

01421
320



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ANSIEDAD INFANTIL: SU MEDICIÓN EN LA PRÁCTICA
ODONTOLÓGICA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

DONOVAN SOLDEVILA ALONSO

DIRECTOR C.D. MARIO ALFREDO SANTANA GYOTOKU

V. B. Santana



MÉXICO D. F.

Mayo 2003

A



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.

Agradecimientos:

A mi madre, Alma Rosa, por haberme mostrado el camino.

A mi hermano, Emerson, por acicatearme con su ejemplo cuando flaqueaba.

A mis profesores, Mari Hirose y Mario Santana, por haberme transmitido sus conocimientos e inagotables ganas de trabajar.

A la Dra. Amada Rueda Ampudia, profesora de la Facultad de Psicología, quien me asesoró en todo momento respecto a los tests de ansiedad para niños y la manera de evaluar el TAI.

Y finalmente, pero no por ello menos importante, a Mí mismo, por haber llegado al final del camino, que como todos en la vida, no es más que el comienzo de otro nuevo...

Dedicatorias:

A mi madre, porque sin ella nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermano, por ser un buen hermano y un mejor amigo.

A mis tías Rosita y Mónica, a mi tío Gunter, por haberme brindado (y seguirlo haciendo) su cariño y apoyo.

A mi padre, porque espero que esto le demuestre lo que pudo haber sido y no quiso ser.

A mi novia, por ser mi Luz y comprender la ansiedad que conlleva ser cirujano dentista, al serlo ella misma.

Y finalmente a mis detractores, porque me estimularon a demostrar mi verdadera capacidad.

20

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Antecedentes	4
2.1. Historia clínica	6
3. La ansiedad	8
3.1. Concepto	8
3.2. Síntomas	9
3.2.1. Síntomas físicos	10
3.2.2. Síntomas psicológicos	11
3.2.3. Síntomas de conducta	12
3.3. Angustia	14
4. Medición de ansiedad infantil en odontopediatría	16
5. Tests psicológicos	19
5.1. Antecedentes históricos	19
5.2. Función del test o prueba psicológica	20
5.3. Características de los tests psicológicos	21
5.4. Naturaleza controlada de las pruebas psicológicas	22
5.5. Aplicación del test psicológico	23
6. Escalas para la medición de la ansiedad infantil	24
6.1. STAIC (cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo en niños)	25
6.2. CMAS R (escala de ansiedad manifiesta en niños)	27
6.3. CAS (cuestionario de ansiedad infantil)	29
7. TAI (test de ansiedad infantil)	32
7.1. Justificación	32
7.2. Estructura del TAI y obtención de puntuación directa	34
7.3. Limitaciones del instrumento	38
8. Conclusiones	40
9. Bibliografía	41

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido por cualquier profesional de la salud que la ansiedad y el temor afectan de manera negativa la conducta del paciente. En la práctica odontopediátrica, particularmente, la ansiedad es un factor crucial que determina en gran medida el éxito y la rapidez de cualquier tratamiento. Por tanto, se hace necesario para el odontólogo percibir el estado emocional en el que se encuentra el niño antes de la atención dental, para así poder estimularlo si éste fuese positivo o redirigirlo si se presentase el caso contrario. Para tal efecto, existen multitud de sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico, basados en la mera observación durante la elaboración de la historia clínica y, a veces, en un breve interrogatorio a los padres y/o al mismo paciente.

Ante estos hechos sobresalen tres problemas que disminuyen considerablemente la eficacia del tratamiento dental, a saber:

- 1) En la historia clínica se registra minuciosamente el estado sistémico y dental del niño, aunque no así su estado emocional. Esto sería particularmente útil para el cirujano dentista en ciernes, pues le ayudaría a planificar consultas ulteriores predisponiéndose adecuadamente en el terreno anímico.
- 2) Se establece una relación puramente profesional y no interpersonal con el niño. Es posible argüir que la ambientación sirve para ganar la confianza del niño, pero esto no siempre es cierto y la relación odontólogo-paciente sigue siendo distante.
- 3) La anamnesis no permite medir las habilidades sociales, coordinación motora, grado de atención ni destreza manual del niño. Al elaborar un diagnóstico odontológico, el paciente infantil se limita a ser un espectador y por temor ante individuos extraños no se muestra como es realmente.

Con el objeto de subsanar estos y otros problemas derivados, el presente trabajo propone introducir en la historia clínica un instrumento psicológico que ayudará al futuro cirujano dentista a determinar el grado de ansiedad del paciente pediátrico que ha de tratar, para actuar en consecuencia, así como establecer la empatía necesaria para lograr la colaboración del infante en las citas dentales.

Se analizarán también de manera crítica los sistemas de medición odontológica del grado de ansiedad o cooperación del niño, así como algunas pruebas psicológicas orientadas para tal fin. La presente tesina finaliza proponiendo un cuestionario con límites precisos de utilidad para el futuro profesional y aplicación en rangos de edad, para así cumplir con los principios fundamentales de atención dental con el mínimo de estrés en el menor tiempo posible, optimizando de esta manera el tratamiento terapéutico pertinente.

Finalmente, se concluye que debe haber un test psicológico en la historia clínica de odontopediatría en la Facultad de Odontología en virtud de los muchos beneficios que trae consigo y con el objetivo de enfatizar el carácter multidisciplinario de la práctica odontológica.

ANTECEDENTES

La odontología se ha tenido que enfrentar desde siempre con el factor ansiedad en los pacientes, ya que la naturaleza de los tratamientos dentales así lo requiere. La aplicación de anestesia intraoral y el uso de la pieza de mano para la remoción de caries, con su molesto zumbido, así como el contacto directo con terminales nerviosas, han supuesto una predisposición anímica negativa por parte del común de la gente. Si tomamos en cuenta que el niño absorbe todo el conocimiento social disponible y que nuestra profesión es socialmente mal vista por su necesario trato con el dolor, es fácil darse cuenta del problema conductual que tiene entre manos el cirujano dentista. Por esta razón, la odontopediatría se ha avocado a identificar los estímulos que llevan a que el niño se comporte mal en el consultorio dental¹. A continuación se enumeran brevemente las más significativas:

- **Ansiedad de los padres.** Existe una significativa relación entre la ansiedad de los padres que llevan a su hijo a la consulta dental y la conducta del niño durante su primera visita. Los padres muy ansiosos afectan de manera negativa la conducta de sus hijos. Sucede al conducir al niño al consultorio dental, pues es común que los padres comenten acerca de sus propias experiencias con odontólogos; si éstas fueron de algún modo negativas, lo exteriorizarán descuidadamente sin reflexionar que el niño está aprendiendo conductas sociales tomando como modelo el comportamiento de sus progenitores. También puede ser que los padres estén preocupados por lo que le va a pasar en el consultorio a su hijo, por lo que se muestran nerviosos. Así, el pequeño llega a su consulta esperando encontrar una experiencia desagradable y dolorosa, por lo que presenta a su vez los típicos síntomas de ansiedad.

¹ Ralph E. McDonald, David R. Avery, Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5ª edición, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1990, p. 49. Se incluyen además comentarios a cada una de las variables que influyen en la conducta del niño.

- **Historia Médica.** Intervenciones quirúrgicas previas, dolor (moderado o intenso, real o imaginario) experimentado durante anteriores visitas al médico y malos manejos de los pediatras influyen negativamente sobre la conducta en la primera visita al odontólogo. Los niños que han pasado por el quirófano son particularmente sensibles, pues sufrieron experiencias traumáticas como anestesia general, separación de sus padres, sensaciones de desconcierto y abandono, entre otras. Al identificar al dentista como médico debido a su actitud e indumentaria, el infante relaciona inmediatamente los hechos, y ante el miedo de que se repitan todas sus anteriores malas experiencias, se vuelve ansioso y difícil de manejar para el odontopediatra.
- **Conocimiento de la afección dental.** Ciertos pacientes llegan al dentista sabiendo que tienen un problema, como abscesos o traumatismos. Esto provoca una tendencia hacia la conducta negativa debido tal vez a la aprensión transmitida por los padres. El niño se siente responsable de su problema dental porque está pasando en su propio cuerpo. Al darse cuenta de que esto preocupa a sus padres, se siente culpable y esto genera una conducta ansiosa en el niño, que se reflejará en el consultorio dental en forma de mal comportamiento.
- **Influencia social.** El sólo hecho de ver la televisión o relacionarse con sus compañeros de juego, hace que el niño piense que la experiencia con el odontólogo será desagradable y dolorosa. Basta ver la televisión o ir al cine para darse cuenta de esto fácilmente. Los dibujos animados están llenos de referencias al dolor y el desagrado cuando hablan de los dentistas y su “taladro”. Ni qué decir de películas en donde un dentista sádico es responsable de alejar al espectador de cualquier idea relacionada con su salud bucodental. También es posible que un niño al que le acaban de colocar coronas de acero-cromo, comente con sus compañeros que lo “picaron” con una aguja y lo hicieron “sufrir” con la pieza de mano, además de haberle “sacado” mucha sangre. Todos estos factores le dan al infante una idea previa totalmente falsa de la consulta dental. Por supuesto, cuando sus padres le

comunican que debe ir al odontólogo, el niño está aterrorizado. También son tan frecuentes frases como: “si te portas mal, te llevo al dentista”, que no merecen mayor comentario.

