

El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo.

Sandra Saray *Sias Salas*¹;
Carmen de la Luz *Ayala Escandón*²;
Verónica Adriana *Pichardo Solís*³

Resumen

Introducción: El miedo/ansiedad en los niños como respuesta emocional ante la percepción amenazante de procedimientos clínicos dentales, genera comportamientos no cooperadores que obstaculizan las intervenciones. La psicología en odontopediatría utiliza conocimientos teóricos y técnicas para evaluar, controlar y modificar dichos comportamientos con elementos de diagnóstico, como el dibujo infantil y su interpretación. **Objetivo:** Evaluar el nivel de miedo/ansiedad en niños que acuden por primera vez a consulta dental a través de la expresión gráfica infantil. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, correlacional, bajo la modalidad de campo, realizado a un grupo de 29 niños de ambos géneros, de 5 a 8 años de edad, que acudieron

por primera vez a atención dental, a los cuales se les evaluó el grado de miedo y ansiedad mediante la técnica proyectiva del Dibujo de la Figura Humana, y el Test de Dibujos de Venham. **Resultados:** El 82% de la población estudiada presentó diversos grados de ansiedad, siendo leve la de mayor representatividad con un 62%. El 86% de los niños evaluados presentó miedo; éste fue manifestado principalmente por 17 pacientes de 8 años de edad, lo cual corresponde al 58%. **Conclusión:** La mayoría de los niños que acuden por primera vez a consulta dental sufren de ansiedad y miedo dental de acuerdo a los Test de dibujos de la Figura Humana y de Venham.

Palabras clave: Ansiedad, miedo, dibujo de la figura humana, test de dibujo de Venham, odontopediatría.

Artigo Original

O desenho como meio de avaliar o medo/ansiedade em crianças de 5 a 8 anos em atendimento odontológico. Trabalho descritivo.

Resumo

Introdução: O medo / ansiedade em crianças como

resposta emocional à percepção ameaçadora de procedimentos clínicos dentários gera comportamentos não cooperativos que dificultam interven-

¹ Médico Estomatólogo, alumna de la Especialidad en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México.

² Magister Scientiarum en Odontopediatría, Profesor-Investigador de la Especialidad en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México.

³ Master en Ciencias, Profesor-Investigador de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México.

ções. A psicologia na odontopediatria usa conhecimentos teóricos e técnicas para avaliar, controlar e modificar esses comportamentos com elementos de diagnóstico, como desenhos infantis e sua interpretação. **Objetivo:** Avaliar o nível de medo / ansiedade em crianças que vêm para a prática dentária pela primeira vez através de desenhos realizados pelas crianças. **Material e métodos:** Estudo descritivo, correlacional, sob modalidade de campo, realizado para um grupo de 29 crianças de ambos os gêneros, de 5 a 8 anos de idade, que foram atendidas, pela primeira vez, no consultório odontológico. O grau de medo foi avaliado e ansiedade através da técnica projetiva do Desenho da Figura Humana e do Tes-

te de Desenhos de Venham. **Resultados:** 82% da população estudada apresentou diferentes graus de ansiedade, sendo a pessoa com maior representatividade de 62%. 86% das crianças avaliadas apresentaram medo; Isso se manifestou principalmente por 17 pacientes com 8 anos de idade, o que corresponde a 58%. **Conclusão:** A maioria das crianças que vêm ao consultório odontológico pela primeira vez sofrem de ansiedade e medo dentário de acordo com o Teste de desenhos da Human Figure e Venham.

Palavras-chave: Ansiedade, medo, desenho da figura humana, teste de desenho de Venham, odontopediatria.

Original article

Drawing as a means of evaluation of fear/anxiety in children from 5 to 8 children in dental care. Descriptive study.

Abstract

Introduction: Fear/anxiety in children as an emotional response to the threatening perception of clinical dental procedures, generates non-cooperative behaviors that hinder interventions. Psychology in pediatric dentistry use theoretical and technical knowledge to evaluate, control and modify these behaviors with diagnostic elements, such as children's drawings and their interpretation. **Aim:** To evaluate the level of fear/anxiety in children who attend their first dental consultation through graphic expression. **Materials and methods:** This is a descriptive, correlational

study under the field modality, carried out on a group of 29 children of both sexes, from 5 to 8 years of age, who attended dental care for the first time. Children were assessed for degree of fear and anxiety through the projective technique of the Human Figure Drawing, and the Venham Drawing Test. **Results:** 82.75% of the population studied presented different degrees of anxiety/fear, without a statistically significant difference in relation to sex; with respect to age, it was found to be statistically significant that fear / anxiety occurs in older children. **Conclusion:** The majority of children who come to the dental office for the first time suffer from dental anxiety and fear ac-

ording to the test of drawings of the Human Figure and Venham.

Introducción

Las diversas expresiones artísticas, reflejan de manera precisa el sentimiento personal en sus disímiles aspectos, aflorando emociones y plasmando aspectos del subconsciente que la persona es incapaz de controlar. La forma de expresión de una persona expresa mucho de sí misma. El dibujo se ha utilizado desde la era prehistórica, donde el hombre antiguo lo utilizaba como medio de expresión realizando diversas representaciones en las paredes que hoy día pueden apreciarse en varios sitios, conocidas como pinturas rupestres. Los niños en edad infantil pueden expresar a través de sus dibujos sensaciones desconocidas, que no son capaces de expresar por otros medios.

