

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA INSTRUMENTO PARA DETERMINAR  
PATRONES COMPORTAMENTALES ASOCIADOS CON ANSIEDAD EN  
PACIENTES CON SINDROME DE DOWN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

**Investigadoras**

**ALVAREZ FUENTES MAYRA ALEJANDRA  
BLANCO SALCEDO MIREYA  
CAICEDO MARQUEZ LEIDY PAOLA  
CAMACHO MONICA MARIA  
HERNANDEZ SERRATO MARCELA  
ORDUZ SANCHEZ SHERLLY LORENA  
VALERO JOHANNA PATRICIA**

**Asesor Científico  
DRA. SORAYA APARICIO  
Médico Psiquiatra**

**Asesor Metodológico  
DRA. CLAUDIA ALCAZAR  
Odontóloga. Especialista en seguridad social**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
COLEGIO ODONTOLOGICO.  
PREGRADO  
BOGOTA D.C  
II-2009**

1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS .....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.2 JUSTIFICACION .....	5
1.3 IMPACTO .....	6
1.4 MARCO TEORICO .....	6
1.5 OBJETIVOS .....	32
1.5.1 OBJETIVO GENERAL .....	32
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	32
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	33
2.1 TIPO DE ESTUDIO .....	33
2.2 OBJETO DE ESTUDIO .....	33
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	33
2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	33
2.5 VARIABLES .....	34
2.6 PROCEDIMIENTO .....	366

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3. RESULTADOS.....	42
4. DISCUSIÓN.....	47
5. CONCLUSIONES .....	46
6. RECOMENDACIONES .....	49
7. REFERENCIAS.....	50

# 1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace años ha sido reconocida la ansiedad como fuente de problemas en el manejo de un niño en la clínica dental. En la mayoría de los pacientes con Síndrome de Down se observan actitudes de miedo, inseguridad y falta de cooperación ante el tratamiento, especialmente en procedimientos odontológicos.

Sin embargo, el mayor problema radica en la falta de conocimiento por parte del profesional, sobre el comportamiento y estado emocional de un niño con este síndrome, y por tanto se dificulta aun mas la atención odontológica.

La visita al odontólogo es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas

Por lo anterior, surge el siguiente interrogante ¿podrían establecerse los estilos comportamentales asociados con la ansiedad en un paciente con Síndrome de Down ante la consulta odontológica, por medio de un instrumento de evaluación?

¿Cómo diseñar y validar un instrumento que permita evaluar los estilos comportamentales asociados a ansiedad ante la atención odontológica de un paciente con síndrome de Down?

## **1.2 JUSTIFICACION**

La visita al odontólogo es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas.

En la práctica diaria del odontólogo es frecuente encontrar pacientes con distintas patologías, como el síndrome de Down, que presentan comportamientos asociados a conductas ansiosas ante la consulta odontológica, por lo cual es importante que el odontólogo reconozca actitudes del paciente que puedan indicarle una situación de ansiedad.

Diseñar una encuesta que establezca los estilos de comportamiento asociados a la ansiedad del paciente antes y durante la consulta odontológica es importante para el odontólogo, quien podrá determinar el tipo de atención que requiere el paciente según el nivel de ansiedad que presente.

### **1.3 IMPACTO**

Una escala de medición del nivel de ansiedad ante la consulta odontológica, permitirá al odontólogo determinar el tipo de atención que debe prestarle al paciente según el nivel de ansiedad que éste presente.

Por otra parte, el paciente obtendrá una mejor atención por parte del profesional, pues ante manifestaciones de ansiedad en distintos niveles se logrará planificar el tratamiento a seguir y el tiempo requerido para familiarizar al paciente con la situación.

### **1.4 MARCO TEORICO**

No existe una respuesta única ni definitoria para explicar el fenómeno de ansiedad, pero al parecer en la mayoría de los casos esta actitud es debida a experiencias con el odontólogo cuya significación resulta traumática para el paciente. Los trabajos de Molin y Seeman, citados en Scott y Hirschman, señalan que los sujetos encuestados reportan que sus experiencias con el odontólogo contribuyen significativamente en la generación de ansiedad dental. Estas personas declaraban que; la creencia de haber recibido un tratamiento

inapropiado y el manejo brusco por parte del profesional, eran los factores que más contribuían al desarrollo de ansiedad frente al tratamiento odontológico.

