

Vol. 15 - Núm. 10 - DICIEMBRE 1999

AVANCES

en odontoestomatología

- A nuestros lectores
- **Hiperplasias inflamatorias de la cavidad oral. Estudio clínico e histológico de cien casos (I). Características generales**
BLANCO CARRIÓN A, BLANCO CARRIÓN J, SUÁREZ CUNQUEIRO M, ÁLVAREZ VELASCO N, GÁNDARA REY J M
- **Hiperplasias inflamatorias de la cavidad oral. Estudio clínico e histológico de cien casos (II). Características específicas de cada lesión**
BLANCO CARRIÓN A, SUÁREZ CUNQUEIRO M, BLANCO CARRIÓN J, ÁLVAREZ VELASCO N, GÁNDARA REY J M
- **Tratamiento ortodóncico en los distintos niveles de prevención en pacientes con necesidades especiales**
MACHUCA PORTILLO C, MARTÍNEZ MAESTRE F, MACHUCA PORTILLO G, LÓPEZ DEL VALLE L, BULLÓN FERNÁNDEZ P
- **Análisis de las alteraciones inmunitarias sistémicas en los pacientes con liquen plano oral: estudio de la inmunidad humoral y celular**
RAMÓN FLUIXÁ C, BAGÁN SEBASTIÁN J V, MILIÁN MASANET M.^a A, JIMÉNEZ SORIANO Y
- **Ránulas; presentación de siete casos y revisión de la literatura**
FAURA SOLÉ M, BRESKO SALINAS M, BERINI AYTÉS L, GAY ESCODA C
- **Expresión por el dibujo de la ansiedad dental en el niño antes y después del tratamiento**
DOMÍNGUEZ REYES A, AZNAR MARTÍN T, SIERRA DELGADO M
- PANORAMA DENTAL
- CURSOS Y CONGRESOS
- ÍNDICE GENERAL DE ARTÍCULOS, MATERIAS Y AUTORES DEL AÑO 1999

AVANCES en odontología

Vol. 15 - Núm. 10 - DICIEMBRE 1999

Director

Prof. Antonio Bascones Martínez

Secretario de Redacción

Prof. Juan Antonio García Núñez

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Alonso Rosado, Ángel
Dr. Aracil Kessler, Luis
Prof. Bagán Sebastián, José Vicente
Dr. Barreiro da Viña, Antonio
Dr. Berguer Sánchez, Alberto
Prof. Bermejo Fenoll, Ambrosio
Dr. Blanco Carrión, Andrés
Dr. Blanco Carrión, Juan
Dr. Blas Carbonero, Alejandro de
Prof. Brau Aguade, Esteban
Prof. Bullón Fernández, Pedro
Prof. Caballero Herrera, Rafael
Dr. Cambra Sánchez, Jorge
Prof. Canut Barona, José Antonio
Prof. Casado Llompart, José Ramón
Dr. Castañer Llull, Alejo
Dra. Cerero Lapiedra, Rocío
Prof. Conde Vidal, José María
Prof. Costa Campos, Arturo
Dr. Cuadrado Alonso, Javier
Prof. Cuenca Sala, Emilio
Prof. del Río de las Heras, Fernando
Prof. Donado Rodríguez, Manuel
Prof. Echevarría, José Javier
Prof. Esparza Gómez, Germán
Prof. García Ballesta, Carlos
Prof. García Barbero, Javier
Prof. García Vicente, Luis
Dr. Gasca Muñoz, Francisco
Prof. Goiriena de Gandarias, Javier

Dr. Gómez García, Albano
Dr. González Giralda, Ruperto
Dr. González Iglesias, Julio
Prof. González Martínez, Antonio
Prof. Hernández Vallejo, Gonzalo
Prof. Liébana Ureña, José
Prof. Lizarbe Iracheta, M.^a Antonia
Prof. Llanes Menéndez, Felipe
Prof. López Arranz, Juan Sebastián
Prof. López Calvo, Juan Antonio
Prof. López López, Manuel
Prof. Lucas Tomás, Miguel
Dr. Malva Alonso, Alfredo
Dr. Martínez Lage, Juan Luis
Dr. Martos Molino, Francisco
Dr. Monlleo Pons, José
Prof. Navajas, José Manuel
Dr. Ortega Piga, Antonio
Prof. Peydro Ólaya, Amando
Prof. Pifarre Sanahuja, Enrique
Dr. Portero Benayas, Lorenzo
Prof. Rioboo García, Rafael
Dr. Rodrigo Rodríguez, Miguel Ángel
Prof. Santamaría Zuazua, Joseba
Prof. Sanz Alonso, Mariano
Prof. Sanz Martín, Mariano
Prof. Solano Reina, Enrique
Prof. Travesi Gómez, Joaquín
Prof. Vega del Barrio, José María
Dr. Villar Martínez, José Juan

