



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA
ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

YAIR OSWALDO GONZÁLEZ GARCÍA

TUTORA: Mtra. PATRICIA DÍAZ COPPE

ASESORA: Mtra. ANDREA LARA PÉREZ SOTO

MÉXICO, Cd. Mx.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES	9
1.1. Historia del miedo y de la ansiedad al dentista.....	9
2. ANSIEDAD Y MIEDO	12
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Definición.....	13
2.3. Concepto de miedo y ansiedad al dentista.....	16
2.4. ¿Por qué es importante conocer el miedo y la ansiedad al dentista?.....	22
2.5. Ansiedad y miedo en la consulta odontopediátrica.....	25
2.5.1. Factores predisponentes del miedo y de la ansiedad dental.....	27
2.5.2. Ansiedad específica.....	36
2.5.3. Ansiedad por separación.....	38
2.5.4. Miedo al dentista: ¿innato o adquirido?.....	39
3. ESCALAS DE MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD DENTAL	43
3.1. Antecedentes.....	43
3.2. Generalidades.....	44
3.3. Escala Rud y Kinsling.....	47
3.3.1. Antecedentes.....	47
3.3.2. Descripción.....	47
3.4. Escala de ansiedad de Corah.....	48
3.4.1. Antecedentes.....	48
3.4.2. Descripción.....	49



3.5. Escala de ansiedad Venham y Gaulin-Kremer.....	50
3.5.1. Antecedentes.....	50
3.5.2. Descripción.....	52
3.6. Escala de Imagen Facial.....	53
3.6.1. Antecedentes.....	53
3.6.2. Descripción.....	53
4. SUBESCALA DENTAL DEL PROGRAMA DE ENCUESTA DEL MIEDO INFANTIL (CFSS-DS).....	55
4.1. Antecedentes.....	55
4.2. Descripción.....	56
5. EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA.....	58
5.1. ¿Cómo piensan los niños?.....	58
5.2. ¿Qué dibujan los niños.....	60
5.3. El lenguaje del niño a través del dibujo.....	65
5.4. El dibujo como método de diagnóstico.....	66
5.4.1. Descripción del método.....	68
5.4.2. Actitud del niño.....	69
5.4.3. Estructura del dibujo.....	71
5.4.3.1. Tamaños.....	72
5.4.3.2. Formas.....	73
5.4.3.3. Colores.....	75
5.4.3.4. Otras características.....	77
5.5. Ensayo del método en la clínica de Odontopediatría.....	80
6. CONCLUSIONES.....	100



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
8. ANEXOS.....	106
Consentimiento informado.....	106
Escala Corah modificada.....	107
Escala de Venham.....	109
Escala de imagen facial.....	110
Dibujo con instrucción.....	111
Dibujo libre.....	112



AGRADECIMIENTOS

A Dios y al destino que mediante circunstancias y causalidades típicas de la vida me han permitido llegar a donde estoy ahora y poder decir que amo mi vida.

A mis padres, por todo su amor, su cariño, su apoyo y sus regaños que me han forjado como la persona que ahora soy. Nunca terminaría de decir todo lo que me han dado, les debo todo, son los mejores padres, y las personas que más amo en la vida. Gracias por todo.

A mi hermano, quien ha estado conmigo desde mi nacimiento, ejemplo claro de el amor y la amistad entre hermanos, y aunque nunca lo menciono, gracias Aarón por ser quien y como eres conmigo, te quiero mucho.

A mi abuelita y familiares por confiar en mí, por quererme y apoyarme. Cada uno me brinda un hombro en el cual llorar y una sonrisa siempre.

A Mario, que en tan solo un año me ha enseñado demasiado de la vida y me ha enseñado otra parte de mí que no conocía, recordándome el valor que tengo como persona. Por tu apoyo y tú cariño muchas gracias.

A mis amigos, personas valiosísimas en mi vida, esas personas que me recuerdan que las penas con ellos son menos y las alegrías son más grandes, que esta vida sin amigos no es vida. A cada uno lo tengo en un lugar especial en mi pensamiento y corazón, ya que me han nutrido como persona en momentos y circunstancias distintas.



A mi tutora por todo el apoyo durante la realización de mi trabajo, me enseñó que si quieres algo tienes que luchar por ello, sin dejar de lado tu parte humana y social, pero sobre todo a vivir la vida con alegría. Es una persona magnífica, me agradó demasiado haber trabajado con usted. Bendiciones.

A mi asesora por el apoyo constante en mi trabajo y por las aportaciones que en el mismo brindó, los mejores deseos hoy y siempre.

A la UNAM por brindarme a los mejores maestros, instalaciones y compañeros. Por mi raza hablará el espíritu



INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental, el miedo y la evasión de situaciones de atención y tratamiento dental se han considerado frecuentemente como fuentes de serios problemas para la salud oral de niños y adultos.

La literatura menciona, la relación directa entre el nivel de ansiedad y la salud oral en niños, a mayor nivel de ansiedad, mayor número de dientes con presencia de caries; debido a que estos pacientes acuden sólo cuando ya es una urgencia o el dolor dificulta su vida diaria. De igual forma el tratamiento de pacientes con nivel elevado de ansiedad genera mayor estrés en el odontólogo de práctica general: al no tener todos los elementos y conocimientos de las técnicas de manejo del niño.

En países de Europa, Estados Unidos y Sudamérica, un gran porcentaje de personas adultas menciona tener miedo al dentista, y la mayoría lo atribuye a experiencias traumáticas en la niñez; esto hace pensar que el Cirujano Dentista en muchas ocasiones pasa por alto el impacto que puede generar en un niño la ansiedad y el miedo.

Las técnicas que se han utilizado a través del tiempo para analizar la respuesta del miedo infantil ante cualquier situación de “peligro”, se centran con frecuencia en: Entrevista, autoinformes, observación y registro directo. El estudio de la expresión infantil mediante dibujos es la forma más importante para ser considerada en la valoración psicológica en niños.



El dibujo es empleado desde muy temprana edad, mucho antes de la escritura y antes de un adecuado manejo del lenguaje, esto puede servir para expresar ideas o sentimientos.

Los métodos adecuados y con resultados aceptables para la valoración de la ansiedad comprenden: dibujo libre o bajo indicaciones específicas y la Escala de Venham y Gaulin-Kremer; pruebas aplicadas en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica (aunque muy poco empleada en esta última). Para apoyo y mejora de los resultados de las pruebas antes mencionadas, existe la Escala de ansiedad de Corah y la Subescala dental del programa de encuesta del miedo infantil.

Las técnicas de manejo del niño (decir-mostrar-hacer) en conjunto con la terapia farmacológica, han ayudado a reducir los niveles de ansiedad y miedo en la consulta odontopediátrica.

Al realizar la investigación se quiso aplicar las pruebas de dibujos y las escalas de medición de ansiedad para poder llevar a la práctica la teoría, esto sin ser un estudio experimental o descriptivo, sólo para observar y tener vivencias del método.



1. ANTECEDENTES

La odontología siempre ha sido asociada al dolor por la mayoría de la población, desde la antigüedad, los pacientes tenían que recurrir a muchas situaciones traumáticas durante el tratamiento. Hoy en día, a pesar de que hemos evolucionado en tecnologías en todos los ámbitos de la ciencia, para la población sigue siendo una situación de preocupación el recurrir al dentista, ya que se sigue asociando a dolor, miedo, angustia y ansiedad.

1.1. Historia del miedo y de la ansiedad al dentista

La relación entre miedos, algias, fobias y la odontología es conocida desde los tiempos remotos. El brujo o el chamán buscaban limitar el dolor pero a veces a través de tratamientos complicados que también conllevaban dolor.¹

El dolor dental se remonta al inicio de la existencia del hombre. Los problemas bucales comenzaron en el Neolítico con el sedentarismo. El descubrimiento del fuego permitió cocinar los alimentos y producir masas blandas que se quedaban adheridas en los dientes. Así se cree que surgió la placa bacteriana, y que los sumerios atribuyeron a un gusano que se comía el nervio (fig. 1) y, para sacarlo, había que hundir en la encía una afilada aguja, surgiendo los palillos de dientes, inventados en el año 3000 a.C.²



Fig.1 El gusano causante de la caries.²

Se considera que la Odontología se inició en el año 3000 a. C. con los médicos egipcios que incrustaban piedras preciosas en los dientes y tres siglos después en China, se utilizaba la acupuntura para tratar el dolor dental asociado a la caries.¹

En la Edad Media, la odontología era practicada por barberos y charlatanes (fig. 2); el mítico gusano dental ya conocido desde la odontología del Antiguo Egipto, seguía siendo el causante de la caries dental y del dolor de muelas y como tratamiento, se aplicaban soluciones muy elaboradas en forma de gotas para eliminarlo.³



Fig.2 Barbero de la edad media realizando una extracción.⁴

La larga historia de miedo y baja consideración a la profesión se puede apreciar y valorar a través de las obras literarias, la falta de reconocimiento social de los barberos flebotomianos que fueron tratados a menudo con ironía o de modo peyorativo, hacen que la reputación del dentista continúe siendo la misma; el de un profesional que ayuda a quitar el dolor, pero en su mayoría de casos lo hace causando dolor.

En la actualidad a pesar de haber mejorado en las técnicas de anestesia, manejo del paciente y con el auge en el concepto de odontología mínimamente invasiva, una gran mayoría de la población continua refiriendo tener miedo al dentista.



2. ANSIEDAD Y MIEDO

La ansiedad se relaciona con la expectativa de que algo va a suceder, cuando esperamos que ocurra algo y anticipamos efectos negativos. El miedo en cambio, es una emoción básica, necesaria y adaptativa.

Aunque el miedo y la ansiedad son experiencias individuales que varían de persona a persona, la mayoría mantiene una comprensión común de estas emociones. De hecho el humano es capaz de identificarlas en otros individuos esta habilidad la vamos adquiriendo a través de la experiencia de la vida diaria.⁵

Ambos estados ayudan a los individuos a vivir su día a día y son parte fundamental en la evolución del hombre y su entorno. Pero a pesar de ser emociones normales en las personas, muchas veces funcionan como limitantes para realizar actividades cotidianas, entre las que se encuentra acudir al dentista.

2.1. Antecedentes

Se sabe que “en niños de apenas un año de edad ya se observa el temor anticipado a objetos agudos (Barr, 1989)”.⁵ Por ende, es muy común que estas emociones sean desarrolladas desde muy temprana edad; ya que el individuo tendrán en su vida cotidiana constantes “amenazas” que el percibirá de esa manera. Además estas reacciones pueden tener mucha relación con las respuestas de las personas cercanas al niño en crecimiento,



de tal forma que un niño lesionado puede no alterarse demasiado hasta que nota la reacción emocional de un adulto ante la situación.

Conforme el niño madura, va a desarrollar un vocabulario más amplio y un entendimiento mucho más complejo, además de que va adquiriendo nuevas y variadas experiencias. Al mismo tiempo, el niño va desarrollando una estrategia de afrontamiento ante situaciones adversas; en tal caso el umbral del dolor ira disminuyendo y el autocontrol será mayor.

Por lo que hablando odontológicamente, el paciente conforme la edad mejorará su autocontrol en la consulta y generalmente por su madurez intelectual podrá mencionar más a detalle alguna dolencia o incomodidad durante la consulta. (Fig.3)



Fig.3. Paciente cooperador por su madurez intelectual conforme a la edad.⁶

2.2. Definición

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” que significa congoja o aflicción se define como “un estado de malestar psicofísico caracterizado por



una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se evidencia como una amenaza inminente”.⁷ (Fig. 4).

La ansiedad dental es una respuesta multisistémica a lo que se cree es una amenaza o peligro, es una experiencia subjetiva e individual que puede variar entre personas; puede tener un impacto en la vida cotidiana y ser una barrera significativa para buscar y recibir cuidados dentales. Dentro del campo de la psicología es considerada como una emoción, tiene tres dimensiones: fisiológica, cognitiva y conductual.⁷



Fig. 4. Niña con características conductuales de la ansiedad.⁸

Los aspectos cognitivos no placenteros implicarían una interferencia con la concentración, hipervigilancia e incapacidad de recordar ciertos eventos o palabras de alguien más. Los aspectos fisiológicos suceden cuando hay una hiperactividad en el sistema nervioso autónomo, teniendo como resultados transpiración más abundante de lo común, palpitaciones y falta de respiración, o dificultad para realizar una respiración normal.



Por último, la conductual implica que el sujeto adoptará comportamientos poco ajustados a las circunstancias en donde se presente dicha ansiedad, los cuales van desde la evitación o ignorar la situación, hasta el escape del lugar.⁹

En la literatura existe una confusión entre lo que es ansiedad, miedo y fobia. La ansiedad, es de carácter individual, subjetiva y varía de persona a persona, teniendo una repercusión en la vida cotidiana, creando una “barrera” mediante la cual el sujeto evitará enfrentarse a la situación que la provoque. El miedo es un sentimiento de inminente daño, mal, problema o respuesta emocional; manifestándose con aprehensión e inquietud, llegando a alcanzar niveles como terror o pánico. Respecto al miedo y ansiedad dental, la literatura prácticamente no distingue de ambas emociones, por lo que será común encontrar ansiedad o miedo dental y tendrán la misma connotación en el texto.

La fobia es la expresión máxima del miedo, a tal punto que la persona no puede llevar a cabo una rutina normal de vida respecto a sus actividades, ocupaciones, así como relaciones sociales.⁹

El miedo por definición, es una emoción normal y universal necesaria, adaptativa que todos experimentan cuando se enfrentan a determinados estímulos (reales o imaginarios). En el caso de los niños, van a sufrir numerosos miedos a lo largo de su desarrollo, dependiendo sus etapas y la mayoría de estos serán pasajeros e irán desapareciendo con una madurez mental y emocional.¹⁰ (Fig. 5).



Fig. 5. Expresión física y fisiológica del miedo en una niña.¹¹

A pesar de que estos miedos desaparezcan, le servirán en su vida futura, puesto que si bien ya no tendrá miedo de algunas situaciones u objetos, sabrán que si es peligroso debe tener cuidado, ser prudente o huir. De tal forma no será nada extraño el miedo específico a situaciones determinadas, puesto que le ayudarán al niño de manera adaptativa y de madurez psicológica.

2.3. Concepto de miedo y ansiedad al dentista

Numerosas publicaciones documentan que el temor al dentista es más frecuente de lo que pudiera parecer, no siendo por ello una situación excepcional.¹

El inicio de la terapéutica dental está asociado con el dolor y el miedo a las prácticas dentales, el 20% de la población admite su temor a acudir al dentista; estos sentimientos antiguos de miedo llevan a conductas evasivas dificultando el tratamiento dental en la actualidad.



A pesar de las mejoras en las prácticas odontológicas y la reducción del dolor en las intervenciones, el miedo a acudir al dentista sigue persistiendo, por lo que se podría describir como una fobia o miedo irracional. Por ello el miedo y la ansiedad deben ser considerados por el dentista y la comunidad científica, para contribuir a un mejor conocimiento de todas sus dimensiones y desarrollar estrategias para su mejor prevención y/o tratamiento.

Diversos autores han intercambiado frecuentemente dentro del título y en los objetivos de sus estudios los términos de miedo y ansiedad dental, éstos suelen ser citados conjunta e indistintamente, existiendo en ocasiones un enmascaramiento de su definición. Scott y Hirschman en 1982, afirmaron que el miedo es una manifestación más de la ansiedad en general; González Ceinos y cols. (1999), indicaron que la ansiedad es el miedo que experimentan los pacientes ante el tratamiento dental sin poder explicar ni controlar la razón de este estado.¹

En los estudios de Márquez Rodríguez (2001), sobre factores subyacentes al miedo dental y en el estudio de Navarro y Ramírez (1996), sobre la prevalencia de la ansiedad y miedos dentales, definen la ansiedad y el miedo como patrones multidimensionales y aprendidos del comportamiento y distinguen elementos diferenciadores entre ambos, afirmando que la ansiedad tiene un patrón de conducta anticipatorio y un patrón de respuesta generalizado, mientras que el miedo es contemporáneo al tratamiento y suscita respuestas más discriminativas relacionadas a objetos y/o situaciones dentales.



Así pues, el miedo dental se considera una reacción adaptativa natural y se supone que nos protege frente el peligro. (Fig. 6) Ha sido definido como una manifestación del miedo en general, tratándose de una perturbación del ánimo, angustiosa, ante una situación que puede ser real o imaginaria. También ha sido definido como una reacción ante una percepción, como una manifestación de la ansiedad y como una situación intensa de aprehensión.



Fig.6. Niña con miedo en la consulta odontopediátrica.¹²

La respuesta a la situación de miedo está compuesta por tres componentes: psicológico, cognitivo y de comportamiento, estrechamente conectados. El componente psicológico consiste en la activación del sistema nervioso simpático que produce un incremento del nivel de adrenalina, incrementando la sudoración, el ritmo cardíaco y los problemas estomacales (Fig. 7 y 8). El componente cognitivo conlleva a pensamientos negativos tales como, “podría morir, esto es peligroso, necesito irme”. La parte que corresponde al comportamiento dentro de la respuesta ante el miedo conlleva a luchar contra la situación o incluso abandonar la consulta hablando odontológicamente.



