

ADAPTACION DEL NINO A LA CONSULTA ODONTOLOGICA

DEFINICION: Significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza- aprendizaje por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la consulta odontológica.

A pesar de que lo ideal sería realizar la primera visita durante el primer año por razones preventivas, es solo cuando el niño tiene entre tres y cuatro años de edad que posee habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias de una cita odontológica, en este momento es capaz de entender la función del odontólogo y esto nos permite controlar los temores generados por una persona y ambientes nuevos, desconocidos y posiblemente amenazadores.

VARIABLES QUE INCIDEN EN LA ADAPTACION.

1. **Ambiente Odontológico:** Para el niño, este ambiente contiene una serie de eventos aversivos tales como gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas atemorizantes. Investigaciones han comprobado que los niños inmersos en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad, es por ello que debemos atenuar los posibles elementos generadores de la misma y convertir el consultorio en un escenario agradable, donde el niño se sienta seguro. **Sala de espera:** debe ser luminosa, agradable y cálida, el niño debe sentirse relajado; podemos tener cuentos, crayones y libros para pintar, juguetes, mesas y sillas pequeñas, peceras, televisión con juegos recreativos y música relajante para cubrir ruidos propios del consultorio. **Consultorio:** los lineamientos son los mismos que los de la sala de espera, debemos suavizar la impresión clínica manteniendo fuera de vista instrumentos, aparatos y jeringas. Colocar cuadros, adornos, carteleros con dibujos infantiles, etc.
2. **Odontólogo y Personal Auxiliar:** El abordaje que emplee el odontólogo hacia el niño es determinante en sus reacciones futuras al tratamiento, de allí la responsabilidad del profesional que lo trata. El Odontólogo que atiende niños debe gustarle lo que hace, ser tolerante, paciente y cariñoso, mostrar empatía por su paciente y ser capaz de ganarse su confianza y la de sus padres. Debe ser seguro de sí mismo y de sus actividades ya que los niños son capaces de percibir la más mínima muestra de inseguridad, pudiendo afectar su confianza. Poseer una buena capacidad de expresión en cuanto a las palabras, el tono de la voz, gestos y expresiones faciales, y usar un lenguaje y conceptos que el niño pueda entender; no debemos emplear diminutivos en exceso,

evitar palabras como aguja, taladro, dolor, en estos casos empleamos los **eufemismos** a fin de mantener bajos los niveles de ansiedad. El trabajo del Odontólogo debe ser eficaz y de calidad, su concentración en le mismo no debe descuidar el aspecto psicológico del paciente.

El personal auxiliar debe seguir los mismos lineamientos, su entrenamiento es crucial para la efectividad del trabajo en equipo. Todo empleado del consultorio debe proporcionar un trato amable y calido al paciente y sus padres, la comunicación con el niño, verbal y no verbal, es el principal objetivo para asegurar una adaptación ideal.

3. **Los Padres:** la estructura de los padres moldea, conforma y dirige la conducta del niño, de allí que esta refleja la actitud predominante en el hogar. La importancia de los padres es tal, que en Odontopediatria, la relación Odontólogo-paciente deja de ser un binomio para convertirse en triangular. Especial interés tiene la relación madre-hijo, el patrón de esta el la niñez ejerce gran influencia sobre la personalidad del niño y afecta la manera de responder a nuevas y exigentes situaciones. Existen ciertas gradaciones entre las actitudes maternas de las cuales describiremos 5 a saber:

3.1: **SOBREPROTECCION:** caracterizada por un cuidado excesivo, esto retrasa la maduración psicológica del paciente, si es acompañada de dominancia el niño se mostrara colaborador pudiendo ser difícil establecer comunicación con el. Si se acompaña de sobreindulgencia, podrá resultar agresivo si se contradicen sus deseos.

3.2: **SOBREINDULGENCIA:** niños con pocas restricciones o llamados también “niños sin límite”, son pacientes difíciles, muestran berrinches y/o conductas agresivas cuando no dominan la situación.

3.3.: **CARENCIA AFECTIVA:** falta de afecto hacia el niño, varia desde despreocupación o indiferencia hasta el descuido total. Son niños tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrarse rehaceos a colaborar. Requieren tolerancia y afecto.

3.4.: **RECHAZO:** descuido del niño sometido a frecuentes castigos y regaños. Si percibimos maltrato infantil debemos denunciarlo. Son pacientes difíciles, requieren afecto y comprensión.

3.5.: **AUTORITARISMO:** predomina la imposición de autoridad mediante el castigo o ridículo verbal. Acostumbrados a obedecer órdenes, se comportan adecuadamente en el consultorio pero pueden retrasar indirectamente el tratamiento mediante conductas evasivas.

