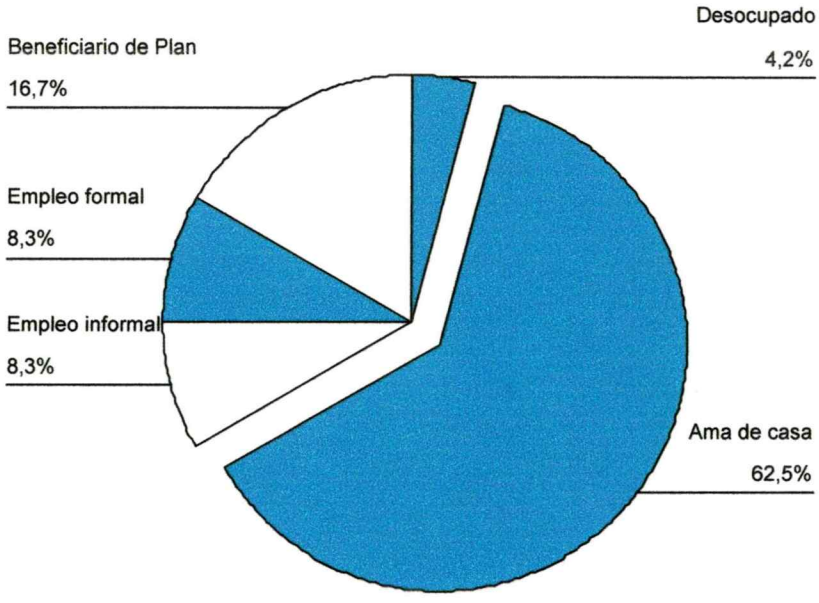


Grafico Nº 1: Ocupación de padres y/o adultos a cargo de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en la U.S. Las Heras, durante 2000-2001. Barrio Las Heras, diciembre 2003. Mar del Plata.

Con respecto a la ocupación, el mayor porcentaje de las entrevistadas es ama de casa (62.5%), un 33.3% realiza diferentes actividades laborales y sólo un 4.2% es desocupado (Gráfico1). Al indagar en la entrevista sobre si trabajaban durante el período de tratamiento, el 54.2% respondió no hacerlo.

Cabe aclarar que la categoría horas laborales no pudo ser medida y analizada estadísticamente por carecer de datos, ya que el mayor porcentaje de entrevistadas se registró como ama de casa.

Tabla N° 2: Tipo de familia de los niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en la U.S. Las Heras, durante 2000-2001. Barrio Las Heras, diciembre 2003. Mar del Plata.

Tipo de familia	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Nuclear Monoparental	2	8,3
Nuclear Biparental	16	66,7
Extendida Monoparental	3	12,5
Extendida Biparental	3	12,5
Total	24	100,0

En relación a la estructura familiar, el mayor porcentaje de las familias es de tipo nuclear biparental (66.7%), mientras que un menor valor (8.3%) es nuclear monoparental. En cuanto a la composición familiar, el número de hijos, se distribuye entre uno y ochos hijos (promedio= 3.58; desvío estándar, 2.10), en tanto que es mayor el resultado obtenido de la cantidad de personas que conviven, siendo entre tres y diez personas, (promedio= 5.88 y desvío estándar 2.03).

A nivel de inserción social, se entrevistó a las familias de esta comunidad acerca de su participación en actividades extrafamiliares (religiosas y culturales). En relación a esto un 75% afirma no participar de las mismas. El resto participa principalmente en actividades religiosas evangélicas.

2- Resultados extraídos de la historia clínica en relación a la concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.

En este apartado se incluyen resultados que permiten caracterizar a los pacientes y el nivel de concurrencia que mantuvieron en el tratamiento de T.O.

Tabla N° 3: Edad de los niños que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional, en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Diciembre 2003. MDP

Edad de los niños que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Hasta 2 años	16	66,7
2 a 4 años	1	4,2
4 a 6 años	7	29,2
Total	24	100,0

La edad de los pacientes se ha agrupado de esta manera siguiendo el criterio del *Programa Control del Niño Sano (*llevado a cabo en la U.S*)*, dirigido a niños desde los 10 días de nacidos a 6 años de edad.

Según muestra la tabla N° 3 el 66.7% de los pacientes tiene una edad entre 0 y 2 años.

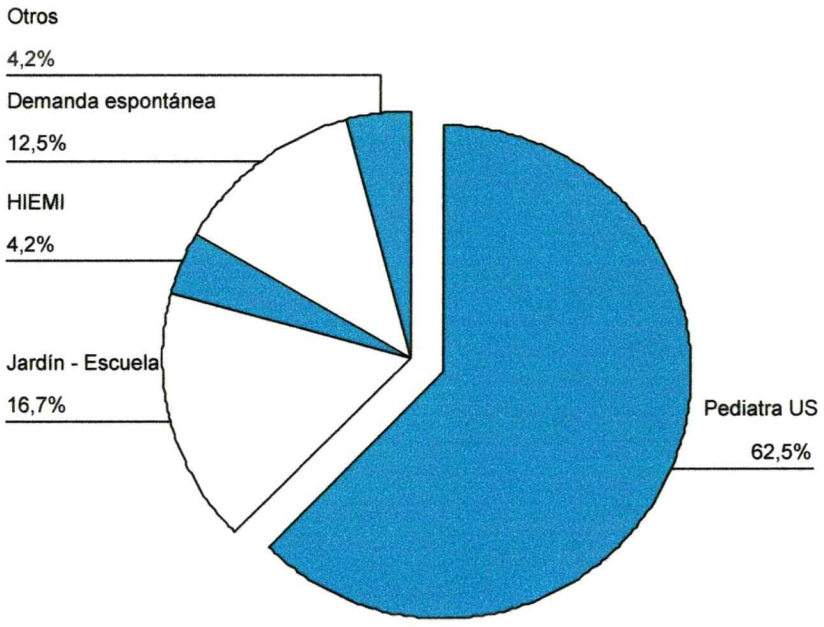


Gráfico Nº 2: Derivación a tratamiento de Terapia Ocupacional de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Diciembre 2003. MDP.

El mayor porcentaje (62,5%) de las derivaciones a Terapia Ocupacional son internas de la unidad sanitaria, mientras que un 12,5% corresponde a los que concurren por demanda espontánea.