**COMITÉ CIENTÍFICO
EN EL EXTRANJERO**

Dr. Álvarez, Claudio (Chile)
Dr. Cafesse, Raúl (USA)
Prof. Carranza, Fermín (USA)
Prof. Escobar, Alfonso (Colombia)
Prof. Faria Gómez, Antonio A (Portugal)
Prof. Kolozinsky, Ernesto (Argentina)
Prof. Kon, Simao (Brasil)
Prof. Lekovice, Vojislav (Yugoslavia)
Prof. Lobos, Nelson (Chile)
Prof. Newman, Michael (USA)
Prof. Nisengard, Russell (USA)
Prof. Pereira de la Cruz, José (Portugal)
Prof. Roberto Leonardo, Mario (Brasil)
Dr. Saccomani, Romolo (Italia)
Dra. Salvador, Cecilia (Ecuador)
Prof. Silva Hetzog, Daniel (México)
Dr. Sueldo, Efraín (Perú)
Prof. Uribe, Jorge (Argentina)

**ASESOR DEL COMITÉ
CIENTÍFICO**

Dr. Francisco J. Manso Platero

**ASESOR DE EPIDEMIOLOGÍA
CLÍNICA**

Prof. Vicente Domínguez Rojas

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y PUBLICIDAD

M.^a Dolores Carreras, Elena Boschmonar y Jorge Carrizosa

Edita: Ediciones Avances, SL

ISSN: 0213-1285 DL: M- 7972-1985

Boix y Morer, 6, 1.º - 28003 Madrid

Tel.: 91 533 42 12 - Fax: 91 534 58 60

E-mail: avances@arrakis.es - http://www.ediciones-avances.com

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como soporte válido. Ref. SV 9214R

Imprime: Ibergráficas, SA

Expresión por el dibujo de la ansiedad dental en el niño antes y después del tratamiento

Domínguez Reyes A*, Aznar Martín T**, Sierra Delgado M***

RESUMEN

Se estudia la posibilidad de diagnosticar por el dibujo el posible grado de ansiedad con el que los pacientes infantiles llegan a una consulta dental, y si es posible su modificación. El número total de niños estudiados fue 40, y a todos se le realizó una ficha en la que se recogían filiación y experiencias anteriores. Los niños realizaron un dibujo antes y después del tratamiento, y los resultados arrojaron modificaciones individuales en cuanto a la ansiedad y una modificación no significativa globalmente considerada.

Palabras Clave: Odontopediatría, ansiedad dental, dibujo.

SUMMARY

It is studied the possibility of diagnosing by the drawing the possible degree of anxiety with the one which the infantile patients arrive to a dental query, and if it is possible its modification. The total number of studied children was 40 and to all was accomplished to him a card in the one which was collected filiation and previous experiences. The children accomplished a drawing before and after of the processing and the results threw individual modifications concerning the anxiety and a not meaningful modification globally considerate.

Key Words: Odontopediatría, dental anxiety, drawing.

Aceptado para publicación: Marzo 1998.

- * Profesora Titular, Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla.
- ** Profesora Asociada, Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla.
- *** Licenciada en Odontología.

Domínguez Reyes A, Aznar Martín T, Sierra Delgado M. Expresión por el dibujo de la ansiedad dental en el niño antes y después del tratamiento. *Av Odontostomatol* 1999; 15: 605-12.