Todos estos factores, bien conocidos por el odontopediatra, han hecho necesaria la clasificación de la conducta de los niños en cuanto a su grado de cooperación en la primera visita al consultorio dental. Se entiende que entre más ansiedad presente un niño, menos cooperador será.

Historia Clínica

Tradicionalmente, la historia clínica ha sido indispensable en cualquier área de la salud para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento, y lo sigue siendo hoy. Es indispensable para registrar la identidad del paciente, padecimientos pasados y actuales, estado de salud y, en última instancia, como defensa legal del cirujano dentista. Existen en la facultad historias clínicas especializadas para cada área odontológica, y odontopediatría no es la excepción.

Ahora bien, la historia de esta asignatura registra los datos de los padres del paciente pediátrico, las enfermedades que ha padecido el niño y su estado de salud general y bucal. Aún así, no toma en cuenta el estado *emocional* en que llega el niño. Tampoco toma en cuenta factores que podrían producirle ansiedad previa independientemente del tratamiento dental, tales como: ¿son los padres responsables del niño o lo es alguien más?, los padres del niño ¿viven juntos o separados?, ¿cómo es el niño en sus relaciones interpersonales con otros niños y con los adultos?, ¿es caprichoso, rebelde, tímido, alegre, parlanchín? El tomar en cuenta éstas y otras cuestiones ayudaría efectivamente a la comprensión de la personalidad del niño y, por lo tanto, se podrían establecer las causas de su comportamiento y planear así adecuadamente el abordaje psicológico por parte del dentista. Está bien documentado, por ejemplo, que los hijos de padres divorciados presentan ciertos problemas

de conducta que los hijos de un matrimonio que vive junto, no tienen. También influye en la personalidad del niño si es cuidado por sus padres o por otra persona, a falta de estos.

Otros aspectos importantes son la personalidad del niño y sus relaciones con sus congéneres de la misma edad. En cuanto a la personalidad del infante, es posible que el responsable del tratamiento (padres o tutores, según sea el caso) la pueda definir, pues convive mucho tiempo con él y conoce su comportamiento (en la última parte de la presente tesina se sugiere una lista de características de personalidad que el padre o tutor puede marcar con una "x" para definir la conducta del niño). Sus relaciones con otros niños nos pueden dar parámetros acerca de su grado de agresividad, sociabilidad y pasividad, entre otros. El comportamiento y los sentimientos que tenga hacia su(s) hermano(s) es otro indicio de la personalidad del niño. Si es hijo único planteará otro tipo de problemática en cuanto a su carácter y conducta en el consultorio dental.

Hay variedad de métodos (desde el simple interrogatorio hasta la psicoterapia) para medir todos estos datos y correlacionarlos para poder enunciar un juicio valorativo acerca de la personalidad del niño, pero destacan de entre ellos las pruebas psicológicas por ser prácticas, de fácil aplicación y requerir de relativamente poco entrenamiento.

De esto se concluye que es necesario tomar en cuenta el aspecto emocional en el que llega el niño para su verdadera atención integral, ya que con esta información el cirujano dentista podría detectar problemas de ansiedad elevada a tiempo y así remitirlo al especialista. Es necesario registrar este tipo de datos, mismos que actualmente no se encuentran disponibles para su registro en la historia clínica de odontopediatría. Este trabajo pretende introducir tal instrumento, de manera que sea práctico y conciso para su consulta en la medición de la personalidad y grado de ansiedad del niño. Pero ¿qué es la tan citada ansiedad? Se detalla a continuación.

LA ANSIEDAD

Concepto

El objetivo de esta tesina es presentar un instrumento clínico de aplicación práctica en la medición de la ansiedad infantil, por lo que se hace necesario contar con una definición adecuada para unificar criterios.

La palabra "angustia" proviene del latín *angor*, que etimológicamente se refiere a una sensación de angostura o estrechez, de estenosis. En la literatura médica, angustia y ansiedad generalmente se utilizan como sinónimos. En el presente trabajo se preferirá la palabra "ansiedad" para designar la emoción vaga de desagrado que presenta el niño. Sin embargo, con el fin de evitar confusiones, se explicará en los párrafos siguientes la definición de ansiedad y la diferencia entre ambos términos.

La ansiedad es una sensación displacentera leve o muy intensa, experimentada como intranquilidad, confusión, insatisfacción, incertidumbre, malestar, agitación, indecisión, sensación de disolución y desconcierto². Puede ir desde una sensación de leve inquietud a una de pánico y miedo a la locura o a la muerte. Admite multitud de grados de intensidad y diferentes maneras de manifestarse, algunas tan difusas que ni siquiera el que las experimenta puede explicarlas con palabras. Un sinnúmero de afecciones psicológicas como la depresión, la apatía, el estrés, el tedio, el miedo y la irritabilidad tienen como trasfondo la ansiedad.

² Ramiro A. Calic, Ante la Ansiedad, 3ª edición, Ed. Urano, Barcelona, 1990, p.43.

Sin embargo, no todas sus manifestaciones son negativas. La ansiedad en niveles bajos y controlables puede ser y es utilizada como estimulante laboral y creativo en la realización de múltiples actividades³. En este caso, puede servir como estímulo para ser más emprendedor y activo. A este nivel bajo, la ansiedad se considera como tensión normal de la vida: todo ser humano, en tanto no cumple con sus propios objetivos, presenta diversos niveles de ansiedad. Únicamente el ser realizado y autosuficiente con estabilidad e inteligencia clara, no tiene conflictos y está exento de sensaciones de ansiedad.

El miedo es un temor concreto y determinado ante algo desconocido que se aproxima y produce inquietud y alarma. La ansiedad es el temor a algo difuso y vago, sin una referencia explícita. En el miedo, la sensación interior de temor e intranquilidad es producida por *algo*, mientras que en la ansiedad aparece difuminada, se produce por *nada*. Simplificando excesivamente los conceptos para su mejor comprensión, se puede decir que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso, carente de objeto exterior. Esto nos lleva a concebir la ansiedad como una manifestación afectiva, subjetiva y vivencial, una experiencia interior que se puede calificar como *emoción*, con todas las características de ésta.

Síntomas

La ansiedad puede ser cuantificada según sus síntomas, los cuales varían según el grado de la misma, y se superponen unos con otros. A continuación se enumeran en forma de tablas⁴, tanto en lo general como en lo particular:

³ Ibid.

⁴ Todos los cuadros de síntomas: Enrique Rojas, La Ansiedad, Ed. Temas de Hoy, Madrid, 1998, pp. 79, 82, 83, 90.

Cuadro no.1
SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD (Rojas, 1989)

1. Síntomas físicos.
2. Síntomas psicológicos.
3. Síntomas de conducta.
4. Síntomas intelectuales.
5. Síntomas asertivos (refiriéndose a las habilidades sociales).

Cuadro no. 2
SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA ANSIEDAD

Taquicardia, palpitaciones.
Dilatación pupilar.
Constricción generalizada de los vasos sanguíneos.
Temblores: en manos, pies y cuerpo en general.
Hipersudoración.
Boca reseca.
Tics localizados.
Inquietud psicomotora.
Disnea.
Tensión abdominal.
Poliuria.
Náuseas, vómitos.
Despeños diarréicos.
Opresión precordial.
Pellizco gástrico
Sensación pseudovertiginosa (como si se fuera a caer).
Inestabilidad en la marcha.
Moverse continuamente de aquí para allá.
Tocar algo con las manos continuamente.
Hiperactividad global.