Tabla Nº 4: Motivo de consulta correspondiente a niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Diciembre 2003. MDP.

Motivo de consulta	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Retraso madurativo por hipoestimulación ambiental	14	58,3
Retraso mental	1	4,2
Trastornos del lenguaje	2	8,3
Trastornos de la atención y del aprendizaje	1	4,2
Trastornos de la conducta y del comportamiento	1	4,2
Otros	5	20,8
Total	24	100,0

En la categoría otros se incluyen los siguientes motivos de consulta recabados de la historia clínica: Encopresis secundaria, sospecha de parálisis obstétrica, convulsiones tónico clónicas, riesgo biológico, hipotonía.

En referencia al motivo de consulta, el 58.3% de las consultas son por retraso madurativo por hipoestimulación. De este 58,3% la gran mayoría son menores de dos años. Este grupo

(menores de dos años con retraso madurativo por hipoestimulación ambiental) constituye el 45,8 % del total de niños que consultaron en el servicio de Terapia Ocupacional.

Gráfico Nº 3

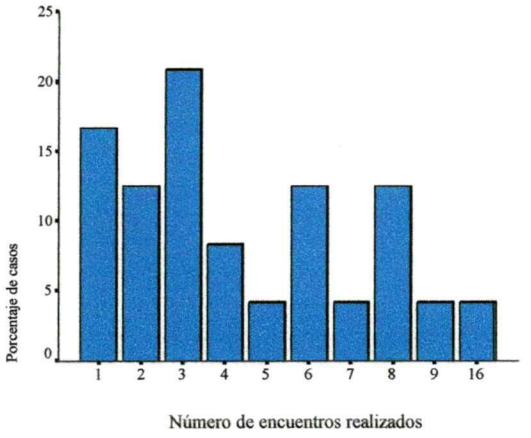


Gráfico Nº 4

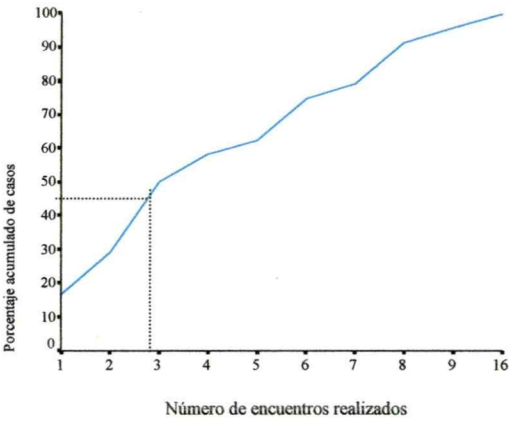


Gráfico Nº 3: Número de encuentros de adultos a cargo y de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Barrio las Heras. Diciembre 2003. MDP.

Gráfico Nº 4: Número de encuentros de adultos a cargo y de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Barrio las Heras. Diciembre 2003. MDP.(Porcentajes acumulados).

Con relación al número de encuentros entre profesional y paciente, si bien se extiende entre 1 y 16, en general no superan los cuatro encuentros (promedio = 4.66; mediana 3.50; desvío

estándar 3.49). (Gráfico 3). De hecho, el gráfico de porcentajes acumulados muestra que el 50% concurre menos de cuatro encuentros. (Gráfico 4).

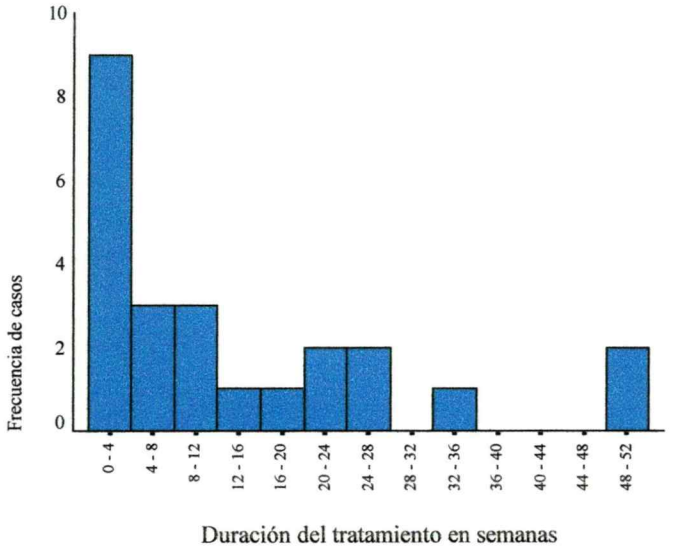


Gráfico Nº 5: Número de semanas de concurrencia a tratamiento de Terapia Ocupacional de adultos a cargo y de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Barrio las Heras. Diciembre 2003. MDP.

Con respecto a la duración, la asistencia a tratamiento de Terapia Ocupacional se extiende entre 1 y 52 semanas. No obstante, el 50% de los tratamientos tiene una duración de 4 semanas ó menos.

Tabla N° 5: Continuidad en el tratamiento de Terapia Ocupacional de adultos a cargo y de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Barrio las Heras. Diciembre 2003. MDP.

Continuidad en el tratamiento De Terapia Ocupacional	*Frecuencia*	*Porcentaje*	*Porcentaje acumulado*
Menos 20%	1	5,9	5,9
21 a 40%	8	47,1	52,9
41 a 60%	2	11,8	64,7
61 a 80%	4	23,5	88,2
81 a 100%	2	11,8	100,0
Total	17	100,0	

Por último, se calculó la continuidad en el tratamiento dividiendo el N° de encuentros sobre el N° de semanas y multiplicándolo por 100, expresándola finalmente en porcentajes. Se toman 17 casos dado que se excluyen aquellos pacientes que no superan los dos encuentros de tratamiento.

Según puede apreciarse en la tabla N°5 el 52.9% no supera el 40% de presentismo.

