

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DE SUS HIJOS EN SITUACION DE ATENCION CLINICA-ODONTOLÓGICA EN CÓRDOBA, ARGENTINA.

LARGHI C; PORTA J; TULA M; LUCERO MF; GIGENA P.

Cátedra Integral Niños y Adolescentes, Área Odontopediatría B. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

INTRODUCCION

En el complejo proceso de la atención odontológica de pacientes niños, intervienen *dos factores* esenciales: las tendencias propias y las vivencias que el sujeto recoge de su ambiente. Cuando la construcción de una relación familia-niño es funcional, representa un agente estimulador natural, cuando existen conflictos (miedos), se pueden ver alteradas las satisfacciones biológicas, de afecto y estímulo. El miedo a la situación odontológica es un miedo **específico** común entre los niños, siendo una de las causas que perjudica la salud por la postergación en hacer la consulta inicial y su correspondiente continuidad de un tratamiento, agudizando las enfermedades bucales (1). Una posible explicación de la causa del miedo a la situación odontológica se ha basado en la **teoría del aprendizaje**. Según Rachman (2) existen *tres vías de aprendizaje* por el cual las personas argumentan haber aprendido a tener miedo al odontólogo: *porque han sufrido una experiencia dolorosa, *han sido testigos de niños de un evento traumático y/o *han oído una historia aterradora sobre la situación odontológica.

El miedo al Odontólogo se asocia con una variedad de factores, entre ellos el condicionamiento directo a través de las propias experiencias de tratamientos odontológicos e indirectos, con el aprendizaje a través de otras personas, así también como la personalidad y los factores ambientales (3).

Existe en la literatura considerable evidencia de que el aprendizaje social es una forma de adquisición de conductas nuevas por medio de la observación, muy viable en la adquisición de los temores (4). Muchos estudios han apoyado una relación positiva entre el miedo al odontólogo del miedo y el de sus familiares que puedan deberse a la formación indirecta (5). La ansiedad de la madre se asocia con el comportamiento del niño durante la primera visita al odontólogo (6). También se ha citado que el aprendizaje del miedo al odontólogo puede ocurrir no sólo a través de la observación y la información sobre el comportamiento de los miembros de la familia del niño, sino también a través de la medios de comunicación (7). De la observación de comportamientos que niños presentan durante la atención odontológica en relación a sus acompañantes, surge la motivación para proponer esta investigación.

SUPUESTO

Las experiencias odontológicas (positivas o negativas) de los familiares adultos, influyen en las conductas de los niños en situación de consulta clínica odontológica.

OBJETIVO

Identificar algunas percepciones que los padres tienen a cerca de su propia experiencia clínica-odontológica, en relación a la valoración de las conductas que tienen sus hijos o niños a cargo, en la situación Odontopediátrica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio. La población de estudio estuvo conformada por las madres u otro familiar adulto que acompañó a los niños a ser atendidos en la Cátedra de Odontopediatría. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas con guión abierto, grabadas en audio, previo consentimiento informado, a madres o acompañantes que voluntariamente participaron mientras atendían a los niños (de 4 a 9 años), en el año 2013. Las grabaciones en audio se transcribieron a texto escrito; Se procedió al análisis inductivo de las transcripciones verbales por codificación abierta. Se analizaron desde la Teoría Fundamentada (8) con el apoyo tecnológico de programa ATLAS Ti, identificando en esta etapa los códigos descriptivos emergentes. Para valorar las conductas de los niños, se aplicó un cuestionario y la Escala de Observación de Conducta de Frankl(9), que fue completada por los estudiantes responsables posterior a su atención en la clínica.