Por otro lado algunos investigadores han propuesto que la ansiedad dental es sólo una faceta de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diversas maneras. Otras hipótesis apuntan a que esta ansiedad se origina por transmisión padres-hijos de actitudes desfavorables hacia el dentista como también por aprendizaje social, a través de las interacciones con otras personas que relatan historias de horror respecto al tratamiento dental. <sup>1</sup>

En todo caso es indudable que para muchas personas la atención dental es una situación estresante. Al respecto es conveniente recordar la distinción entre estrés fisiológico y psicológico, siendo el primero una respuesta orgánica a un daño tisular real (por ejemplo una extracción dentaria) y el segundo una respuesta a una amenaza simbólica.<sup>2</sup>

El estrés psicológico implica siempre un problema de anticipación del futuro, las personas, se estresan por lo que va a pasar, no tanto por lo que está pasando en el momento mismo.

La ansiedad y los miedos dentales, desde la perspectiva conductual, se deben considerar como patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento

que resultan desadaptativos en relación al tratamiento odontológico. En el desarrollo de estas actitudes intervienen múltiples causas y factores, por lo que el origen de la ansiedad y el miedo a la atención dental se postula como multifactorial por la mayoría de los autores.<sup>3</sup>

Los factores señalados son variados, pero los más relacionados son: la conducta miedosa aprendida del modelo familiar o su entorno; el sexo femenino parece experimentar mayor miedo y ansiedad, aunque existen estudios que no encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres; los niños y jóvenes son más ansiosos y miedosos, Las experiencias desagradables previas, especialmente durante la infancia; Los factores socioeconómicos también parecen influir, sobre todo los factores sociales (familias rotas, drogadicción, problemas de educación, etc.) Las personas con malos hábitos higiénicos suelen ser más ansiosas, al igual que aquellos que tienen un mal estado bucodental, Las personas con discapacidad psíquica experimentan más miedo a los tratamientos odontológicos por su falta de comprensión, Los pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado bucal, Por último, un tiempo de espera prolongado antes de la atención, un número excesivo de pacientes en la sala de espera porque al individuo le parece que el tratamiento se realiza con prisas, y sesiones de tratamiento de larga duración parecen aumentar el nivel de ansiedad.

El síndrome de Down es un trastorno genético causado por la presencia una copia extra del cromosoma 21, en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866<sup>4</sup>

La primera descripción del síndrome de Down fue la hecha por Seguir en 1846 al describir un tipo particular de retraso mental al que denominó como "idiocia furfurácea"(Egozcue et al, 1978). En 1866, John Langdom Down publicó la primera descripción clínica de las personas con Síndrome de Down (SD), llamándoles *mongólicos*, ya que sus rasgos físicos eran parecidos a las personas de esta raza. No fue hasta 1975 que se dejó de utilizar este término, al ser considerado despectivo respecto a los mongoles auténticos (Rogers y Coleman, 1994)<sup>5</sup>.

En 1932, por primera vez se sugirió como etiología del SD la presencia de una no disyunción cromosómica. No fue hasta el año 1956 en que se determinó el número exacto de cromosomas del cariotipo humano. Lejeune y Jacobs pusieron de manifiesto en 1959 la primera demostración de la base cromosómica en una enfermedad humana, y ésta fue el SD. Ahora se sabe que es debida a la

presencia de una aberración a nivel cromosómico, existiendo una porción de cromosoma adicional<sup>6</sup>.

El SD es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita. Representa el 25% de todos los casos de retraso mental.

A veces a la madre le falta lo suficiente de cierto alimento o mineral durante el embarazo. El cerebro puede dañarse antes, durante o después del parto. Además del retraso, el niño puede también tener *parálisis cerebral*, ceguera, sordera o ataques. Se habla de las causas comunes del retraso por daño cerebral. O causa ajenas a este tales como: Meningitis (*infección cerebral*) por bacterias, tuberculosis o paludismo (malaria); mas frecuente durante 10 primeros años de la infancia. Hidrocefalia, generalmente con espina bifida lesiones de la cabeza + otras causas incluyen: tumor cerebral, envenenamiento con plomo, *pesticidas* ciertas medicinas y alimentos, algunas formas de *atrofia* o de *distrofia*. Muscular