El tratamiento dental puede ser percibido como una experiencia tortuosa que influye en el comportamiento del paciente infantil, afectando negativamente su salud dental, similarmente a determinadas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que padecen de ansiedad y miedo ante la consulta, modificando considerablemente el desarrollo de una consulta rápida y exitosa, propia de un buen manejo clínico.¹

A nivel conceptual, la ansiedad es un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que serían manifestación de un contenido intrapsíquico. La palabra miedo proviene del latín *metus*, es una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio,

Key Words: Fear, anxiety, human figure drawing, Venham picture test, pediatric dentistry.

ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad.²

En los niños, la ansiedad dental y el miedo dental al tratamiento dental influyen en un comportamiento no cooperador, dificultando un tratamiento oportuno.^{3,4} Los odontopediatras deben minimizar la exposición a estímulos que desencadenan ansiedad dental y convertir el tratamiento en una experiencia eficaz.⁵ Los niños hasta alcanzar determinada edad, son tardos en expresar sentimientos y emociones oralmente, ello la importancia del aprendizaje de sus dibujos y representaciones del entorno que les rodea y de aspectos tan complejos de escudriñar como su propia imagen.⁶

La identificación temprana de la ansiedad dental en odontopediatría es importante para abordar debidamente al paciente infantil. Por esta razón, se han desarrollado muchos métodos para evaluar la ansiedad dental.^{7,8} Es importante profundizar en el conocimiento de las diversas técnicas de evaluación de la ansiedad dental en niños,⁹ sin embargo, los dibujos son considerados especialmente útiles por varios autores.¹⁰

La mayor dificultad enfrentada en odontopediatría es realizar procedimientos a niños no cooperadores, pues ellos presentan comportamientos que dificultan y retardan las intervenciones. La psicología en odontopediatría se basa en conocimientos teóricos y técnicas que proceden de la psicología en salud, para evaluar, controlar y modificar conductas que emergen en escenarios de procedimientos odontológicos.^{11,12}

El psicólogo Jean Piaget, manifiesta que la función simbólica o semiótica, es adquirida entre los 1,5 a 2 años de edad, posterior al periodo senso-motor, cuya función es exclusiva del ser humano. Siendo la capacidad para representar un significado (objeto, acontecimiento) a través de un significante (forma de representar algo). El Dibujo es la reproducción grafica interna del individuo, es decir el niño personifica en dibujos lo que sabe del objeto, no lo que ve de él, utilizando signos para representar objetos y/o situaciones. Por tanto, se puede afirmar que el dibujo es, indudablemente, una manifestación de la función simbólica.¹³

El miedo dental y la ansiedad dental, representan un problema sustancial para pacientes infantiles y odontopediatras. Una proporción considerable de la población está preocupada por el tratamiento dental, reconociéndose que ello puede actuar como una barrera para la salud oral. En los niños, ansiedad dental y miedo dental al tratamiento dental han generado una serie de complicaciones en el manejo del paciente infantil durante años, influyendo en un comportamiento no cooperador, el cual imposibilita un tratamiento dental oportuno.¹⁴ Dicha ansiedad dental ante los procedimientos clínicos crea un estado de alarma de que algo aterrador ocurrirá en relación con el tratamiento dental. Tanto el miedo dental como la ansiedad dental pueden afectar la conducta del niño a lo largo de la consulta y, por tanto, influir en el resultado de su tratamiento.¹⁵

La relación niño-odontopediatra es compleja. Su desarrollo y fortalecimiento permiten establecer la confianza necesaria para que las acciones odontológicas sean eficaces. Por ello, un abordaje psicológico del niño en el consultorio dental constituye una etapa especial en la atención suministrada.¹⁶

La ansiedad dental y el miedo dental, principales factores que dificultan el tratamiento, asumen una etiología multifactorial que incluye: género, edad y origen cultural del niño, actitud del odontólogo y ansiedad de la madre. Cada una favorece en parte a la manifestación del cuadro. Ello trae a futuro efectos negativos en él como: inhibición psicológica y ocasionales evasivas a escenarios odontológicos, causando detrimento en su salud bucal, incluyendo problemas asociados como estigmas sociales y sentimientos de timidez y sumisión.^{17, 18}

El miedo dental infantil es una reacción emocional normal a uno o más estímulos específicos amenazantes dentro del tratamiento dental,^{19, 20} caracterizado por cambios en los síntomas fisiológicos del cuerpo debido a alteraciones en sus sistemas cardiovascular y respiratorio. La respuesta usualmente ocurre por una amenaza real o imaginaria a su propia seguridad, preparándolo a una posición de lucha o de vuelo para escapar del estímulo.²¹

La ansiedad dental es una respuesta emocional y/o respuesta fisiológica a causas conocidas y/o desconocidas que pueden ir desde una reacción normal a disfunción extrema (indicativo de un trastorno de ansiedad).²² Evitar el tratamiento dental debido a la ansiedad dental es común y está asociado con un deterioro significativo de la salud general y dental, lo que lleva a un círculo vicioso de la ansiedad acumulada y el aumento de la evitación. Finalmente, el componente generador implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental.²³