Si la activación neurofisiológica es excesiva, se añade:

Insomnio en la primera parte de la noche.
Pesadillas.
Sueños angustiosos (peligros, contenidos ilógicos, etc.).
Sueño durante el día (a veces en forma de ataques de sueño).
Anorexia-bulimia (perder el apetito-comer continuamente).
Disminución o aumento de la tendencia sexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay síntomas con los que el cirujano dentista puede no llegar a encontrarse nunca, aún con pacientes infantiles con un alto grado de ansiedad, aunque es necesario conocerlos para poder identificarlos. Se incluyen también los desórdenes de tipo sexual, aunque obviamente no se observarán en niños. Se consideran aquí para dar un amplio panorama de la sintomatología ansiosa en cualquier paciente y para poder identificar la ansiedad a través de sus manifestaciones fisiológicas.

<p style="text-align: center;">Cuadro no. 3 SÍNTOMAS FÍSICOS MÁS FRECUENTES (En una muestra de 50 enfermos con ansiedad. Rojas, De las Heras y Reig, 1989)</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sequedad de boca. 2. Menor interés por la sexualidad. 3. Palpitaciones. 4. Sensación de falta de aire, dificultad para respirar, sensación de opresión en la zona del pecho. 5. Gases en el estómago (aerofagia). 6. Temblor de manos, pies, piernas y cuerpo en general. 7. Sudoración (por todo el cuerpo y localizada en manos, axilas e ingles). 8. Falta de apetito. 	

Al igual que los anteriores, algunos de los síntomas psicológicos enumerados a continuación pueden no observarse en niños, aunque su identificación en pacientes de cualquier edad es igualmente valiosa para diagnosticar la ansiedad.

<p style="text-align: center;">Cuadro no. 4 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS</p>
<p>Inquietud, nerviosismo. Desasosiego, desazón, agobio. Vivencias de amenaza. Reacción de lucha o huida. Temores difusos. Inseguridad.</p>

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Miedos diversos.

Sensación de vacío interior.

Presentimiento de la nada.

Temor a perder el control.

Temor a agredir.

Disolución y/o ruptura del yo.

Disminución de la atención (hipoprosexia).

Melancolía, aflicción.

Pérdida de energías.

Sospechas e incertidumbre negativas vagas.

Cuando la ansiedad es muy intensa:

Temor a la muerte.

Temor a la locura.

Temor a suicidarse.

Pensamientos mórbidos, perniciosos, retorcidos.

En términos subjetivos pero más empíricos:

Estado subjetivo emocional aversivo (repulsivo, hostil), relacionado con el presentimiento de un peligro más o menos inmediato y difuso, que se vive como una *anticipación de lo peor*.

Cuadro no. 5

SÍNTOMAS DE CONDUCTA

Comportamiento de alerta /estar en guardia, al acecho.

Hipervigilancia.

Estado de atención expectante.

Dificultad para la acción.

Inadecuación estímulo-respuesta.

Disminución o ausencia de la eficacia operativa.

Bloqueo afectivo /perplejidad, sorpresa, no saber qué hacer.

Interrupción del normal funcionamiento psicológico.

Dificultad para llevar a cabo tareas simples.

Inquietud motora (agitación intermitente).

Trastornos de lenguaje no verbal (gestos, mímica).

Expresión facial congelada (asombro, extrañeza, duda, estupor).

Contracción del ángulo externo de los ojos.

Expresión facial displacentera (rechazo-desagrado).

Cara con rasgos de excitación, descontrol, preocupación.

Fronte fruncida.

Cejas descendidas.

Mejillas, boca y mentón: rígidos, tensos, contraídos.

Bloqueo de los movimientos de las manos.

Movimientos torpes e incoordinados de las manos y brazos.

Tensión mandibular (*trismus*).

Posturas corporales cambiantes, alternativas.

Gestos de interrogación, extrañeza.

Voz cambiante y con altibajos en sus tonos.

Los síntomas intelectuales y asertivos se superponen con los psicológicos y conductuales, siendo difícil distinguir unos de otros.

Son muchos los factores que determinan que unos u otros síntomas aparezcan o no. Se pueden destacar los denominados *patrones de respuesta familiar*, que predisponen de manera hereditaria a padecer trastornos cardiovasculares o respiratorios, por ejemplo. Otro factor es la tendencia fisiológica localizada de las emociones; es decir, hay emociones que se canalizan más en aparato respiratorio y otras que escogen la vía urinaria. El miedo por ejemplo, suele expresarse en la zona precordial con taquicardia; los conflictos afectivos se manifiestan en la zona gástrica en forma de náusea y molestia digestiva, etc.

Angustia

Como se mencionó en párrafos anteriores, *ansiedad* y *angustia* se consideran sinónimos en la mayor parte de la literatura médica. Para efectos didácticos sin embargo, es necesaria una diferenciación (presentada aquí en forma de cuadro³), además de permitir establecer un concepto de *angustia* enunciando sus diferencias y no sus características. Nótese el perfil psicológico de los pacientes que padecen angustia y compárese con el de los que presentan ansiedad. Estas diferencias no sirven sólo de guía para el tratamiento, sino también para medir su grado de cultura y educación, nivel de desarrollo intelectual y posibles reacciones ante situaciones fuertemente emotivas.

Cuadro no. 6
RASGOS DIFERENCIALES ENTRE ANGSTIA Y ANSIEDAD

Notas	Angustia	Ansiedad
Vivencia	Más cargada de sensaciones somáticas	Más psicológica e intelectual
Síntomas físicos	En zonas precordial y gástrica	En zona respiratoria
Síntomas psicológicos	Ruptura del yo (como centro rector de la personalidad)	Presentimiento de la nada y apertura de posibilidades
Ritmo del tiempo	Lento	Más rápido
Tipo de personalidad previa	Hombre más superficial y narcisista	Hombre más profundo y pensador
Vertiente creativa	Es paralizante y tiende a bloquear la actividad	A niveles moderados es creativa
Conducta	Reacción asténica (inmovilización, quedar frenado, inhibido, paralizado)	Reacción esténica (sobresalto, inquietud, estar en guardia, al acecho)
Forma de presentación	Episodios, estados	Crisis, ataques
Tendencia al suicidio	Menos frecuente (por quedar inhibida la conducta)	Más habitual (mayor disponibilidad personal)
Relación con la depresión	Mayor proximidad a la depresión	Más alejada de la depresión; se enlaza con las fobias y obsesiones
Tratamiento	Sedantes (ansiolíticos), técnicas de relajación, psicoterapia de apoyo	Sedantes (ansiolíticos), psicoterapia más compleja

ESTRUC CON FALLA DE ORIGEN

³ Ibid., p. 87.

Hasta aquí se ha hecho una revisión general de la ansiedad y sus manifestaciones y efectos, la mayoría de los cuales afectan tanto a los adultos como a los niños. Sin embargo, se hace pertinente hacer algunas consideraciones específicas acerca de los infantes y la ansiedad.

El niño es un ser ansioso en mayor o menor grado. Cuando el niño se siente amenazado, real o imaginariamente, se producen crisis de ansiedad. Ya no hay duda de que los problemas y conflictos que experimenta la madre, son transmitidos al producto. El mismo nacimiento, aceptado como un evento fuertemente traumático para el recién nacido, es una experiencia productora de ansiedad. La educación contradictoria, la paradoja entre el deseo y el deber, las inhibiciones y limitaciones, el rol social del niño, provocan ansiedad. Los niños que viven en la ciudad son comprobadamente más ansiosos que los que provienen de zonas rurales. En una sociedad compleja, parece inevitable que la ansiedad aumente conforme las opciones de acción y toma de decisiones se expanden a grandes pasos. Conforme los niños tienen más oportunidades de tomar decisiones y con las expectativas multiplicadas de padres, compañeros y ellos mismos, de elegir opciones sensatas, aumenta la probabilidad de que los niños sufran ansiedad infantil. La cabal comprensión de todos estos factores dará al cirujano dentista un adecuado criterio acerca de los fenómenos ansiógenos, el niño y su atención dental integral.

La odontología se ha tratado de ocupar de medir, sino el grado de ansiedad, si el de cooperación con el que llega un niño al consultorio dental. Es éste el tema del siguiente apartado.