RESPUESTAS FISIOLÓGICAS A LA ADRENALINA	
ÓRGANO	EFEECTO
Corazón	Incrementa frecuencia cardiaca
Pulmones	Incrementa frecuencia respiratoria
Hígado	Estimula la Glucogenólisis
Casi todos los tejidos	Vasoconstricción o vasodilatación

Fig. 7. Tabla de respuestas fisiológicas a la Adrenalina.

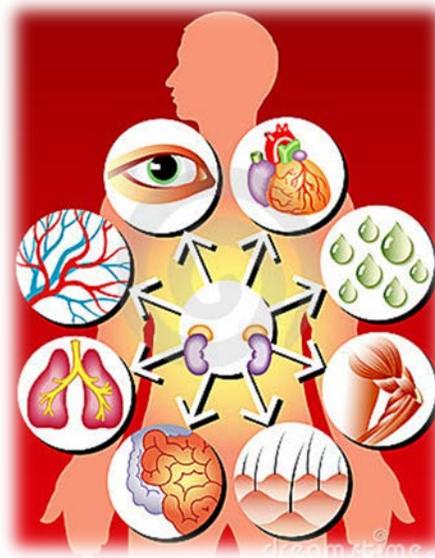


Fig.8. Esquema de los órgano en que influye la Adrenalina.¹³

Shoben y Borland (1954), en su estudio empírico de la etiología de los miedos dentales, concluyeron que el miedo dental era un sentimiento adquirido más que innato, al igual que Kleinknecht y cols. (1973), que en su estudio de los orígenes y características del miedo en Odontología, apoya



una teoría conductual en la que el miedo es descrito como un sentimiento adquirido a partir de experiencias propias o del entorno de naturaleza traumática.¹

Está aceptado que el miedo dental contiene un componente exógeno y otro endógeno, el exógeno se refiere a miedos dentales adquiridos debido a experiencias directas o indirectas; el endógeno se refiere el miedo como parte de desórdenes depresivos o ansiosos, englobando múltiples fobias y diagnósticos psiquiátricos. Aunque el miedo dental no está considerado un rasgo innato, la etiología endógena del miedo dental sugiere que algunas personas pueden presentar personalidades que son más vulnerables a los desórdenes ansiosos y presentar problemas psicológicos.

El miedo dental ha sido relacionado con diferentes diagnósticos de salud mental entre los que destacan la fobia, los trastornos del ánimo y de la conducta (en especial en la edad infantil), así como la dependencia del alcohol en adolescentes y adultos; ha sido también asociado a miedos específicos, como la fobia social; sin embargo, los resultados de estudios de asociación entre fobias relacionadas con situaciones sociales y miedo dental son inconsistentes. Una razón para ello puede ser que los estudios han usado a menudo informes autoadministrados, en lugar de instrumentos diagnósticos tales como estandarización o entrevistas psiquiátricas estructuradas, sólo un número limitado de estudios han utilizado instrumentos diagnósticos. Además algunos estudios que usan estos instrumentos han tratado la asociación entre miedo dental y fobias específicas, tales como miedo a las inyecciones y a la sangre (Fig.9) y no han incluido otros trastornos de ansiedad, tales como el trastorno del pánico, fobias sociales o trastornos depresivos.



Fig.9. Ejemplo de miedo específico.¹⁴

Se debe tener en cuenta también que el miedo es algo normal ante lo desconocido, como la primera vez que una persona se realiza una extracción o una endodoncia, aunque lo normal es que este miedo sea controlable y los pensamientos racionales.

Recordemos, que la ansiedad se trata de una característica de la personalidad permanente en la dinámica mental de cada individuo y no expuesta a los factores o estímulos que percibe el sujeto y la causa de la ansiedad se postula como multifactorial, siendo el motivo más referido una experiencia traumática previa, seguido por otros como la actitud aprendida de su entorno, los relatos de parientes y amigos cercanos respecto a tratamientos dentales recibidos hace años.¹

La principal diferencia con el miedo es la naturaleza del estímulo que desencadenará la reacción y la intensidad de la respuesta a la amenaza. Así pues, una persona ansiosa podría responder simplemente a la notificación de la cita con una fuerte reacción de miedo; ellos mismos son conscientes de que la ansiedad es irracional y exagerada, y a pesar de la ansiedad no llegan al grado de pacientes con fobia y aún acuden a la consulta.



La fobia dental la podemos utilizar para describir un miedo desproporcionado que no guarda relación con la situación real, no respondiendo a la voluntad ni razón del paciente, conduciéndole a la evitación del tratamiento dental.

Queda claro que la división entre el concepto de ansiedad y miedo dental es confuso, y debido a la frecuencia con que autores mencionan ambos conceptos casi de igual manera, en este trabajo se hará referencia a estos términos de forma conjunta, recordando que tienen definiciones y características distintas.

2.4. ¿Por qué es importante conocer el miedo y la ansiedad al dentista?

En la consulta dental, sea pediátrica o de adultos, cada paciente va a tener características muy diferentes que lo va a hacer un caso único, por tanto es importante saber a qué tipo de paciente nos enfrentamos ya que el éxito de la práctica odontológica depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del paciente. La mayoría de los pacientes se esfuerzan por ser colaboradores, y en estos casos el profesional deberá no sólo apoyar su conducta sino además mantenerla. Pero la actitud de algunos pacientes con frecuencia dificulta nuestro tratamiento, ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo, siendo el miedo y la ansiedad uno de los factores principales para ello.



El miedo y la ansiedad para muchos pacientes es un motivo para no acudir de forma regular a la consulta dental, complicando la atención odontológica de algunos (Fig.10). Desde nuestra perspectiva profesional, nos interesa mantener los pacientes a largo plazo y al final de nuestro tratamiento, lo ideal es que el paciente acuda de forma regular a las revisiones, con una mejoría en la calidad del tratamiento, pues se reduciría el estrés para ambos. Así pues, el primer paso para tratar a los pacientes ansiosos sería ser capaces de identificarlos mediante numerosas herramientas como cuestionarios y entrevistas.



Fig.10. En general los padres llevan a cita a los niños sólo cuando hay dolor, no para revisión.¹⁴

El miedo y la ansiedad ante la situación dental, puede provocar en los pacientes y en el dentista unas consecuencias que pueden alterar el orden correcto y el desarrollo de una cita, e incluso de un plan de tratamiento completo, y es la causa principal por la cual un elevado porcentaje de personas no acuden al dentista cuando tienen problemas de salud oral. Estudios indican que el 50% de la población norteamericana no acude a la consulta del odontólogo de forma regular por este motivo; también se encuentra que entre el 9 y el 15% de todos los norteamericanos evitan acudir al dentista cuando lo necesitan debido a la ansiedad y el miedo que les



provoca la experiencia dental, en total se estima que unos 30 millones de personas nunca acuden al dentista por miedo.¹

Conocer y reducir los niveles de ansiedad de los pacientes poniendo en práctica las medidas adecuadas es importante, ya que numerosos estudios han demostrado que los pacientes altamente ansiosos necesitan más tiempo para ser atendidos; de manera que el costo adicional en el que se incurre puede ser importante. Es más probable que los pacientes altamente ansiosos no estén satisfechos con la apariencia de sus dientes y, de esta manera tienen una valoración menos positiva de sus dentistas.

Otro efecto a considerar del miedo y la ansiedad dental es la disminución del umbral del dolor, ya que estímulos no dolorosos pueden ser interpretados como tal, o estímulos en general magnificados e interpretados como molestos.

Se hace imprescindible entonces el conocimiento de los factores predisponentes al miedo y a la ansiedad dental, pudiéndose aunar esfuerzos dentro del equipo para evitarlos. Conociendo los factores predisponentes amenazantes, podremos trabajar paulatinamente con cada uno de ellos para minimizarlos de tal manera que se logre suprimir o atenuar la percepción del paciente hacia ellos y conseguir así una atención óptima con calidad, eficacia y calidez.



2.5. Ansiedad en la consulta odontopediátrica

De cierta manera la ansiedad junto con el miedo leve son esperables en cualquier atención médica o dental.⁷ Existen por lo menos cuatro reacciones básicas y de lo más comunes en la consulta odontopediátrica: el miedo, la ansiedad, la resistencia y timidez.¹⁵ Estas son parte de un desarrollo normal, y parte de la evolución y adaptación del hombre ante su entorno, pero cuando alguna de estas reacciones son expresadas de manera desproporcional ante alguna situación (en este caso la consulta odontopediátrica) se vuelven un punto preocupante, puesto que en un futuro podría generar algunas posibles conductas inadecuadas que podían comprometer su higiene oral y salud en general; además de la probabilidad de desarrollar alguna fobia.

El porcentaje de niños con altos niveles de ansiedad dental varía ampliamente dependiendo las características de la población infantil estudiada, de los procedimientos de evaluación de la ansiedad y de los criterios de definición de esta.

La ansiedad dental influye notablemente en la salud oral del paciente, esto debido a que entorpece tanto el manejo del paciente durante la cita, así como las citas subsecuentes para terminar el tratamiento, con tasas de prevalencia que van del 4% al 23% en países europeos. En Sudamérica, estudios mencionan tasas del 34.7 % en preescolares, teniendo una relación con los padres de dichos niños, los cuales tienen un porcentaje de ansiedad dental del 41.1%. Teniendo esto en consideración un paciente con fobia dental llega a sufrir en promedio 17 días de dolor antes de consultar a un dentista.⁷



Aunque en Latinoamérica no se ha estudiado mucho el nivel de ansiedad dental infantil se tienen muchos datos de autores variados en otros países con distintos resultados. Rivera y Fernández (2005) mencionan distintos porcentajes de ansiedad dependiendo al país; por ejemplo los niños suecos presentan un 2.6% de ansiedad muy elevados, y 6.7% niveles elevados. En Holanda un 6% presentaba niveles elevados de ansiedad, 10.8% los niños de Inglaterra, y un 20% de niños norteamericanos. Un país de Latinoamérica en donde se implementó un estudio de este tipo fue en Honduras teniendo como resultado que el 27% de niños presentaban niveles elevados de ansiedad.⁷

A pesar de que los métodos para reducir ansiedad y miedo han evolucionado, se produce una asociación directa entre el sonido de la pieza de alta y el dolor, siendo bastante alta (Fig.11). Aunado a esto, la connotación histórica cultural ha asimilado a la odontología como traumática.



Fig.11. Relación entre la pieza de alta velocidad y el dolor.¹⁶



Esta ansiedad también tiene consecuencias económicas como ya se ha mencionado, al evitar la ida con el dentista de manera preventiva, acuden cuando el dolor o molestia ya es bastante fuerte, y el costo de un tratamiento restaurativo será mayor que el preventivo. Y ya que al atrasar el tratamiento se requieren mayor número de citas, los costos para terminar el mismo se van a incrementar.

Antes de dar un tratamiento debemos saber y realizar un buen diagnóstico, ya que al ser la ansiedad muy común en la consulta odontopediátrica, el profesional tiene la tarea de conocer los niveles de ansiedad que su paciente presenta. No será lo mismo entonces atender a un paciente de manera común, que saber el nivel de ansiedad que presenta y los refuerzos que se tienen que hacer en manejo de conducta, tanto por los tutores como por el equipo de trabajo odontológico.

2.5.1. Factores predisponentes del miedo y ansiedad dental

Si bien es cierto que la ansiedad y el miedo son estados emocionales que ayudan a los individuos a defenderse de una variedad de amenazas, los desórdenes psicológicos producto del miedo y ansiedad dental conllevan a un comportamiento perturbador que en ocasiones obstaculiza su vida diaria.

Hay muchos factores etiológicos del origen de la ansiedad, estos se pueden dividir en los relacionados con el niño, con el odontólogo y a factores ambientales.⁷



Los relacionados con el niño se puede resumir que son la edad, el género, el temperamento, experiencias previas y comportamiento en general; podemos incluir cinco interrelacionados: a) miedo al dolor o a su anticipación. b) falta de confianza o miedo a la traición. c) miedo a la pérdida de control. d) miedo a lo desconocido (Fig.12) e) miedo a la intromisión.



Fig.12. miedo a lo desconocido, a pesar de no ser punzante el objeto.¹⁷

Dentro de los factores ambientales se encuentra la ansiedad dental de los padres o tutores, crianza del paciente, antecedentes familiares, factores culturales y socioeconómicos ⁷

Por otra parte, los factores relacionados al dentista incluyen a todo el equipo de trabajo, por lo que en caso de requerirse cambios en el manejo del paciente, todo el equipo tiene la obligación de participar en los mismos (Fig.13).



Fig.13. Equipo de trabajo, crucial para el manejo del paciente.¹⁸

Otros estudios señalan que las causas del por qué un paciente puede tener ansiedad dental son diversas. “Locker, Shapiro y Liddell demostraron que experiencias previas negativas en consulta odontológica tienen gran relevancia para desarrollar ansiedad dental, esto sin relacionar dicha experiencia a alguna edad en específico del sujeto (Fig.14). Esta investigación fue apoyada y complementada por Olvera y Colares, que establecieron que éstas experiencias tienen mayor relación y trascendencia cuando son a la edad de 5 años o menos”.⁹



Fig.14. Experiencias previas desagradables serán factor para desarrollar ansiedad dental. Archivo personal de Mtra. P. Díaz Coppe.



También menciona la literatura que la ansiedad es un condicionamiento, por lo que bastará con que el sujeto esté expuesto a un estímulo que le recuerde una experiencia molesta para que tenga como respuesta ansiedad dental.

Lara, Crego y Romero-Maroto, comprobaron la correlación entre la ansiedad dental familiar en general y la ansiedad dental del niño. Mencionan que la ansiedad dental del padre tendrá más peso que la de los demás familiares, aunque no por eso dejan de tener relevancia en la ansiedad del infante, ya que aunque el padre tenga malas experiencias previas, si los demás miembros de la familia proyectan seguridad y bajos niveles de ansiedad el niño de igual manera tenderá a tener menor nivel de ansiedad.⁹ (Fig.15).



Fig. 15. Interacción entre dentista, padres y paciente.¹⁹

Existe una explicación controversial que intenta argumentar las causas de la ansiedad dental, Pohjola, Mattila, Joukamaa y Lathi concluyeron que “luego de evaluar a 5241 finlandeses mayores de 30 años, los sujetos con alexitimia (dificultad para poder identificar y expresar emociones) presentan



una tendencia a sufrir ansiedad dental”.⁸ lo que sugiere que existen personas vulnerables o predisponentes a padecer ansiedad dental.

Entre otros factores se menciona que las personas con malos hábitos higiénicos suelen ser más ansiosas, al igual que aquellos que tienen un mal estado bucodental; aunque en su mayoría mencionan que es consecuencia y no factor, por tener ansiedad elevada, el paciente tiene descuidos en la higiene oral.

También las personas con alguna discapacidad psíquica experimentan más miedo a los tratamientos odontológicos por su falta de comprensión. Aunque los pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado bucal; los niños con una experiencia médica anterior positiva tienden a colaborar más con el odontólogo.

No parecen existir diferencia según el sexo en niños preescolares, pero Barbería menciona en su capítulo “Desarrollo psicológico del niño” que después de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños.²⁰

Un tiempo de espera prolongado antes de la atención, un número excesivo de pacientes en la sala de espera que al individuo puede parecerle que el tratamiento se realiza con prisas, y sesiones de tratamiento de larga duración, parecen aumentar también el nivel de ansiedad.¹



La hora de la visita puede influir también en niños con corta edad, por eso se recomiendan citas en la mañana, (aunque tampoco muy temprano) ya que no están tan cansados. A medida que el niño crece, la edad deja de ser un factor importante.²⁰

Existirán otros factores como: Características de la personalidad, temor a la sangre, temor al dolor, temor a las heridas, estrés y ansiedad por estar en lugares con espacio reducido (esta última considerada muy poco, y que puede tener gran relevancia).¹⁰

A pesar de todos estos factores mencionados, el principal y mayormente utilizado como argumento es el dolor, ya que el temor que siente el paciente hacia dolor se ha relacionado fuertemente en algunos estudios al desarrollo de ansiedad dental y a evitar el tratamiento. Este estudio de investigación destaca que el recuerdo del dolor dental es alterado con el tiempo.¹

Melzack y Casey (1968), llevaron a cabo el primer intento de abordar el dolor como una entidad compleja mucho más complicada que un mero mecanismo de transmisión neurológica. Para ellos, la percepción y la experiencia del dolor estarían compuestas por tres dimensiones básicas (Fig.16):



Fig.16. Imagen abstracta representando a al dolor de manera sensorial, cognitiva y motivacional .²¹

1. Sensorial-discriminativa: tiene como función transmitir la estimulación nociceptiva, su intensidad y características espacio-temporales. Sería la primera codificación del dolor referido a la valoración de la intensidad de la estimulación. La intervención psicológica en esta dimensión podría ir dirigida a aumentar los niveles sensoriales del umbral del dolor y a la modulación de la valoración de la estimulación nociceptiva.

2. Motivacional-afectiva: tiene como función principal expresar la experiencia de dolor, como tolerable o como aversiva. Es la responsable de que aparezcan en el sujeto respuestas emocionales tales como el miedo o la ansiedad. La persona al percibir el dolor se siente angustiado y temeroso, excitado o deprimido, determinando un estado que lo lleva a comportarse de tal manera que la sensación dolorosa disminuya o cese completamente. De esta manera se establece una relación circular entre dolor, estado emocional, motivación y conducta. Así pues, el dolor evidentemente produce una afectación física, seguida de las aéreas emocionales, social y cognitiva.