En muchas partes del mundo, las causas mas comunes del retraso mental son el daño cerebral y el síndrome de Down. Pero en algunas áreas montañosas, muchas veces la causa es la falta de Yodo en el agua y en los alimentos.<sup>7</sup>

Según la American Association on Mental Retardation (AAMR) Ciertamente el término "deficiente mental" ha sufrido muchas variaciones a lo largo de la historia,

aunque todavía se utiliza en una forma peyorativa. Una función intelectual que se encuentra significativamente por debajo de la media general coincide con algún trastorno de la conducta se manifiesta durante el período de desarrollo, que va desde la concepción del individuo hasta los 18 años de edad. Se habla de función intelectual disminuida cuando el nivel de desempeño de la persona está por debajo del Coeficiente Intelectual (CI) de 70%. La conducta se valora teniendo en cuenta los estándares de independencia individual y del grado de responsabilidad social esperada para un grupo de edad y de cultura similar. Generalmente, este comportamiento se puede catalogar teniendo en cuenta la maduración, la capacidad de aprendizaje y el ajuste social. Una alteración en el comportamiento puede hacer que entre dos individuos con la misma discapacidad o discapacidad diferente no pueda ser totalmente independiente, llegar a casarse, tener hijos, e incluso ser totalmente incluido en el mundo laboral, mientras que el otro necesitaría una supervisión y cuidado constante.<sup>8</sup>

La AAMR clasifica las etiologías de retraso mental en 10 grupos: Debido a infección e intoxicación: las infecciones pueden darse a nivel prenatal (rubéola congénita y sífilis, entre otras), como postnatal (sarampión o meningitis). Las intoxicaciones pueden presentarse en la toxemia del embarazo e incompatibilidad sanguínea, así como con la ingestión post-natal de sustancias tóxicas, venenos y drogas, produciendo lesiones a nivel del Sistema Nervioso<sup>9</sup>.

Debido a un traumatismo o agente físico: incluye lesiones por irradiación o hipoxia, así como lesiones de tipo mecánico durante el parto. Por alteraciones en el metabolismo o en la nutrición (fenilcetonuria, galactosemia entre otras. Asociada con enfermedad cerebral y neoformaciones en periodo post-natal (neurofibromatosis, neoplasia intracraneal). Asociada a enfermedades y condiciones de influencia prenatal desconocida, figurando en este apartado defectos cerebrales como ausencia de cerebro, hidrocefalia o microcefalia. Asociada a alteración cromosómica (Síndrome de Down). Asociada a otras condiciones perinatales, en periodo gestacional (Prematuridad). Acompañando alteraciones psiquiátricas (autismo). Asociada a influencias del medio ambiente (retraso de tipo cultural familiar). Asociada a otras condiciones. Existen unos estados que pueden ser confundidos con la deficiencia mental (*Zambrana, 1987*) y que deben ser tenidos en cuenta. Entre ellos se encuentran<sup>10</sup>:

1. La debilidad social: por falta de oportunidades, permanecen en un estado de inferioridad.
2. El retraso escolar: no asistencia regular a la escuela, ya sea por problemas familiares, de lugar donde vive o por enfermedad crónica, entre otros.

3. Los problemas orgánicos: algunos defectos pueden frenar el desarrollo y evolución del individuo correctamente (sordera, ceguera, dislexia y otros) A pesar de que clasificar a las personas siempre resulta molesto, hemos de tener en cuenta que los individuos con DP tienen unas características propias. Y aunque los sistemas de clasificación son a menudo debatidos, es necesario realizar una nivelación de estas personas.<sup>11</sup>

Generalmente se utiliza el Coeficiente Intelectual (CI) para clasificar los niveles de desempeño cognitivo de las personas con DP. Este CI es el resultado de la división entre la edad mental reflejada por unos tests específicos y la edad cronológica. Este resultado es multiplicado por 100 y da un porcentaje. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece los siguientes niveles según el valor de CI (*Zambrana, 1987*): Normal-torpe: 80-89% de CI, Límitrofe: 70-79% de CI, Medio: 50-69% de CI, Moderado: 30-49% de CI, Severo o profundo: 0-29% de CI.<sup>12</sup>

La décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades mentales y del comportamiento (*CIE-10, 1993*), supervisada por la OMS, dice que no es posible especificar unos criterios diagnósticos de investigación del retraso mental que puedan ser aplicados internacionalmente, debido a que los dos componentes principales del retraso mental, el bajo rendimiento cognitivo y la competencia

social, están muy influidos por el entorno social y cultural. Por tanto, sugiere que los investigadores deben decidir por sí mismos cómo estimar mejor el CI o la edad mental. Actualmente está en vías de preparación un sistema multiaxial específicamente diseñado para tomar en consideración toda la variedad de fenómenos de carácter personal, clínico y social necesarios para una valoración comprensiva de las causas y consecuencias del retraso mental<sup>13</sup>.