MEDICIÓN DE ANSIEDAD INFANTIL EN ODONTOPEDIATRÍA

Las clasificaciones surgieron como una necesidad natural, pues el dentista sabe de antemano que el infante estará predispuesto (casi siempre) de manera negativa al tratamiento. Pero todo esto no es tan malo: en los párrafos anteriores se ha hecho énfasis en que estos comportamientos y actitudes son presentados por el niño en la primera visita al dentista, lo que significa que si la relación odontólogo-paciente se da en forma armónica y adecuada, el comportamiento del infante cambiará radicalmente a partir de la segunda cita. El cuestionario propuesto en la última parte de esta tesina puede ayudar efectivamente a establecer vínculos positivos y de cooperación por parte del paciente. Existen diversos sistemas de clasificación clínica que analizan la actitud cooperadora del niño, pero aquí sólo se analizarán dos de ellos. El primero⁶ se enfoca en la capacidad cooperadora del infante y cuenta con tres categorías:

Pacientes cooperadores. Son pacientes que están relajados, pueden ser entusiastas, se puede modelar su conducta y actúan dentro de lo previsto.

Paciente con falta de capacidad para cooperar. Incluye niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación y que no comprenden el beneficio del tratamiento dental. También comprende niños con discapacidad mental o motora de los que no puede esperarse una conducta positiva por sus características especiales.

⁶ McDonald, Op. cit.

Pacientes potencialmente cooperadores. Estos niños *tienen* la capacidad de cooperar, pero no lo hacen por tener “problemas de conducta”. Comúnmente son etiquetados como tímidos, rebeldes o cualquier otra. Su conducta puede ser modificada.

Esta clasificación basada en la capacidad cooperadora del niño es buena para juzgarlos a primera vista, pero es muy fría en cuanto a que no toma en cuenta el estado emocional del niño, ni la influencia de los padres, ni tampoco su grado de desarrollo social. Tampoco permite establecer un juicio crítico acertado en cuanto a la personalidad del niño, pues sólo mide si el niño coopera, no coopera o no puede cooperar.

La siguiente es designada como Escala Frankl de Clasificación de la Conducta:

➤ Tipo 1: Definidamente negativa. (--)

Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, tiene miedo o muestra alguna otra evidencia de negativismo extremo. Son considerados como posibles candidatos para su atención dental bajo anestesia general, dependiendo la extensión del tratamiento y el criterio del dentista.

➤ Tipo 2: Negativo.

Acepta el tratamiento difícilmente, no coopera, tiene evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas, se siente lejano y se muestra reacio.

➤ Tipo 3: Positivo. (+)

Acepta el tratamiento, es cauteloso, obedece al odontólogo, a veces con reservas; el niño coopera. Se puede dirigir su conducta.

➤ Tipo 4: Definidamente positivo. (++)

Tiene una buena relación con el odontopediatra, interesado en los procedimientos operatorios, ríe y disfruta.

La clasificación Frankl⁷ es útil para el dentista experimentado y familiarizado con el manejo de la conducta del niño. Es práctica ya que se puede poner en forma de signos + y – en la historia clínica. Sin embargo, no comunica suficiente información de los niños no cooperadores, no ayuda a establecer vínculos amistosos con el paciente y es inadecuada para el estudiante de odontología pues básicamente también limita la conducta del niño a las categorías coopera - no coopera.

Basándose en estos datos, se hace necesario para el odontólogo de pregrado un instrumento que facilite su acercamiento con el niño, su familiarización con las pautas de conducta comunes y la medición de sus grados de ansiedad, comunicación, atención, comprensión y capacidad motora; todo esto en un solo instrumento de fácil y rápida aplicación. Para tal fin se propone la implementación de una prueba que cumpla con todos los requisitos anteriores. Fue amalgamada de entre varias pruebas psicológicas que existen para la medición de ansiedad en niños, tales como STAIC (cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado-rasgo en niños), CAS (cuestionario de ansiedad infantil) y CMAS R (escala de ansiedad manifiesta en niños), cuyos contenidos y utilidades serán analizados más adelante. Antes, es pertinente conocer las generalidades de las pruebas psicológicas, si es que se pretende utilizarlas en la historia clínica de odontopediatría.

⁷ McDonald, op. cit., p. 50.

TESTS PSICOLÓGICOS

Con el fin de comprender y familiarizarse con el instrumento propuesto en esta tesina, es indispensable la revisión básica de las pruebas psicológicas:

La palabra “test” es equivalente a prueba, examen, cuestionario, inventario, batería y escala, variando sus matices según su interpretación y utilidad psicológica.

Antecedentes históricos

James Catell, psicólogo norteamericano, fue el primero que diseñó un test psicológico en 1899 con el fin de estudiar las diferencias psicológicas entre sus estudiantes. Catell fue el que acuñó el término *Mental test*. Posteriormente los franceses Binet y Simon elaboraron en 1905 un test para medir el grado de alteración de los niños “anormales” después de observar y analizar los datos recabados. Pero la utilización del test como lo concebimos en la actualidad surgió en el ejército estadounidense durante la Primera Guerra Mundial, en 1917. Los Estados Unidos debían seleccionar un gran número de reclutas, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes para asignarles funciones específicas. Esta selección fue llevada a cabo por psicólogos, quienes diseñaron precisamente los primeros tests de selección. Desde entonces, el uso de cuestionarios se extendió a los niveles escolar, profesional y clínico. Hoy día son utilizados en todos los sectores y proporcionan datos precisos acerca de las habilidades, aptitudes y características de personalidad de los sujetos a los que se les aplica, siendo empleados para diversos fines. Sin embargo, las pruebas no pueden ser elaboradas arbitrariamente y deben tener una serie de requisitos y características necesarias para que puedan ser confiables y útiles.

Función del test o prueba psicológica

El test es un instrumento cuya finalidad específica es la valoración y medición de una cuestión concreta⁸ entre individuos o de las reacciones de la misma persona en distintas circunstancias⁹. Estas cuestiones a medir pueden ser la inteligencia, la memoria, la capacidad de concentración y atención, los rasgos de personalidad, las aptitudes y habilidades, el rendimiento y las alteraciones de todos estos elementos. Todo esto se puede medir en forma de elementos aislados o simultáneamente. La prueba psicológica es una muestra de conducta. En cualquier tipo de prueba de corte científico, como la psicológica, se hacen observaciones sobre una muestra pequeña, pero representativa. En psicología, lo que se observa es la conducta del individuo. Pero la medición de la muestra de conducta que examina la prueba rara vez es el objetivo. Si un niño conoce una lista específica de 75 palabras no es en sí de importancia, aunque el test servirá a un propósito si se demuestra que hay una estrecha relación entre el conocimiento que posee el niño de esa lista y su dominio del vocabulario. En este aspecto, se nota que no es necesario que los reactivos se asemejen al comportamiento que el test pretende predecir, pues lo que se necesita es demostrar una empírica correspondencia entre los dos elementos, por lo que el parecido entre la muestra de la prueba y la conducta por predecir puede variar bastante. El valor de diagnóstico o predictivo de un test psicológico depende de qué tanto funcione como un indicador de un área de conducta relativamente amplia y significativa. También hay que considerar que una prueba mide la *capacidad* o *potencialidad* del individuo en el sentido de que una muestra de conducta actual se puede utilizar como indicador de una conducta futura, aunque esto se puede establecer sólo mediante un experimento empírico.

Ahora bien, los tests deben cumplir ciertos requisitos para validar su función y garantizar que verdaderamente sirvan al fin para el que se les ha diseñado. Es entonces cuando se les podrá utilizar como fuente de información para un fin (éticamente) pertinente.

⁸ María Dueñas, Javier de las Heras, et al., *El Libro de los Tests*, Ed. Temas de Hoy, Madrid, 1998, p. 19.

⁹ Anne Anastasy, Susana Urbina, *Tests Psicológicos*, 7ª edición, Ed. Prentice Hall, México, 1998, p. 2.

De no contar con estas características específicas, la prueba no será más que una colección de reactivos sin sentido alguno.

Características de los tests psicológicos

Por principio de cuentas, el cuestionario debe estar bien diseñado y estructurado, presentando sus objetivos claramente; el sujeto que lo aplica no debe plantearse expectativas falsas en cuanto a los resultados, los cuales deben ser valorados objetivamente. Cualquier test o cuestionario debe tener tres características fundamentales: validez, fiabilidad y estandarización.