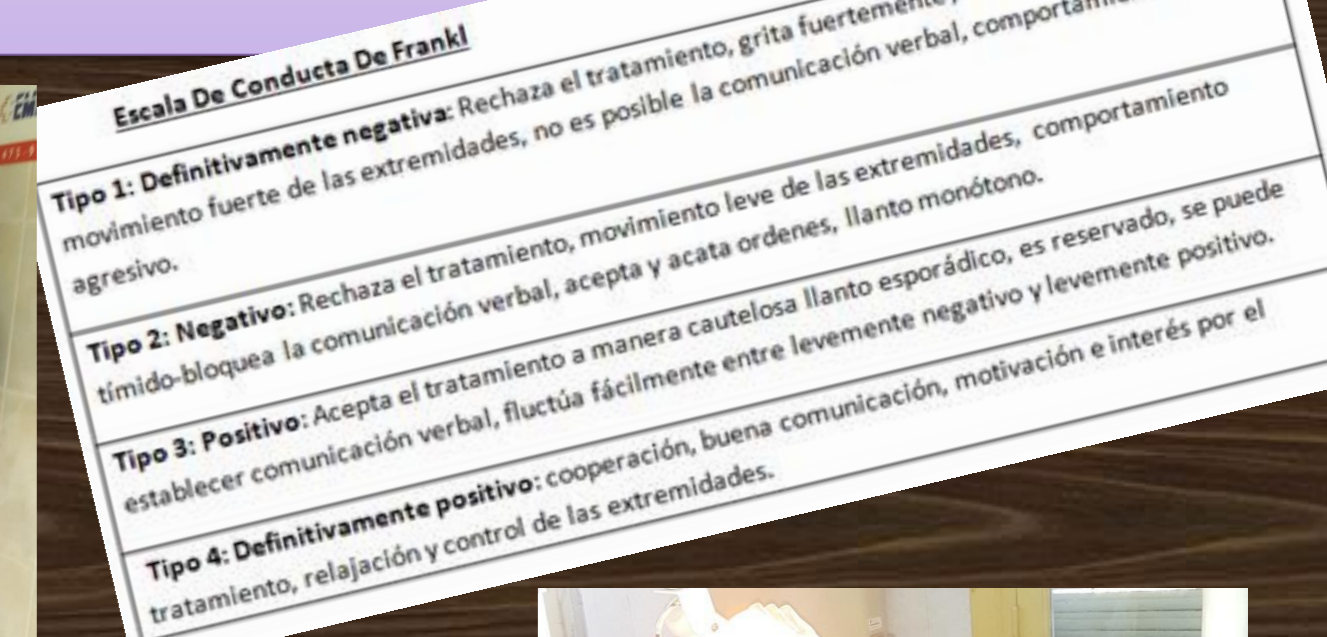
INSTRUMENTOS/TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- ❖ ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS individuales a madres o acompañantes familiares del niño. Se tomaran como ejes del guión los siguientes aspectos:
 - a) Referido a experiencias odontológicas previas.
 - b) Referido a percepciones de la situación odontológica.
 - c) Relacionados con el niño a su cargo.
- ❖ CUESTIONARIO a los alumnos para relevar la conducta del niño ante el tratamiento odontológico.
 - a) Antecedentes previos de atención odontológica del niño.
 - b) Antecedentes previos de malas experiencias odontológicas.
 - c) Datos acerca de las conductas de los niños en las primeras consultas.
 Para el cual se utilizó las categorías de la escala de Frankl.

RESULTADOS

La percepciones encontradas en los padres fueron:

Códigos descriptivos	Conceptualización	Nombre	"Decires"
Manifiestan presencia de sentimientos de miedo y dolor ante la experiencia odontológica.	Los padres admiten que los temores se manejan con la edad. Los temores inconscientes que provoca la manipulación de la cavidad bucal, se puede percibirse como un ataque a uno de las áreas más sensitivas y con mayor irrigación sanguínea, primera zona erógena. Es además el primer contacto del bebe con el mundo, esto queda firmemente enraizado en el inconsciente, lo que en ciertas ocasiones puede producir reacciones exageradas ante lo que puede considerarse un ataque a dicho centro neurálgico.	V	"...hasta ahora no, tengo miedo a la aguja..."
		I	"...me sacaron la muela, me hizo doler mucho..."
Expresan confort ante la accesibilidad y la buena atención del odontólogo (independientemente si es del ámbito público o privado).	El buen trato y accesibilidad del odontólogo es lo que marca la diferencia en la conceptualización del servicio odontológico privado o público. Esto se manifiesta según la experiencia personal y el trato del odontólogo. El desprestigio del que socialmente se manifiesta contra el servicio público, no se sustenta dentro de las experiencias particulares. Dado que según sus relatos la amabilidad y buen trato de los odontólogos del servicio público, es una constante.	G	"...Y tengo más confianza con ella (odontóloga)"
		LB	"(las alumnas) tienen de por sí más paciencia, (la atención) es con mas delicadeza..."
Reconocen la comunicación unidireccional como obstáculo para la atención odontológica.	Hay poca explicación para conservar o cuidar la salud, al igual que educación para la salud. La hegemonía en el conocimiento para el cuidado, conservación y/o recuperación de la salud del componente oral por parte del profesional, que en muchos casos no se ocupan de trasladarlo al paciente, aumentan la sensación de angustia y ansiedad ante la consulta odontológica (12).	L	:"... fui al odontólogo y me arreglo un diente que tenía caries y no me puso de anestesia nada... Y le decía yo que me dolía y siguió arreglándomelo..."
		MG	"...es medio animalito el pobrecito (el odontólogo)...le había quedado una astillita... "la abrió así (la boca), y la cosió..."
El marco de la primera consulta odontológica, la población de padres entrevistados reconocen que asisten con los niños entre los 5 o 6 años, por el pedido de la escuela del certificado de salud buco dental.	La exigencia por parte de los establecimientos educativos en materia del certificado buco dental, es lo que lleva a la primera consulta odontológica del niño. Esto lleva a la reflexión donde los padres no han incorporado el mensaje de la promoción de la salud y los niños no tienen o no pueden (por motivos culturales, económicos o sociales) (10) acceder a la salud odontológica. El tipo de comunicación unidireccional y hegemónica que el odontólogo en general posee con la población puede ser uno de los motivos por lo cual no hay incorporación de conocimiento y cuidado de salud bucal.	R	"... (Fuiste al Od.) sí, porque me obligaban en el colegio, de chica."
		G	(te acordas la primera vez que fue al od.) si, en la primaria)
Los padres tienen una visión biopsicista de la salud en presencia o ausencia de la enfermedad	Hablando en términos de presencia y ausencia de enfermedad, ante la falta del mensaje de promoción y prevención para la salud, sumado a la hegemonía médica(11) /odontológica predominante, se traduce en la consideración de la salud o la enfermedad en la presencia o no de síntomas biofisiológicos.	V	(V: "no, no fui, no me dolía nada...")
		M	(fue al odo.) "ya me saque el dolor ese que tenía que me estaba matando..."
Reconocen como valor tener una sonrisa saludable en la consideración social	Bourdieu expresa "el cuerpo es una construcción social", en la recomposición de la imagen corporal, una estética agradable es lo que socialmente se considera un valor social, la salud bucal no escapa a este paradigma y la conservación o mantenimiento de la salud y por ende una estética agradable puede responder a este paradigma socio cultural.	VA	"...yo le hablo del futuro, "Viste que la sonrisa es lo primero, es la carta de presentación..."
		LB	"... la estética de los dientes"... "perdí el diente"... "me pusieron el provisorio"... "me siento tan bien conmigo misma"... "mi papa está feliz")
El diálogo que los padres tienen con los niños mejora la predisposición al tratamiento.	La confianza que los padres infunden en el dialogo con los niños disminuye la ansiedad y la angustia frente a las primeras consultas que el niño tiene con el odontólogo.	LB	"...yo siempre les doy confianza"... "Hasta en el colegio ha hablado con la maestra que va al dentista"
		MG	"me sorprende bien...(Ud. le habla y le da consejos?, Sí)