INTRODUCCIÓN

El hombre ha tenido desde siempre la sensación de que sus manifestaciones artísticas tenían la virtud de reflejar, su época, sus temores o creencias, sus verdaderas caracte-

terísticas psicológicas y sus verdaderos estados de ánimo. Por tanto, la psiquiatría y la psicología, basándose en dicha percepción, no han dudado en introducir dentro de sus técnicas de estudio, la interpretación y realización de dibujos que, analizados *a posteriori*, como un elemento

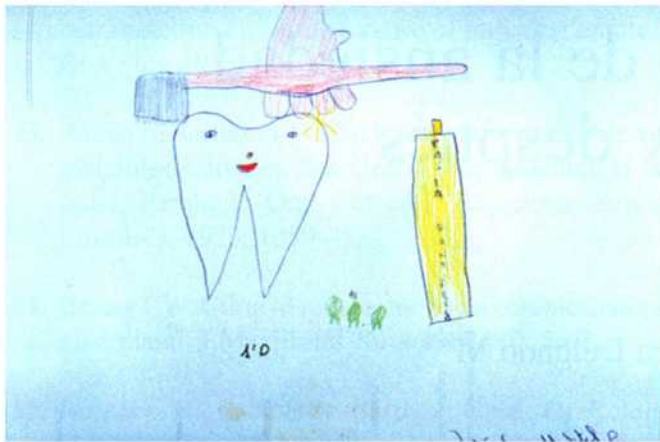


Figura 1a: Niño de 9 años. Ansiedad baja antes del tratamiento.



Figura 1b: Mismo paciente postratamiento. La ansiedad no varía.

más dentro del diagnóstico, podrían encuadrar un cierto perfil anímico, permanente o circunstancial, de pacientes o grupos de pacientes, ante una determinada situación.

Y dicho esto, aunque somos conscientes de que a la hora de diagnosticar estados de ánimo, emociones o ansiedades, los parámetros o valoraciones, siempre tendrán un carácter relativo que harán difícil un verdadero juicio científico de los mismos, de lo que no cabe duda es que, según trabajos realizados en este sentido (1, 2, 3 y 4), en una clínica dental, sobre todo odontopediátrica, se podría

intentar objetivar el grado de temor y ansiedad con el que llegan los niños, hecho interesante a la hora de actuar frente a actitudes y comportamientos, si mientras esperan ser atendidos, los mismos realizan un dibujo libremente elegido y coloreado, susceptible de ser analizado según parámetros de ansiedad preestablecidos (5, 6, 7 y 8).

Así pues, el que esto pudiera ser efectivo y válido para un mejor conocimiento y tratamiento del niño y porque además en nuestra asignatura era un trabajo a realizar, fue por lo que consideramos, más que interesante, nece-

Tabla I

Edad	Niños	Niñas	Totales
4 - 6 años	1	3	4
7 - 9 años	7	7	14
10 - 12 años	13	5	18
13 - 14 años	2	2	4
	23	17	40

Tabla II

Edad	¿Acude por primera vez?		Totales
	Sí	No	
4 - 6 años	4		4
7 - 9 años	9	5	14
10 - 12 años	9	9	18
13 - 14 años	2	2	4
	24	16	40

sario, conocer, mediante su expresión por el dibujo, no sólo el grado de ansiedad con el que llegaban a la clínica nuestros pequeños pacientes, sino su posible modificación tras la experiencia del tratamiento o su igualmente posible relación con la edad, el sexo o experiencias anteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello, con una media de edad de nueve años, elegidos de entre los pacientes que acudían a consulta en la asignatura de Odontología Infantil y Ortodoncia Integrada de la Facultad de Odontología de Sevilla, seleccionamos un total de 40 niños (23 niños y 17 niñas) a los que, por una u otra razón, era necesario efectuar distintos tratamientos dentales (T-I y II).

Antes de comenzar los mismos, y previo permiso paterno, rellenábamos una ficha en la que se recogía, aparte de su filiación, si era o no la primera vez que acudían al dentista, si habían o no tenido otras experiencias médico-quirúrgicas (amigdalectomía, vegetaciones u otras), qué entendían por dentista los niños y, de haber asistido alguna vez al odontólogo, el tipo de tratamiento recibido y la duración del mismo. En el apartado observaciones, señalaban la actitud con la que el niño se presentaba ante nosotros.

Siendo requisito indispensable para pertenecer a la muestra que carecieran de cualquier alteración psicológica o intelectual que pudiera invalidar de alguna manera los posibles resultados, a todos se les solicitó la realización de un dibujo antes y después de finalizar los tratamientos; para lo cual, los niños eran ubicados en un lugar adecuado, siempre bajo las mismas condiciones ambientales y con todo el material a su disposición (papel, lápices de colores, goma etc.). A todos se les indicó, sin más explicaciones, que realizaran un dibujo (totalmente libre) mientras esperaban.