La validez indica el grado en que el test es capaz de lograr sus objetivos, es decir, el grado con el que verdaderamente mide lo que pretende medir¹⁰. Para determinarla se requiere generalmente de criterios independientes y externos de lo que la prueba intenta medir. Para que un test tenga validez, debe reflejar en su contenido la situación que pretenda medir, por lo que debe estar estructurado de manera que pueda explicar la mayor parte de la varianza.

La fiabilidad indica la estabilidad, consistencia y precisión de la medida de un cuestionario¹¹. Aporta la exactitud con la que la escala de una prueba da las puntuaciones verdaderas, y se ocupa además de la obtención de los mismos resultados en ocasiones diferentes, por parte del mismo grupo de sujetos. Una de las maneras de estimar la fiabilidad es el *test-retest*, que consiste en pasar la prueba a los mismos sujetos dos veces seguidas en intervalos de tiempo no tan cortos como para poder memorizar el test, ni tan largo como para cambiar el sentido de las respuestas.

¹⁰ Ducñas, Op. cit., p. 26.

¹¹ Ibid.

La estandarización supone la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba¹². Las condiciones de la aplicación del examen han de ser las mismas para todos, ya que los resultados obtenidos por distintas personas deben ser comparables. Este requisito es una manifestación de la necesidad de tener condiciones controladas en todas las observaciones. En una situación de prueba, la única variable independiente debe ser el individuo o el grupo examinado. Quien elabora la prueba debe dar instrucciones detalladas, emplear materiales exactos, tener un límite de tiempo, hacer demostraciones previas, manejar las dudas de los examinados y cubrir cualquier otro detalle de la situación de prueba asegurando la uniformidad de las condiciones de examinación. Para maximizar la estandarización de las pruebas, se deben establecer normas, definidas como el desempeño normal o promedio; es decir, las pruebas psicológicas no tienen criterios predeterminados de aprobación o reprobación, ya que el desempeño de cada test se evalúa sobre una base de datos empíricos: para interpretar el resultado de un individuo se compara con los resultados de otro individuo en la misma prueba.

Naturaleza controlada de las pruebas psicológicas

Las pruebas psicológicas, como cualquier otro instrumento científico de precisión, deben ser utilizadas correctamente para garantizar su eficacia. Usuarios sin escrúpulos o bien intencionados pero ignorantes, pueden causar un daño grave. Existen dos razones principales para controlar su uso: 1) garantizar que las pruebas sean aplicadas por examinadores calificados, empleando los resultados adecuadamente; y 2) impedir una familiaridad generalizada con el contenido del instrumento, pues ello lo invalidaría.

La necesidad de un examinador calificado es evidente en los tres aspectos de la situación de prueba: la selección del cuestionario, su aplicación y calificación, y la interpretación de los resultados. La interpretación requiere de una comprensión cabal de la prueba, del sujeto que la presentó y de las condiciones en que fue aplicada.

¹² Anastasy, Op. cit., p. 6.

La seguridad del contenido de la prueba se refiere a restringir su uso. Si una persona memorizara las respuestas correctas de una prueba, quedaría invalidada, dado que ya no serviría como medida.

Aplicación del test psicológico

Las pruebas se sustentan sobre la base de que pueden generalizar la muestra de la conducta observada en la situación de prueba, al comportamiento manifestado en otras situaciones. Todas las influencias en la situación de prueba constituyen un error de varianza y reducen su validez. Los preparativos de la prueba son un requisito importante de un buen procedimiento de aplicación. Durante la aplicación de la prueba no puede haber emergencias, por lo que se deben anticipar e impedir.

El procedimiento estandarizado se debe aplicar tanto a las instrucciones verbales, el tiempo, y otros aspectos de la prueba, como al ambiente. Es necesario elegir un lugar adecuado para el examen, que esté libre de influencias y distracciones, ofreciendo a los examinados condiciones óptimas de luz, ventilación, asientos y espacio de trabajo para lograr su adecuada concentración en la prueba. Se deben prevenir interrupciones durante la aplicación del test.

Muchos otros detalles sutiles en apariencia afectan el desempeño de los tests¹³, sean de habilidad o de personalidad. Si el examinador es extraño o conocido establece una diferencia significativa en los resultados; los modales y la conducta del que examina, como asentir, hacer comentarios como "bien" o sonreír, producen un efecto decisivo en los resultados de las pruebas. Por esto, es responsabilidad del autor y del editor de la prueba explicar los procedimientos de una manera clara y completa en el manual de la misma para seguir con detalle minucioso los procedimientos estandarizados.

¹³ Ibid., p. 15 y 18.

ESCALAS PARA LA MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD INFANTIL

Los estudios de ansiedad estuvieron en boga desde la llamada “Era de la Ansiedad”, en la década de los 50 y los psicólogos la situaron entre los temas prioritarios desde entonces. Reconocida como un mal consecuencia de la vida actual, la ansiedad ha sido estudiada desde diferentes puntos de vista, y su tratamiento y diagnóstico han estado a cargo de un equipo multidisciplinario que busca combatirla y reducirla al mínimo. Pero desgraciadamente son escasos los trabajos dedicados a las particulares características de la ansiedad en niños y sus consecuencias en la vida adulta. Este tipo de estudios es de la mayor trascendencia, pues es un hecho comprobado que de los infantes sometidos a situaciones ansiógenas durante periodos prolongados de tiempo, un alto porcentaje de ellos tiende a buscar posteriormente la evasión de sus problemas mediante las drogas y otras conductas antisociales. La escasez de procedimientos fiables para llevar a cabo un diagnóstico precoz en los años de la niñez constituye un serio reto para los profesionales de la salud. Este diagnóstico se puede realizar mediante instrumentos psicológicos tales como el STAIC, la CMAS-R y el CAS, mismos que se analizarán en los párrafos subsecuentes. Los beneficios de contar con tales instrumentos son variados no sólo para los psicólogos, sino también para los odontopediatras, pues les permitirán conocer más a profundidad la personalidad del paciente niño, eliminando de esta forma la creencia generalizada de que el dentista sólo ve a su paciente como una “boca con pies”. Con los adultos es relativamente más fácil relacionarse y compartir gustos y aficiones, pero la exploración del comportamiento infantil implica paciencia y un genuino interés por sus actividades y motivaciones más profundas. El estudiante de pregrado, inmerso en sus propios problemas y egocentrismo propios de su edad, tiende a desesperarse fácilmente y le puede resultar difícil establecer una empatía adecuada con su paciente infantil. La implementación de un instrumento psicológico de esta naturaleza puede brindarle grandes satisfacciones al futuro odontopediatra al permitirle conocer más al niño, disponiéndolo a ejercer la odontología de manera más efectiva y ahorrándole a él mismo la ansiedad que se cree que es inherente a la atención dental infantil.

STAIC (Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños)

El nombre de esta prueba proviene de sus siglas en inglés: *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Fue desarrollada por el Dr. Spielberger y colaboradores.

Este test mide el factor ansiedad, ofreciendo dos evaluaciones de la misma: como *estado* transitorio (resultado de una situación frustrante y problemática) y la ansiedad como *rasgo* permanente en la dinámica personal del sujeto.

El STAIC es una extensión de una prueba similar para adultos, el STAI, en cuyas siglas se añade la "C" (de *children*=niños).

Está dirigido al estudio de la ansiedad en escolares de enseñanza primaria, desde los 9 a los 15 años de edad. Formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Exige un adecuado nivel de capacidad lectora para comprender los contenidos verbales de los estímulos o elementos.

La escala Ansiedad-Estado (A-E) contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar 'cómo se siente en un momento determinado', y la escala Ansiedad-Rasgo (A-R) comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar 'cómo se siente en general'.

La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo.

La medida A-R intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de

ansiedad. Por tanto, ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños con elevado A-R serán más propensos que los niños con bajo A-R a responder con elevaciones de A-E.

Para la medida A-E viene un cuestionario de 20 afirmaciones del tipo 'me siento calmado', 'me encuentro inquieto', 'me siento nervioso', 'me siento feliz', 'me encuentro molesto', 'me encuentro confuso', etc., en las que el niño debe poner un número al lado de cada enunciado según se sienta en ese momento: 1-nada, 2-algo y 3-mucho.