El miedo dental y ansiedad dental se reconocen como los principales motivos que dificultan la

atención del niño en odontología, por lo cual es importante el uso de instrumentos de evaluación, para conocer los valores de éstos en pacientes infantiles.²⁴ Existen diferentes tipos de escalas de medición que se utilizan para evaluar las, siendo las principales: escala de comportamiento de Frankl, medidas fisiológicas, técnicas proyectivas (Escala de Imagen Facial (FIS) o Prueba de Imagen de Miedo Dental de Niños (CDFP)) y escalas psicométricas.¹¹

Las técnicas proyectivas son métodos de estudio de la personalidad a través de materiales pobremente estructurados que facilitan la asociación libre, el lenguaje simbólico y el conocimiento del mundo interno del sujeto. Son reactivos lo más ambiguos e indeterminados posibles que propician que el sujeto hable, dibuje, construya o recree sus experiencias emocionales, sus conflictos relacionales, el mundo interno de sus temores, ansiedades, expectativas y deseos de cambio.²⁵ El test del Dibujo de la Figura humana (DFH), es una técnica proyectiva de evaluación de la personalidad y rasgos emocionales-sociales, que implica la producción de un dibujo por parte del evaluado, el cual es analizado en base a su contenido o a las características del dibujo.²⁶ El DFH fue planteado como un indicador no verbal de la inteligencia. Posteriormente varios psicólogos promovieron a utilizar el instrumento como un test proyectivo de personalidad, entre los que se inciden Elizabeth Koppitz y Karen Machover.²⁷

El dibujo puede analizarse de diversas formas o considerando distintos niveles. Por una parte, el dibujo puede evaluarse en términos de su estructura, es decir, considerando las características gráficas normalmente esperadas en cada etapa evolutiva, y por otra, puede analizarse según su calidad, es decir, por detalles poco comunes,

omisiones o agregados. Por último, se puede explorar el contenido de la producción gráfica, de manera de poder entender las claves del mensaje que el niño y/o adolescente está entregando.²⁸

Koppitz manifiesta que “los Indicadores Emocionales (IE) son signos clínicos que reflejan actitudes y características subyacentes de los niños en el momento de realizar sus DFH. Los IE no son mutuamente excluyentes; varios IE revelan sentimientos y preocupaciones iguales o similares, y una misma actitud puede ser expresada por diversos IE.²⁷ Koppitz, define como IE aquellos signos objetivos que no están relacionados con la edad y maduración del niño, sino que reflejan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes. Un indicador emocional es definido aquí como un signo en el DFH que puede cumplir tres criterios siguientes: tener validez clínica, es decir, debe poder diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen; ser inusual y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16 % de los niños en un nivel de edad dado; y no debe estar relacionado con la edad y la maduración, es decir, su frecuencia de ocurrencia en los protocolos no debe aumentar solamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño.²⁷

Koppitz manifiesta que la presencia de un solo indicador emocional no es concluyente y por ello no representa un signo de perturbación emocional; sin embargo, dos o más indicadores emocionales son sugerentes de problemas emocionales y de relaciones personales insatisfactorias (Tabla 1).²⁹

Se ha demostrado que los efectos de la ansiedad dental perduran en la edad adulta, lo que puede

1.- Integración pobre de las partes de la figura	16.- Manos grandes
2.- Sombreado de la cara	17.- Manos seccionadas u omitidas
3.- Sombreado del cuerpo y/o extremidades	18.- Piernas juntas
4.- Sombreado de las manos y/o cuello	19.- Figura desnuda, genitales
5.- Asimetría grosera de las extremidades	20.- Figura monstruosa o grotesca
6.- Figura inclinada	21.- Dibujo espontáneo de tres o más figuras
7.- Figura pequeña	22.- Nubes, lluvia, nieve, pájaros volando
8.- Figura grande	23.- Omisión de los ojos
9.- Transparencia	24.- Omisión de la nariz
10.- Cabeza pequeña	25.- Omisión de la boca
11.- Ojos bizcos o desviados	26.- Omisión del cuerpo
12.- Dientes	27.- Omisión de los brazos
13.- Brazos cortos	28.- Omisión de las piernas
14.- Brazos largos	29.- Omisión de los pies
15.- Brazos pegados al cuerpo	30.- Omisión del cuello

Tabla 1. Indicadores Emocionales Válidos.

llevar a evitar el cuidado dental, conduciendo al detrimento de la salud bucodental.^{30, 31} Los odontopediatras deben evaluar a los pacientes infantiles tan pronto como sea posible para identificar a aquellos con respecto a su grado de ansiedad dental.³² Las medidas formales de evaluación son esenciales, Hay muchos métodos, sin embargo, la medida ideal debe ser válida, permitir habilidades cognitivas y lingüísticas limitadas, y ser fácil de administrar y puntuación en un contexto clínico.