La AAMR ha adoptado 4 categorías de RM, basada en el CI: Mediano: educable, 50-70%, Moderado, entrenable, 35-55% (donde suele estar el SD), Severo, 25-40%, Profundo <25%. Severo y profundo requiere un cuidado constante, pues existe una incidencia más alta de alteraciones (motor, sensorial, físico) que llevan a una muerte más temprana.<sup>14</sup>

El manejo de la discapacidad cada vez cobra más interés en los profesionales de la salud. Las personas portadoras de signos y síntomas que se alejan de la normalidad exigen maniobras y cuidados específicos, por lo que se consideran pacientes especiales. En este grupo se incluyen aquellos que presentan una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio con afección del sistema nervioso central y origen multicausal, lo que se define como discapacidad o retraso mental<sup>15</sup>.

El tratamiento de las lesiones bucodentales en los niños con estas características resulta difícil de realizar, y a veces es rechazado por los estomatólogos debido a los trastornos conductuales de estos pacientes.<sup>16 17</sup>

En la mayoría de los pacientes se observan actitudes de miedo, inseguridad y falta de cooperación. La labor de educación para la salud con los discapacitados mentales se tiene poco en cuenta porque el estomatólogo no ve en estos pacientes personas capaces de interiorizar un mensaje y de sentirse motivado con el mismo para lograr un cambio de actitudes.

La práctica odontológica es marcada por reportes de dificultad en la relación profesional/paciente, la cual se puede atribuir, en muchos casos, a la falta de habilidad del cirujano dentista produciendo cuadros de ansiedad en el paciente.

La ansiedad es entendida como una respuesta a situaciones en las cuales la fuente de amenaza para el individuo no está bien definida; es ambigua o no está objetivamente presente. Asumiendo que el miedo y la ansiedad en relación al ambiente odontológico son adquiridos y no innatos, varias hipótesis han surgido intentando explicar su etiología.

Parece haber tres factores que estarían desencadenando el proceso de ansiedad: novedad, inseguridad y expectativa. Las experiencias nuevas ocasionan

inseguridad, ya que hay necesidad de adaptarse a una nueva situación ante algo desconocido y eso no es agradable para el ser humano. Con relación a la expectativa, ésta ocasiona un aumento del nivel de ansiedad, encerrando el círculo de los tres factores<sup>18</sup>

La ansiedad dental, el miedo y la evitación de situaciones de atención y tratamiento dental se ha considerado frecuentemente como fuente de serios problemas para la salud oral de niños y adultos (Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, 1991,1994). Niveles elevados de miedo y evitación pueden limitar la efectividad del tratamiento dental e impedir que se detecten a tiempo procesos patológicos de gravedad diversa

En concreto se ha comprobado que los niños con mayor nivel de ansiedad dental presentan un mayor número de dientes cariados que los niños con niveles mas bajos, y una mayor cantidad de caries no sometidas a tratamiento. También puede afectar la calidad de la atención odontológica recibida por el paciente.<sup>19</sup>

De hecho el tratamiento de pacientes ansiosos es uno de los aspectos mas estresantes de la práctica profesional del odontólogo.

Algunas muestras de síntomas de respuestas ansiosas son.