Para la A-R vienen frases como 'me preocupa cometer errores', 'siento ganas de llorar', 'me siento desgraciado', 'me preocupo demasiado', 'me cuesta quedarme dormido por las noches', 'encuentro muchas dificultades en mi vida', 'me preocupo por cosas que pueden ocurrir', 'me preocupa lo que los otros piensen de mí', y así. El niño contesta con números según se sienta: 1-casi nunca, 2-a veces y 3-a menudo.

Para evaluar la prueba, se suma la puntuación total en cada una de las escalas, entre más alta sea la puntuación del niño, mayor será su grado de ansiedad¹⁴.

Esta prueba está bien estructurada y es útil en ciertas situaciones. Aporta ventajas el que diferencie la ansiedad como estado y como rasgo. No es tan práctica su aplicación en la clínica de odontopediatría pues se requiere de otros elementos para hacerla más interactiva (con el objetivo de medir el desarrollo motor del niño) y para medir la ansiedad. Al ser un cuestionario con preguntas impresas, no capta la atención de niños pequeños, lo que impide que se concentren y respondan adecuadamente (a menos que la prueba sea realizada por un examinador profesional calificado, condición que no aplica en la clínica de la Facultad de Odontología). El instrumento propuesto en esta tesina fue tomado de los dos siguientes tests. Sin embargo, se incluyó el STAIC como referencia ante la falta de instrumentos en la medición de la ansiedad infantil.

¹⁴Las características y descripción del test fueron tomadas directamente de C.D. Spielberger y col. STAIC Cuestionario de Autoevaluación Estado/Rasgo en Niños, Ed. TEA, 1990, Madrid, España, pp. 3 y 5.

CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños [revisada]).

CMAS-R, del original *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS). Fue desarrollada por Cecil B. Reynolds y Bert O. Richmond.

La CMAS-R, subtitulada 'lo que pienso y siento', es un instrumento que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. El niño responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta "Sí" o "No", dependiendo si el reactivo está describiendo o no los sentimientos o acciones del niño.

Las respuestas "Sí" se cuentan para determinar la puntuación de Ansiedad Total. Además, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas denominadas:

- a) Ansiedad Fisiológica
- b) Inquietud /Hipersensibilidad
- c) Preocupaciones Sociales /Concentración
- d) Mentira.

La primera subescala, Ansiedad Fisiológica, consta de 10 reactivos y es un índice de la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad. Una calificación alta en esta subescala sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad. Contiene afirmaciones como: 'me enojo con mucha facilidad', 'me cuesta trabajo quedarme dormido', 'me sudan las manos', etc.

La segunda subescala, titulada Inquietud /Hipersensibilidad, consta de 11 reactivos que contienen la palabra 'preocupación' o sugieren que la persona es miedosa, nerviosa o hipersensible de alguna manera a las presiones ambientales. Una puntuación alta en esta subescala puede sugerir a un niño que interioriza gran parte de la ansiedad experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad. Es más probable que esto sea característico del adolescente o niño que está orientado de manera interna. Algunos

reactivos de esta subescala son: 'me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero', 'casi todo el tiempo estoy preocupado(a)', 'soy muy sentimental', 'muchas cosas me dan miedo', etc.

La tercera subescala se llama Preocupaciones Sociales/Concentración. Los 7 reactivos que constituyen esta subescala expresan una preocupación acerca de la autocomparación con las otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Los niños que obtienen una alta calificación en esta subescala pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo a las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas. Su principal preocupación parece ser que ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como los otros, lo cual seguramente es un sentimiento relacionado con la ansiedad. Cualquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas o de otro tipo. Algunos reactivos de esta subescala son: 'parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí', 'siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas', 'me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)', 'los demás son más felices que yo', 'muchas personas están contra mí', etc.

La CMAS-R también brinda una calificación para la subescala de Mentira. Contiene 9 reactivos que revelan el cuadro de una conducta "ideal" que por lo general no es característica de nadie. Los reactivos de esta subescala ciertamente no tipifican la conducta humana real a ninguna edad. Así, una puntuación alta en esta subescala puede ser un gran indicio de un autoinforme impreciso. Contiene reactivos como: 'todas las personas que conozco me caen bien', 'siempre soy agradable con todos', 'nunca me enojo', 'siempre digo la verdad', etc¹⁵.

Este test sólo tiene dos desventajas para su aplicación en la clínica de odontopediatría: es muy extenso para las necesidades del dentista (37 reactivos) y no contiene elementos visuales que capturen la atención del niño. Se adaptará y enriquecerá con el CAS.

¹⁵ Las características de este test fueron tomadas directamente de Cecil B. Reynolds, Bert O. Richmond, CMAS-R Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada), Ed. El Manual Moderno, 1997, México, D.F.

CAS (Cuestionario de Ansiedad Infantil)

El CAS constituye una derivación más, por su estructura y formato, de los Cuestionarios de Personalidad Infantil diseñados por Catell. Así, de los análisis factoriales de las trece escalas de primer orden del ESPQ (*Early School Personality Questionnaire*, diseñado por Coan y Catell en 1966, fue uno de los primeros intentos serios de diseñar un instrumento para evaluar la personalidad en los primeros años de edad), se extrajeron una serie de factores de segundo orden, entre los que se incluía el de ansiedad (Gillis, Catell, 1979). En análisis sucesivos, a partir de diferentes muestras, el factor de ansiedad de segundo orden suele aparecer configurado así: C (emocionalmente poco estable); D+ (excitable); H- (tímido); O+ (aprensivo), y Q4+ (tenso).

Basado en la metodología de Catell, se diseñó una primera edición experimental, a partir de una muestra de 320 sujetos del estilo del ESPQ. Las respuestas emitidas a dichos elementos se correlacionaron con el factor de segundo orden de ansiedad del ESPQ (que no se aplicó en su forma original debido al excesivo tiempo de aplicación e interpretación que requiere). Fueron elegidos los 20 elementos con más altas correlaciones para integrar el CAS.

El contenido de los referidos elementos se encuentra adaptado a los problemas emocionales que afectan a los niños cuyas edades oscilan entre los seis y los ocho años. Para esos niveles de edad, también se adaptó una hoja de respuestas, con una serie de dibujos a fin de captar la atención de los niños, y según diseños previos que para dichas edades habían realizado los autores del ESPQ.

El CAS es una prueba visual que contiene 20 preguntas que se deben contestar 'sí' (poniendo una marca en el círculo de la hoja de respuestas) o 'no' (marcando el cuadrado) según se sienta el niño. Algunas de las preguntas de la prueba son: '¿crees que te salen bien la mayoría de las cosas que intentas?', '¿tienes buena suerte o mala suerte?', '¿alguna vez

te han dicho que hablas demasiado?', '¿tienes muchos problemas o pocos problemas?', 'sueles terminar tus deberes a tiempo, o necesitas más tiempo para terminarlos?', etc¹⁶.

En opinión de algunos psicólogos, el CAS, al ser basado en otra prueba más extensa (el ESPQ), no es un instrumento de medición de ansiedad muy fino. Las preguntas están basadas en parámetros de factores de ansiedad del ESPQ, por lo que no son muy claras en el aspecto de ansiedad infantil que intenta medir. En resumen, no es adecuada para los fines que persigue esta tesina, excepto por un elemento: como se describió en párrafos anteriores, el CAS contiene una hoja con figuras que representan cada una de las 20 preguntas (ver 'CAS-Hoja de Respuestas' en la siguiente página). Estas figuras son atractivas para el niño y captan su atención rápidamente. El diseño de la mencionada hoja de respuestas sirve perfectamente bien a nuestros fines.

Y es así como con características aisladas de los anteriores tests, estamos en condiciones de confeccionar un instrumento adecuado a nuestras necesidades particulares especiales. Dicho instrumento se describe detalladamente en el siguiente apartado.

¹⁶ Las características distintivas de este test fueron recopiladas directamente de Gillis, John S., CAS Cuestionario de Ansiedad Infantil, Ed. TEA, Madrid, 1999, pp. 8, 9 y 19.