Algunas escalas las que han demostrado éxito en la evaluación de la ansiedad dental infantil son:³³

- Escala de Ansiedad Dental de Corah (Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS)): utiliza cinco preguntas básicas, que bien pueden ser contestadas por los padres si el paciente es muy pequeño o por el mismo paciente si ya es capaz de entenderla, siempre algunos días antes de la cita para el tratamiento dental. La confiabilidad de la escala ha sido evaluada, siendo calificada como satisfactoria, mientras que la validez se ha determinado como aceptable.
- Encuesta del Miedo Infantil- Subescala Dental. Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS). Especialmente útil para valoración en niños. Se mide el nivel de ansiedad en una escala de cinco puntos, que va desde 1 punto (sin ansiedad) hasta 5 puntos (muy ansioso). El puntaje total puede variar de 15 hasta 75 puntos, tomando 45 puntos como el nivel a partir del cual se interpreta la aparición de la ansiedad.
- La Escala de Imagen Facial (Facial Image Scale (FIS)). Comprende una fila de cinco caras que van desde muy felices hasta muy infelices. A los niños se les pide que señalen la cara que más les guste al momento de la evaluación. La escala se anota dando un valor de 1 a la cara de afecto más positiva y 5 a la cara de afecto más negativa.³⁴
- Escala de ansiedad dental infantil modificada (Modified Child Dental Anxiety Scale (MC-DAS)): incluye ocho preguntas para evaluar la ansiedad dental acerca de procedimientos den-

tales específicos. La escala incluye una pregunta sobre anestesia local, y otros procedimientos dentales que pueden afectar a los niños; se utiliza una escala de Likert de cinco puntos para evaluar la ansiedad dental con puntuaciones que van desde “relajado / no preocupado” (1) a “muy preocupado” (5). Las puntuaciones totales en el MCDAS van de 5 (poca o ninguna ansiedad dental) a 40 (ansiedad dental extrema). MCDAS se ha usado en niños de 8 a 15 años y se ha demostrado que es una medida razonable de la ansiedad dental infantil que exhibe buena consistencia interna y validez.³⁴

- El Test de dibujos de Venham (Venham Picture Test (VPT)). Es una de las pocas escalas de imagen disponibles que cubre todos los criterios requeridos, y se ha utilizado en varios estudios para evaluar la ansiedad antes y después del tratamiento.³¹ En esta escala se utilizan 8 pares de figuras, en las cuales cada uno de los pares representa un estado de ansiedad con una calificación numérica. El paciente escoge la(s) figura(s) que le parecen las más cercanas a su estado de ansiedad. La calificación obtenida representa el número de veces que se siente ansioso de acuerdo al par escogido. Esta escala es fácil de aplicar, tomando entre uno y dos minutos su respuesta.³⁴

Turco y cols., en 1986 publicaron en Italia una revisión dando gran importancia a los dibujos como instrumento diagnóstico y de tratamiento en la relación paciente-clínico, tanto en lo que se refiere a los dibujos que se muestran a los niños como al análisis de los dibujos hechos por ellos.³⁵

Augusto Vels, en 1994, señala que la tendencia a dibujar personas es una de las manifestaciones gráficas que se pueden observar en el niño cuando se le entrega una hoja de papel y un lápiz. La

mayor parte de las veces, antes de dibujar alguna otra cosa, dibujan monigotes.³⁶

La revisión bibliográfica que realizaron Lima y Cassanova en 2006 define los términos relacionados con la ansiedad dental, y establece la diferencia entre los términos ansiedad, miedo y fobia al tratamiento dental.³⁷

En el 2008, Magalhães O., señala que los enfoques para el control del dolor en odontología están relacionados a tratar miedo dental y ansiedad dental. Estos dos sentimientos tienen componentes fisiológicos y emocionales, ya que a medida que aumenta el dolor, también la ansiedad aumenta. Los pacientes que experimentan estas sensaciones, a menudo requieren enfoques no farmacológicos o farmacológicos especiales para permitir la realización de un TD.³⁸

Quiroz-Torres en el año 2012, manifiesta que el manejo de la conducta en odontopediatría consiste en usar técnicas tradicionales, posiblemente satisfactorias, pero la actitud de padres y de odontólogos hacia ellas está cambiando, debido a nuevas corrientes tecnológicas y a la tendencia actual de promoción de salud con la medicina natural o alternativa. Por esta razón han surgido nuevas técnicas no farmacológicas y no aversivas, que son efectivas y mejor aceptadas por los padres, principalmente para lograr reducir los niveles de miedo dental y ansiedad dental.³⁹

Pirés-Corrêa y Tello en 2013, sugieren que la psicología ayuda a comprender y explicar las relaciones humanas. En odontopediatría es importante el conocimiento de esta ciencia para un adecuado manejo de la conducta del niño, permitiendo que la consulta dental infantil sea una experiencia fascinante, positiva, confortable y sin traumas.⁴⁰

Singh H. y Rehman R. en el 2014, manifiestan que en odontopediatría, las técnicas para el manejo de conducta tienen como objetivo lograr la comunicación y la educación. Para que exista una relación positiva entre el dentista y el niño, previamente se construye un procedimiento en constante cambio de actitudes entre clínicos y padres.⁴¹

En 2015, Lezcano-Melgarejo manifiesta que los DFH se pueden analizar en función de dos tipos de signos objetivos. Un primer conjunto de signos se considera que está primariamente relacionado con la edad y el nivel de maduración; a estos signos se les conoce como IE, éstos reflejan actitudes y características subyacentes de los niños en el momento de realizar sus DFH.⁴²

Por estas razones han surgido nuevas técnicas no farmacológicas y no aversivas, que son efectivas y mejor aceptadas por los padres. Dibujar para el niño, es como jugar. Por lo tanto, el dibujo es una técnica efectiva para demostrar la opinión de que el niño tiene sobre la atención que recibe en las clínicas dentales.