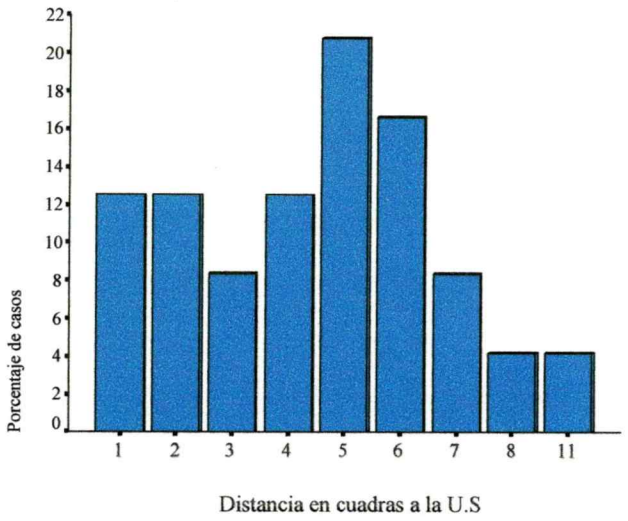


Gráfico Nº 6: Distancia en cuadras desde el domicilio a la U.S Las Heras. Barrio Las Heras, diciembre 2003. Mar del Plata.

Finalmente, se analizó la distancia en cuadras con respecto a la US, como un posible indicador de accesibilidad geográfica. En este punto encontramos que el domicilio particular de los pacientes se encuentra en todos los casos a menos de 11 cuadras, con un promedio general inferior a cinco cuadras. (promedio = 4,54; mediana 5,0 ; desvío estándar 2,44).

3- Resultados obtenidos en la entrevista en relación a la concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.

A continuación se resumen los resultados de las principales preguntas de la entrevista realizada a las unidades de análisis.

Con referencia a la pregunta, si recuerdan qué profesional realizó la derivación a Terapia Ocupacional, el 62.5% recuerda haber sido derivado por un pediatría de la US, y un 8.3% haber asistido por demanda espontánea. Estos resultados (derivación pediátrica) muestran coherencia con los expuestos con anterioridad, donde se señalan las derivaciones que constan en las historias clínicas (ver gráfico 2).

Tabla Nº 6: Resultados de las preguntas de las entrevistas realizadas a padres y/o adultos a cargo de niños de 0 a 6 años que abandonaron el tratamiento de Terapia Ocupacional en la U.S. Las Heras, durante 2000-2001. Barrio Las Heras, diciembre 2003. Mar del Plata.

Resumen de preguntas de las entrevistas	***Respuesta***	
	% Si	***% No***
¿Comprendió el motivo de derivación?	79.2	20.8
¿Estaba de acuerdo con la derivación?	83.3	16.7
¿Realizó otras consultas no-profesionales?	0	100
¿Realizó otras Consultas profesionales?	29.2	70.8
¿Llevaba al niño al tratamiento de TO?	95.8	4.2

Se detalla que el 79.2% comprendió el motivo de derivación y el menor porcentaje, 20.8% no comprendió el mismo. El 83.3% estaba de acuerdo con la correspondiente derivación, por lo que puede apreciarse que el 95.8% de los entrevistados manifestó llevar al niño al tratamiento de Terapia Ocupacional. Estas unidades de análisis estuvieron representadas por las madres. Por otra parte según muestra la tabla un 70.8% de los entrevistados no realizó otras consultas profesionales, mientras que el 29.2% restante refiere haberlas

realizado durante el tratamiento. En relación a esto último la totalidad de los entrevistados manifestó no realizar otras consultas no- profesionales durante el tratamiento.

5- Motivos de Abandono del Tratamiento de Terapia Ocupacional

En este caso se trataba de una pregunta abierta respecto de los motivos que condujeron al adulto a dejar de llevar al niño al tratamiento de Terapia Ocupacional; se realizó un análisis temático, es decir se determinó semejanzas, diferencias, similitudes de las diferentes categorías de análisis arribando a tres categorías: Impedimentos socio-institucionales, impedimentos/ motivos personales, interpretaciones de mejora.

Impedimentos socio-institucionales: Inconvenientes relatados por el adulto a cargo como presentes en la institución que ocasionan la inasistencia del niño en el tratamiento de Terapia Ocupacional. Tales como: paros institucionales y ausentismos de profesionales.

Impedimentos /motivos personales: Razones particulares que llevan al adulto a cargo a interrumpir el tratamiento del niño en Terapia Ocupacional. Ellas son: desacuerdo con el tratamiento, enfermedad, trabajo, falta de tiempo, cansancio, y pérdida de turnos.

Interpretaciones de mejora: Valoraciones que el adulto a cargo da a las palabras del profesional y observaciones propias de progreso en el niño que lo conducen a abandonar el tratamiento en Terapia Ocupacional. A saber: considerar que logro avances, percibir mejora, dilucidar que el profesional dijo que estaba estimulado

Tabla Nº 8: Motivos de abandono del Tratamiento de Terapia Ocupacional en el período 2000-2001, en la U.S. Las Heras. Barrio las Heras. Diciembre 2003. MDP.

Motivos de abandono del Tratamiento de Terapia Ocupacional	***Frecuencia***	***Porcentaje***
Impedimentos socio-institucionales	3	12,5
Impedimentos / motivos personales	12	50,0
Interpretación de mejora	9	37,5
Total	24	100

Se subraya en la tabla Nº 8 que el 50% de los entrevistados manifiesta abandonar el tratamiento por impedimentos/ motivos personales, el 37.5% por interpretaciones de mejora y un 12.5% por impedimentos socio-institucionales.

Cabe destacar que los que manifiestan mejora, son quienes permanecieron más tiempo en tratamiento.

En la categoría Impedimentos socio-institucionales, los entrevistados referían:

"...Había muchos paros, yo misma hice el pase a INAREPS..." (Entrev. N°24).

"...La Terapista faltaba mucho, comencé a llevarlo al Materno Infantil..." (Entrev. N°12).

Bajo la categoría Impedimentos /motivos personales, manifestaron lo siguiente:

"...Consideraba que no era un problema del niño, no estaba de acuerdo con asistir..." (Entrev.N°6).

"...Cuando deje de llevar al hermano, no lo llevé más..." (Entrev. N°15).

"...Cuando me enfermé y me tenía que dedicar a mi, no saqué más turnos..." (Entrev. N°16).

"...Trabajaba mucho, no tenía tiempo..." (Entrev. N° 10)

Dentro de la categoría Interpretaciones de mejora se incluyen :

"...Me dijeron que estaba bien, se sentó, avanzó y no la lleve más..." (Entrev N° 14).

"...La lleve dos ó tres veces, la Terapista dijo que estaba estimulado..." (Entrev N° 11).

"...Dejé de llevarlo porque se adelantó, los controles eran buenos..." (Entrev. N°7)

"...Yo lo veía bien y en el control también..." (Entrev. N° 1).