En la actualidad se considera que la ansiedad puede mantener la activación automática y facilitar la aparición de mayores síntomas nociceptivos. Tradicionalmente se acepta que a mayor grado de ansiedad mayor dolor; la ansiedad facilita un aumento de la tensión y por tanto, de la intensidad del dolor.

3. Cognitivo-evaluativa: tiene como función básica la modulación del funcionamiento del resto del sistema implicado en la experiencia de dolor, dando como resultado el control y/o emisión de la conducta. La ausencia de información y su incertidumbre generan ansiedad; la percepción de pérdida de control sobre sí mismo y su propia existencia lleva al desamparo y al escape, al igual que a la evasión, al aislamiento social y a la ansiedad y depresión.¹

Para la American Psychiatric Association, los factores de personalidad implicados en la comprensión del dolor son:

- Tendencia a la ansiedad: las personas con mayor ansiedad reportan mayores niveles de dolor.

- Rasgos ciclotímicos: la ciclotimia se caracteriza por ser una tendencia de personalidad o una enfermedad psiquiátrica de carácter bipolar. Se ha constatado el aumento de los niveles de dolor durante la fase depresiva de los ciclotímicos (Fig.17).

- Rasgos histéricos: los sujetos de estas características que presentan dolor, tienden a exagerar los síntomas, llegando a ser histriónicos en sus gestos y conductas, no tolerando el dolor, y volviéndose aún más manejadores y exigentes. Rayan muchas veces en la simulación.



-Rasgos hipocondríacos: la tendencia a preocuparse excesivamente por el funcionamiento del propio cuerpo, sus disfunciones y anomalías. Manifiestan dolores ante la más mínima señal disfuncional que detecten.

-Rasgos obsesivos: pone a prueba la paciencia del personal sanitario que le atiende debido al alto grado de exigencia y a la minuciosidad a veces exasperante.



Fig.17. Ciclotimia en los niños .²²

Los factores socioculturales hacen que los patrones de conducta, las creencias y valores del grupo afecten al comportamiento individual frente al dolor. Los miembros de diferentes culturas asumen actitudes diferentes frente a la expresión de dolor; hay diferencias culturales significativas en la concepción y percepción del dolor, siendo estas extremadamente complejas. También existen factores que trascienden los niveles grupales e inter grupales para situarse en una situación superior, en tanto en cuanto afecta a todos los individuos que viven bajo un determinado modelo social y cultural; podrían incluirse las políticas sanitarias llevadas a cabo por los dirigentes.



Lo cierto es que la percepción individual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental, además, en la actualidad se considera que la ansiedad puede mantener la activación automática y facilitar la aparición de síntomas nociceptivos mayores. En el estudio de Gatchel y cols. En 1989, el miedo al dolor fue la razón principal para no acudir al dentista, por ello concluyó que el miedo dental y la evitación están directamente relacionados. De esta manera se hace evidente que el control del dolor es necesario, como primer paso en la reducción de la alta prevalencia del miedo dental.¹

Así podemos concluir que desde la perspectiva conductual, la ansiedad y los miedos dentales se deben considerar como patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan desadaptativos para llevar a cabo el tratamiento odontológico.

2.5.2. Ansiedad específica

Dentro de la ansiedad existen algunas variantes de la misma que se presentan y muestran con diferentes características. La ansiedad específica aparecerá como su nombre lo dice ante una situación en específico, la cual debe de ser notablemente marcada y discernible para poder identificar que o cuál situación lo provoca, una de las más comunes son maniobras médicas/odontológicas.²³ (Fig. 18).



Fig.18. Ansiedad específica ante maniobras odontológicas.²⁴

Cuando la ansiedad es moderada el paciente se sentirá incómodo y estará a la expectativa del tratamiento, mientras más crece esta ansiedad las manifestaciones pueden ser pérdida del autocontrol, aumento de la presión, sudoración y la necesidad de evadir esa situación, en este caso ya podrá ser llamado fobia, dado que es conocido el factor que lo provocó y es único, a este estado se le llamará fobia específica.

Este tipo de ansiedad es muy importante a nivel escolar, y como la evitación de el factor que la desencadena en este caso sería la consulta dental, el ausentismo en las citas será muy común, en ocasiones los niños fingirán tener alguna otra molestia que no involucre al dentista como tratamiento, o bien la ida a citas subsecuentes serán forzadas por los padres, dificultando el manejo de la conducta aún más por parte del grupo odontológico.²³

Aunque el tratamiento es multidisciplinario, el odontólogo tiene la necesidad de hacer un buen manejo de conducta del paciente, mostrándole la realidad del tratamiento sin permitirle que su fantasía o su ansiedad magnifiquen los tratamientos, y los perciban de manera peligrosa.



Los tutores del niño también tendrán que jugar un factor importante en esto, se le tendrá que explicar los medios, o formas para decirle al niño la importancia y el por qué tiene que acudir con el dentista, así como no “contagiar” su ansiedad dental al niño. Esto ayudará a ir reduciendo los niveles de ansiedad del paciente.

2.5.3. Ansiedad por separación

Es el nivel de ansiedad más frecuente en la infancia. La situación va a iniciar ante la separación del hogar o de las personas con las que el niño está vinculado afectivamente.

El niño pensará que no volverá a ver a sus padres, que lo llevan a la consulta dental para dejarlo ahí, que el doctor lo va tratar mal y lo ocultará a sus padres, etcétera. Este sentimiento generará preocupación extrema, causando posibles cefaleas, sudoración y características fisiológicas propias de la ansiedad (Fig.19).



Fig.19. Miedo a la separación de la madre o del padre.²⁵



Aunque por lo general las manifestaciones ceden cuando se le comprueba al paciente que sus ideas eran irracionales. Esto cuando él puede ver que sus padres siguen ahí, o que escuchan su voz, o bien cuando se termina la consulta y regresan con sus padres.²³

Es importante notar si este tipo de ansiedad la presenta el niño para intervenir en el manejo de su conducta, ya que si la consulta es muy larga y no se hace la comprobación de que sus padres están ahí, la ansiedad prolongada y constante podría generar alguna fobia en el paciente cuando sea adulto.

2.5.4. Miedo al dentista: ¿Innato o adquirido?

En términos generales, los autores opinan que la ansiedad y el miedo dental son realidades de etiología multifactorial y por ello son considerados patrones multidimensionales donde confluyen aspectos constitucionales y aspectos adquiridos¹. Algunos autores afirman que existe una clara relación entre la ansiedad o rasgo constitucional, por lo tanto innato, y el miedo dental.

Actuaría la primera (ansiedad innata) como un factor etiológico, de modo que el sujeto con ansiedad innata tendrá una mayor predisposición y posibilidad de sufrir niveles altos de ansiedad dental. Otros estudios reflejan que en pacientes con ansiedad y miedo dental coexistían ansiedad innata alta y miedos generales múltiples (a la muerte de seres queridos, a la asfixia, al dolor, a la altura, al fracaso, a objetos punzantes o a la pérdida de control).



Otros autores, sin embargo, consideran que las causas de la ansiedad y el miedo dental son adquiridas, es decir, están basadas en antecedentes experiencias del pasado, arraigadas sobre todo a la infancia, que fueron traumáticas o dolorosas, propias o del entorno del paciente, de los padres, hermanos o amigos; estas experiencias influyen o condicionan la actitud del sujeto, de tal manera que opinan que el miedo dental es adquirido y no innato. Según estos estudios, estas experiencias pueden ser ciertas o basadas en apreciaciones inciertas que el sujeto puede creer y percibir como verdaderas.

Locker y cols.¹ concluyeron que una historia familiar de ansiedad dental era predictiva de la aparición de ansiedad dental en la infancia, que la ansiedad innata era característica de la aparición de la ansiedad dental en la adolescencia y que en la edad adulta había correlación entre ansiedad dental y problemas psiquiátricos diversos. Con respecto a la naturaleza endógena o exógena de la ansiedad dental, concluyeron que la ansiedad dental originada en la infancia era de tipo exógena, debido a experiencia traumáticas propias o del entorno; la de aparición en edad adulta según ellos se debe a la disposición innata del individuo a padecer ansiedad general, ciertas psicopatologías, miedo dental y miedos múltiples.

Existe una relación entre la ansiedad de los padres y la ansiedad de los hijos en la consulta dental. Se sugiere que los padres con altos niveles de ansiedad luchan para preparar adecuadamente a sus hijos para la visita con el odontólogo, y que las actitudes y comportamientos de los mismos afectan significativamente la reacción del niño frente a situaciones con el odontopediatra.



Esto podría deberse a una respuesta social del dolor, es decir algo que es común entre el entorno del paciente, y podría tener mucha razón, puesto que el individuo es un ser social, dependerá de tener características en común con la misma y por tanto adoptará ideas de la misma, o inclusive dolor sin experiencia previa al estímulo (ansiedad).⁵

Partiendo de esta idea, es importante analizar la decisión de permitir que los padres entren a consulta con el niño, ya que muchas veces el niño reaccionará conforme el padre reaccione. Si el tutor está muy nervioso, el niño “absorberá” ese nerviosismo.⁵

Por otra parte, dejando de lado el efecto de la ansiedad de los padres sobre los hijos, el trato de los mismos hacía con sus hijos puede tener gran importancia, ya que formará el carácter del niño frente a ciertos eventos en su vida, y la manera de actuar ante ellos. ¹⁰ Entre los puntos a considerar están los siguientes:

Sobreafecto: es muy frecuente sobre todo hacia niños adoptados, el menor o si es hijo único. Estos niños no están preparados para ocupar un lugar en la sociedad, puesto que esperan que sean las personas en su entorno los que resuelvan sus problemas. En el consultorio demuestra poco valor, recurriendo a su madre/padre rehusando a muestras de afecto.

Sobreprotección: En este caso el padre o tutor, cuida de manera exagerada al niño, argumentando que puede hacerse daño o ensuciarse. El niño manifiesta actitudes autoritarias, queriendo controlar todas las situaciones en las que este. En la consulta, va a rehusarse a todo tratamiento



que no sea de su agrado, intentara guiar al odontólogo u obstaculizar el tratamiento.

Sobreautoridad: Se impone una disciplina severa sobre el niño, el tutor busca la manera para modelar conductas mediante severas reglas, que en ocasiones llegan a ser crueles. El niño generará actitudes de inseguridad, y pasividad; expresadas tanto en su vida diaria como en consulta dental.

Falta de afecto: La indiferencia de los padres hacia el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo, cuando el niño no era deseado, o problemas de los padres que atribuyen al niño. Será de grandes consecuencias para el niño, el cual será tímido, retraído e indeciso. Tendrá además hábitos como onicofagia o succión digital (no en todos los casos). En la consulta, será muy tímido, pero puede mejorar dicha actitud en el transcurso de las citas.¹⁰

Aunque aún no es un hecho que la ansiedad dental sea innata, se ha demostrado que le influencia de los padres es un factor importante para que el niño desarrolle ansiedad o miedo dental; o al contrario, unos padres que no sean ansiosos podrán transmitir seguridad al niño en la consulta odontopediátrica



3. ESCALAS DE MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD DENTAL

Ya que se sabe qué es la ansiedad dental y cómo influye en la consulta odontopediátrica, queda la interrogante ¿cómo saber cuándo un paciente pediátrico tienen niveles de ansiedad elevados?

Múltiples estudios y trabajos de investigación han resultado en torno a esta interrogante, desarrollándose así diversas escalas para medir la ansiedad y miedo dental, que aunque aún no existe un Gold estándar, se tienen varias escalas que son muy fiables y de adecuado manejo para el paciente pediátrico.

Es indispensable previo a la realización de estas pruebas el uso del consentimiento informado, en donde se explique a los padres la razón de la aplicación de las escalas de medición de la ansiedad. Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. En este caso se explica y pide autorización por parte del tutor para aplicar las escalas en los niños (Anexo 1).

3.1. Antecedentes

En general van a existir múltiples técnicas usadas para medir y analizar el miedo y ansiedad dental. Dichas técnicas serán distintas estructuralmente; entre ellas se encuentran la entrevista, el auto informe, escalas de



observación y clasificación, observación y registro directo y por último las técnicas psicofisiológicas. Clasificándose en dos grupos, las que son auto aplicadas (auto informes, auto observación) y las hetero aplicadas (entrevista, observación y registro directo, y técnicas psicofisiológicas).²⁶

3.2. Generalidades

Como ya se ha mencionado el profesional debe incluir una evaluación de la cooperación del niño en la consulta dental como plan de tratamiento, existiendo múltiples herramientas de evaluación de ansiedad y miedo, que demuestren alguna eficacia considerable y fiable que son aceptadas como métodos para dicha evaluación.

“Existen distintas técnicas de medición, las más frecuentes usadas en investigación son: a) evaluaciones indirectas mediante observación de la reacción/comportamiento de los niños, esta observación puede ser por el equipo de trabajo dental u otras personas presentes durante la atención, b) evaluaciones directas mediante reportes de ansiedad por el mismo niño o por su acompañante usando escalas de medición psicométricas, c) mediciones fisiológicas, por ejemplo medición del pulso, respuesta basal de la piel, tensión muscular, etc”.⁷

En este trabajo nos enfocaremos en las técnicas de medición directas, mediante auto-reporte en los niños, usando una escala adecuada para el paciente pediátrico de hasta tres años como mínimo, y que en ocasiones se refuerza con pruebas de medición psicométricas de su tutor.



Por tanto existirán diversas escalas que por individual arrojan resultados fiables y aceptables, como lo son: Escala de Venham y Gaulin-Kremer, Escala de ansiedad de Corah, Escala de Imagen Facial y subescala dental del programa de encuesta del miedo infantil (CFSS-DS) por su siglas en inglés.⁷ Pero múltiples trabajos de estudio han demostrado reforzarse mutuamente, obteniendo mejores resultados medibles estadísticamente.

Además puesto que nos enfocaremos en el dibujo como método de diagnóstico, agregaremos una prueba más como método de diagnóstico “el dibujo como método para evaluar la ansiedad en la consulta odontopediátrica”.

El origen de los test mediante dibujos en un inicio se emplearon para medir la inteligencia de los niños, aunque Florence Goodenough (Fig.20) observó que en estos métodos también obtenía factores de la personalidad y factores emocionales.²⁷



Fig.20. Retrato de Florence Goodenough.²⁸



La aplicación del dibujo será entonces fundamental en la medición de la ansiedad en pacientes pediátricos muy pequeños, aunque las otras escalas servirán como apoyo al dibujo, dado que la interpretación de dibujos no tiene la suficiente validación experimental, pero puede constituir una fuente de información y comprensión del paciente infantil tan fructífera como económica que se convierte en un arma diagnóstica de gran valor.²⁷

Actualmente el empleo de dibujos se utiliza con diversos propósitos, como es: a) valoración de nivel mental, b) medio de comunicación, c) medio de exploración de la afectividad del niño y d) medio de conocimiento de su cuerpo y su situación en el espacio. En la práctica clínica los dibujos temáticos cobran gran importancia para acceder a la vivencia que tiene el niño en algún ambiente determinado.²⁷ Mediante esto podemos obtener información que el paciente en ocasiones no quiere expresar, o por su edad le es difícil expresarlo correctamente de manera verbal, tales como un miedo, un deseo, alguna situación que lo angustie, etc.

En la práctica odontológica como método de evaluación de la ansiedad y el miedo del paciente frente a la consulta dental, se le pedirá al paciente un dibujo en el cual deberá representarse a él en una cita odontopediátrica; aunado a este, pedir un dibujo libre (sin ninguna indicación del observador) ya que puede ser útil hacer comparaciones entre ambos dibujos (colores, tamaños, formas, etc.)

A pesar de la información que podemos obtener empleando dibujos, estos no pueden revelar con exactitud el nivel de ansiedad del niño. Se debe desconfiar de conclusiones precipitadas a partir de un único dibujo. Hay múltiples escalas que pueden funcionar como apoyo al dibujo o viceversa.



3.3. Escala Rud y Kisling

La escala de Rud y Kisling se menciona porque es la usada para darle una clasificación al paciente en la facultad de odontopediatría de la facultad de odontología de la UNAM, aunque esta no mide el nivel de ansiedad del mismo, sino que se basa en el nivel de aceptación por parte del niño hacia el tratamiento. Es de observación y registro, por lo que al paciente no se le hace ninguna entrevista, o aplicación de alguna escala de autoinforme.

3.3.1. Antecedentes

Rud y Kisling en 1973 crearon una escala mediante la observación por parte del odontólogo, de la actividad verbal, tensión muscular y expresión ocular para clasificar a un niño en la consulta odontopediátrica dependiendo la aceptación y cooperación hacia el tratamiento, Asignando grados, que van del 0 al 3.

3.3.2. Descripción

Esta escala es de Observación y reporte directo; es decir, el dentista observara al paciente y le asignará un valor dependiendo las características que presente el niño ante la atención dental. Estos valores son:

Grado 0: No aceptación. Habrá protestas verbales o físicas por parte del niño, o llanto.



Grado 1: Aceptación con desgana. Hay una falta de conversación, de respuesta y de interés. El niño frunce el ceño y evita el contacto visual.