Este trabajo, desarrolla aspectos que fundamentan la importancia del dibujo, como medio de diagnóstico de ansiedad dental y miedo dental, ante ambientes inextricables en el tratamiento dental, en niños de entre 5 a 8 años, considerando el dibujo como el hecho más efectivo de que éstos realicen pruebas de forma natural, sin tener la presión de una evaluación, posteriormente seleccionar la técnica más adecuada de abordaje clínico. Los métodos de manejo del comportamiento en odontopediatría, tienen el objetivo de lograr la comunicación y la educación. Una relación positiva entre el odontólogo y el niño se construye durante un procedimiento en constante cambio de actitudes entre los dentistas y los padres; debido a la creciente preocupación por los dentistas para desarrollar

técnicas de manejo de comportamiento infantil adecuadas.

El objetivo general fue evaluar el nivel de ansiedad dental y miedo dental por medio de la expresión gráfica, en niños de 5 a 8 años que acuden a la Clínica Integral de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Los objetivos específicos fueron: determinar la presencia de miedo dental en los niños que acuden por primera vez a consulta odontológica a CLIO, mediante el Dibujo de la Figura Humana; Identificar el nivel de ansiedad dental previo a la consulta dental mediante el Test de Dibujos de Venham; comparar el miedo dental y ansiedad dental de acuerdo al género y a la edad en la población estudiada; y contar con una herramienta adicional que permita evaluar el grado de ansiedad/miedo y poder establecer el manejo adecuado del paciente.

Materiales y métodos.

Esta publicación es derivada de un trabajo de investigación realizado en el marco de Tesis de Especialidad en Odontopediatría: Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México. Sin financiamiento ni conflicto de interés de los autores.

La población estudiada comprendió un grupo de 29 niños de ambos géneros, de 5 a 8 años de edad, que acudieron por primera vez a la clínica integral de Odontopediatría de la UAO/UAZ, durante el mes de agosto del 2017. El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional y de campo. Criterios de inclusión: Pacientes de 5 a 8 años de edad, que acuden por primera vez a consulta dental en CLIO; con o sin antecedentes de visitas previas al odontólogo. Criterios de exclusión: Aquellos que no estén en el rango de edad. Pacientes con algún tipo

de diversidad funcional. Pacientes que presentan alguna enfermedad sistémica. Selección de la muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia sobre los pacientes que acudieron a CLIO en el tiempo establecido previamente. Instrumento de evaluación: Se utilizó el Test Proyectivo del Dibujo de la Figura Humana (DFH) y el Test de dibujos de Venham (TDV). El procesamiento estadístico se realizó con la aplicación SPSS-Windows V18.0 (SPSS, Inc, Chicago IL). Se utilizó la prueba estadística *t* de student para una muestra con un Intervalo de Confianza del 95%

Aspectos bioéticos de la investigación. Los padres y/o tutores legales de los pacientes pe-

diátricos que participaron en el estudio, firmaron un informe de consentimiento, luego de explicarles el propósito del mismo, de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki, y el reporte Belmont según los artículos 10 y 11 de la resolución 008430/93.

Aplicación de los instrumentos: DFH, para la aplicación de este instrumento se le entregó al examinado una hoja de papel tamaño carta en blanco y un lápiz con borrador; se le indicó que realizara el dibujo de una persona, y se le pidió que intentara hacerlo de la manera más completa que pudiera; para esto se le dio libertad de tiempo. TDV. En esta escala se utilizan 8 pares de figuras plasmadas en una hoja tamaño A4, donde cada uno de los pares representa una imagen ansiosa y otra no ansiosa, con una calificación numérica de 1 y 0 respectivamente. Se le indica al paciente que elija la(s) figura(s) con las que le más se sienta identificado antes de entrar a la consulta dental. La calificación obtenida representa el grado de ansiedad de acuerdo a las imágenes escogidas, teniendo en cuenta que 0=Sin ansiedad, 1-3= Ansiedad leve, 4-6=Ansiedad moderada, 7-8=Ansiedad severa. Esta escala es fácil de aplicar, tomando entre uno y dos minutos su respuesta. (Figura 1)

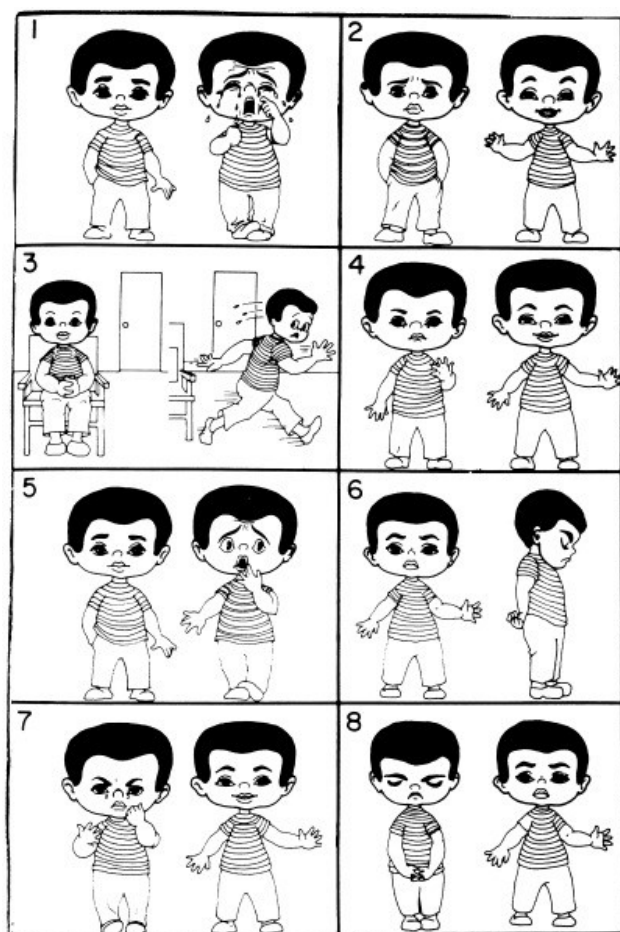


Figura 1. Test dibujos de Venham.