Análisis cualitativo de los datos proporcionados por informantes claves de la Unidad Sanitaria.

Realizadas las entrevistas a los profesionales en carácter de informantes claves, se procedió a analizar cualitativamente los datos extraídos de las mismas. Se selecciona este tipo de análisis dado el número reducido de informantes claves. El mismo se organizó siguiendo el orden de las preguntas de la entrevista.

En primer término al indagar acerca de los recursos humanos que posee la Unidad Sanitaria, se puede apreciar que los profesionales coinciden diciendo que poseen los recursos humanos indispensables en cada servicio. La carga horaria de Psicología de 21hs.semanales y Terapia Ocupacional de 12 hs. semanales es a nuestro parecer reducida, lo dicho ocasiona una escasa frecuencia semanal de atención.

Por otro lado el servicio de Pediatría refiere la presencia de 3 pediatras con un módulo horario completo (30-35 hs. semanales). Nos parece oportuno destacar las opiniones dadas en las entrevistas con las madres, quienes demandan en reiteradas oportunidades la necesidad de más recurso humano médico para la atención de demandas espontáneas por enfermedad y de guardia médica diaria de 24 hs.

Siguiendo con los recursos físicos, notamos durante el trabajo de campo dentro de la sala que profesionales médicos y de Servicio Social cuentan con un lugar propio para la atención, mientras que los miembros del equipo de Salud Mental comparten un espacio físico en común. Situación que entendemos puede interferir en la atención por la superposición horaria que se genere al otorgar los turnos.

Al continuar profundizando en el tema , la totalidad de los entrevistados expresaron la insuficiencia de recursos materiales y financieros. A este respecto sostenían:

"...El equipamiento es básico, sólo contamos con el aporte municipal..."(Entrev.N°1).

"...Son escasos, se trabaja con lo mínimo..." (Entrev.N°4).

"...Son escasos, depende de la voluntad de cada profesional y poder generar proyectos..."(Entrev.N°3).

"..Escasos los dados por la Municipalidad y los propios de cada profesional..."(Entrev.N°5).

Con relación a la modalidad de turnos en la Unidad Sanitaria existen los turnos espontáneos generados a través de la demanda espontánea y los turnos programados contemplados en los servicios de Pediatría, Psicología, Terapia Ocupacional y Servicio Social. Por último refirió la administrativa que no presentan lista de espera.

En Pediatría en el programa "Control del niño sano", los controles van pautando la cronología de los turnos. En Terapia Ocupacional y Psicología se otorgan para diagnóstico o tratamiento, la frecuencia es en relación al diagnóstico del paciente. En Servicio Social, entrevistas para realizar un diagnóstico situacional (socio-económico-laboral). Con respecto a la planificación de turnos, puntualizó un profesional que:

" ...Los turnos programados organizan la atención diaria, la gente sabe que ocupa un lugar y tiempo, legitima la tarea del Trabajador Social en el equipo de Salud, marca un encuadre." (Entrev. N° 4).

El personal administrativo otorga los turnos médicos del día (8 y 30 hs para la atención matutina, 10 y 30 hs para atención vespertina), los correspondientes a Servicio Social y los de laboratorio, ecografías, referencia y contrarreferencia (HIEMI, HIGA).

Estos últimos se dan de lunes a viernes de 8 a 19 hs. Los turnos del equipo de Salud Mental son dados por los profesionales de cada servicio.

Para finalizar con este apartado los informantes sostuvieron que una modalidad de atención adoptada por ellos es priorizar la derivación interna y la interconsulta entre servicios.

En referencia a la pregunta, que opina el personal acerca de la realización de reuniones de equipo interdisciplinario, se recaba que las mismas no están establecidas formalmente con día y horario.

"...De manera informal, por las necesidades, participaban todos los profesionales intervinientes...la frecuencia era irregular..."(Entrev.N°1).

"...Es difícil, no coincidían los días y horarios de atención entre profesionales...espontáneamente, no programadas a demanda de un caso específico..."(Entrev.N°5).

Sin embargo por otro lado un entrevistado sostuvo:

"...No se realizaban, porque no querían instalar el espacio de la reunión de equipo, hubo intentos que se diluyeron..."(Entrev. N ° 4).

Retomando lo expuesto en el marco teórico subrayamos la importancia del trabajo en equipo, dónde cada profesional que lo integra posee conocimientos y experiencias propias de su rol. De este modo postulan Kroeger y Luna mantienen una comunicación fluida y regular (reuniones periódicas) en beneficio de la atención a la comunidad .

Siguiendo con los puntos de la entrevista, en cuánto a la derivación de casos, afirmaron que se han realizado tanto derivaciones internas (en la Unidad Sanitaria), como externas (a otras Unidades, Centros de Salud, Tribunales),ya que las mismas sirven para complementar diagnósticos.

"...Se realizaron algunas, luego de las visitas domiciliarias a Cerenil, Tribunales, Psicología..."(Entrev. N° 4).

"...Cuando se considera que necesita tratamiento...es muy buena la evaluación del T. O., generalmente se cree que la causa es por hipoestímulo..."(Entrev.N°1).

Consideramos que la importancia de la derivación e interconsulta radica en contar con la mirada de otros profesionales, es decir enriquecer un diagnóstico en favor del desarrollo integral de la persona.

Indagando acerca de que piensan los informantes claves del ausentismo y abandono en su servicio, la mayoría refiere que hay escaso sostenimiento del tratamiento.

"...Si, hay escaso sostenimiento, la pre-admisión la utilizó para entrevista inicial y se intenta recabar la mayor información, lleva mucho tiempo la pre-admisión, admisión, evaluación, deben hacerse intervenciones direccionales, operativas dadas las características socioculturales de la comunidad, el proyecto de vida no es planificado, va saliendo..."(Entrev.N°3).

Luego de realizada la experiencia de campo, y al advertir diferentes indicadores asociados al abandono de tratamiento, podemos expresar que el "escaso sostenimiento" del mismo se halla vinculado con las características socioculturales que emergen de la misma. Advirtiendo que es una comunidad en situación de alto riesgo socioambiental, como ya fue expuesto con antelación en el aspecto teórico de esta investigación. A partir de lo vertido en la entrevista N° 3, podemos estimar que estas familias están sujetas a lo que depara el diario vivir, circunstancia que las lleva a priorizar necesidades básicas para su subsistencia.