Respuestas cognitivas (lo que se piensa o se siente): preocupación, pensamiento o sentimientos negativos sobre uno mismo, inseguridad, temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede. Respuestas Fisiológicas (lo que sucede en el cuerpo): molestias en el estómago, sudor, temblor, tensión, palpitaciones, aceleración cardíaca. Respuestas Motoras (lo que se manifiesta con el comportamiento): movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.) y evitación de situaciones

Si las emociones son estados del sujeto, las personas con síndrome de Down tienen una vida emocional tan rica como los demás, por cuanto los sentimientos nos invaden, se hacen dueños de nosotros y ellos viven esos afectos con igual o mayor intensidad que las personas sin síndrome de Down. Más aún, en ese bloque cognitivo emocional en el que actuamos, en ocasiones la intervención del intelecto intenta “explicar” lo que sentimos, “racionalizar” el sentimiento, algo por definición imposible. Podemos suponer que las personas con síndrome de Down, menos influidas por cribas intelectuales, distorsionarán en menor medida sus emociones y en muchos casos las experimentarán en toda su riqueza, con mayor intensidad que muchas otras personas.

Esa riqueza emocional queda reflejada también en la enorme variedad de personalidades y temperamentos que aparecen entre las personas con síndrome

de Down. La personalidad recoge los patrones típicos de conducta que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de la vida, de ahí que encontremos personas con síndrome de Down impulsivas y reflexivas, sociables y reservadas, reposadas e inquietas, introvertidas y extravertidas

Las formas de vinculación con los objetos de la realidad y de expresión emocional son enormemente variadas en esta población como conjunto.

En el otro extremo, la dificultad para la comunicación lingüística puede limitar la expresión de las propias emociones en las personas con síndrome de Down. Que no quieran o no puedan verbalizarlas no significa que no las estén viviendo en toda su intensidad. Si a un niño le ha ocurrido algo afectivamente reseñable (como un cambio brusco en su vida o la muerte de un familiar cercano) puede en ocasiones vivirlo sin verbalizarlo e incluso sin manifestaciones externas visibles, o aparecer conductas poco habituales semanas o meses después de que el hecho ocurriera. Por ejemplo, puede observarse pérdida de apetito, problemas de sueño, bajones de rendimiento o aparición de comportamientos inadecuados en el colegio.<sup>20</sup>

El córtex cerebral en las personas con síndrome de Down en ocasiones tiene mayores dificultades para regular e inhibir las conductas (Flórez, 1999), por lo que

el control en la manifestación externa de sus emociones es menor. Por ello, con frecuencia se muestran espontáneos y directos al expresar sus afectos, por ejemplo, con exceso de contacto físico. Es un aspecto en el que se ha de trabajar desde que son pequeños, entrenándoles en las habilidades sociales adecuadas para el normal desenvolvimiento social y proporcionándoles un control externo que con el tiempo se ha de convertir en autocontrol.

La creencia generalizada en la forma de ser "cariñosa" y "sociable" de las personas con síndrome de Down, hace pensar que su habilidad de control emocional o de interacción social es destacada. Sin embargo, sin una intervención sistemática, su nivel de interacción social espontánea es bajo, por lo que la adquisición de las habilidades y el autocontrol preciso para actuar adecuadamente en todo tipo de situaciones requiere de un entrenamiento específico (Flórez y Ruiz, 2003).

Es frecuente, además, que en las personas con síndrome de Down se produzcan bloqueos, en los que no sean capaces de tomar una decisión o responder a las demandas de una situación. Suelen darse especialmente en momentos de ansiedad o cuando se les exige más de lo que son capaces de hacer. Es conveniente enseñarles a superar esos bloqueos, o al menos, a permanecer en ellos el menor tiempo posible.<sup>21</sup>

En definitiva, la riqueza de sus vivencias emocionales y su facultad para captar emociones, ha llevado incluso a algún profesional a afirmar que no es exacto que las personas con síndrome de Down tengan deficiencia psíquica o mental hablando en sentido estricto, puesto que sus carencias son cognitivas, no afectivas. Sería más propio decir que su discapacidad es intelectual y no extenderlo a toda la riqueza que subyace a la complejidad de la psique o la mente humanas.

Entre los trastornos del comportamiento se encuentran los trastornos del sueño. El insomnio, los terrores nocturnos, la agitación durante el sueño son muy frecuentes en la población infantil con síndrome de Down. Los problemas del sueño se deben, en ocasiones, a malos hábitos (p. ej., permanencia en la habitación de los padres) y a las dificultades de los padres para poner límites que tienen que ver, a su vez, con la carga de angustia que generan los problemas inherentes al síndrome de Down. Un niño con una cardiopatía o con problemas respiratorios graves necesita una mayor atención y genera una angustia añadida en los padres, que le vigilan en exceso, lo cual puede producir problemas de sueño en el niño. En estos casos, un trabajo familiar breve puede resolver el conflicto.