Resultados

La población de estudio quedó constituida por un total de 29 niños con un rango de edad entre los 5 y 8 años, siendo la media de 7,31 años, con una desviación típica de 1.2909. El 48,3% de la población estudiada correspondieron al género femenino y 51,70% al masculino.

De los 29 niños que participaron en el estudio y que acudieron por primera vez a CLIO/UAO/

ANSIEDAD TDV				
t	P	Diferencia de medias	IC 95%	
			Inferior	Superior
17.507	.000	2.034	1.80	2.27

Tabla 2. Análisis Global de la Ansiedad TDV.

UAZ, 10 se presentaron por primera vez a consulta dental, esto corresponde al 36%, mientras que los otros 19 (64%) habían recibido atención dental previamente por odontólogo general o especialista particular.

El análisis global de la ansiedad evaluada mediante el TDV indica que la mayoría de los pacientes presentó algún grado de ansiedad, esto corresponde al 82% del total de los niños. (Tabla 2)

El análisis de la relación edad-ansiedad no mostró diferencias estadísticamente significativas, al obtener $p = 0,420$. A pesar de esto es relevante señalar que la mayoría de los niños mostró un grado de ansiedad leve (esto representa el 62 % de la población estudiada), presentándose principalmente en los de 6 años de edad. (Tabla 3)

El análisis de la relación género-ansiedad se puede observar que 18 pacientes presentaron ansiedad leve, afectando principalmente al gé-

nero femenino (10); el cual no mostró diferencias estadísticamente significativas, al obtener $p > 0,05$. (Tabla 4)

El análisis global del miedo evaluado mediante el DFH permite observar que la mayoría de los niños (25) presentó miedo, esto corresponde al 86% (Tabla 5)

Es importante señalar que la edad de 8 años fue la que principalmente se vio afectada, esto representa el 58%, es decir, 17 niños; aunque estadísticamente no hay diferencias significativas, al obtener $p > 0,05$. (Tabla 6)

No se encontró relación entre el género y la presencia de miedo, por lo tanto, no hay diferencias estadísticamente significativas, al obtener $p > 0,05$. (Tabla 7)

El análisis global de la ansiedad evaluada mediante el DFH indica que la mayoría de los niños presentó ansiedad, esto corresponde al 82%. (Tabla 8)

No existe relación entre la edad y la presencia de ansiedad; por lo tanto, no hay diferencias estadísticamente significativas, al obtener $p > 0,05$. Pero se puede observar que la mayoría de los niños de 8 años mostró ansiedad al realizar el

ANSIEDAD TDV										
Edad	Sin Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa		Total	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
5	1	20	4	22,2	2	33,3	0	0	7	
6	0	0	6	33,3	0	0	0	0	6	
7	1	20	4	22,2	2	33,3	0	0	7	0,420
8	3	60	4	22,2	2	33,3	0	0	9	
Total	5	100	18	100	6	100	0	0	29	

Tabla 3. Relación Edad-Ansiedad TDV.

ANSIEDAD TDV										
Género	Sin Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa		Total	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Femenino	1	20	10	55,6	3	50	0	0	14	0,370
Masculino	4	80	8	44,4	3	50	0	0	15	
Total	5	100	18	100	6	100	0	0	29	

Tabla 4. Relación Género-Ansiedad TDV.

DFH, esto corresponde al 55%, es decir, 16 niños evaluados. (Tabla 9)

No se encontró relación entre el género y la presencia de ansiedad, lo que indica que no hay diferencias estadísticamente significativas, al obtener $p > 0.05$. A pesar de esto, se puede observar que más de la mitad de los niños evaluados son del género femenino. (Tabla 10)

Discusión

La interacción inicial del paciente infantil y odontopediatra, puede revelar la presencia de ansiedad dental y miedo dental, ante estas situaciones, pueden implementarse evaluaciones objetivas que auxiliarán a mejorar el diagnóstico para un manejo exitoso.