Los dibujos se agruparon en representaciones de paisajes, representación de personas adultas o niños, existencia o no del dentista en el mismo, representación de la consulta y su instrumental y motivos diversos. Desde el punto de vista del color, si estaba o no coloreado y la presencia o no del rojo.

En cuanto al tamaño, aparte de todas y cada una de las características reseñadas en las tablas, también tuvimos



Figura 2a: Niña de 10 años de edad. Ansiedad alta antes del tratamiento.

en cuenta los cambios sufridos entre el antes y el después del tratamiento.

Para valorar en dichos dibujos la existencia o no de ansiedad, nos basamos en los parámetros de Rialph (9) y



*Figura 2b:
Misma paciente
posttratamiento.
La ansiedad
disminuye.*

Tabla III: Indicadores de ansiedad en el dibujo
según Xandro y Rialph

- Tamaño del dibujo en conjunto
- Continuidad en el trazo
- Empleo del color rojo
- Tamaño del instrumental, del paciente y del profesional
- Separación de planos
- Presencia de sangre
- Dibujo de una casa: campesina/urbana
- Presión en las líneas
- Dibujo coloreado
- Omisión de extremidades, rasgos faciales
- Simplificación del tronco
- Ausencia del paciente
- Transparencia en el dibujo
- Exceso luz artificial (foco del equipo)

Xandro (1, 2), que recogen y analizan el tamaño, la proyección y la situación del dibujo, entre otras características (T-III); y para determinar, dentro de esa ansiedad, los grados de la misma, en los de Padrós (T-IV) (6), que definen la ansiedad alta, y los de Handler y Reyher (T-V) (10) que definen las características de la ansiedad baja (figuras 1a y 1b, 2a y 2b, y 3a y 3b).

Desde el punto de vista de su gradación, asignábamos 0 (cero) puntos cuando, siguiendo los parámetros anteriores, el dibujo del paciente carecía de rasgos de ansiedad; y sumábamos un punto, por cada característica de ansiedad que apareciera en el mismo.

Una vez obtenidos todos los datos, estos fueron sometidos al programa estadístico SPSS, que seleccionó, como más adecuado para su valoración, la determinación de coeficientes de correlación de Spearman y el test de Wilcoxon, lo que nos permitía correlacionar las variables duración del tratamiento y edad, y las variables diferencia de ansiedad antes y después del tratamiento.

Tabla IV: Características de ansiedad alta
según Padrós

- El dibujo ocupa menos de la mitad de la hoja, sobre todo si es muy pequeño
- El dibujo está coloreado especialmente con color rojo
- La presión del trazo es deficiente, temblorosa
- El trazado es discontinuo, trazos sueltos
- Sombreado
- Se omiten extremidades del paciente
- Hay desorden en el mobiliario de la clínica
- Existe exceso en el tamaño del instrumental
- El dibujo muestra instrumental agresivo
- Si se exagera en la luz artificial, foco del equipo
- Si se sitúa la acción en una habitación cerrada
- Si el profesional aparece vestido de superhombre o similar
- Si aparece constricción del espacio vital del paciente
- Manos grandes del profesional
- Si el paciente aparece llorando
- Si se corrige o se borra mucho al efectuar el dibujo
- En el dibujo de una casa, si ésta es o no de la ciudad
- En el dibujo de árboles: el tronco tembloroso, ramas horizontales o copas ennegrecidas

RESULTADOS

Recogidos pues, los dibujos realizados antes y después del tratamiento y teniendo en cuenta que en un mismo dibujo podíamos encontrar distintas representaciones a la vez, nosotros pudimos comprobar que, en el 50% de los casos, la representación gráfica del niño era un paisaje en el que aparecían casas, arboles y soles (paisaje rural); en un 45%, niños solos, niños que jugaban con otros niños o

Tabla V. Características de bajo nivel de ansiedad según Handler y Reyher

- Si el dibujo ocupa más de la mitad del papel
- Si el paciente aparece con los brazos abiertos
- Si la presión del trazo es firme
- Si el trazado es continuo
- Si el tamaño del paciente es normal o grande

niños que estaban inmersos en dichos paisajes; el 20% se relacionaban con la consulta (sin que en ninguno, aparte de un espejo, aparecieran instrumentos) y otro 45%, representaciones muy diversas: escudos de equipos de fútbol, coches, banderas etc. En cuanto a la coloración, el 87,5% estaban coloreados tanto antes como después del tratamiento; el 12,5 no lo estaban ni antes ni después y el rojo aparecía en el 45% de todos los dibujos.