Grado 2: Aceptación indiferente. Conversaciones demasiado rápidas, y no suele continuar el con la plática. Movimientos cautelosos e indecisos.

Grado 3: Aceptación positiva. Voluntad de conversar y realizar preguntas, demuestran interés, posición relajada en el sillón dental.

3.4. Escala de ansiedad de Corah

Esta escala es muy utilizada en pruebas y análisis experimentales, ya que al ser muy simple y de fácil entendimiento, facilita el manejo para evaluar características en algún grupo de estudio. Desde su desarrollo, ha sido empleada en múltiples investigaciones, que a pesar de no existir un Golden estándar, esta logra ser muy fiable. (Anexo 1).

3.4.1. Antecedentes

Esta escala fue creada por Norman Corah en 1969 para evaluar la ansiedad dental en adultos y consta de cuatro preguntas de selección múltiple. Es un cuestionario corto, rápido y de muy fácil aplicación, por lo que ha sido usada en diversos estudios. Se asignan valores a respuestas a situaciones comunes que generan ansiedad en la consulta dental, pudiendo obtener los siguientes resultados:¹⁵



0=sin ansiedad (puntuación igual o menor a 4)

1= baja ansiedad (puntuación entre 5 y 9)

2=ansiedad moderada (puntuación entre 10 y 14)

3= alta ansiedad (puntuación entre 15 y 20)

Para métodos pediátricos, en 1995, Humpries desarrollo una modificación a esta escala (Escala de Ansiedad de Corah Modificada).¹⁵ La cual mantiene la misma estructura que el formato original, añadiendo un quinto ítem (inyección por anestesia). Consta de 5 ítems, y las respuestas tienen un valor entre 1 y 5, teniendo que 1 es cero ansiedad y 5 mucha ansiedad.

3.4.2. Descripción

La prueba consiste en realizar 5 preguntas de situaciones que pueden causar ansiedad a los pacientes, y tendrán que responder cómo se sienten ante esa situación. Cabe mencionar que para pruebas odontológicas la escala que se aplica es la escala de ansiedad de Corah modificada, además si el paciente es menor a 6 años, el padre o tutor es el que debe de responder.

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.

Respuesta a = 1 punto

Respuesta b = 2 puntos

Respuesta c = 3 puntos

Respuesta d = 4 puntos

Respuesta e = 5 puntos



Valoración del grado de ansiedad

Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.

Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.

Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.

A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

3.5. Escala de ansiedad Venham y Gaulin-Kremer.

Dentro de las escalas que incluyen el dibujo en su método de diagnóstico se encuentra la de Venham y Gaulin-Kremer, la cuál ha sido utilizada junto con la de Corah modificada en diversos estudios en Europa y América. La ventaja que tiene, es que al contener dibujos puede ser más didáctica y de fácil comprensión sobre todo en niños pequeños. (Anexo 2).

3.5.1. Antecedentes

En la elaboración de esta escala sus autores, Larry L. Venham (Fig.21) y Elise Gaulin –Kremer (Fig.22), revisaron la literatura de su época (1979) encontrando que las únicas escalas de ansiedad existentes estaban enfocadas al paciente adulto, y que si eran aplicadas en niños no se obtenían resultados reales, sobretodo en niños pequeños.²⁹



Fig.21 y 22. Los doctores Larry L. Venham y Elise Gaulin-Kremer.²⁹

Debido a esto, decidieron experimentar con una escala adecuada para aplicares en pacientes pediátricos, en la cual, el mayor peso será proyectivo y no verbal, todo esto en un nivel experimental.²⁹

La escala en su inició mostraba una proyectiva de una figura de un dibujo masculino, con la cabeza grande con líneas anchas para atraer la atención a la cara, evitando cualquier tipo de rasgo racial. El resto del cuerpo fue dibujado proporcionalmente más pequeño y con líneas delgadas.

El dibujo fue presentado en diversos estados emocionales visto de manera clínica, las cuales abarcan, felicidad, miedo, tristeza, llanto e ira.

Para la aplicación, tuvieron una población de 23 niños entre los 3 y 9 años, con media de 6, a los cuales se les pedía inmediatamente después de sentarse en el sillón dental y antes de retirarse de la consulta que seleccionaran una imagen con la cual se sintieran más identificados en ese momento, diciéndoles que prestarán mayor atención a las caras de los dibujos.



En el inicio de la prueba se contaban con 27 ítems (figuras que representan alguna situación). Pero se dieron cuenta que para mejor funcionamiento debían de acortar la prueba; pues para un niño pequeño sería algo difícil lograr identificar entre tantos dibujos una situación real. Por lo tanto, se seleccionaron 8 ítems para un test de dibujo final.

3.5.2. Descripción

En general el método es muy sencillo, se le mostrará al niño una planilla con dibujos predeterminados por la prueba y se la pedirá que seleccione el ítem que más se acerque a cómo se siente en ese momento.

Los niños van a poder responder de manera oral, por escrito o por gestos. A estas respuestas se les va a dar un valor numérico (del 0 al 8) siendo el 0 nada de ansiedad, y el 8 mucha ansiedad. Será una prueba muy rápida y aceptable.

En su momento, se aplicaron ciertas pruebas para valorar la fiabilidad y validez de esta prueba. Se realizó la evaluación del test-retest, confiabilidad de consistencia interna y construcción de validez.²⁹

Los resultados de las anteriores pruebas demostraron que la Escala de Venham y Gaulin-Kremer era fiable y constaba con suficiente validez dando resultados aceptables; sobre todo y fundamentalmente esta prueba tiene una gran aceptación y función en niños de edades muy cortas.



3.6. Escala de Imagen Facial

Existe un método muy sencillo y rápido para evaluar la ansiedad en el paciente pediátrico usando figuras representativas de caras. En esta escala, el niño tendrá que seleccionar con qué cara se siente más identificado en ese momento, pudiendo escoger entre 5 opciones que van desde mucha tristeza hasta mucha felicidad. La desventaja de esta prueba es que al ser sólo de seleccionar únicamente una cara no se obtiene muy buenos resultados, aunque puede funcionar en la consulta si se quiere hacer una valoración rápida, sobre todo en niños pequeños igual que la Escala de Venham. (Anexo 3).

3.6.1. Antecedentes

La Escala de Imagen de caras o Facial Image Scale fue desarrollado por Buchanan y Nieven (2002) especialmente para pacientes con poca edad, a los cuales aplicarles un test como el de Corah o la subescala del miedo sería muy complicado.⁷ Durante su desarrollo los autores la compararon con otra escala psicométrica (Escala de Venham) obteniendo una fuerte correlación.

3.6.2. Descripción

Para la aplicación de esta escala se debe de contar en físico con un esquema en donde estén 5 figuras de caras, que van desde mucha felicidad



a mucha tristeza. Esta se aplica previo a los procedimientos odontológicos ya que se quiere medir la ansiedad. Se designó a la figura representativa 4 como “triste” y a la figura 5 como “muy triste”, siendo ambas consideradas como ansiedad dental. La figura 3 se designó cara “indiferente”, la figura 2 cara “feliz” y la figura 1 como cara “muy feliz”.

Entre sus ventajas principales está el hecho de que pacientes muy pequeños pueden lograr dar su reporte de ansiedad mediante esta escala, dada su simplicidad y lo práctico que es en comparación con otros instrumentos presentados anteriormente, puede implementarse múltiples veces durante la consulta, y el puntaje es un reflejo de la cara elegida.⁷

Además los autores encontraron que no había gran diferencia de resultados de ansiedad entre la sala de espera y en el sillón dental, “lo que podría demostrar que las sensaciones del niño en la sala de espera son indicativas de lo que sentirán en el sillón dental”.⁷



4. SUBESCALA DENTAL DEL PROGRAMA DE ENCUESTA DEL MIEDO INFANTIL (CFSS-DS)

La Subescala Dental del programa de encuesta del Miedo Infantil, o Children´s Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) es una escala psicométrica, que ha sido usada ampliamente para la investigación odontopediátrica a distintos niveles, es una entrevista con múltiples preguntas, por lo que si el paciente es de edad muy pequeña o poca madurez mental no podrá realizarse a menos que se aplique a los padres, obteniendo respuestas influenciadas totalmente por ellos y no directas del niño.

4.1. Antecedentes

Los autores de esta escala fueron Scherer y Nakamura (1968) basados en el ya desarrollado por Wolpe y Lang (1964), en él intentaban observar y valorar el comportamiento en diferentes ambientes, como en el colegio, en la familia o con el doctor; de tal forma se buscaba saber de manera individual las sensibilidades más comunes de los niños y cuáles eran propias de algún determinado entorno.

Obtuvieron entonces, ocho factores muy comunes en sus investigaciones, miedo al fracaso y la crítica, miedos principales y secundarios, miedos médicos, miedo a la muerte, miedo a la oscuridad, miedos vinculados al hogar y el colegio, y miedos misceláneos (es decir que son características mezcladas de distinto tipo).



Tiempo después, Ollendick (1983) revisó esta escala y la puso a prueba en un estudio con niños de edades pequeñas. Para revisar si era confiable, hizo un exhaustivo análisis psicométrico, obteniendo relaciones de consistencia interna menores a 1, y de fiabilidad (mediante test-retest) coeficientes de .82 y .55. Puntualizando que “el instrumento empleado era moderadamente fiable cuando transcurría un intervalo temporal entre aplicaciones, igual o superior a tres meses.”²⁶

4.1. Descripción

La CFSS-DS está conformada por 15 ítems como lo menciona la literatura, que son 15 preguntas a las cuales se le asignaron puntuaciones dependiendo las respuestas, que van desde 1 (no tiene miedo en absoluto), a 5 (muy asustado), por lo que se tendrá un rango de puntaje obtenido entre 15 y 75; si un puntaje es igual o mayor a 38 se considerara que al paciente que se le aplico esta escala es dentalmente ansioso.⁷

Existen dos versiones de esta escala, la de auto-reporte (aplicada únicamente al niño), y la versión para padres. En la primera se deberá evaluar la madurez mental del niño, ya que la literatura menciona que debe contar con una edad adecuada para comprender las instrucciones y las preguntas, la cual varía de entre los 3 a los 6 años como mínimo.⁷

A pesar de contar con múltiples pruebas que la validan, se han observado algunas desventajas en esta escala. Aplicar la escala antes del tratamiento no es apropiado, ya que incluye elementos irrelevantes como ir al



hospital, lo cual no se cumple en la mayoría de los tratamientos, y por otra parte, la escala con 15 ítems puede ser algo larga, por lo que el niño puede perder el interés a medida que se completa.⁷ Pero el punto más importante dentro de las desventajas que se tienen es que “Se considera que funciona bien en base a grupos, pero no ha sido evaluada como herramienta diagnóstica en un nivel individual”⁷



5. EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Históricamente, el hombre ha utilizado los dibujos como medios para registrar anécdotas y acciones, mucho antes que los símbolos, desde el hombre de las cavernas en adelante, el hombre ha utilizado el dibujo ya no sólo para representar anécdotas si no como para expresar sentimientos, emociones, todo un lenguaje e incluso arte (expresiones sublimes capaces de generar múltiples emociones en el espectador).²⁷

La importancia del dibujo en el diagnóstico radica en que este se desarrolló muchísimo antes que un lenguaje lógico, menciona la literatura que “el hombre alcanzó el estadio del lenguaje escrito sólo hace poco más de 2000 años”.²⁷

5.1. ¿Cómo piensan los niños?

Según Piaget, el pensamiento del niño varía de acuerdo a etapas concretas, y este puede ser medido cuantitativamente y cualitativamente. Dependiendo las características, él logra definir la existencia de 4 etapas o estadios.³⁰

* El primer estadio, es el sensorio-motor (del nacimiento hasta los 2 años). En esta etapa el bebé se desarrolla con su entorno mediante acciones y aprendizaje mediante la imitación y el juego. Empieza a desarrollar conductas intencionales, y a conocer las consecuencias de algunos. Además existe una reacción circular en las cosas, es decir, que repite acciones interesantes, ya conociendo el efecto de las mismas. Existen reacciones circulares primaria, ligadas al cuerpo del niño, secundarias, con



un objeto que el niño utiliza y las terciarias, que tienen que ver con objetos novedosos.³⁰

- * Estadio preoperacional (de los 2 a los 7 años).

El niño demuestra una comprensión y manejo de simbologías (gestos, palabras, número e imágenes) con los cuales representa su entorno. Dentro de las limitaciones en esta etapa, está el egocentrismo, por lo que el niño pensará que todo gira en su entorno, no podrá ver más allá de él. Y el centralismo, en el cual el niño fijara su idea sobre un concepto o punto sin tomar en cuenta distintas características, como el hecho de que el piensa que le estamos picando con una jeringa de anestesia, sin razonar cuales son las características y el porqué de la acción.³⁰

- * El estadio de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años).

El niño empieza a utilizar operaciones mentales y la lógica para resolver situaciones, y reflexionar los mismos, permitiéndole evaluar de manera más completa algún problema. Su pensamiento muestra menor rigidez, es más flexible, puesto que operaciones pueden negarse o invertirse mentalmente.³⁰

- * Estadio de las operaciones formales (de los 11 a los 12 años).

El niño comienza a formarse un sistema coherente de lógica formal. Hay una transformación en el pensamiento, va de lo real a lo posible. Tienen un pensamiento abstracto y reflexivo. Tiene razonamiento científico, y razonamiento entre proporciones y probabilidades.³⁰



5.2. ¿Qué dibujan los niños?

Este tema empezó a ser muy estudiado a través de los años, se atribuye a Ebenezer Cooke como el primer autor en hablar de este tema mediante un artículo en diciembre de 1885 y enero de 1886.³¹

Posterior a él, múltiples autores continuaron con el estudio y la búsqueda a la interrogante ¿qué dibujan los niños? La mayoría de autores son del siglo XX en adelante, aunque tienen como base además de los estudios de Cooke, a otros autores como Corrado Ricci en Italia, James Sully en Inglaterra, Carl Gotze en Alemania, y D. Brown en los estados Unidos.³¹

Dentro de los antecedentes actuales, encontramos a autores como: Lowenfeld en 1947, Kellog en 1969, y los españoles Sergio García-Bermejo (1979), Isabel Canabellas (1980) Manuel Snachez Méndez (1983) e Isabel Merodio (1987), sólo por mencionar algunos, ya que en la actualidad han sido muchos los estudios sobre el dibujo infantil.³¹

Se debe saber, que el lenguaje escrito y oral es muy complicado de aprender, se necesitan años y mucha práctica para lograr dominarlo adecuadamente, por lo que el niño primero dibujará y luego podrá escribir; esto alrededor de los 3 años (dependiendo la madurez del infante), a esta edad el niño ya dispone de capacidad simbólica (es por eso que es capaz de responder ante las escalas de Venham y FIS)



Debido a la importancia que tiene la cara en el niño pequeño, sus primeros dibujos harán énfasis en los detalles faciales, empezará a notar las diferentes expresiones. En segundo lugar como rango de importancia, las extremidades jugarán un papel importante, ya que mediante estas muestran y reciben afecto.²⁷

Existen algunos autores que tienen teorías sobre el dibujo infantil y la evolución del mismo, Viktor Lowenfeld y Lambert Brittain, los dibujos tienen un proceso de evolución y madurez en el intelecto del niño, por tanto, atraviesan por distintas etapas, dependiendo de la personalidad del niño y sus circunstancias:

Garabato (desde los 2 a los 4 años). Es el primer contacto del niño con el dibujo, aún no posee gran habilidad motora y de precisión, por lo que dichos garabatos serán en múltiples sentidos y sin orden aparente. Esta etapa puede dividirse a su vez en tres.^{31,32}

La primera será el garabato sin control y desordenado. El niño realiza trazos solo por placer, disfruta del movimiento y lo relaja. La finalidad es marcar con el material que utiliza y generalmente ocupa gran porcentaje del papel que se le asigna. El garabateo controlado es la siguiente etapa, en donde ya tendrá intentos de esquematizar, y los trazos serán con un orden determinado, y planeado. Y por último el garabato con nombre, serán trazos en donde el niño ya le asigne un valor a su dibujo, o explicación de lo que está haciendo, es decir lo apoya verbalmente, los trazos son más controlados.^{31,32} (Fig. 23).



Fig. 23. Garabato sin orden.³¹

Pre esquemática (de los 4 a los 7 años). En esta etapa, el niño ya tendrá la capacidad de intentar esquematizar su entorno, intentará sus primeros trazos ordenados para formar figuras, intentando asemejarlas a la realidad. Varía el dibujo en los niños, puesto que será su entorno el que influya en sus dibujos, generalmente lo más dibujado son: casa, familia, autorretratos y árboles.³¹ “En esta etapa el color adquiere mayor importancia, para diferenciar las distintas formas y elementos del dibujo, por lo que los niños eligen de manera consciente”.³² (Fig.24).