En acuerdo con Youn-Soo Shim et al., el miedo y la ansiedad relacionados al tratamiento dental son muy comunes. Evitar el tratamiento dental debido a la presencia de estos factores exagera los problemas relacionados con la salud oral de los pacientes;

MIEDO DFH				
		IC 95%		
t	P	Diferencia de medias	Inferior	Superior
13.229	.000	0,862	0,73	1,00

Tabla 5. Analisis Global del Miedo DFH.

es por eso necesario identificarlos previamente a la consulta.²⁰

Las evidencias obtenidas en esta investigación se muestran favorables al ser comparadas con los resultados de Lezcano et al., en el 2015, donde utilizaron el Test Proyectivo del DFH de E. Koppitz que evalúa los IE relacionados al miedo dental y AD; se encontró que los IE con mayor frecuencia fueron: sombreado, asimetría de extremidades, figura pequeña. Se constató la presencia de indicadores específicos: dientes, brazos cortos, figuras grotescas; IE por omisión de elementos corporales: omisión de piernas, omisión de pies, omisión de cuello.⁴²

Con respecto al uso del TDV, se obtuvieron resultados similares a los de Marcano et al.,²⁴ ya que el 89,17% de los niños evaluados, presentaron ansiedad según el TDV, mientras que en el presente estudio la población que registró ansiedad corresponde al 82.76%; coincidiendo además en el hecho de que la mayoría de los niños se encontraba en un nivel

MIEDO DFH						
Edad	Sin Miedo		Con Miedo		Total	P
	n	%	n	%		
5	1	20	4	22,2	7	0,420
6	0	0	6	33,3	6	
7	1	20	4	22,2	7	
8	3	60	4	22,2	9	
Total	5	100	18	100	29	

Tabla 6. Relación Edad-Miedo DFH.

MIEDO DFH						
Género	Sin Miedo		Con Miedo		Total	P
	n	%	n	%		
F	3	75	12	48	15	0,316
M	1	25	13	52	14	
Total	4	100	25	100	29	

Tabla 7. Relación Género- Miedo DFH.

leve de ansiedad: Marcano A. y Cols., 76%, este estudio: 62%.

Coincide con los resultados obtenidos por Ramos, 1 en cuyo estudio señalan que en términos generales los niveles de ansiedad y miedo son representativos en todos los niños ante la consulta dental. La ansiedad dental y miedo dental pueden influir en situaciones de atención y tratamiento dental llegando a convertirse en verdaderos problemas de salud oral. Algunos estudios señalan que las niñas son más ansiosas y manifiestan mayor miedo que lo niños, pero de forma poco significativa y que esto depende más que todo de la madurez psicológica del niño.

Conclusiones

Los niños entre 5 y 8 años de edad que acuden por primera vez a consulta dental presentan en su mayoría ansiedad dental y miedo dental, de acuerdo a los Test de Dibujo de Venham y al Dibujo de la Figura Humana, siendo herramientas confiables y sencillas de aplicar. No se encontró

ANSIEDAD DFH				
t	P	Diferencia de medias	IC 95%	
			Inferior	Superior
11,593	0,000	0,828	0,68	0,97

Tabla 8. Análisis Global de la Ansiedad DFH.

MIEDO DFH						
Edad	Sin Ansiedad		Con Ansiedad		Total	P
	n	%	n	%		
5	2	40	1	4,16	3	0,100
6	0	0	3	12,5	3	
7	1	20	4	16,66	5	
8	2	40	16	66,66	18	
Total	5	100	18	100	29	

Tabla 9. Relación Edad-Ansiedad DFH.

relación entre ansiedad dental y miedo dental con el género o la edad de los niños evaluados.

Recomendaciones

Implementar el uso del Test de Dibujos de Venham y del Dibujo de la Figura Humana para determinar el grado de ansiedad que presentan los niños, previo a la consulta dental y con ello poner en práctica las técnicas de manejo de la conducta, de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Posterior a la consulta dental, aplicar ambos instrumentos para comparar el grado de ansiedad y/o la presencia de miedo antes y después de recibir atención dental.

Implementar el uso de material lúdico relacionado con la odontología con la finalidad de ayudar a disminuir el miedo y/o ansiedad que pudieran presentar los niños previamente a su consulta.

ANSIEDAD DFH						
Género	Sin Miedo		Con Miedo		Total	P
	n	%	n	%		
F	2	40	13	58,16	15	0,564
M	3	60	11	45,84	14	
Total	45	100	125	100	29	

Tabla 10. Relación Género- Ansiedad DFH.