Trasladando lo expuesto al ámbito de la salud, se puede decir que ante una alteración de la salud física, (dolor, malestar físico) hay una demanda espontánea de

atención por parte de la persona, lo que de alguna manera favorecería a la asistencia y permanencia en controles y/o tratamientos médicos. Aquí se evidencia cierta correlación con lo manifestado por las madres sobre necesidad de mayor atención médica pediátrica para satisfacer demandas y urgencias.

"...Hay menor deserción, en general concurren y cumplen con los controles, hay ausentismos que no son importantes, hay mayor conciencia..."(Entrev.Nº1).

Finalmente manifestaron sobre los seguimientos de casos que los mismos se realizaron a partir de una decisión del Equipo.

"...Se han realizado personalmente con Servicio Social..."(Entrev Nº 3).

"...Luego de la entrevista se acuerda quién realiza el seguimiento...se evalúan indicadores de riesgo socioambientales, se buscan interconsultas con escuelas y comedores... El equipo de Salud debe salir a la comunidad"(Entrev. Nº 5).

De todos modos encontramos que otro profesional disiente de estas opiniones afirmando que:

"...Cada profesional debe comprometerse con las inasistencias en su servicio..."(Entrev. Nº 4)

Siguiendo los conceptos de la A.P.S acentuamos la importancia de la salida del equipo de salud a la comunidad. Centrándonos en la investigación, entendemos que dicha salida (visita domiciliaria) favorece la detección de situaciones de riesgo, actuando preventivamente sobre el abandono de tratamiento. Como sostiene *Kroeger el equipo de salud debe poner mucho énfasis en la movilización hacia la comunidad.* Asimismo refiere para su libro ***Atención Primaria de Salud, principios y métodos, que después de un tiempo hay que visitar al paciente en la casa y averiguar los motivos del ausentismo.***

Consideramos que la escasa frecuencia semanal de atención asignada a Terapia Ocupacional (un día y medio a la semana),en el período en que son tomados los datos para este estudio, pudo ser uno de los motivos que obstaculizó la realización de esta actividad periódicamente en el barrio.

Conclusión

Este trabajo de investigación nos ha permitido conocer, describir y analizar algunos de los factores que propician el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de 0 a 6 años de edad que concurrieron al servicio de Terapia Ocupacional en la Unidad Sanitaria Las Heras durante el período 2000-2001.

A partir del objetivo general que guío la investigación ***"conocer los factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional"***, profundizamos en tres objetivos específicos, los cuáles fueron:

- ***Detectar en la familia características socioculturales, ambientales y económicas que conlleven al abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional;***
- ***Identificar en la Institución factores que contribuyan al abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional***
- ***Describir el nivel de concurrencia al tratamiento de Terapia Ocupacional.***

En base a todo lo presentado, hemos arribado a los siguientes resultados que nos permiten considerar:

Los grupos familiares encontrados, en su mayoría se agrupan en el tipo nuclear biparental, es decir núcleo conyugal completo más los hijos. Estas familias numerosas, en gran parte en situación de hacinamiento, poseen una baja capacidad de subsistencia económica, ya que en su mayoría dependen de un sólo miembro ocupado (padre) en empleos temporarios, planes sociales del estado ó desocupados.

En cuanto al primer objetivo específico y teniendo en cuenta los motivos de abandono referidos por los entrevistados, podemos inferir que el bajo nivel educativo, el entorno sociocultural y el ambiente empobrecido del que provienen se encuentran asociados al abandono de tratamiento, como también forma parte de un núcleo central de marginación de esta población en otros aspectos de la vida social.

Esta conclusión se amplia si tenemos en cuenta el bajo nivel de inserción social encontrado, (escasa participación en actividades extrafamiliares en club, sede barrial, escuela, comedor, iglesia). Situación que da cuenta de la falta de redes comunitarias que favorecen el sostenimiento y contención de este grupo familiar en la comunidad en la que habita.

Es oportuno señalar la importancia del nivel de instrucción cómo elemento protectivo en una comunidad vulnerable más expuesta por su condición de pobreza y marginalidad, lo que puede estimarse por las desigualdades en las condiciones de vida, reflejadas en los problemas socioeconómicos y de salud.

En relación a la actitud frente al proceso Salud-Enfermedad, estimamos, según los resultados que hay un significativo nivel de aceptación de los tratamientos profesionales, y no así de las medicinas alternativas. No obstante si bien la mayor parte manifiesta, aceptar y estar de acuerdo con concurrir a Terapia Ocupacional, los hechos demuestran que sus interpretaciones de mejora, entre otros motivos, los conducen a abandonar el tratamiento.

De lo que podríamos concluir que los aspectos concernientes al desarrollo infantil quedarían relegados dentro de este proceso de Salud-Enfermedad, prevaleciendo lo orgánico, e interviniendo en este proceso la no compresión de estos trastornos como patologías que pueden influir en el desarrollo de los niños. De tal forma que, a nuestro

entender, estas madres postergan y suspenden intervenciones profesionales oportunas a edades tempranas de la vida.

Asimismo destacamos que habiendo ciertas condiciones dadas como accesibilidad geográfica y económica (dadas las viables distancias existentes en el barrio y la gratuidad del servicio) y considerando que la ocupación de la mayoría de las madres es la de ama de casa, (permaneciendo en su hogar al cuidado de sus hijos), estos adultos igualmente presentaron dificultades para ser continentes con el tratamiento de sus hijos.

Considerando lo expuesto en los antecedentes investigados y en el marco teórico de este estudio, concluimos que determinadas variables, (por ejemplo accesibilidad a los servicios institucionales) que en otros contextos de investigación explican las deserción a los tratamientos, no se presentaron en esta investigación fuertemente vinculadas al abandono. Sin embargo pudo comprobarse la presencia de otros factores (nivel educativo, poca comprensión del diagnóstico, ó mencionada como no comprensión de la patología) ya planteados e intervinientes en este contexto

Respecto al segundo objetivo específico, los resultados hallados durante el período en que se abandonaron los tratamientos, nos permiten coincidir en el hecho de que la carencia en cuanto a reuniones pautadas de equipo interdisciplinario y la falta sistematizada de seguimiento de casos en pacientes con inasistencias reiteradas son un hechos que podrían coadyuvar al abandono del tratamiento.