Los cambios en el tamaño tuvieron lugar en el 17,5% de los casos y siempre fue de un tamaño menor (antes del tratamiento) a un tamaño mayor después del mismo. En un 5% aparecieron motivos dentales (figura 1a) y mensajes como «hay que cepillarse los dientes» o muelas que dicen «me voy a dormir porque estoy limpia».

En la encuesta, todos los niños, independientemente de la edad (100% de los casos), mostraron conocer perfectamente qué era un dentista y su trabajo; y respecto a su actitud antes y durante el tratamiento, ésta fue, en el 12,5% de los casos, muy positiva; positiva en el 70% y en el 17,5% (7 niños con experiencias hospitalarias y quirúrgicas) una actitud relativamente negativa que fue mejorando con el trato.

Respecto al grado de ansiedad detectado en los dibujos, evaluado según escalas ya descritas, pudimos comprobar que el 92,5% (37 niños) mostraba antes del tratamiento, un grado de ansiedad que, variando entre 1 punto (ansiedad escasa) y 7 puntos (ansiedad muy alta), venía a representar una media de 2,45 (Std. Dev. 1,444) puntos, lo que considerábamos como aceptable para este tipo de situaciones (I-VI). Concluidos los tratamientos y realizado el

Tabla VI

	Valores de ansiedad		Diferencia
	Antes tratamiento	Después tratamiento	
Paciente 1	3	1	↓
Paciente 2	1	1	=
Paciente 3	0	4	↑
Paciente 4	5	4	↓
Paciente 5	7	3	↓
Paciente 6	3	3	=
Paciente 7	2	3	↑
Paciente 8	1	2	↑
Paciente 9	1	1	=
Paciente 10	2	4	↑
Paciente 11	1	3	↑
Paciente 12	4	3	↓
Paciente 13	3	3	=
Paciente 14	2	3	↑
Paciente 15	4	3	↓
Paciente 16	2	3	↑
Paciente 17	3	1	↓
Paciente 18	2	2	=
Paciente 19	2	2	=
Paciente 20	2	3	↑
Paciente 21	4	3	↓
Paciente 22	3	3	=
Paciente 23	3	4	↑
Paciente 24	3	4	↑
Paciente 25	3	2	↓
Paciente 26	2	2	=
Paciente 27	2	2	=
Paciente 28	4	3	↓
Paciente 29	1	3	↑
Paciente 30	2	3	↑
Paciente 31	1	2	↑
Paciente 32	4	3	↓
Paciente 33	1	1	=
Paciente 34	4	2	↓
Paciente 35	0	0	=
Paciente 36	1	1	=
Paciente 37	3	3	=
Paciente 38	0	3	↑
Paciente 39	2	1	↓
Paciente 40	2	3	↑

dibujo pertinente, los mismos parámetros mostraron que, si bien habían disminuido los pacientes que presentaban



Figura 3a:
Niña de 5 años
de edad.
Ansiedad alta
previa al tratamiento.

un grado de ansiedad muy alto (6-7 puntos), la media (2,50 Std. Dev. 1,013) no variaba significativamente (Wilcoxon $p= 0,5791$), porque aunque ahora los límites en grados de ansiedad se encontraban entre 1 y 4 puntos, el número de pacientes con un grado de ansiedad de 3, había pasado de 9 casos antes del tratamiento a 19 post-tratamiento (Wilcoxon $p= 0,7003$).

Esto parecía indicarnos que si bien globalmente no existían diferencias significativas entre el antes y el después, considerado cada caso individualmente, podríamos encontrar diferencias que, aunque significativas en este punto, no podíamos considerar en modo alguno como concluyentes.