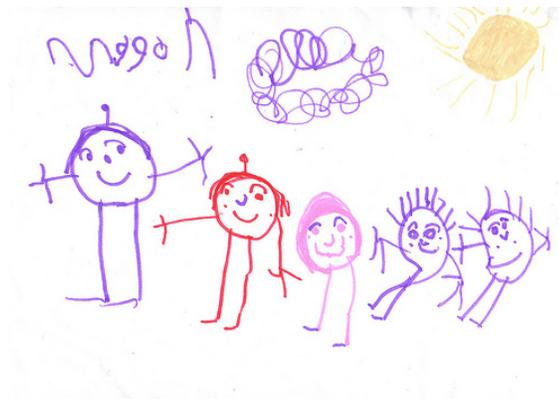


Fig.24. Dibujo de la etapa pre esquemática.³¹



La etapa esquemática (de los 7 a los 9 años). El niño ya es capaz de hacer figuras que representen su entorno sin necesidad de explicaciones, puesto que los detalles en el dibujo serán más, y por tanto comprensibles por el que analice el dibujo. La figura humana tendrá mayor cantidad de detalles.³¹ (Fig.25)



Fig.25. Etapa esquemática.³¹

Etapa del realismo (de los 9 a los 11 años). En este momento aparece la intención en este momento aparece la intención de representar la realidad tal y como él la ve, gracias a herramientas que antes desconocía, como la tercera dimensión, superposición, sombreado, etc. Habrá mayor diferencia y más marcada entre el dibujo del hombre y la mujer, además de que los colores empleados serán los más cercanos a la realidad del objeto.³¹ (Fig.26).



Fig. 26. Ejemplo de un dibujo de la etapa del realismo.³¹

La última etapa, el pseudorealismo (de los 11 a los 14 años). Ya hay un gran nivel de razonamiento al momento de la realización del dibujo.³¹ “En este momento concluye la espontaneidad de la actividad plástica de los niños, creando de esta manera una visión crítica de las obras, los dibujos se acercan al mundo adulto, ya que las personas que los elaboran ya no son niños, sino adolescentes”.³² (Fig.27).

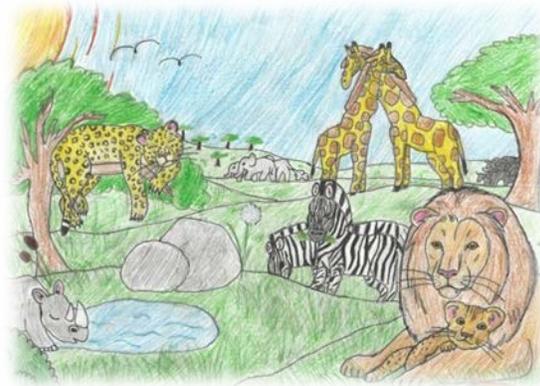


Fig.27. Etapa del surrealismo.³¹



En resumen el dibujo infantil será una expresión libre que dependerá de sus estados de ánimo, espontáneo, un arte y juego ayudando a aliviar tensiones, el cual será proyectivo de la personalidad del niño. Además, funcionará como un módulo de maduración psicomotora.³¹ Por tanto la mayoría de los dibujos realizados por niños tendrán un por qué, y en muchas ocasiones tendrán un destinatario en específico.

5.3. El lenguaje del niño a través del dibujo

El dibujo no es solo un juego del niño, en ocasiones puede reflejar mucho de lo que el niño siente, o quiere expresar. Constituye un acceso al interior del niño reflejando vivencias de quién lo ejecuta así como la madurez mental ante ciertas situaciones

Es un “lenguaje” más sincero y espontáneo, especialmente funcionará en personas que por su edad, incapacidad o inhibiciones no puedan comunicarlo verbalmente. Esto es muy importante ya que al ser muy honesto no se ocultan muchas cosas que en lenguaje verbal podrían hacerse. Así el creador del dibujo no mostrará las cosas como son, si no como el las ve, y como él es, dándonos mucha información sobre la personalidad del niño.²⁷

Por otra parte como ya se mencionó existirán ocasiones en que el niño juegue a dibujar, o para liberarse, porque “el dibujo de los niños posee un efecto terapéutico ya que el niño libera ansiedad al exteriorizar sus preocupaciones y vivencias”.²⁷



5.4. El dibujo como método de diagnóstico

El instrumento principal en la clínica psicológica en niños y adolescentes es la entrevista, aunque en dicho método hay una gran limitante, muchas veces nunca expresan lo que sienten, o en ocasiones les es difícil expresarlo. El dibujo entonces será un test proyectivo que funcionará como herramienta de gran utilidad para “acceder” al interior de los pacientes.

Si bien es cierto que los dibujos son muy implementados en la consulta psicológica, no son aplicados en muchos otros lugares, dejando perder este instrumento, por lo que se busca implementar en el ambiente odontopediátrico

Este es un método capaz de evaluar la ansiedad en niños pequeños, ya que el problema de las escalas más usadas para ellos (Venham y FIS) no arrojan muchos datos relevantes; este método será entonces una alternativa que el odontopediatra podrá emplear para la medición de la ansiedad en sus pacientes, el cual además puede servir como método de distracción y relajación ante la consulta dental. Dependerá de quien lo interprete el hecho de que capte los verdaderos matices del dibujo, estos tienen que estar basados en criterios y leyes ya aceptadas por la comunidad de ciencia en la psicología.²⁷

El origen de los tests proyectivos en un inicio estaba orientado para evaluar la inteligencia de los niños. “Florence Goodenough ideó una escala de inteligencia basada en el número de detalles del dibujo de un hombre, observó que no sólo obtenía datos sobre la capacidad intelectual, sino que eran apreciables factores de la personalidad y factores emocionales”.²⁷



En la actualidad la valoración de dibujos puede usarse con diversos propósitos:

- Valoración del nivel mental: Dependiendo la complejidad del dibujo en cuanto a detalles, trazos, simetría y congruencia podrá evaluarse tentativamente la inteligencia del niño.²⁷

- Medio de comunicación: Lo que ya se mencionó, el dibujo juega un papel fundamental en niños y pacientes que no pueden expresarse adecuadamente de manera verbal o escrito.²⁷

- Medio de exploración de la afectividad del niño: Se puede valorar el nivel de relación que el niño tiene con algún determinado entorno, sus intereses, y sus vivencias (positivas o negativas), así como su adaptación ante situaciones específicas.

En la práctica clínica los dibujos temáticos cobran gran importancia para acceder a las vivencias del niño, principalmente los dibujos que darán más resultados son los de la familia, o pedirle que dibuje un deseo o un miedo, en el caso de la consulta odontopediátrica se le pide que dibuje como es para él la visita al dentista.

El hecho de basarnos únicamente en un dibujo para hacer un diagnóstico de la ansiedad en un niño sería muy precipitado, no tiene la suficiente validación experimental, pero puede constituir una fuente de información distinta a la acostumbrada, se debe valorar al niño en un contexto biopsicosocial, esto mediante historia clínica, múltiples citas y apoyo de otras técnicas.



5.4.1. Descripción del método

Durante la realización del dibujo es importante observar la actitud del niño valorando la postura y expresión facial del niño, ligeros detalles pueden ser la diferencia en los resultados.²⁷

Dentro de los aspectos estructurales del dibujo que debemos valorar son: la secuencia de aparición de figuras, el tamaño, la presión, calidad y forma de los trazos, emplazamiento, simetría, movimiento, distorsiones, omisiones de figuras o partes, entre otras.²⁷

Es indispensable pedirle dos dibujos, uno será libre, en donde el niño podrá dibujar lo que él quiera y el otro se le dará la instrucción de que dibuje como él piensa o siente que es la visita al dentista. El dibujo libre puede ser de gran utilidad al compararlo con el dibujo bajo instrucciones, ya que se pueden comparar muchas cosas, desde colores, trazos, detalles específicos, hasta las expresiones corporales del niño al dibujar.²⁷

Por tanto, entre las particularidades que debemos de tomar en cuenta son las siguientes:³¹

-El dibujo es importante pero no definitivo, muchas ocasiones el niño plasmará deseos inmediatos de ese momento, como un helado, o estar en casa con su familia. Pero se deben de tomar con especial atención los elementos repetitivos.



-El dibujo no será indicativo de algo por sí sólo, se le debe de preguntar el porqué del dibujo, por qué omitió algunas características y demás.

-El destinatario. En muchas ocasiones el niño hace un dibujo con un destinatario en específico, se debe valorar qué es lo que trata de expresar, puesto que serán distintas características si lo hace por ejemplo a su madre, que a un profesor.

- Es importante tratar de no darle instrucciones muy concretas y rígidas al niño sobre lo que piensa dibujar, ya que estamos limitando su opción para expresarse libremente, así sea el dibujo en donde deba dibujar el consultorio, no se le deben de decir muchas características, pues podrían limitarlo.

- Recordar que tenemos que hacer una valoración completa e imparcial del dibujo, puesto que quizá para el evaluador alguna situación sea común, pero no para el niño. Y no pondrá atención especial en ese detalle. Por eso se recomiendo que dichas pruebas sean analizadas por un psicólogo preferentemente especializado en el manejo de niños.

5.4.2. Actitud del niño

Es de suma importancia revisar la conducta y la actitud del niño durante la prueba, muchas veces un trazo puede significar cosas distintas dependiendo de gesticulaciones y posiciones con que el niño lo haga, si lo hace de manera estresada o manera relaja, etcétera.



Van a existir 5 características principalmente que se tienen que tomar en cuenta:

El tiempo empleado durante la realización del dibujo. Si lo hace de manera apresurada podremos decir que solo trata de cumplir con la indicación de realizar el dibujo, sin mucho esfuerzo, por lo que tendrá menos detalles que se podrán analizar. De igual forma si tarda mucho en hacerlo las ideas claras y concretas van a tender a divagar y podrá no ser muy eficiente.²⁷

La posición del cuerpo. Anotar si realiza movimientos en el cuerpo, algunos de los cuales pueden ser inclusive tics propios del niño en situaciones que le resulten agradables o desagradables.

El grado de atención. Si se distrae con facilidad, si se cansa en la realización, si se muestra inseguro, ansioso o con dudas, si pregunta constantemente por datos en la realización o si pide aprobación o si, por el contrario, lo realiza calmado, atento y con confianza.²⁷

Tachaduras y borraduras. Cuando el niño prefiere tachar que borrar alguna figura puede demostrar cierto nivel de agresividad en ese momento, o enojo ante la situación. El hecho de borrar puede no demostrar alguna característica en especial, más si lo hace con mucha frecuencia puede ser indicativo que se siente insatisfecho o inseguro.²⁷

La respuesta ante el dibujo. Este es de los más importantes, ya que el niño tomará distintas posturas, si lo rechaza, lo tira, lo olvida o una vez terminado le es indiferente, muestra determinación y afirmación en sus



decisiones. Se deberá observar también si el niño busca aprobación o adulación, o si trata de esconderlo.

5.4.3. Estructura del dibujo

Se debe entender que la psicología es una rama muy complicada de la ciencia, en donde se trata de comprender el pensamiento humano, por lo que muchas veces, hablando en el tema del dibujo, un trazo o un color puede significar distintas cosas.

Si bien los trazos que el niño haga no tendrán mucha validez si no se valoran en conjunto con su expresión corporal, medio ambiente en el que se encuentra, o con apoyo de la entrevista, el dibujo por si solo nos dará algunos aspectos que corporalmente y oralmente el niño oculta.

Al analizar los datos que nos aportan los dibujos de los niños se debe evaluar los aspectos expresivos siguientes.

En el estudio mencionado en el artículo “valoración de la ansiedad dental infantil utilizando dibujos” encontraron que las características más dibujadas son: luz potente en el equipo, instrumental exagerado, transparencia y yuxtaposición de las formas, presencia de dientes en el dibujo, dibujos con colores rojos, encuadre en casa o el paciente llorando.³³

En ese mismo artículo mencionan características propias de un niño con y sin ansiedad plasmadas en el dibujo, la cuales son las siguientes:



Características de los dibujos que indican ansiedad alta:

1. El dibujo ocupa menos de la mitad de la hoja, sobre todo si es muy pequeño.
2. Si el dibujo esta coloreado con gran cantidad de color rojo.
3. Si omiten extremidades en el paciente, o rasgos faciales del mismo.
4. Hay desorden en el mobiliario, o el instrumental es agrandado o esquematizado de forma agresiva.
5. Si se exagera la luz del foco.
6. Si el paciente aparece llorando.

Características de los dibujos que denotan bajo nivel de ansiedad:

1. si el dibujo ocupa más de la mitad de la hoja.
2. Si el paciente aparece con los brazos abiertos, o feliz.
3. Si el trazo es único y firme.
4. Si el tamaño del paciente es normal, o incluso un poco grande. ³³

5.4.3.1. Tamaños

Generalmente el tamaño se vincula con la autoestima del niño, y con las características de percepción del mismo a futuro.

Por un lado, si el tamaño del dibujo es grande, puede indicar seguridad, vitalidad y entusiasmo por los valores. Los dibujos exponiendo mayor tamaño que lo normal pueden denotar dos situaciones, la primera es la inadecuada percepción de sí mismos, orgullo y necesidad de



independencia, y la segunda, cuando lo que magnifica en tamaño es una figura distinta a la auto representación o que en el dibujo ejemplifique peligro para el niño, podría argumentarse que es un problema que genera mucho malestar en el niño.²⁷

Por otra parte, “el dibujo pequeño puede indicar menor necesidad de afirmarse, suelen ser niños que se conforman con poco, tranquilos, más solitarios, en ocasiones sorprenden por sus reflexiones”.²⁷ Sin embargo dibujo s demasiado pequeños pueden tener múltiples interpretaciones, las cuales pueden ser: niños temerosos, dependientes, con falta de confianza, ansiosos, o que se sienten incómodos, bajo presión o encierro.

5.4.3.2. Formas

Las formas o figuras más dibujadas por los niños son: La figura humana, animales, transportes, sol/luna, arboles, nubes y arcoíris.³¹

Dentro de éstas, las que se tendrán mayor importancia en la valoración de la consulta odontopediátrica serán: la figura humana, y las características más importantes son la cara, la posición de manos y piernas.

Para el dibujo libre, las principales figuras son la casa y el árbol. Las características clásicas de la casa son ventanas, puerta, chimenea, y una arquitectura típica universalmente, en donde el techo será en punta (forma de triángulo).



Los árboles en ocasiones representarán aspectos físicos y emocionales del niño, se debe observar si es la figura principal del dibujo, ya que las características del o los arboles serán de gran valor para evaluar.

Dentro de la forma podemos valorar distintas características:

Si hay distorsiones u omisiones de cualquier parte de la figura, ya sea personas, mueble, o lugar, sugiere que la parte que es omitida genera conflictos en el niño o molestias. De igual forma si hay ausencia de alguna parte puede significar situaciones como dificultad para relacionarse, o falta de afecto.²⁷

Si se distorsiona una figura, sobre todo dentro de la figura humana se puede hablar que el niño siente gran interés por esa parte (ya sea buena o mala). Si la distorsión es en el autorretrato de él, demuestra seguridad, agresividad o extrovertido; mas sin embargo, si dichas distorsiones se encuentran en otra figura humana, podrían ejemplificar que le es muy llamativo, e incómodo para el paciente dicha figura.

La postura entra dentro de este apartado, sobre todo en cuanto a figuras humanas. Por lo general el niño va a dibujar a las personas de frente, dibujar a alguna figura de perfil, hacia un lado o de espaldas, puede indiciar algún conflicto con dicha figura.

Una característica importante son las extremidades, los brazos pueden decir mucho dependiendo en qué posición estén y qué figura humana la representa. En caso del autorretrato del niño, si esta agarrado de alguno de sus padres indica dependencia, si están sus brazos cruzados indica que está a la defensiva, si están pegadas al cuerpo sobre todo cuando



ejemplifican acciones puede ser señal de que el niño tiene dificultades en relaciones sociales.²⁷

5.4.3.3. Colores

Es algo controversial el estudio del color, puesto que dependerá de diferentes contextos para su interpretación, por lo que siempre debe de ser evaluado junto con otras características, sirviendo más de apoyo a estas, que como diagnóstico en sí mismo. Dentro de los factores que pueden influir son una influencia cultural, de género y de la moda.²⁷

Es importante mencionar que de los 2 a los 4 años el color no se usa conscientemente, se utiliza para diferenciar trazos únicamente (aunque no en todos los niños, ya que dependerá de su madurez mental).³¹

En la mayoría de los casos el niño seguirá los colores de la naturaleza y los colores que son propios de alguna figura en particular. Teniendo en claro esto, el color nos puede indicar lo siguiente:

Cuando hay ausencia de color puede significar sensación de vacío afectivo y tendencia antisocial, los niños que utilizan colores vivos generalmente son extrovertidos, alegres, y adaptativos. Mientras que los niños introvertidos utilizarán poca cantidad de colores (de 1 a 3).²⁷



Además, las tonalidades de los colores también pueden reflejar ciertas actitudes del niño. Los colores cálidos suelen relacionarse con niños que buscan llamar la atención, los fríos con comportamiento social adecuado, y los oscuros se asocian a tristeza y ansiedad. En cuanto a preferencias en los colores utilizados en el dibujo están: ²⁷

ROJO: Es el color del fuego y de la sangre, se asocia con el peligro, la guerra, y ardor, aunque también a la fortaleza, pasión y amor. Es de los colores que refleja mayor intensidad emocional. ³¹ Denota agresividad y falta de control emocional, sobre todo en niños mayores de 6 años.²⁷

AZUL: Generalmente usado para el cielo, el mar y el agua, se le asocia a la estabilidad y profundidad. Representa lealtad, confianza, sabiduría, fe e inteligencia.³¹ Se relaciona con un comportamiento más controlado. Aunque utilizado en exceso puede ser una señal de autocontrol demasiado grande.²⁷

VERDE: Es el color de la naturaleza por excelencia, representa madurez, armonía, crecimiento e intuición. Es el color más relajante y por tanto se contrapone al rojo. ³¹ Está muy vinculado con las relaciones sociales.²⁷

AMARILLO: Generalmente simboliza la luz del sol, aunque en consultorio simulará la luz de la lámpara (es importante recalcar que el uso del amarillo para la lámpara es constante) Indica dependencia del niño respecto a un adulto.²⁷ Representa alegría, felicidad y energía. Además con frecuencia se le asocia a la comida³¹



NARANJA: Combina la fuerza del rojo y la alegría del amarillo, se le asocia al entusiasmo, la alegría, la necesidad de contacto social, e impaciencia. A pesar de representar calidez, es un color fuerte como el rojo.³¹

VIOLETA: Es un símbolo de inquietud, suele acompañar al color azul y refleja ansiedad. Muy utilizado en periodos de adaptación del niño.²⁷ Se asocia a la realeza, ambición y lujo, asociado también con la independencia y creatividad. Siendo el favorito de los niños (75%) antes de la adolescencia.³¹

NEGRO: Representa poder, elegancia, muerte y misterio. El color más enigmático asociándosele al miedo y a lo desconocido y angustia ^{27,31}

5.4.3.4. Otras características

Además de las características mencionadas, el dibujo tendrá muchísimas más particularidades que se puedan analizar, a continuación se mencionan las más importantes.