Según los resultados recabados, el equipo mantenía reuniones de manera informal y a demanda de casos específicos, por nuestra parte hacemos hincapié en la importancia del trabajo interdisciplinario con reuniones programadas en un tiempo y un espacio determinado.

Es necesario decir que la periodicidad de visitas domiciliarias en familias de riesgo, colabora, minimizando los ausentismos, actuando preventivamente sobre el abandono. Estos hechos, a nuestro parecer, inciden en la permanencia de los pacientes en el tratamiento .

Y en referencia al tercer objetivo, los resultados confirman un muy bajo nivel de concurrencia y continuidad en el tratamiento de Terapia Ocupacional. Sintetizando los resultados más relevantes, decimos que la mitad de la población que asistió a Terapia Ocupacional, lo hizo por menos de cuatro encuentros, permaneciendo está misma muestra durante 4 semanas ó menos. Estos resultados nos posibilitaron determinar una baja continuidad en el tratamiento, ya que más del 50% de los pacientes alcanzó una continuidad que no supera el 40% de presentismo. Si hacemos una revisión por la modalidad de ingreso a tratamiento (pre-admisión, admisión-entrevista a la madre, evaluación e inicio del tratamiento), la gran mayoría de los pacientes no acceden al tratamiento propiamente dicho ó lo hacen por una pocas sesiones.

También las características migratorias de la población, en muchos casos en busca de fuentes de trabajo, interfieren negativamente en la concurrencia.

Referimos que las conclusiones arribadas en esta investigación son válidas para el período del que son tomados los datos, de la misma manera decimos que este estudio es una primera aproximación en el conocimiento de factores asociados al abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de riesgo socioambiental. Sabemos que esta problemática sucede en diferentes profesiones de la salud, dado las investigaciones halladas, como también distinguimos que no es patrimonio de los sectores desfavorecidos socioeconomicamente, ya que también en otros estratos sociales nos encontramos con dificultades para sostener los tratamientos de diversas índoles.

A raíz de las conclusiones exhibidas, proponemos tomar en consideración los factores hallados en este estudio para que se constituyan en signos potenciales de futura deserción. Es fundamental por parte del equipo interdisciplinario el análisis de las causas de abandono, para luego buscar pautas destinadas a mejorar el cumplimiento del tratamiento.

De lo expuesto se concluye que las estrategias interdisciplinarias a implementar deben responder a las conductas socioeconómicas y culturales subyacentes a la vida de la comunidad, identificando sus necesidades y sabiendo que su actitud frente al estado de salud y enfermedad está en íntima relación con la estructura de la sociedad a la que la comunidad pertenece.

El Terapista Ocupacional tiene un rol preponderante en promoción y prevención de la salud. Su hacer, en salud comunitaria está dirigido, entre otras acciones a trabajar inserto en la comunidad. Al realizar un abordaje del grupo familiar, interviene generando en las familias un compromiso en el desarrollo de sus hijos.

Propuestas a raíz de la investigación, tendientes a prevenir el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de 0 a 6 años en la Unidad Sanitaria Las Heras.

- Lograr que las familias de los niños sean participantes activos y responsables en el tratamiento de sus hijos.
- Trabajar con la madre y la familia del niño desde las primeras charlas dadas en del programa "Control del niño sano", el concepto del desarrollo infantil, como componente fundamental del proceso Salud-Enfermedad.
- Señalar a las madres la importancia de la intervención temprana a favor de la salud de su hijo.
- Las indicaciones dadas en relación a la estimulación de cada niño deben contemplar el ambiente en el que viven.
- Informar al adulto a cargo del beneficio que poseen en cuanto a la accesibilidad y gratuidad del servicio de salud en la Unidad Sanitaria.
- Las intervenciones del profesional deben ser operativas, es decir, impartir indicaciones desde el primer encuentro con el niño y su madre, dado el bajo nivel de concurrencia.
- Ante inasistencias reiteradas del paciente, realizar la visita domiciliaria (seguimiento de caso) de aquellos casos en que se detecte mayor situación de riesgo y/o derivar a profesional competente en la tarea; con el objetivo de conocer los motivos del

ausentismo, e informar al adulto a cargo la importancia y beneficio de concurrir a tratamiento de Terapia Ocupacional.

- Poner en consideración la programación de reuniones de equipo para mantener encuentros con profesionales derivantes.
- Aumentar la carga horaria de Terapia Ocupacional en la Unidad Sanitaria Las Heras, obteniendo así una mayor frecuencia semanal de atención.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA.

*Barro; Koerner. *Pronóstico funcional de la artritis reumatoidea.* Tesis de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.1995.

*Canales, F. H.; Alvarado, E.L.; Pineda, E. B. *Metodología de la Investigación.* Manual para el desarrollo del personal de Salud.1° ed. Limusa Ed. O.P.S. México. 1986.

* Chiappini, C. H. de; Myrayes, A. R. de. *Observación de lactantes.* Signos de alarma en el primer año de vida. Autismo precoz. Detección y tratamiento. Ed. Kargieman, Bs. As.1997.

* Conde, S.; Leal, M.; Schumunch, S.. *Salud Comunitaria.* Diagnóstico. Estrategia. Participación. Espacio. Bs. As. 1998.

*Cusminsky, M; Lejarraga, H.; y cols. *Manual del crecimiento y desarrollo del niño.* Serie Paltex para ejecutores de programas de Salud N° 33. 2° ed. O.P.S. Washington. E.U.A.1994

* Delmonte, C, Ricillo, V. *El rol del Terapista Ocupacional en la Atención Primaria de Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales.* Tesis de Grado de la Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social U.N.M.d P. 2002

* Donati, M.; Guaresti, M. *Terapia Ocupacional en el marco de la Atención Primaria de Salud.* En Revista Materia Prima. Año 5. N° 17. Septiembre - Noviembre 2002.

* Estrebou; Landa. *Factores que influyen en el abandono y permanencia en el grupo de autoayuda Amar, de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea.* Tesis de

Grado de la Licenciatura en terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud. U.N.M.d.P.2002.

*Fejerman, n.; Fernández Álvarez, E. y colaboradores. *Fronteras entre neuropediatría y psicología.* Conducta, lenguaje y aprendizaje. Ed. Nueva Visión. Bs. As. Mayo 1998.