CONCLUSION

- ❖ Los padres presentaron bajo nivel de miedo al tratamiento odontológico y reconocen que la comunicación unidireccional y cerrada que manifiestan tener en general los profesionales odontólogos que les han atendido, es el mayor obstáculo a la hora de la consulta, generando situaciones de temor, que difiere cuando el modelo de comunicación mediada por el estudiante de odontología, propone la inclusión como protagonistas de la situación odontológica.
- ❖ Los espacios de la investigación cualitativa nos permite aproximarnos a las percepciones de los padres sobre la atención odontológica y a partir de estas mejorar la relación odontólogo - paciente con los niños en atención clínica, profundizar en estos espacios es lo que puede enriquecer la profesión y acercarla sobre todo a la población pediátrica.

REFERENCIAS

1. Causas del miedo al dentista universidad nacional de cuyo. Divulgación científica 5.01.12
2. Rachman S. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. Behav Res Ther 1977; 15: 375-387.
3. Klingberg, G.; Berggren, U.; Carlsson, S.G. & Noren, J.G. (1995) Child dental fear: Cause-related factors and clinical effects. European Journal of Oral Sciences, 103, 405 - 412
4. Cuthberg, M. I. & Melamed, B. G. (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. Journal of Dentistry for Children, 49, 432-436.
5. Tuutti y Lahti 1987, Lahti et al. 1989, Klingberg et al. 1992, Milgrom et al. 1994, Kinirons y McCabe 1995, Townend et al. 2000, Arrrup et al. 2002, diez Berge et al. 2002.
6. Ware Jr, JE, Snyder, MK, Wright, WR, y Davies, AR (1983). Definición y medición de la satisfacción del paciente con la atención médica. *Evaluación y planificación de programas*, 6 (3), 247-263.
7. Berge, MT, Veerkamp, JSJ, y Hoogstraten, J. (2002). La etiología del miedo dental infantil: el papel de las experiencias dentales y acondicionamiento. *Diario de los trastornos de ansiedad*, 16 (3), 321-329.
8. Glasser; Strauss (1967). El Descubrimiento De La Teoría Emergente. Ed. Aldine. Nueva York, Estados Unidos.
9. Frankl, S.N., Shiere, F.R. and Fogels, H.R. (1962): Should the parent remain with the child in the dental operatory? Journal of Dentistry for Children, 29: 150 - 163.
10. Menéndez E, Di Pardo R (2008). La representación negativa de los Procesos Salud/ Enfermedad/ Atención de la Prensa Escrita. *Salud Colectiva* 4(1). Universidad de Lanús. Bs. As. Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/731/73140101.pdf> [accedido Septiembre 2013].
11. Menéndez, E (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Bs.As. Editorial Lugar. pp 73.
12. Moncunill I, Hilas E, Bella M, Gigena P, Lucero MF, Herrera A, Llanes M, Carletto Körber F, Cornejo LS (2006). Modos de comunicación odontólogo/ paciente drogodependiente. XXXVIII Reunión anual S.A.I.O.- I.A.D.R. Tucumán 2006. Grupo Ed. Congreso p133.

En el cuestionario realizado a los estudiantes que atendían a los niños se encontró: los niños (edad media 7,3±1,49). Presentaron un comportamiento según las categorías de comportamiento de la escala de Frankl: el 60% (n:6): Tipo 4 (definitivamente positivo); el 30% (n:3): Tipo 3 (positiva) y el 10% (n:1): Tipo 1 (definitivamente negativa).