Concluyentes en el sentido de estimar la expresión de la ansiedad por el dibujo, como un método diagnóstico cuyos resultados pudieran aplicarse de una manera general (T-VII); por lo que, para nosotros, y teniendo en cuenta estos resultados, este sería, más que global, un buen método para valoraciones individuales indicativas del grado de ansiedad.

En cuanto a la edad, el sexo o la duración de las intervenciones, tampoco pudimos detectar influencia significativa sobre el grado de ansiedad manifestado.

DISCUSIÓN

Con objeto, pues, de estudiar los grados de ansiedad y su posible modificación en los niños que acuden a una consulta dental, se han venido realizando una serie de trabajos que tratan de correlacionar el grado de ansiedad, los dibujos, la asistencia a una consulta dental o la visión que los pequeños pacientes pudieran tener sobre el profesional de la odontología: Baldwim (1966), Fadden, Klingberg y Hwang (1994), Cabrerizo y García Ballesta (1990), Padrós Serrat y Boj Quesada (1995), etc. (7, 10, 5, 6, 11 y 12).

Pues bien, aunque también nosotros hemos podido constatar, como refieren muchos autores, que, para la mayoría de los niños, el hecho de dibujar supone, además de una posible relación amistosa entre él y el personal de la clínica, una oportunidad de comunicar, más o menos relajadamente, la propia percepción de lo que le rodea, ello no quiere decir, sin embargo, que podamos considerar que los dibujos recogidos sean algo más que «un reflejo de la actitud del niño frente a la experiencia estomatológica» (5), o más que una indicación a la hora de aplicar los métodos de manejo de la conducta.

Tabla VII

Puntos de ansiedad	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
0	3	1
1	8	7
2	12	18
3	9	19
4	6	5
5	1	-
6	0	-
7	1	-

En 1965, en un trabajo realizado con 88 niños preescolares y de jardín de infancia (el 50% con experiencia odontológica previa), Striker y Howitt afirmaban que «la idea, sobre el gran temor de los niños al dentista, que carecía de fundamento, tenía muy poco que ver con la realidad, pues sólo el 16% de los casos por ellos estudiados, habían mostrado un leve recelo hacia el profesional» (13); esto parecía corroborar lo que Fadden (14), sobre un total de 706 pacientes infantiles, había obtenido: que en términos generales, los niños respondían positivamente ante una visita al dentista.

Aunque muchos autores han utilizado para el estudio de la ansiedad el control de respuestas fisiológicas, como la transpiración, el ritmo cardíaco, la humedad de la piel o la dilatación capilar en los dedos (15, 16), nosotros hemos considerado que la conducta externa del paciente, la experiencia y objetividad del profesional y la expresión individual del dibujo, podrían ser lo suficientemente significativos como para permitirnos conocer el grado de ansiedad sin necesidad de determinaciones fisiológicas coadyuvantes. Y en este sentido, en cuanto a comportamientos y actitudes, nosotros pudimos comprobar que en términos generales (aparte la ansiedad), el comportamiento que predominaba en nuestros niños, dentro de las naturales actitudes «expectantes», era aquel que indicaba una actitud positiva frente al profesional y sus tratamientos en el 82,5% de los casos.

Que pudiéramos considerar como agresivo, sólo detectamos un caso que fue controlado con maniobras interceptivas; y como no cooperadores (llantos, movimientos, intentos de interrumpir el tratamiento con excusas, etc.), seis. No cabe duda, pues, que ante esto tengamos que decir que el odontólogo no sólo debe ser un buen técnico, sino un «buen conductor de actitudes», que en determinados momentos, puede verse favorecido por un previo conocimiento del grado de ansiedad; grado de ansiedad que pudiera ser detectado en un dibujo realizado por el niño mientras espera.

El que en nuestro trabajo el grado medio de ansiedad fuera de 2,45 puntos antes del tratamiento y de 2,50 tras el mismo, no sólo parece indicarnos que el grado de ansiedad con el que se llega a la consulta es bastante normal, sino que, además, el mismo, no se modifica, al menos significativamente, después del tratamiento. No obstante, hemos de añadir que, si bien globalmente ello es así, desde la vertiente individual pudimos detectar



Figura 3b:
*La misma paciente.
La ansiedad
aumenta tras
el tratamiento.*

variaciones que indicaban que 12 casos habían mejorado, 13 permanecían igual y 15 aumentaban algo en su grado de ansiedad, lo que podría deberse a esa diferencia que siempre existe entre la expectativa con la que se llega a la consulta (téngase o no experiencia) y lo percibido en la misma.