TEST CON FALLA DE ORIGEN

NR 174

C A S - Hoja de Respuestas

Nombre y apellidos: _____

Era: _____

Año: _____

Mes: _____

Sexo: M F

Colagio: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Profesión padre: _____

Profesión madre: _____

EMPIEZA AQUÍ

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

★

★

Profesión después

Profesión antes



Copyright © 1980 by TEA Education, S.A. - Traducción y adaptado con permiso de los autores originales: Victoria L. Parsons and Astley Testing, Champaign, Illinois U.S.A. que se reservan todos los derechos. - Edita: TEA Ediciones, S.A., Freix Barroquer, 24 28004 MADRID. - Prohibida la reproducción total o parcial. - Este material está reservado por TEA Ediciones, S.A. y se permite sólo su uso para reproducción propia. En ningún caso se permite su uso para fines comerciales. - Este material está reservado por TEA Ediciones, S.A. y se permite sólo su uso para reproducción propia. En ningún caso se permite su uso para fines comerciales. - Printed in Spain. Impreso en España por Aguilar Campana, Dargatzis, 18 Avda. 28002 MADRID. - Diseño legal. N.º 1.341 - 1980.

Figuras de la hoja de respuestas del CAS. Su fin es capturar la atención del niño.

TAI (TEST DE ANSIEDAD INFANTIL)

Justificación

Esta tesina propone la introducción de un instrumento para la medición de la ansiedad infantil en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología. Pero aquí es necesaria una aclaración: este instrumento ha sido designado como TAI, Test de Ansiedad Infantil. Este nombre es utilizado como una manera sencilla y rápida para designarlo, además de permitir distinguirlo y diferenciarlo de otras pruebas de ansiedad para niños. Sin embargo, cabe aclarar que este test no es en ningún modo un instrumento nuevo, ni original. Está basado en los tests analizados en los apartados precedentes, que si fueron aprobados como herramientas calificadas en la medición de la ansiedad por investigaciones en grupos control, respaldados por años de investigaciones y comparaciones para demostrar su eficacia y validez. El instrumento aquí propuesto es una adaptación diseñada para cubrir necesidades específicas en la atención de pacientes pediátricos de la Facultad de Odontología.

Pero ¿para qué puede servir este instrumento? ¿Realmente es necesaria su implementación o sólo es un pretexto para presentar un trabajo de tesina y recibir un título profesional? Se exponen a continuación las razones para adoptar el test en la clínica:

- ✓ En primer lugar, puede servir para llenar el vacío que registran las historias clínicas de odontopediatría: no toman en cuenta ni registran el estado emocional del niño. Es imprescindible conocer el comportamiento general del infante para saber cómo tratarlo y manejarlo en caso de que se comporte mal durante su atención odontológica, además de conocer sus motivaciones para el mejor modelamiento de su conducta en el sillón dental.

- ✓ El uso del TAI sirve para establecer una relación interpersonal con el niño y no sólo profesional, del tipo paciente-dentista. El hecho de conocer sus respuestas ante la serie de cuestionamientos planteados en el test, ayuda al acercamiento personal del niño con su dentista, permitiéndole a éste establecer un vínculo de empatía y sincera identificación con el paciente pediátrico.

- ✓ El dentista, al aplicar el test, puede medir el grado de atención que tiene el niño ante las instrucciones verbales, lo que le permite detectar síntomas de hiperactividad o atención dispersa. Le permite detectar si es distraído o se concentra en lo que se le dice. También es posible evaluar su grado de comprensión, vocabulario y, por ende, su grado aproximado de cultura (y en consecuencia, el de los padres).

- ✓ Además de las habilidades cognitivas antes señaladas, el test permitiría al estudiante de pregrado medir el control motor fino y la destreza manual del niño, pues la prueba requiere de la atención visual del niño y le exige la distinción de figuras geométricas simples para señalar la opción con la que se sienta identificado (este señalamiento se puede hacer con lápiz, poniendo una "palomita" o una cruz; también se puede pedir al niño que ilumine la figura con colores).

- ✓ Al recabar la información necesaria para esta tesina, una psicóloga¹⁷ me sugirió una terapia de juego en el consultorio para ganar la confianza del niño; considero que la aplicación del test sirve perfectamente bien al propósito, pues el hecho de ver figuras y marcarlas o iluminarlas es un juego para el paciente pediátrico, permitiéndole así confiar en el dentista, convertido en su compañero de juegos.

- ✓ Una última razón: cuando la ansiedad es muy frecuente, resulta un síntoma de estrés que agobia y disminuye la efectividad del individuo. La ansiedad es el indicador

más frecuente de problemas generales de salud mental; se cree que la ansiedad subyace a todas las formas de depresión. Su detección temprana ayudará al dentista a remitir a su paciente con el psicólogo, retomando el carácter multidisciplinario de la odontología que frecuentemente es menospreciado y olvidado.

**TESTES CON
FALLA DE ORIGEN**

Estructura del TAI y obtención de puntuación directa.

La implementación del test en la clínica no debe ser una carga más de trabajo para el cirujano dentista: se puede aplicar en la primera cita en un tiempo promedio de 10 a 15 minutos, antes de llevar a cabo el examen bucodental. Su calificación e interpretación es fácil y rápida. Requeriría de unas pocas instrucciones del profesor hacia el alumno (detalladas más adelante). El test se presenta en una sola hoja, así que no engrosaría significativamente el expediente clínico. En resumen, la adopción del test aporta muchas ventajas prácticas a cambio de invertir unos pocos minutos en su aplicación.

Aparte del cuestionario propiamente dicho, el test debería incluir unas pocas preguntas dirigidas hacia los padres, con el fin de correlacionar sus respuestas con las del niño. Con esto se logrará una mejor comprensión de las causas de ansiedad en el paciente pediátrico. Estas preguntas son¹⁸:

- ¿Tiene hermanos o compañeros de juego en casa (primos, por ejemplo)?
- ¿Cómo va el niño en la escuela? ¿Tiene buenas o malas calificaciones?
- ¿Sus padres viven juntos o separados? ¿Tiene padrastro o madrastra?
- ¿El niño se muerde las uñas o los "pellejitos" de los dedos?
- ¿Hay en casa parientes con enfermedades terminales?

¹⁷ La psicóloga en cuestión es la Dra. Amada Ampudia Rueda, profesora de la Facultad de Psicología de la UNAM y miembro del Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil de la División de Estudios de Posgrado de la misma facultad.

¹⁸ Estas preguntas, al igual que las características personales del niño, fueron revisadas y validadas como apoyo para la medición de conducta ansiosa infantil por la misma Dra. de la nota inmediata anterior.

Las anteriores cuestiones nos permitirán darnos una idea de las relaciones sociales que tiene el niño, permitiendo detectar la raíz de algún mal comportamiento o predecir la actitud del niño ante ciertas situaciones estresantes.

Por último, se debería pedir a los padres que señalen las características personales más significativas del niño de entre las siguientes opciones:

Enojón	Sociable	Flojo
Alegre	Sensible	Independiente
Tímido	Cariñoso	Miedoso
Consentido	Rencoroso	Curioso
Llorón	Juguetón	

El propuesto TAI consta de 15 preguntas, todas adaptadas de la versión en español del CMAS-R, que nos permitirán puntuaciones en las subescalas Ansiedad fisiológica (3 reactivos), Inquietud /Hipersensibilidad (4 reactivos) y Preocupación social /concentración (5 reactivos). Además se incluye la subescala de Mentira (3 reactivos) para medir la buena voluntad del niño para responder a las preguntas con sinceridad.

Para calificar el TAI se da un valor de Ansiedad Total, sumando 1 punto por cada respuesta “sí” del niño en cada una de las tres subescalas (se excluye la subescala de Mentira, pues ésta no mide la ansiedad del niño, sino la veracidad de sus respuestas). Así pues, la máxima calificación posible es de 12, que correspondería al 99% de ansiedad (no sería el 100% porque no hay nadie que pueda estar ansioso todo el tiempo ante cualquier situación). Se obtiene el grado de ansiedad en percentiles mediante una sencilla ‘regla de 3’ según el número de repuestas marcadas como “sí”: 1 correspondería a 8% de ansiedad, 6 a 49.5% de ansiedad, etc. Un paciente promedio, con un grado estándar de ansiedad, no debería presentar mucho más del 40% de Ansiedad Total (5 respuestas afirmativas, que equivaldrían al 41.25% de Ansiedad Total). Obviamente se analizan las respuestas aisladas correspondientes a cada subescala para determinar en cuál de éstas presenta más síntomas ansiosos.