SECUENCIA U ORDEN: Generalmente el niño dibujara dándoles jerarquías a las figuras que plasme, iniciando en la mayoría de las veces con lo que tiene más peso e ir reduciendo en orden de aparición y jerarquía. Es habitual que en niños menores de 6 años empiecen dibujándose ellos mismo, por el egocentrismo propio de la edad; un ejemplo en el dibujo de la familia es apreciable que el niño se dibuje en el centro y a los lados a los padres de manera de protección.²⁷



Entonces, pasándolo a un criterio de valoración en la consulta odontopediátrica el niño generalmente será el centro de la escena del dibujo, y por lo general la unidad o el odontopediatra seguirán en secuencia. Los detalles de formas, colores y demás nos darán resultados para ver qué tanto énfasis se le dan a algunas cosas como ya se había mencionado.

PRESIÓN: La presión que el niño ejerce sobre el papel determinará a energía con lo que lo está haciendo, si el trazo es firme demuestra seguridad, y motivación al hacer el dibujo, relajado y suelen ser más asertivos. Un trazo demasiado marcado puede considerarse como agresividad, enojo o molestia ante la situación en la que está, o la que dibuja.²⁷ Si es muy tenue, entonces el niño podría estar ante fatiga física como respuesta de primera instancia, o represión y restricción de lo que está dibujando.

TRAZO: Existirán múltiples trazos los cuales podrán ayudar a la comprensión del dibujo, las líneas que se podrían considerar “normales” son aquellas que van a fluir con naturalidad, libremente y bien controladas (dependiendo de la madurez motriz del paciente). Dentro de los trazos y la información que podrían arrojar están:²⁷

Trazo largo. Lo suelen hacer los niños que son inhibidos y que tienen gran control sobre su conducta.



Trazo recto. En niños autoafirmativos, aunque se asocian estos trazos en niños con conductas agresivas y que suelen reaccionar con enojo ante situaciones que no son de su agrado.

Líneas continuas. Se relacionan con niños que muestran una conducta de respeto hacia su entorno, buscando el bienestar físico y la paz.

Líneas fragmentadas. Dependiendo la situación, en su mayoría se podría decir que muestran ansiedad, impulsividad, inseguridad y timidez, así como dificultades de adaptación.

Líneas ascendentes y descendentes. Mientras que los trazos ascendentes van a denotar alegría en el niño, las líneas descendentes pueden significar e indicar tristeza y/o materialismo.

LOCALIZACIÓN DEL DIBUJO EN EL PAPEL: Generalmente los dibujos de los niños son en el centro de la hoja (aunque no se empiece a trazar desde ahí), por tanto los dibujos desplazados a la derecha se relacionan con interés en el futuro, sociables y se adaptan fácilmente.³¹ “son niños extrovertidos que no tienen temor al prójimo ni a la autoridad”.²⁷

En cambio, si el dibujo se desplaza o tiene mayor “peso” del lado izquierdo del papel, entonces se puede hablar de un niño con posibles características como apego a la madre, al hogar, suelen ser personas más impulsivas que buscan satisfacción inmediata, e introvertidas.^{27,31}



Hablando del eje vertical, si el dibujo se desplaza hacia el lado superior podría relacionarse a un niño que busque conocimiento y con gran imaginación, ya que esta parte va a estar asociada con la fantasía, la intelectualidad, la cabeza, y la nobleza.^{27,31}

Por otra parte, la zona inferior indicará necesidades físicas y materiales del niño, se correlaciona a lo terrestre, a lo real, lo firme y concreto.^{27,31}

SIMETRÍA: En la mayoría de los casos el niño intentara cierta simetría, aunque no le dará gran importancia si no lo logra, en cambio si esta simetría es muy acentuada podemos hablar de posibles conductas obsesivo-compulsivas.²⁷

DETALLES Y ACCESORIOS: En cuanto a esta característica se menciona que “la ausencia de detalles transmite sensación de vacío”²⁷ por lo que en ocasiones cuando hay niveles de ansiedad elevados, los detalles jugaran un papel clave en el diagnóstico.

Observar que detalles son omitidos. Mientras que “la utilización de gran número de detalles es característica de personas con personalidad obsesivo compulsivo”.²⁷

5.5 Ensayo del método en la clínica de Odontopediatría

Durante la elaboración del trabajo, se tuvo la inquietud de llevar a la práctica la teoría, por tanto se decidió aplicar las escalas para valorar ansiedad

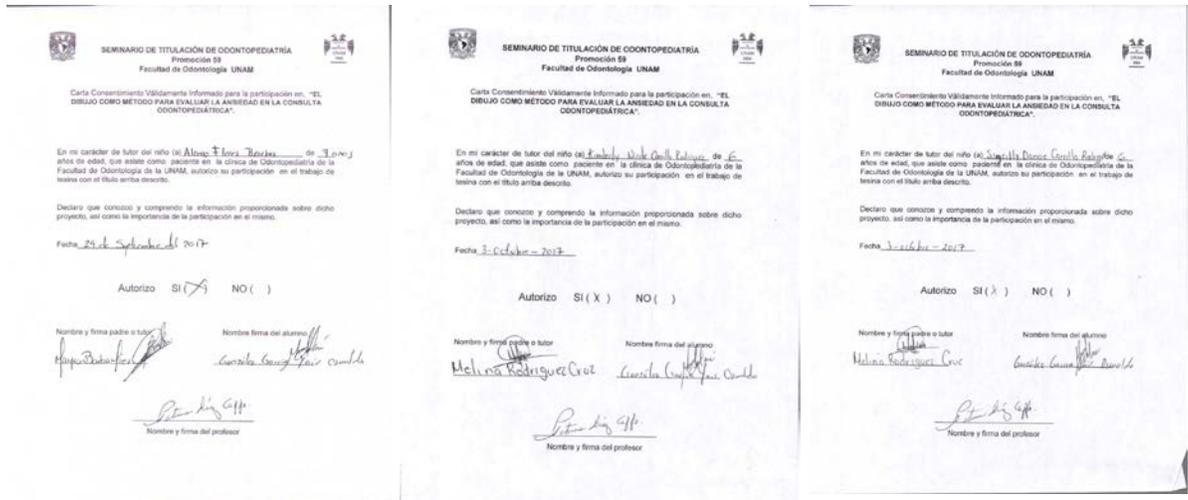


únicamente en 3 pacientes de la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de la UNAM.

Se aplicaron tres veces las pruebas en cada paciente, una en la sala de espera, otra en el sillón dental previo al tratamiento y otra en la silla dental después del tratamiento. En todos los casos se pidió la autorización de los padres y los doctores de clínica para su aplicación mediante un consentimiento informado.

Todo esto con el fin de tener una idea de lo que el método puede brindarnos en la práctica y no sólo en la teoría, recalcando que no se hizo ningún análisis descriptivo ni experimental, ya que el trabajo no está estructurado de esa manera, y sólo se buscaba probar el método.

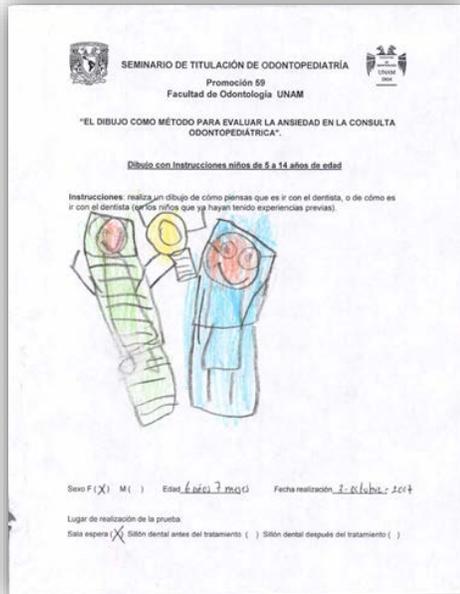
A continuación se presentarán los tres consentimientos informados y los las escalas aplicadas:





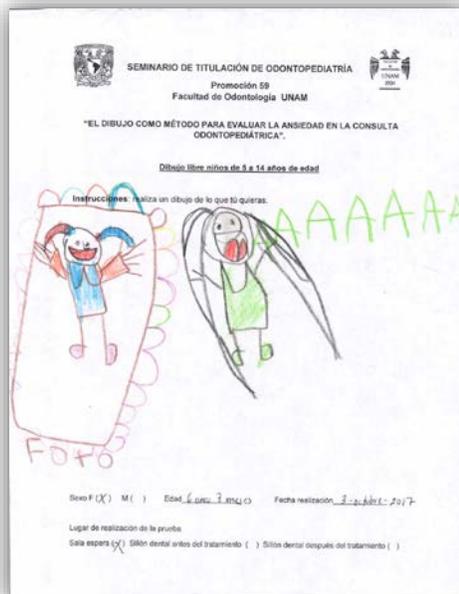
SALA DE ESPERA

Niña I, edad 6 años 7 meses.



Dibujo fue elaborado en sala de espera, la paciente realiza trazos rectos para delimitar las figuras, aunque dibuja un gran espacio entre ambas figuras (paciente y dentista) el cuál lo provoca la lámpara de la unidad, pudiendo significar que le molesta la luz, o le genera ligera ansiedad.

Los colores son a semejanza de la vida real, inclusive dibuja la bata de la doctora, por lo que en este caso no serán muy útiles los parámetros mediante colores para valorar el dibujo. En general puede decirse que la paciente no presenta ansiedad.



En el dibujo libre los trazos igual son firmes y continuos que puede asumirse como ausencia de ansiedad, además utilizó más la fantasía en cuanto a formas y colores; utiliza colores como el azul y violeta que es el color favorito antes de la adolescencia (75%), reflejando tranquilidad y serenidad.

Cuando se le preguntó a la paciente qué dibujo, mencionó "es una foto de mi mamá".

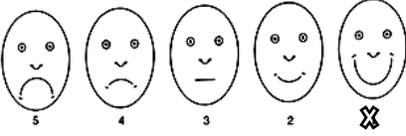


 SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de imagen facial de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Siñ dental antes del tratamiento () Siñ dental después del tratamiento ()

 SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Siñ dental antes del tratamiento () Siñ dental después del tratamiento ()

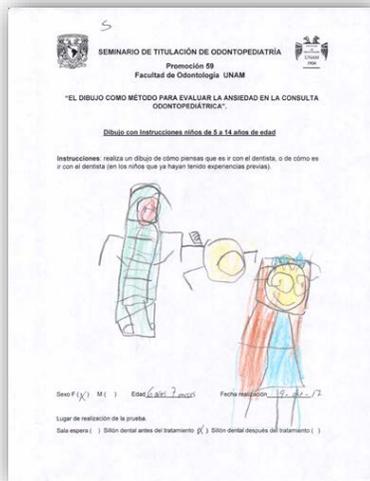
En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

En todos los grupos de la Escala de Venham no seleccionó ninguno con características físicas de miedo o ansiedad; por lo que se asume que no tiene ansiedad, ya que obtuvo 0 puntos en esta escala.

Respecto a la ansiedad de Corah modificada únicamente contesto ligeramente ansioso a la pregunta ¿cómo se siente al estar en sala de espera antes de entrar a su cita?, en las demás contestó como muy relajada o nada ansiosa, por lo que obtuvo sólo 6 puntos, por tanto se rectifica lo obtenido en los dibujos, la paciente no presenta ansiedad en la cita, en donde se le elaboraron las pruebas en sala de espera.



SILLÓN DENTAL PREVIO A TRATAMIENTO



La paciente lo realizó de manera relajada, y sin presión de tiempo, además no realizó tachaduras. Dentro de las características del dibujo están:

Ambas figuras humanas muestran relajamiento, los brazos no los dibuja en posición tensa; además los dibuja felices, signo de que no está ansiosa de acudir al dentista (cabe mencionar que es su segunda visita al dentista, y sólo se le había realizado historia clínica).

Los colores que emplea son a semejanza de los que ve en el consultorio, por tanto intenta hacer un dibujo realista, y el color no tendrá gran importancia para valorar nivel de ansiedad. Por otra parte, los trazos son rectos y firmes, y dibuja detalles como la historia clínica y la lámpara.

Se puede presumir que la paciente no presenta ansiedad para ir al dentista.



Se dibuja a ella feliz, en el cual hace una mezcla de colores, de tal forma que muestra tranquilidad.

Al realizar este dibujo su postura fue demasiada relajada y disfrutaba al realizar el dibujo.

Los trazos firmes y la buena atención en la realización del dibujo pueden significar ausencia de ansiedad, e inclusive felicidad y relajamiento al momento de elaborarlo.



SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
 Promoción 55
 Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de imagen facial de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.
 Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento () Sillón dental después del tratamiento ()

En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
 Promoción 55
 Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

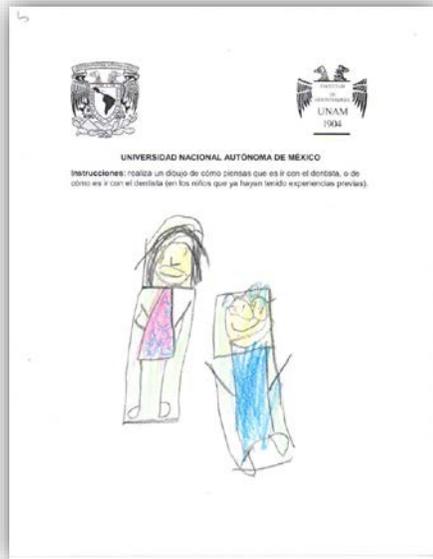
Lugar de realización de la prueba.
 Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento () Sillón dental después del tratamiento ()

En la escala de Venham no seleccionó ninguna figura que representará ansiedad, por lo que obtuvo cero puntos y por tanto no presenta ansiedad.

La escala de Corah modificada también se aplicó, teniendo como resultado que al estar en el sillón dental y observar al dentista preparando el instrumental le causa ligera ansiedad. Aun así sólo se obtuvieron 7 puntos, que significa que no presenta ansiedad.



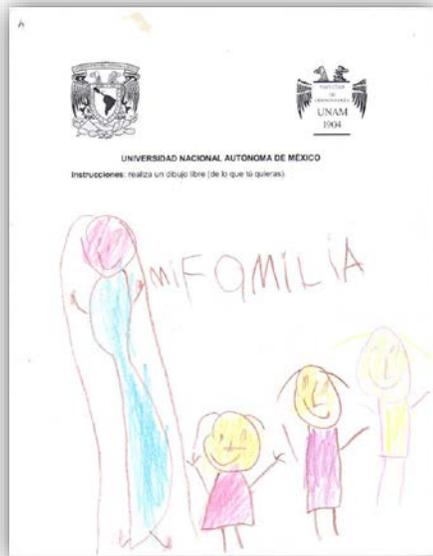
SILLÓN DENTAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



De los tres dibujos este fue el que hizo con menos calidad, y menor precisión en cuanto a trazos; la actitud de la niña era algo tensa y los realizo en menor tiempo que los otros, refiere haber tenido dolor con “las hormiguitas” y eso le dio miedo.

En el dibujo, se puede observar que ya no dibuja una sonrisa en su rostro, en lugar de eso se dibuja con cara espantada.

Los datos más importantes son los trazos, ya que no son precisos, y llevan cierto desorden a comparación de los dibujos previos, por tanto podemos decir que incremento la ansiedad al ya realizar tratamientos que involucren anestesia, o que sean dolorosos.



En el dibujo libre refiere haber dibujado en orden de izquierda a derecha a su mamá, a ella, a su hermana gemela, y a su otra mamá. Refiere también que la mamá que la lleva a la facultad de odontología es la de la izquierda. Es clara la diferencia en cuanto a expresiones faciales, en este dibujo se dibuja feliz, y se dibuja dedos en las manos, dato omitido en el del consultorio.



SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
 Promoción 53
 Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de Imagen Facial de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Si/a espera () Si/ón dental antes del tratamiento () Si/ón dental después del tratamiento ()

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
 Promoción 53
 Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Si/a espera () Si/ón dental antes del tratamiento () Si/ón dental después del tratamiento ()

En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

En la Escala de Venham obtuvo 2 puntos de 8 posibles, por tanto se interpreta como ansiedad leve.

En la Escala de Corah modificada obtuvo 11 puntos, por lo que se interpreta como ansiedad moderada. El ítem o pregunta que mayor puntaje obtuvo fue la situación de tener que aplicársele anestesia, asignándole un valor de 4 (mucho ansiedad) como respuesta.



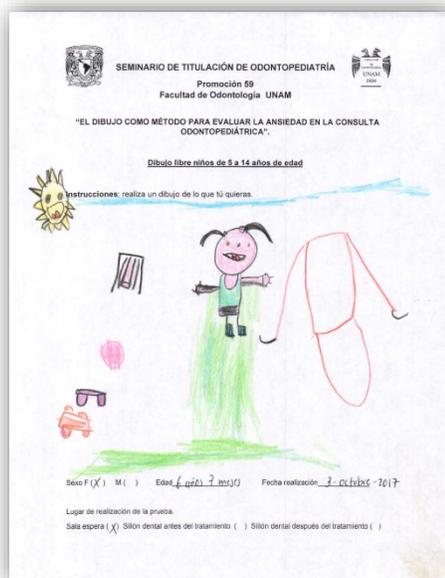
SALA DE ESPERA

Niña II, edad 6 años 7 meses.



Es evidente la diferencia de tamaño y calidad del dibujo en cuanto a su auto representación en el consultorio. Se dibuja muy pequeña, sin detalles y con cara triste, características todas de ansiedad, además modifica los ojos de la doctora, que en ocasiones modificar u omitir algún rasgo de una figura puede significar que le es incómodo a la paciente.

También cobra gran importancia la lámpara, pudiéndose interpretar como que le molesta la situación de tener que estar en el sillón dental con la luz.



Las características comparándolo con el dibujo en consulta dental son demasiadas, en este, se dibuja a ella jugando (nótese la diferencia en detalles de su autorretrato) en donde claramente se dibuja con cara feliz, en un ambiente que le es agradable, y jugando.

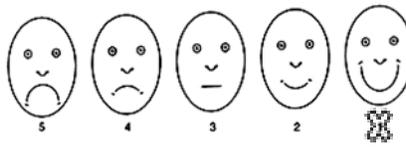


SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
 Promoción 53
 Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de imagen facial de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba:
 Silla espera () Sillón dental antes del tratamiento () Sillón dental después del tratamiento ()

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
 Promoción 53
 Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba:
 Silla espera () Sillón dental antes del tratamiento () Sillón dental después del tratamiento ()

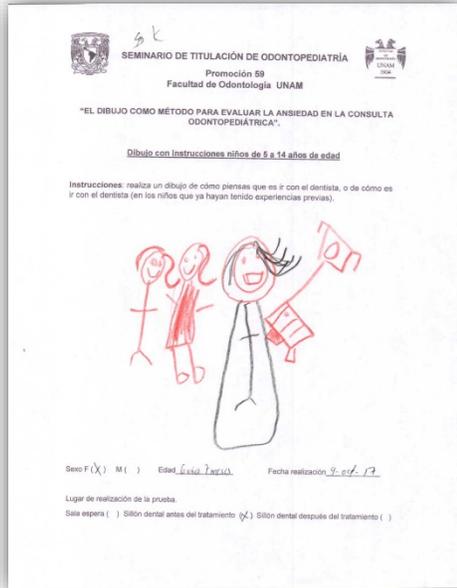
En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

En la escala de Venham obtuvo un puntaje de 2, dando como resultado una ansiedad leve ante la consulta dental.

En la escala de Corah obtuvo un puntaje de 16 dando como resultado una ansiedad muy elevada, incluso cerca de la fobia dental. Los dos valores más altos (de 5) fueron ante la situación de estar en el sillón dental viendo como el dentista acomoda su instrumental para realizarle tratamiento. Situación extraña ya que su dentista refiere que durante la realización de la historia clínica, refirió su mamá que era la primera vez que iba al dentista.

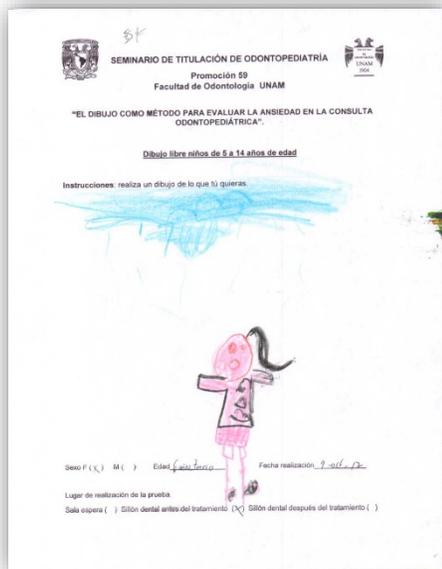


SILLÓN DENTAL PREVIO AL TRATAMIENTO



Aunque el dibujo lo realizó de manera rápida y con pocos detalles (características que podrían significar ansiedad).

Las características en cuanto al autorretrato expresan lo contrario, ya que se dibuja feliz, con un tamaño considerable en comparación a las doctoras, las cuales también están felices.



Se dibuja a ella en un día lluvioso con cara de sorprendida, es raro en esta edad realizar dibujos en donde estén en la lluvia, generalmente se dibujan en días soleados; es ahí donde radica la importancia de preguntarle al niño por qué lo dibujó, y mencionó que fue porque un día previo a la realización de la prueba se mojó en la calle.



SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO METODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA".

Escala de imagen facial de 2 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.
Sala espera () Sión dental antes del tratamiento () Sión dental después del tratamiento ()

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO METODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 2 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.
Sala espera () Sión dental antes del tratamiento () Sión dental después del tratamiento ()

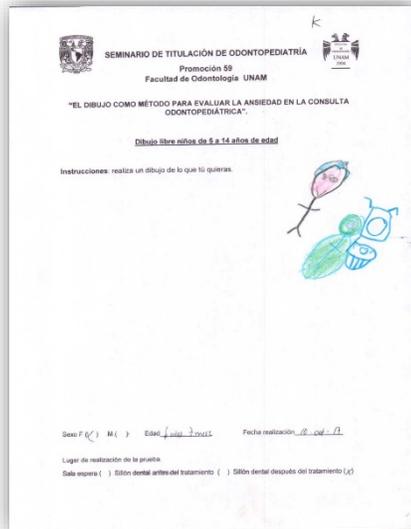
En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

En la escala de Venham redujo su puntaje de 2 a 0 a comparación de su primera cita, por lo que las dentistas que la atendieron lograron un buen manejo de conducta.

De igual manera que en la escala de Venham, la Escala de Corah modificada redujo en su puntaje obtenido, de 16 a 9, el cual es el valor límite para entrar dentro de la categoría de no ansioso; por ende la paciente logró reducir su nivel de ansiedad dental.

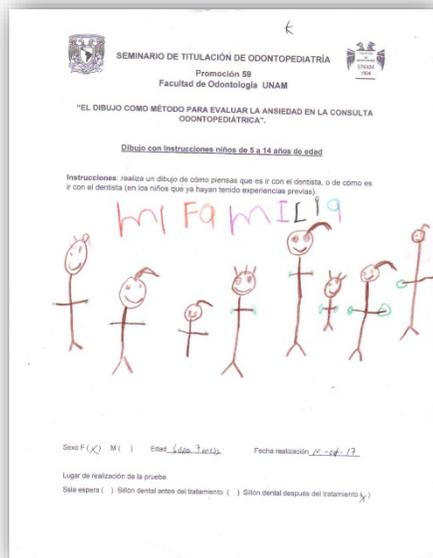


SILLÓN DENTAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



Es muy evidente que presenta ansiedad. Primero en cuanto actitud ante la prueba se mostró desganada sin voluntad de realizarla, hizo el dibujo de manera rápida y omitiendo detalles, se dibuja a ella muy pequeña y a la dentista con cara de "mala".

Es evidente por el tamaño del dibujo que estaba reprimida en cuanto a emociones



Como ya se mencionó la paciente no estaba en la mejor disposición de realizar la prueba e hizo un dibujo muy simple en comparación a los pasados, omitiendo volúmenes en las figuras, además d en los trazos muy remarcados, lo cual muestra coraje o que estaba "desahogando" emociones al elaborarlo.

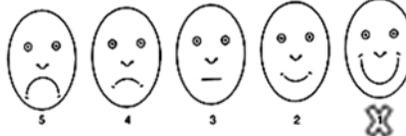


SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de imagen facial de 2 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba:
Sala espera () Sílon dental antes del tratamiento () Sílon dental después del tratamiento ()

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Vanhem niños de 2 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba:
Sala espera () Sílon dental antes del tratamiento () Sílon dental después del tratamiento ()

En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara del centro "indiferente" al ir al dentista, además la misma actitud durante la aplicación de las escalas.

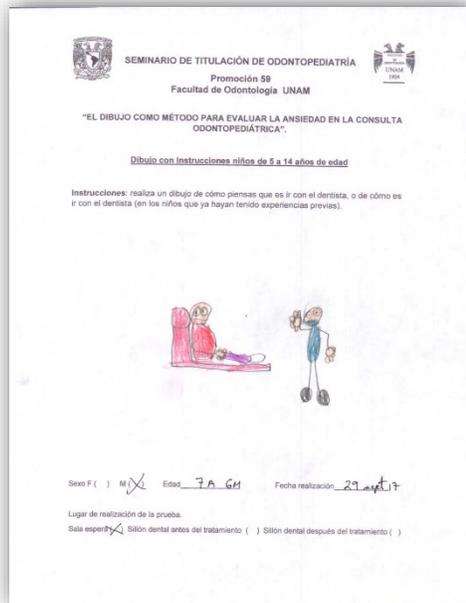
En esta escala obtuvo un puntaje de 4, lo cual ya significa que presenta ansiedad dental, es muy evidente que al realizar tratamientos invasivos la ansiedad se incrementa.

En la Escala de Corah modificada obtuvo un puntaje de 24, mucho mayor que en su cita inicial, lo cual puede decir que presenta ansiedad muy severa, y que la paciente por sus características individuales es propensa a padecer ansiedad dental, ya que desde un inicio tenía valores elevados.



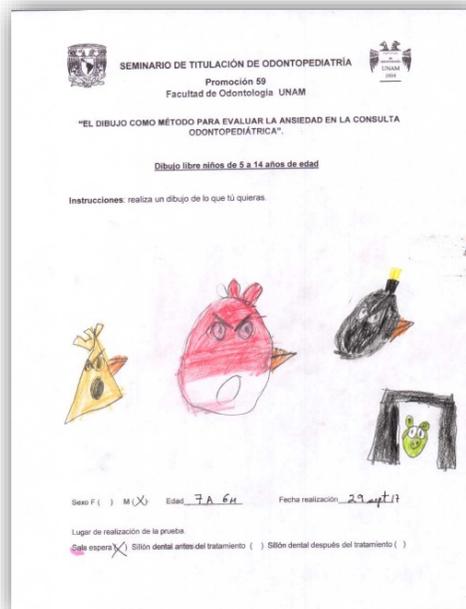
SALA DE ESPERA

Niño III, edad 7 años 6 meses.



En este dibujo se puede apreciar la incomodidad para el niño el estar en el sillón dental, se dibuja con rasgos de angustia y ansiedad, aunque al doctor lo dibuja en posición y conducta amigable.

Basándonos en el dibujo podríamos pensar que presenta ansiedad dental, aunque las pruebas de apoyo lo desmienten.



Cuando realizan dibujos tratando de copiar alguna figura o imitando no puede interpretarse mucho, ya que se limitan a copiar colores, formas y trazos; aunque puede observarse la madurez psicomotora.

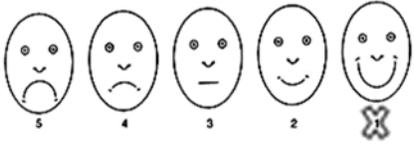


SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de imagen facial de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.
Sala espera () Sílon dental antes del tratamiento () Sílon dental después del tratamiento ()

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.
Sala espera () Sílon dental antes del tratamiento () Sílon dental después del tratamiento ()

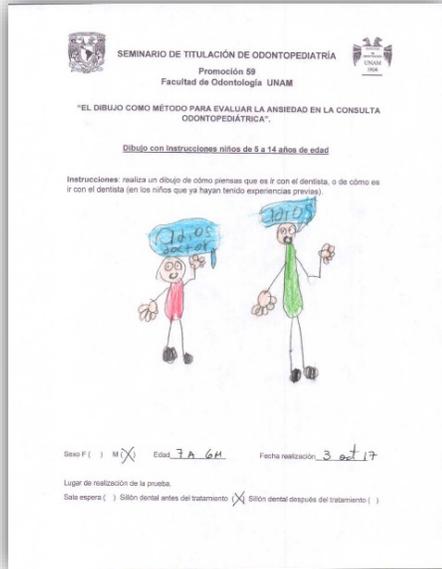
En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

En la escala de Venham obtuvo un puntaje de cero, o sea sin ansiedad dental.

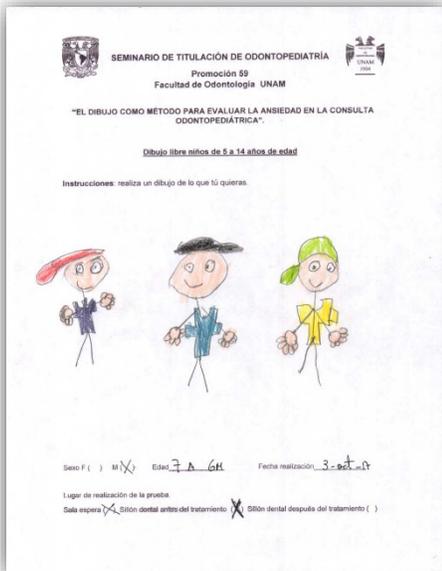
En la Escala de Corah modificada obtuvo un puntaje de 11, siendo la anestesia la que agregó 5 puntos a dicho puntaje; por lo podría tratarse de ansiedad específica en este caso ante las agujas, o simplemente el dolor.



SILLÓN DENTAL PREVIO AL TRATAMIENTO



En este dibujo no se dibuja en el sillón dental, en su mayoría los artículos que emplean este método los niños se dibujan en el sillón, esto demuestra que este paciente tiene muy bajo nivel de ansiedad dental, ya que refleja una relación médico-paciente de manera más amigable.



En el dibujo libre refiere haber dibujado en orden de izquierda a derecha, a su papá, a él (autoretrato) y a su mamá.

Menciona que los dibujó porque son las personas que más lo aman, aunque omitió dibujar a su hermana, refiere que por falta de tiempo. Cabe destacar la diferencia en cuanto a cuerpo y vestimenta con el dibujo libre, colocó la ropa encima de los trazos ya realizados. Pudiendo indicar cierta ansiedad, o presión en cuanto al tiempo para realizar los dibujos.



SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Escala de imagen facial de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento"

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Salía espera () Sión dental antes del tratamiento () Sión dental después del tratamiento ()

En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara de la derecha "muy feliz" al ir al dentista.

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 53
Facultad de Odontología UNAM

"EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA".

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 8 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.

Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

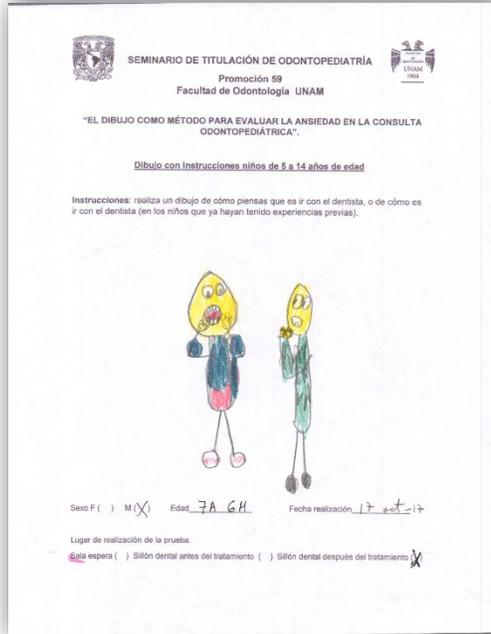
Salía espera () Sión dental antes del tratamiento () Sión dental después del tratamiento ()

En la escala de Venham obtuvo un puntaje de cero, o sea sin ansiedad dental, manteniendo un nivel ideal.