* Ferre; Patrone. *Cumplimiento de pautas de tratamiento en pacientes con Artritis Reumatoidea.* Tesis de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P. 1998.

* García Cein, E.; Veyra; M. E. *Terapia Ocupacional. Rol del Terapista Ocupacional en prevención Primaria inserto en el trabajo barrial comunitario.* En Revista Materia Prima. Año 5. N° 17. Septiembre - Noviembre 2002.

*García Cein, E. I. ; Patrizzi, A. E.; Veyra, M. E.. *Prevención Primaria en Salud Mental desde Terapia Ocupacional.* Tesis de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Universidad Nacional de Mar del Plata.1991

* Gassier, J. *Manual del desarrollo psicomotor del niño.* Ed. Toray Masson S. A. 1983.

*Kroeger, A.; Luna, R. *Atención Primaria de la Salud.* Principios y métodos. O.P.S. 2° ed. Ed. Pax. México. 1992.

* Lejarraga; Krupisky y cols. *Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años.* Servicios de crecimiento y desarrollo. Hospital Garrahan. Bs. As. 1996.

* Matas, S de M; Maureen, M; Segura, E de F; Tapia, L. *La estimulación temprana de 0 a 36 meses.* Ed. Humanitas. Bs. As. Octubre 1988.

* Medellín Calderón, G.; Tascón, E. *Crecimiento y desarrollo del ser humano.* Tomo I: Nacimiento a edad preescolar.1° ed. Ed. Guadalupe. O.P.S. Washington. E.U.A.1995.

* Myers, Robert. *Los doce que sobreviven.* Fortalecimiento para programas del desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo. Publicación científica N° 545. 1993.

* O.P.S. *La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate. Publicación científica N° 540. Washington. E. U. A. 1992.*

* *O.P.S. Manual del crecimiento y desarrollo del niño. Serie Paltex N°8. 1986.*

* *O.P.S. Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica N° 557. Washington. E.U.A.1996*

* O.P.S. *Temas de Salud Mental en la Comunidad.* Serie Paltex para ejecutores de programas de Salud N° 19. Editor I. Levav. Washington. E. U. A. 1992.

* Paganizzi, L.; y otros. *Terapia Ocupacional: del dicho al hecho.* Psicoterapias integradas editores. Bs. As. 1991.

* Pichón Rivieré, E. *El proceso grupal.* Del psicoanálisis a la psicología social. Ed. Nueva Visión. Bs. As.

* Polit, D.; Hungler, B. *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* 3° ed. Ed. Panamericana. México. 1991.

* *Revista de Salud Mental.* Agosto – Septiembre 1988.

* Sampieri; Collado; Lucio. *Metodología de la Investigación.* Ed. Mc Grauw- Hill. México. 1991.

*Soifer, R. *Psicodinamismos de la familia con niños.* Terapia familiar con técnicas de juegos. Colección Psicoanálisis. Ed. Kapeluz. Bs. As.

* Soifer, Raquel. *Psiquiatría Infantil Operativa.* Psicopatología 1ª parte. Tomo II. Ed. Kargeiman. Bs. As. 1993.

* *Terapia Ocupacional: Actualizaciones de teoría y clínica.* Ed. C.O.L.T.O.III. Argentina.1995.

* *Terapia Ocupacional: el camino del hacer.* C.O.L.T.O. Ed. Vip. Argentina. 1991.

* *Terapia Ocupacional: trabajo y comunidad.* Serie 3. Compilaciones. C.O.L.T.O.A. grupo editor, Argentina, 1999.

* Vayer, P. Educación Psicomotriz. *El diálogo corporal.* Ed Científica medica Barcelona. 1997.

* Vayer, P. Educación Psicomotriz. *El niño frente al niño.* Ed. Científica- Médica. Barcelona. 1977.

*Vega, M. C. *Aportes para el diagnóstico temprano de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 2 años, en población de alto riesgo socio-ambiental.* 1991

*Vega, M. C.; Campisi, A.; Roubicek, M.; y otros. Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño. En Revista Materia Prima. Año 3. N° 8. Junio- Agosto 1998.

*Veyra, M. E. *El Terapista Ocupacional en Prevención Primaria de la Salud.* 1997.

*Videla, Mirta. *Prevención e intervención psicológica en Salud Comunitaria.* Ed. Cinco. Bs. As. Julio 1994.

* Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.* Estudio para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidós. Psicología Profunda. Argentina. 1996.

*Williard- Spackman. *Terapia Ocupacional.* Ed. Panamericana 8° edición. 1993.

* Zurro, M.; Cano Pérez, J. F. *Manual de Atención Primaria.* Organización y pautas de atención en la consulta. Ed. Doyma. Barcelona. España. 1986.

Páginas consultadas en Internet.

* www.conicet.gov.ar

* www.efdeportes.com

* www.fundaciónflexer.org.

* www.imbiomed.com. mx

* www.mdp.edu.com.ar

* www.mardelplata.gov.ar

* www.margen.org

* www.políticayactualidad.com

* www.unicef.org

ANEXO

Mar del Plata, 9 de septiembre de 2003.

A la Jefa del Departamento de Salud Mental
de la Municipalidad de Gral. Pueyrredòn
Lic. Susana Rodríguez.
S/D

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted con el propósito de solicitarle autorización para desarrollar una investigación en la Unidad Sanitaria del barrio Las Heras de la ciudad de Mar del Plata, con el objetivo de realizar la Tesis de Grado correspondiente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicha investigación trata acerca de los factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional en niños de 0 a 6 años que concurrieron a la Unidad Sanitaria del barrio Las Heras.

En la misma se garantizará el carácter anónimo de los datos, recabándose información sobre: edad del niño, cantidad de personas que conviven con el mismo, motivo de consulta, el servicio o profesional derivante, nivel de concurrencia al tratamiento y domicilio, edad, nivel de instrucción, número de hijos y ocupación del padre o persona adulta a cargo.

Por otra parte, entrevistaremos a los profesionales de la Unidad Sanitaria sobre los recursos disponibles, la disponibilidad de turnos, la cantidad de pacientes que admite la Unidad Sanitaria y el servicio de Terapia Ocupacional y acerca de la reunión de Equipo Interdisciplinario, protocolos de derivación y tratamiento y seguimiento de casos.

Sin otro particular saluda atentamente.