La subescala de Mentira se califica aparte. Si el paciente contesta afirmativamente a 2 ó 3 de éstas preguntas, se deberá dudar de la buena voluntad del niño para contestar con la verdad. Esto invalidaría todo el test. A continuación se presenta físicamente el TAI:

TAI (Test de Ansiedad Infantil)

Nombre del niño _____

Edad (años y meses) _____ Sexo _____

Escuela y grado _____

Nombre del responsable del tratamiento _____

Parentesco: padre _____ madre _____ tutor _____ otro (especificar) _____

I. Preguntas al responsable (contestar brevemente):

1. ¿Cómo va el niño en la escuela? ¿Tiene buenas o malas calificaciones?
2. ¿Tiene hermanos o compañeros de juego en casa (primos, por ejemplo)?
3. ¿Sus padres viven juntos o separados? ¿Tiene padrastro o madrastra?
4. ¿El niño se muerde las uñas o los "pellejitos" de los dedos?
5. ¿Hay en casa parientes con enfermedades terminales?

II. Elija una o varias opciones según considere Ud. la personalidad del niño:

Enojón _____	Llorón _____	Rencoroso _____
Alegre _____	Sociable _____	Juguetón _____
Timido _____	Sensible _____	Flojo _____
Consentido _____	Cariñoso _____	Independiente _____
Miedoso _____	Curioso _____	Impaciente _____

Instrucciones para la aplicación del cuestionario:

Trata de leer las preguntas en un mismo tono de voz. Empieza por presentarte diciendo tu nombre. Después dile a tu paciente: "Quiero hacerte unas preguntas para conocer tus preocupaciones; por favor contesta a mis preguntas poniendo una X en el círculo o en el

cuadrado. Pon el dedo en el recuadro, tapando la mariposa. Ésta es la pregunta que debes contestar en el recuadro”.

“¿Crees que las cosas son más fáciles para los demás? Sí (círculo); No (cuadrado)”

“Si crees que las cosas son más fáciles para los demás, pon una X en el círculo, y si crees que son más fáciles para ti pon una X en el cuadrado”.

“Sigamos adelante y contesta las demás preguntas como te expliqué antes. No hay respuestas buenas ni malas. Sólo tú puedes decírnos como piensas y sientes. Recuerda, después de cada oración preguntate ‘¿Así pienso?’. Si contestas que sí, marca el círculo; pero si piensas que no eres así, marca el cuadrado.”

Se resuelven cuantas dudas vayan surgiendo, y si el niño no entiende la pregunta se le volverá a repetir. Recuerda: en la formulación de la pregunta, ambas alternativas se deben pronunciar en el mismo tono de voz.

Reactivos:

1. Parece que las cosas son más fáciles para los demás.
2. Todas las personas que conozco me caen bien.
3. Muchas veces me falta el aire o me cuesta trabajo respirar.
4. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).
5. Muchas cosas me dan miedo.
6. Siempre me porto bien.
7. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a).
8. Me preocupa lo que la gente piensa de mí.
9. Me siento cansado(a) frecuentemente.
10. Los demás son más felices que yo.
11. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo.
12. Me muevo mucho en mi asiento.
13. Soy nervioso(a).
14. Muchas personas están contra mí.
15. Nunca digo mentiras.

Puntuación

Subescala 1 Ansiedad fisiológica (Reactivos 3,7,9,12)	Subescala 2 Inquietud (Reactivos 1,10,14)	Subescala 3 Preocupaciones (Reactivos 4,5,8,11,13)	Subescala M (Reactivos 2,6,15)	Ansiedad Total
				%

Nota: la subescala M no se contabiliza. Dos o tres puntos en esta subescala invalidarán el test.

Limitaciones del Instrumento

Será necesario diseñar una hoja de respuestas para el TAI, basada en la del CAS (ver pag. 31 de esta tesina). Corresponde a la facultad de Odontología el hacerlo de tal manera que no se violen los derechos de autor. Se pueden cambiar las figuras centrales respetando el formato del recuadro conteniendo un círculo a la izquierda para las respuestas "Si" y un cuadrado a la derecha para las respuestas "No".

Es crítica la observación clínica de la conducta del niño durante la evaluación, como podría serlo que se dé un análisis de las respuestas del infante después de la aplicación estandarizada de la prueba.

El TAI está planificado para ser un auxiliar en el proceso de identificar el nivel y la naturaleza de la ansiedad. Esta prueba no debe ser usada como el único determinante de la ansiedad del niño. Otra limitación del instrumento reside en la capacidad de algunos niños para entender el propósito de éste. Una puntuación muy baja de 'ansiedad total' puede poner en duda la buena voluntad del niño para dar información exacta al contestar la prueba. Se puede aplicar a niños de 5 años y $\frac{1}{2}$ hasta 19 años¹⁹.

La persona que utiliza los resultados de esta prueba debe cuidarse de no colocar una cantidad excesiva de valor interpretativo en ninguna de las respuestas individuales.

Se sugiere que esta prueba sea aplicada solamente por estudiantes de pregrado, ya que los odontopediatras experimentados saben distinguir a simple vista el grado aproximado de ansiedad con que llega el niño, y actuar en consecuencia. Los estudiantes de la facultad, en

¹⁹ Tiene el mismo rango de aplicación que el CMAS-R, aunque basada en su experiencia personal en el trato con niños, la anteriormente citada Dra. Ampudia consideró que se puede aplicar desde los 5 años y $\frac{1}{2}$ dependiendo del desarrollo intelectual mostrado por el paciente infantil.

cambio, apenas se introducen en el difícil arte del manejo de conducta infantil, por lo que este test puede resultarles de gran ayuda.

Es menester mencionar un par de aspectos importantes respecto a los tests psicológicos y su manejo.

Las pruebas psicológicas son instrumentos de empleo delicado y por ello su venta está restringida a profesionales que posean capacidad de emplearlas apropiadamente, quienes deberán acreditarse como psicólogos graduados, pasantes, o miembros de una organización nacional de psicólogos.

Para la elaboración de esta tesina se recabaron datos de la sección de pruebas psicológicas de la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM. Cabe señalar que la consulta de estos cuestionarios también está restringida a estudiantes de cuarto semestre, pasantes o graduados de la carrera de psicología. Si se quieren consultar estas pruebas, será necesario contar forzosamente con la ayuda de un egresado de psicología.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

Se han pretendido exponer durante el desarrollo de esta tesina, razones válidas para adoptar el instrumento denominado TAI en las clínicas de odontopediatría, tanto de la facultad como de las clínicas periféricas.

La aplicación de este instrumento sería un auxiliar útil en la atención dental del niño, tanto en la planeación del tratamiento como en la mejoría de la relación odontólogo – paciente infantil.

Queda pues en manos del departamento de odontopediatría de esta facultad el adoptar este instrumento en sus clínicas, lo que ayudaría mucho a visualizar la odontología como la ciencia multidisciplinaria que es.

Este instrumento requiere de pruebas estadísticas de validez para probar su eficacia, así como el establecimiento de una media del verdadero grado de ansiedad que presentan los niños antes de ingresar a la consulta dental. Esto se logrará sólo si el TAI es aprobado, pues esta tesina es únicamente el comienzo del verdadero trabajo de investigación.

Sólo trabajando juntos odontopediatras y psicólogos podrán lograr la meta común de brindar a los niños salud integral, tanto bucodental como mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Calle, Ramiro A. Ante la ansiedad. 3ª edición, 1990, Ediciones Urano, Barcelona, España.
- Rojas, Enrique. La Ansiedad. Ediciones Temas de Hoy, 1998, Madrid, España.
- Anastasy, Anne; Urbina, Susana. Tests Psicológicos. 7ª edición, Edit. Prentice Hall, México, 1998.
- Dueñas, María; de las Heras, Javier; Polaino-Lorente, Aquilino y Rojas, Enrique. El Libro de los Tests. Ediciones Temas de Hoy, 1998, Madrid, España.
- McDonald, Ralph E.; Avery, David R. Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5ª edición, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1990.
- Spielberger y col. STAIC Cuestionario de Autoevaluación Estado / Rasgo en Niños. Ed. TEA, 1990, Madrid, España.
- Reynolds, Cecil B.; Richmond, Bert O. CMAS-R Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada), Ed. El Manual Moderno, 1997, México, D.F.
- Gillis, John S., CAS Cuestionario de Ansiedad Infantil. Ed. TEA, Madrid, 1999.