4. **Los niños:** la actitud del niño depende, como se dijo, de las actitudes maternas, a su vez, el odontólogo debe obtener datos que le permitan conocer y percibir a su paciente. Se recomienda para ello emplear una encuesta psicoconductual, donde la madre facilite información acerca del paciente. Algunos de estos datos son: edad cronológica, conducta en el hogar, comportamiento en el pediatra, experiencias odontológicas previas, hospitalizaciones, temores, juegos, destrezas, etc. La edad cronológica es muy importante para predecir el comportamiento del paciente, su posibilidad de autocontrol, raciocinio, temores, madurez

emocional. Los niños muy pequeños no han logrado una madurez emocional suficiente, afortunadamente la intervención en estos niños no es frecuente a excepción de procedimientos menores que requieren poco tiempo y si se presentan casos como caries rampante o de biberón, se emplea la sedación o anestesia general. A los 4 años se facilita la adaptación por disminución del miedo a lo desconocido, mayor madurez emocional y aumento de la socialización. Lógicamente al aumentar la edad, el niño desarrolla mayores y mejores destrezas sociales, aprende a autocontrolarse y a aceptar situaciones no placenteras. Los adolescentes requieren de explicaciones mayores y más detalladas. En ocasiones la edad cronológica no corresponde con el desarrollo psicomotor del paciente, por esto debemos estar familiarizados con las características básicas desde el nacimiento hasta la adolescencia. Debemos conocer los miedos acordes y no acordes con la edad, el miedo es una reacción natural para alejarse de los peligros, el miedo racional e instintivo es normal, la ausencia del mismo entre los 2 y 6 años puede resultar patológico; el miedo puede ser **Subjetivo**, transmitido por los padres inadvertidamente o por escuchar historias odontológicas de amigos, u **Objetivo**, resultante de una experiencia real. La Fobia es un miedo específico, desproporcionado, no puede ser explicado o razonado, va más allá del control voluntario.

5. **Calidad de la Consulta Odontológica:** es clave para la adaptación, debe hacerse todo el esfuerzo por mantener al niño relajado, es por ello que la visita debe ser estructurada. Para que el niño sepa que esperar y como reaccionar, establecemos líneas guía del comportamiento, las cuales consisten en:

- a) Explicar al paciente el propósito del tratamiento y los objetivos de cada visita.
- b) Describir cada fase del tratamiento, estimando el tiempo de duración.
- c) Dividir cada procedimiento en etapas y señalar cuando ha culminado cada una.
- d) Preparar al paciente para cada cambio de sensación antes de que lo experimente. Ej.: olores nuevos, sabores, ruido, vibración.
- e) Informar acerca de lo que se realizara la próxima visita.

Debemos hacer de la primera visita algo agradable, positivo y simple, ya que de esto dependerá el futuro comportamiento del niño, la madre debe acompañar al niño en la consulta.

TECNICAS DE ADAPTACION.-

- 1) **DESENSIBILIZACION:** Se emplea para reducir los temores y tensión del paciente. Se logra enseñando una respuesta competente como la relajación, y luego vamos introduciendo progresivamente estímulos mas amenazantes a medida que el paciente se desensibiliza. Realizamos procedimientos fáciles y menos amenazantes dejando los

más difíciles para más adelante. Presentamos primero el espejo, pinza, conos de goma y luego el explorador, la turbina, jeringa, etc.

- 2) DECIR, MOSTRAR, HACER:** Creada por Addelston, este enfoque consiste en decirle al niño lo que se va a realizar en la consulta con un lenguaje sencillo, posteriormente le mostramos como lo vamos a realizar (instrumentos, materiales) y finalmente hacer lo que se dijo.
- 3) MODELAMIENTO:** Se produce un cambio de comportamiento resultante de la observación de otra persona. Llamado también **Aprendizaje por imitación**. Condiciones: a) Observador en alerta. b) Modelo con status. c) Consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador.
- 4) REFORZAMIENTO POSITIVO (MAS USADA):** Sabemos que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de la conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Los reforzadores pueden ser **materiales o tangibles** (juguetes, regalos), **sociales** que pueden ser verbales (elogios) y no verbales (expresiones faciales positivas, contacto físico) y **de actividad** (ir a un parque). Para suministrar el refuerzo positivo de una manera efectiva, se hace necesario: 1.- Especificar el comportamiento que se espera del niño. 2.- Aplicar inmediatamente el refuerzo positivo una vez obtenida la conducta deseada.