Italiano, Adriana.
DNI 24529175

Retegui, María Virginia.
DNI 24929451

ENTREVISTA. (Para padres o adultos a cargo de los niños)

" Factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional de niños entre 0 y 6 años de edad".

La presente entrevista está dirigida a los padres o adulto a cargo de los niños de 0 a 6 años cumplidos que concurrieron al tratamiento de Terapia Ocupacional y abandonaron el mismo, durante el período 2000 - 2001 en la Unidad Sanitaria del barrio "Las Heras".

Su aporte será de valiosa utilidad para detectar los inconvenientes que llevan al abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional y de esta manera ayudar a mejorar el Servicio. Desde ya agradecemos su colaboración y garantizamos el carácter anónimo de los datos.

Se solicita su opinión para responder a la misma, para contribuir a la realización de una Tesis de Grado correspondiente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la U.N.M.d.P.

PRIMERA PARTE.

Edad: **Fecha:**

Tipo de parentesco: **Entrevistador:**

Nivel de instrucción: **N° de H.C.:**

Derivado por: **N° de entrevista:**

Año de tratamiento:

Número de integrantes de la familia:

Tipo de familia: nuclear : extendida:

Dirección:

Teléfono:

SEGUNDA PARTE.

Su hijo asistió a tratamiento de Terapia Ocupacional.

1- Usted recuerda que profesional realizó la derivación a Terapia Ocupacional?.

2- ¿ Usted comprendió el motivo de derivación?

3- ¿Usted estaba de acuerdo con la derivación?

Si. ¿ Por qué?

No. ¿ Por qué?

4- ¿ Llevaban al niño al tratamiento de Terapia Ocupacional?

Si. ¿ Quién lo llevaba?

No. ¿ Por qué?

5 - Cuáles fueron los motivos por los que usted dejó de llevar al niño al tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿ Podría relatármelos?

6- ¿ Realizó usted paralelamente otras consultas con profesionales fuera de la Unidad Sanitaria del barrio "Las Heras", H.I.E.M.I., I.N.A.R.E.P.S., entre otros.?

Si. ¿ Donde? ¿Por qué?

No. ¿ Por qué?

7- ¿ Realizó usted paralelamente otras consultas a personas no profesionales (curas sanadores, curanderos, parapsicólogos.)?

Si. ¿ Por que?

No. ¿Por que?

8- En el período que el niño concurría a tratamiento, ¿ usted trabajaba?

Si. ¿ Cuál era su trabajo?

No. ¿ Recibió algún tipo de subsidio?

¿ Cuál?

9- ¿Usted participó en actividades extrafamiliares religiosas (Iglesia Católica, Evangélica, Testigos de Jehová), y/o culturales (club, sociedad de fomento, colectividades) durante el período que el niño asistió a tratamiento de Terapia Ocupacional?

Si. ¿ Cuales?

No.

TERCERA PARTE.

Observaciones:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente autorizo a Italiano, Adriana DNI 24529175 y Retegui, Maria Virginia DNI 24929451 a la recolección de información que las mismas soliciten garantizando el carácter anónimo de los datos. Los cuáles contribuirán a la realización de la tesis de Grado correspondiente a la Lic. En Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la UNdeMDP. Dicha investigación trata acerca de los factores que inciden en el abandono del tratamiento de Terapia Ocupacional de niños de 0 a 6 años que concurrieron a la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras, durante el período 2000-2001.

ENTREVISTA. (Para Profesionales de la Unidad Sanitaria)

" Factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional de niños entre 0 y 6 años de edad".

La presente entrevista está destinada a los profesionales de los servicios de Pediatría, Psicología, Servicio Social, Terapia Ocupacional y no profesionales administrativos; en carácter de informantes claves. Con el objetivo de determinar factores que inciden en el abandono de tratamiento de Terapia Ocupacional.

Su aporte contribuye a la realización de la Tesis de Grado correspondiente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la UNMdP. Solicitamos su valiosa colaboración que redundará en beneficio de los niños que asisten a la Unidad Sanitaria. Desde ya agradecemos su aporte y garantizamos la confidencialidad de los datos.

PRIMERA PARTE.

Profesión del entrevistado: **Fecha:**

Entrevistador:

N° de entrevista:

SEGUNDA PARTE.

1- En la Unidad Sanitaria ¿El Servicio en el que usted se desempeña, con que recursos cuenta? (Responde el personal que corresponda)

Recursos humanos SI ¿Cuáles?

NO

Recursos físicos	SI NO	¿Cuáles?
Recursos materiales	SI NO	¿Cuáles?
Recursos financieros	SI NO	¿Cuáles?

2- En la Unidad Sanitaria, ¿ cuál es la modalidad de administración de turnos? (Responde únicamente personal administrativo)

Turnos espontáneos.

Turnos programados. ¿Por qué?

Lista de espera. ¿ Por qué?

3-En el Servicio de Terapia Ocupacional, Psicología, Servicio Social y Pediatría, ¿ cuál es la modalidad de administración de turnos? ¿Quién lo administra? (Responde el profesional de cada servicio según corresponda).

Turnos espontáneos:

Turnos programados: ¿ Por qué?

Lista de espera: ¿Por qué?

4- ¿ Se realizaban reuniones de Equipo Interdisciplinario? (Responde el profesional que corresponda).

Si. ¿ Qué profesionales participaban de la misma?

¿ Con qué frecuencia mantenían las reuniones de Equipo?

No. ¿Por qué?

5- Usted desde su área de incumbencia profesional, ¿consideró y realizó la derivación de casos para que fueran evaluados en otro Servicio?(Responde profesional que corresponda)

Si. ¿Por qué?

No. ¿Por qué?

6 - Su Servicio, ¿ presenta alguna problemática semejante a la que ocurre en el Servicio de Terapia Ocupacional en relación con los abandonos de tratamientos?

Si ¿ Por qué le parece que sucede?

No

7- En su Servicio, ¿ se realizó, el seguimiento de casos de abandono de tratamiento?
(Responde el profesional correspondiente)

Si. ¿ Por qué?

No. ¿ Por qué?

TERCERA PARTE

Observaciones:

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ Lic Fuoresti Mariana

✓ Lic Campisi Alejandra

✓ Lic Escobar Raúl

Fecha de Defensa: 31-5-04

Nota: 9 (nueve)