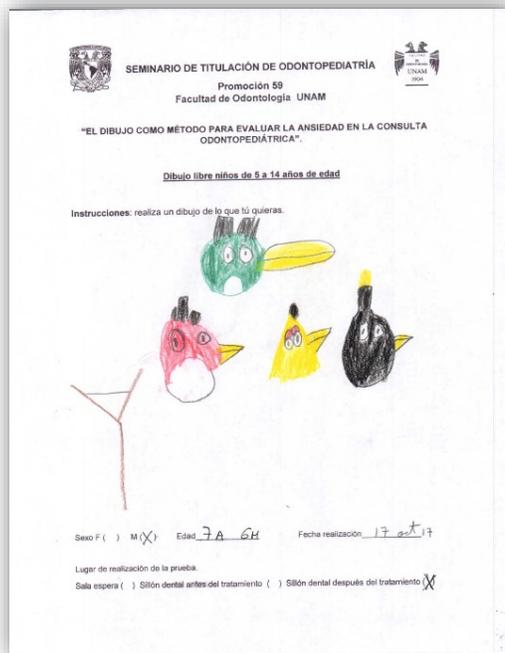
De igual manera que en la prueba pasada aplicada, obtuvo un puntaje superior a 9, en este caso 10; teniendo como mayor puntaje la respuesta ante la aplicación de anestesia, aunque sigue dentro de la categoría de ansiedad o moderada.



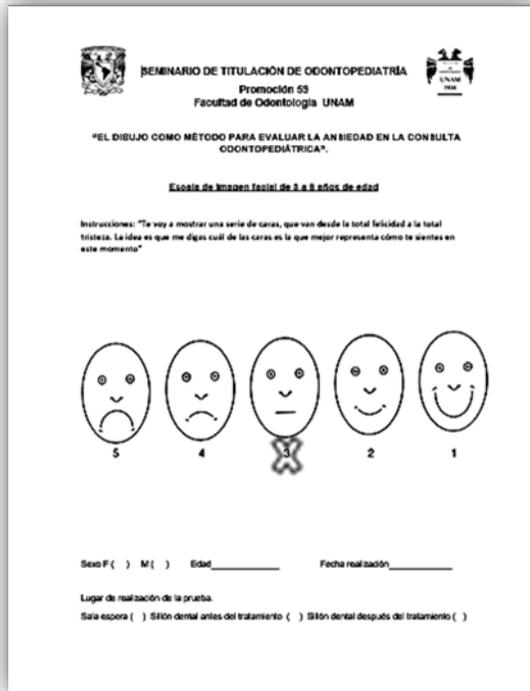
SILLÓN DENTAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



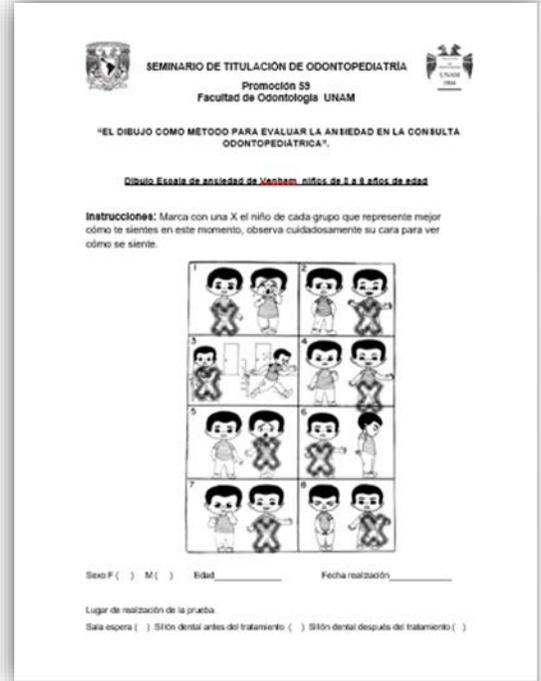
En este caso hubo una situación particular, se provocó una lesión accidental causada por una sustancia "saforide" y es evidente que el niño dibuja la situación, en donde él se dibuja angustiado, y con dolor, mientras que al dentista lo dibuja espantado y preocupado ante la situación.



Cuando realizan dibujos tratando de copiar alguna figura o imitando no puede interpretarse mucho, ya que se limitan a copiar colores, formas y trazos; aunque puede observarse la madurez psicomotora.



En la escala de imagen facial respondió que se sentía como la cara del centro “indiferente” al ir al dentista.



En la escala de Venham obtuvo un puntaje de 1, lo cual aún está dentro de los parámetros de baja ansiedad dental.

Obtuvo un valor de 13 puntos en la Escala de Corah modificada, lo cual se interpreta como ansiedad elevada, apenas arriba del límite de ansiedad moderada; puede atribuirse a la lesión causada por el saforide.



6. CONCLUSIONES

El dibujo no es sólo un juego, no son trazos sin significado, sino que constituye una clave de acceso al interior del niño y le ayuda a estructurar su motricidad y sus relaciones.

Es una herramienta empleada en psicología, para comprender situaciones específicas que padece un niño. En odontología puede aplicarse para valorar el nivel de ansiedad y miedo que el niño tiene durante la consulta, e identificar cuál o cuáles son en específico. Antes de realizar la interpretación del dibujo en función del colorido debemos descartar la presencia de daltonismo.

En general, un dibujo por si solo aparentemente es incapaz de ser un método eficaz de diagnóstico de ansiedad, no olvidemos que no sólo se ve el dibujo, si no la posición del paciente, situaciones previas y las características físicas; además se deben utilizar las escalas de apoyo mencionadas, que pueden mejorar el diagnóstico.

Existen factores que pueden alterar un dibujo para ser estudiado, cuando se presiona al niño a realizarlo, perderá la espontaneidad del mismo, además el niño realizará el dibujo sólo por hacerlo omitiendo detalles importantes.



A pesar de no tener suficientes estudios en odontología que respalden este método, en psicología es usado con mucha frecuencia y con resultados positivos.

Este trabajo busca generar una guía para posibles futuros estudios mediante dibujos; por lo que se sugiere realizar un trabajo en conjunto con la Facultad de Psicología y la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz Almenara EM. Evaluación de los factores asociados al miedo y ansiedad al dentista e intervenciones para su reducción. 2016:1-99.
2. Mi amigo el Dentista: ¿Cómo se forma una caries?
<http://miamigoeldentista.blogspot.mx/2016/04/como-se-forma-una-caries.html>. Accessed October 5, 2017.
3. CD L, VR O, Mc Gillycuddy C. *Pierre Fauchard: "father of Modern Dentistry."*; 2006.
4. Cirugía Medieval. Barberos. Cirujanos » Blog de Tomás Cabacas.
<http://tomascabacas.com/cirugia-medieval-barberos-cirujanos/>. Accessed October 5, 2017.
5. Pinkham J, Cols Y. *Odontología Pediátrica*. 2a ed. u.s.a.: mcGraw-Hill; 1994.
6. Siete de cada diez menores en Navarra navarros usan los servicios del PADI | Noticias de Navarra en Diario de Navarra.
http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2017/01/02/siete_cada_diez_menores_navarros_usan_los_servicios_del_plan_atencion_dental_509054_300.html. Accessed October 6, 2017.
7. Lara PAE. Ansiedad Dental en Niños de 6 años Beneficiarios del Progrma de Salud Oral Integral en la Region Metropolitana. 2013:49.
8. La ansiedad en el TDAH.
<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-ansiedad-.html>. Accessed October 8, 2017.
9. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2014;30(1):39-46.
doi:10.4321/S0213-12852014000100005.
10. Martinez KR, Zola LMA, Polo MH, Lidueña LN. Niveles de ansiedad y miedo en niños de 3 a 8 años en las clinicas de odontopeditria de la



facultad de odontologia de la Universidad de Cartagena. 2013:1-64.
[http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2784/1/informe
final.pdf](http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2784/1/informe_final.pdf).

11. Mi hija tiene miedos nocturnos. ¿Qué puedo hacer? - elbebe.com.
<https://www.elbebe.com/ninos/consulta-miedos-nocturnos>. Accessed
October 8, 2017.
12. Cómo conseguir que tu hijo vaya al dentista sin miedo.
[http://www.bekiapadres.com/articulos/como-conseguir-hijo-dentista-
miedo/](http://www.bekiapadres.com/articulos/como-conseguir-hijo-dentista-miedo/). Accessed October 8, 2017.
13. Adrenalina Imagens de Stock - Imagem: 20918754.
[https://pt.dreamstime.com/imagens-de-stock-adrenalina-
image20918754](https://pt.dreamstime.com/imagens-de-stock-adrenalina-image20918754). Accessed October 8, 2017.
14. ¿Miedo al dentista? ¡Para nada!
[https://www.mibebeyyo.com/ninos/salud-bienestar/psicologia-
infantil/evitar-miedo-infantil-dentista](https://www.mibebeyyo.com/ninos/salud-bienestar/psicologia-infantil/evitar-miedo-infantil-dentista). Accessed October 8, 2017.
15. CIRAIZ AZURDIA EP. Nivel De Ansiedad Previo Y Posterior Al
Tratamiento Dental Mediante El Test De Dibujos De Venham
Modificado En Pacientes Niños Que Asisten a La Clínica Dental De La
Facultad De Odontología De La Universidad De San Carlos De
Guatemala. 2015.
16. Dentista y niños: cómo superar el miedo al dentista | Club Ratoncito
Pérez. [http://www.clubratoncitoperez.es/blog/como-superar-el-miedo-
al-dentista/](http://www.clubratoncitoperez.es/blog/como-superar-el-miedo-al-dentista/). Accessed October 5, 2017.
17. 11 consejos para evitar el miedo al dentista - Clínicas IMOI.
<http://www.imoi.es/11-consejos-para-evitar-el-miedo-al-dentista/>.
Accessed October 8, 2017.
18. El trabajo en equipo de la clínica dental - .
[https://www.propdental.es/blog/odontologia/el-trabajo-en-equipo-de-la-
clinica-dental/](https://www.propdental.es/blog/odontologia/el-trabajo-en-equipo-de-la-clinica-dental/). Accessed October 8, 2017.



19. Invita a un Amigo a Clínica Dental Dentart – DentArt.
<http://www.dentart.cl/invita-a-un-amigo-a-clinica-dental-dentart/>.
Accessed October 6, 2017.
20. Barberia E. *Odontopediatría*. 2a ed. España: Masson; 2002.
21. Adivinar el dolor crónico en los niños.
http://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-avdivinar-dolor-cronico-ninos-201707281356_noticia.html. Accessed October 8, 2017.
22. Trastorno Bipolar en niños y adolescentes | BAO - Trastorno Bipolar.
<http://trastornobipolarbao.com/portal/trastorno-bipolar-en-ninos-y-adolescentes/>. Accessed October 8, 2017.
23. Gold A. Trastornos de ansiedad en niños. *Arch Pediatr Urug*. 2006;77(1):34-38. doi:10.1016/S0211-3449(07)74670-2.
24. ODONTOFOBIA – EL MIEDO AL DENTISTA – Clínica Dental Erica Franco. <http://clinicadentalericafranco.com/440-2/>. Accessed October 6, 2017.
25. Ansiedad de separación en la infancia ¿qué es? - Mamá Psicóloga Infantil. <http://www.mamapsicologainfantil.com/ansiedad-de-separacion-en-la-infancia/>. Accessed October 6, 2017.
26. Moreno García I, Blanco Picabia A RGJM. instrumentos psicométricos de evaluación de miedos infantiles. *Psicothema*. 1992;4:385-396.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72704206>.
27. Perales GO, Cancio SP. Interpretación de los dibujos de los niños: Lo que dice el niño con sus dibujos. *An Pediatr Contin*. 2012;10(1):39-45. doi:10.1016/S1696-2818(12)70062-8.
28. Historia de la Psicometría | Line.do - Descubre historias por medio de cronologías y ¡cuenta las tuyas también! <https://line.do/es/historia-de-la-psicometria/o4t/vertical>. Accessed October 6, 2017.
29. Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatr Dent*. 1979;1(2):91-96.



30. Rafael Linares A. Master en Paidopsiquiatría Módulo I Desarrollo Cognitivo : Las Teorías. *Master en Paidopsiquiatr Bien 07-08*. 2008;I:29.
31. Goodnow J. El dibujo infantil. 1979:216.
<https://books.google.com/books?id=bkOJaXaGs8kC&pgis=1>.
32. Hernando EG. Dibujo infantil como medio de diagnostico. *Tfg*. 2015.
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/12050>.
33. Padrós E. Valoración de la ansiedad dental infantil utilizando dibujos. *Univ Barcelona*. 1992;1(1):41-48.



ANEXO 1

**SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM**



Carta Consentimiento Válidamente Informado para la participación en, “EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA”.

En mi carácter de tutor del niño (a) _____ de _____ años de edad, que asiste como paciente en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UNAM, autorizo su participación en el trabajo de tesina con el título arriba descrito.

Declaro que conozco y comprendo la información proporcionada sobre dicho proyecto, así como la importancia de la participación en el mismo.

Fecha _____

Autorizo SI () NO ()

Nombre y firma padre o tutor

Nombre firma del alumno

Nombre y firma del profesor



ANEXO 2
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA



Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM

“EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA”.

ESCALA ANSIEDAD CORAH MODIFICADA niños de 6 a 14 años de edad, si fuera menor de 6 años, se aplica al padre o tutor

1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión, ¿cómo se sentiría al respecto?
 - a. Relajado, nada ansioso
 - b. Ligeramente ansioso
 - c. Bastante ansioso
 - d. Muy ansioso e intranquilo
 - e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

2. Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la silla, ¿cómo se siente?
 - a. Relajado, nada ansioso
 - b. Ligeramente ansioso
 - c. Bastante ansioso
 - d. Muy ansioso e intranquilo
 - e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

3. Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara el taladro para comenzar de trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?
 - a. Relajado, nada ansioso
 - b. Ligeramente ansioso
 - c. Bastante ansioso
 - d. Muy ansioso e intranquilo
 - e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)



4. Imagínese que usted está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?
- Relajado, nada ansioso
 - Ligeramente ansioso
 - Bastante ansioso
 - Muy ansioso e intranquilo
 - Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
5. Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental ¿cómo se siente?
- Relajado, nada ansioso
 - Ligeramente ansioso
 - Bastante ansioso
 - Muy ansioso e intranquilo
 - Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.

- Respuesta a = 1 punto
Respuesta b = 2 puntos
Respuesta c = 3 puntos
Respuesta d = 4 puntos
Respuesta e = 5 puntos

Valoración del grado de ansiedad

- Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.
Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

Sexo F () M () Edad _____

Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento ()

Sillón dental después del tratamiento ()



ANEXO 3
SEMINARIO DE TITULACION DE ODONTOPEDIATRÍA



Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM

“EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA”.

Dibujo Escala de ansiedad de Venham niños de 3 a 6 años de edad

Instrucciones: Marca con una X el niño de cada grupo que represente mejor cómo te sientes en este momento, observa cuidadosamente su cara para ver cómo se siente.



Sexo F () M () Edad _____ Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento ()

Sillón dental después del tratamiento ()



ANEXO 4
SEMINARIO DE TITULACION DE ODONTOPEDIATRÍA

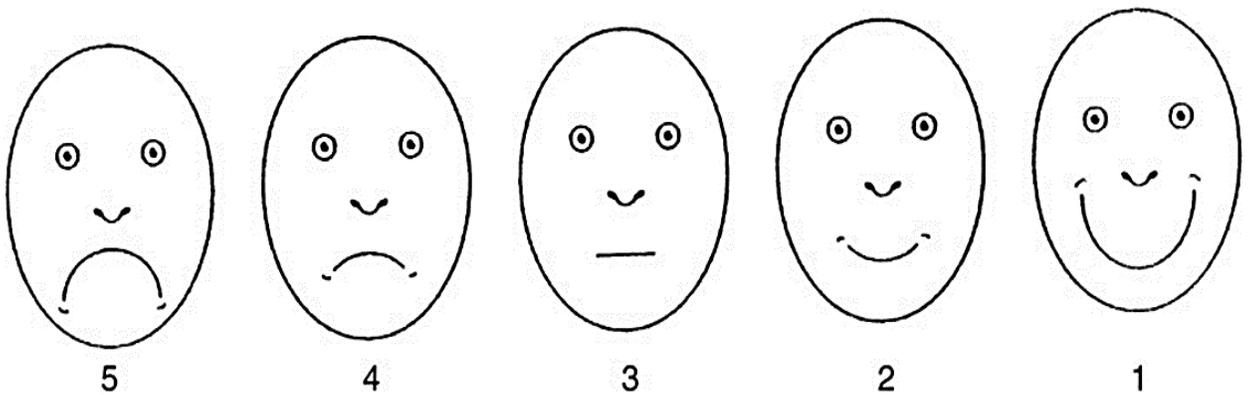


Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM

“EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA”.

Escala de imagen facial de 3 a 6 años de edad

Instrucciones: “Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento”



Sexo F () M () Edad _____

Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento ()

Sillón dental después del tratamiento ()



ANEXO 5
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA
Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM



“EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA”.

Dibujo con Instrucciones niños de 5 a 14 años de edad

Instrucciones: realiza un dibujo de cómo piensas que es ir con el dentista, o de cómo es ir con el dentista (en los niños que ya hayan tenido experiencias previas).

Sexo F () M () Edad_____

Fecha realización_____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento ()

Sillón dental después del tratamiento ()



ANEXO 6
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA



Promoción 59
Facultad de Odontología UNAM

“EL DIBUJO COMO MÉTODO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA”.

Dibujo libre niños de 5 a 14 años de edad

Instrucciones: realiza un dibujo de lo que tú quieras.

Sexo F () M () Edad _____

Fecha realización _____

Lugar de realización de la prueba.

Sala espera () Sillón dental antes del tratamiento ()

Sillón dental después del tratamiento ()