Referencias bibliográficas

1. Ramos K. Niveles de ansiedad y miedo en niños de 3 a 8 años en las clínicas de odontopediatría de la Universidad de Cartagena [Tesis doctoral]. Cartagena de Indias. Departamento de Investigación Publicaciones Científicas, Universidad de Cartagena; 2013.
2. Sepulveda J. Definiciones y clasificaciones del dolor. *ARS Medica*. 1994; 23: 2-6.
3. Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J. Dent Child* 2003; 70: 104-10.
4. Rivera I, Fernández A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev Latinoam Psicol*. 2005; 37: 461-75.
5. Aragao L, Araujo C, Casagrande L, Westphalen Bent L, Zimmermann Santos B, Martini Dalpia D, Anxiety in Children submitted to Dental Appointment. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.* 2016;16: 167-75.
6. Castanier M. Estudio de técnicas pre gráficas en el desarrollo de la motricidad fina en los niños de educación inicial del centro educativo María Montessori, cantón azogues, provincia del Cañar, año lectivo 2014-2015. BS tesis. Universidad del Azuay, 2017.
7. Kilinic G, Akay A, Eden E. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz. Oral. Res.* 2016; 30: 1-8.
8. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016; 3: 35-50.
9. Hill KB, Hainsworth JM, Burke FJ. Evaluation of dentists' perceived needs regarding treatment of the anxious patient. *British Dental Journal*. 2008; 204: 1-5.
10. Padrós E, Boj J, Estaún S, Ustrell J. El dibujo como método para valorar la ansiedad dental en niños. *Odont Ped.* 1995; 4: 29-38.
11. Fonseca L, Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Terapeía*. 2013; 5: 81-95.
12. Lima M, Nunes A, Bezerra, M. Aspectos psicológicos de crianças frente aos procedimentos na clínica-escola de odontopediatria. *EEDIC*. 2017;3: 1-6.
13. Callejo, S. El valor educativo del dibujo infantil como instrumento de diagnóstico escolar. 2014. Universidad de Valladolid. Segovia.
14. Villasante V, Padilla C. Influencia de la técnica de modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. *Rev Estomat Altipla*. 2010;1: 35-9.
15. Juárez López LA, Retana Ugalde R, Delgado López AA. Risk Factors for anxiety in children aged four to six attending a pediatric dental appointment for the first time. *Rev ADM*. 2014; 71(1): 9-15.
16. Goncalves Marques KB, Brasil Grandvohl MP, Germano Maja MC. Medo e ansiedade prévios a consulta odontológica em crianças do município de Acarú-ce. *RBPS*. 2010; 23: 358-67.
17. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20: 101-6.
18. Jovanovic-Medojevic M, et al. Dental Anxiety: Etiology and treatment Options. *Stomatoloski glasnik Srbije*. 2015; 62: 174-83.
19. Agarwal M, Das UM. Dental anxiety prediction using Venham Picture test: A preliminary crosssectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013; 31:22-4.

20. Youn-Soo Shim, Ah-Hyeon Kim, Eun-Young Jeon, So-Youn An. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med.* 2015; 15: 53-61.
21. Puneet G, Shaveta R, Shaveta B, Siddharth M. Management of sobbing tot in a pediatric dental office: A review. *Int J Contemp Dent Med Rev.* 2015; 1-3.
22. Muppa R, Bhupatiraju P, Duddu M, Penumatsa NV, Dandempally A, Panthula P. Comparison of anxiety levels associated with noise in the dental clinic among children of age group 6-15 years. *Noise Health* 2013; 15:190-3.
23. Ríos M, Herrera R, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol.* 2014; 30 (1): 39-46.
24. Marcano F, Figueredo A, Orozco G. Assessment of anxiety and fear in school children in the pediatric dentistry consultation. 2012; 2: 65-71.
25. Maganto C, Garaigordobil M. Child Diagnosis by Means of Graphic Expression: the two Human Figure Test (T2F). *Clín Sal.* 2009; 20: 237-48
26. Sánchez M, Pírela L. Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos.* 2012; 14: 210-22.
27. Koppitz E, De Moreau M. A comparison of emotional indicators on human figure drawings of children from Mexico and from the United States. *Interam J Psychol.* 1968;2: 41-48.
28. Opazo V, Rivera J. Indicadores gráficos de la prueba del Dibujo de la Figura Humana en adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años víctimas de agresiones sexuales. *Rev Psic.* 2010; 19: 80-107.
29. Koppitz E. M. A comparison of pencil and crayon drawings of young children. *J Clin Psychol.* 1965; 21: 191-4.
30. Srinath K, Sahana S, Vishwanath S, Pravesh B, Ritu S. Evaluation of Facial Image Scale and Venham Picture Test Used to Assess Dental Anxiety in Children. *JIAPHD.* 2013;11: 31-5.
31. Abdulrahman A, Atul B, Mousa K. Evaluation of Fear and Anxiety Associated with Instruments and Treatment among Dental Patients. *IJCMR.* 2016; 3: 2454-7379.
32. Porrit J, Marshman Z, Rodd H. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent.* 2012; 22: 397-405.
33. Pizano M, Bermudez L. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. *Rev ADM.* 2004; 61: 165-70.
34. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent.* 2002; 12: 47-52.
35. Turco G, Bertolotto C, Savio N, Neri R. Indagine sui rapporti psicologici bambino-medico con particolare riguardo alla specialità di odontostomatologia. *Minerva Stomatol.*
36. Augusto Vels. *Dibujo y Personalidad.* E. Postgrau, Universitat Autònoma de Barcelona. Marzo 1994. 11-15.
37. Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med.* 2006 Abr; 6: 1-21.
38. Magalhães O, Dias F, Magalhães O. Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais. *Rev. Bras. Odontol.* 2008; 65: 118-21.
39. Quiroz-Torres J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *Rev Estomatol Herediana.* 2012; 22 (2):129-36.
40. Salet-Nahás M, Tello G. Aspectos psicológicos y clínicos de la atención de niños pequeños. *Dental Tribune Hispanic & Latin America.* 2013/08/14; 8-12. acceso (12/11/2017) Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/aspectos-psicologicos-y-clinicos-de-la-atencion-de-ninos-pequenos/>.
41. Singh H, Rehman R, Kadtane S, Dalai D, Jain Ch. Techniques for the Behavior Management in Pediatric Dentistry. *IJSS.* 2014; 2 (7): 269-72.

42. Lezcano D, Melgarejo O, Ureta V, Arrom C, Romero M. Test del dibujo de la figura humana en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica. Estudio de ca sos. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2015; 13: 88-95.

Recibido: 17/11/2017

Aceptado: 23/03/2018

Correspondencia: Carmen de la Luz Ayala Escandón. claescandon@yahoo.com.