No podemos estar seguros de que ello sea así, pero tampoco podemos negar que ante una determinada situación frente a la que llevamos ideas preconcebidas, podamos sentirnos reafirmados o defraudados; lo que explicaría que, mientras caso a caso existen diferencias en uno y otro sentido en los grados de ansiedad, globalmente considerada, las variaciones no sean significativas.

Aunque autores como Eduardo Padrós (1995) (17) establecen diferencias entre lo que sería la ansiedad dental y la ansiedad general, nosotros no establecimos esa diferencia, porque creemos que ambas se rigen, si no por idénticos principios, sí por principios muy similares.

CONCLUSIONES

Podemos concluir pues, que, en odontopediatría, el dibujo, aparte de distraer al niño y servir de apoyo en la relación profesional-paciente, como método diagnóstico del

grado de ansiedad, sólo puede ser considerado como una orientación que debe ser valorada y analizada individualmente. Que, en general, el nivel de ansiedad detectado en los dibujos suele corresponderse con la inquietud e inseguridad mostrada por el niño en el gabinete; que, globalmente, el grado de ansiedad medio no cambia de forma significativa entre el antes y el después del tratamiento; que dicho grado de ansiedad carece de relación con el tiempo de duración de los tratamientos, la edad del paciente o el sexo, y que en general, la actitud del niño frente al dentista y sus tratamientos es muy positiva.

CORRESPONDENCIA

Dra. Antonia Domínguez Reyes
Plaza Alfonso de Cossío, 1, 1.º A - 1
41004 Sevilla

BIBLIOGRAFÍA

1. Xandro M. Manual de tests gráficos. Ed. EOS. Madrid, 1986.
2. Xandro M. Tests gráficos de personalidad. Ed. EOS. Madrid, 1982.
3. Saizquier de Ocampo M L. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Ed. N. Visión. Buenos Aires, 1979.
4. Di Leo J. Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
5. Cabrerizo M C y García Ballesta C. La expresión gráfica del niño ante la experiencia estomatológica. Rev. Europea Odontoestomatol 1990; 2: 227-32.
6. Padrós Serrat E, Boj Quesada J R, Estaun Ferrer S, Ustrell Torrent J M. El dibujo como método para valorar la ansiedad dental en niños. Rev. Odontología Pediátrica 1995; 4 (1): 29-38.
7. Baldwin J R. An investigation of psychological and behavioral responses to dental extraction in children. J Dent Res 1966; Supl 6 (45): 1637-51.
8. Alzina P, Alzina P. A propos d' un cas de transcription graphique des reactions de l'enfant en odontologie. La Pedodontie Francaise 1979; 2: 201-5.
9. Rialph P. Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Ed. Anderson H H y Anderson J I. Madrid, 1978.
10. Klimberg G, Hwang C P. Childrens dental fear picture tests (CDFP). ASDC JNL of Dentistry for Children 1994; 61: 89-96.
11. Turco G, Bertolotto C, Savio N, Neri R. Indagine sui rapporti psicologici bambino-medico con particolare riguardo alla specialità di odontoestomatologia. Minerva Stomatologica 1986, Supl. monográfico 35: 763-84.
12. Manara F, Sapelli P, Mains L. Pedodonzia aspetti psicologico medici e psichiatrici. En: Pasini W, Haynal A: Psicologia odontoiátrica. Milán. Manuali Economici di Odontoiatria. Ed. Masson. 1992, 112-22.
13. Striker G, Howitt J W. Physiological recording during simulated dental appointments. N.Y. State Dent J 1965; 31: 204-6.
14. Fadden L E. What the child thinks of dental practice. N.Y. State Dent J 1953; 19: 124-32.
15. Lewis T M, Law D B. Investigation of certain autonomic responses of children to a specific dental stress. J Am Dent Assoc 1958, 57: 769-77.
16. Myers D R, Kramer W S, Sullivan R E. A study of the heart action of the child dental patient. J Dent Child 1972; 39: 99-106.
17. Padrós E. Valoración de la ansiedad dental infantil utilizando dibujos. Dental Economics 1995; 1 (1): 27-34.