En los casos más graves se recurre a psicoterapia individual y, si fuera necesario, se deriva al especialista correspondiente para que prescriba el medicamento adecuado.

Ocurre, a menudo, la situación inversa: que los trastornos del sueño sean debidos a causas médicas, como las apneas, que se manifiestan con ronquidos, pequeñas paradas respiratorias y sueño fragmentado. Las apneas pueden producir alteraciones de conducta, falta de atención, hiperactividad e, incluso, agresividad. Y esta sintomatología podría diagnosticarse y tratarse como si se tratase de un producto de un trastorno psicológico, sin serlo. Por este motivo, es preciso incorporar siempre la evaluación del sueño dentro de la historia clínica de cada paciente.<sup>22</sup>

También se encuentran los trastornos del movimiento. En este trastorno el niño presenta dificultades para mantener la atención, parece que no escucha cuando se le habla, no obedece, se distrae fácilmente, está inquieto, no atiende y tiene manifestaciones de hiperactividad o impulsividad caracterizadas por inquietud, exceso de acción (correr o saltar) en situaciones inadecuadas e incapacidad para permanecer sentado. Todo ello conlleva un deterioro en el funcionamiento social y en el rendimiento escolar. Un 75% de estos niños presenta, además, conducta agresiva y desafiante.

Se trata de un trastorno relativamente frecuente en el síndrome de Down (entre un 8 y un 12 %). Se desconoce la causa y en su aparición pueden estar implicados diversos factores: genéticos, lesiones cerebrales, factores neuroquímicos, neurofisiológicos, factores psicosociales y, por supuesto, emocionales (ansiedad, frustración, rechazo, incapacidad para contener por parte de los padres, etc.).

El niño hiperactivo sufre y genera un gran sufrimiento familiar. Sus dificultades escolares se agrandan, los maestros se desbordan y la presencia del niño en la escuela se convierte en una fuente permanente de conflictos. Las familias se ven impotentes ante este tipo de problema, especialmente cuando el niño no está tranquilo en ningún momento y además duerme poco. El tratamiento de este trastorno precisa de un abordaje psicoterapéutico individual, atención psicológica a los padres, y apoyo farmacológico.

El TDAH, sin embargo, es un diagnóstico que se “ha puesto de moda” y se realiza, a veces, con mucha ligereza. Existe, en estos momentos, una gran cantidad de niños medicados por padecer un trastorno por déficit de atención que no es tal. Que un niño se mueva o no atienda no tiene por qué implicar que padezca un TDAH. La agitación, la ansiedad, el exceso de exigencia o de tiempo invertido en “terapias”, la hiperexcitación, la angustia y las dificultades de los padres para contener las ansiedades del hijo, el rechazo de la escuela, etc., pueden

confundirse con un TDAH. Los niños con síndrome de Down presentan alteraciones cerebrales que influyen por sí mismas en la capacidad de atención, de percepción, en los procesos de aprendizaje, en el procesamiento del lenguaje y en la capacidad para entender y almacenar la información y para adaptarse al entorno. Si no se tienen en cuenta estos factores, el tipo de escolarización, los procesos característicos de aprendizaje, las relaciones con los compañeros, se pueden generar situaciones de estrés importantes que llevan al niño a oponerse, agitarse, provocar, no atender, no permanecer en su sitio, mostrar conductas desafiantes, y toda esta situación podría confundirse con un TDAH, sin serlo, y someterlo a una medicación innecesaria. Lo importante en esa situación es analizar bien el contexto general en que el niño está siendo educado y, a veces sobreexigido para sus posibilidades reales. Como venimos insistiendo, el diagnóstico tiene que ser preciso para aplicar el tratamiento adecuado.

Conductas disociales. Se entiende por conducta disocial la actitud de oposición, la conducta desafiante, las manifestaciones agresivas y la conducta disruptiva. La no aceptación de normas, las actitudes de provocación y la actitud de oposición hacen muy difícil la relación con el sujeto.

Capone utiliza el término conducta disruptiva para referirse a un patrón de descontrol de la conducta, observable, capaz de desorganizar las actividades

interpersonales y las de grupo. Como este mismo autor señala, es importante distinguir entre “niños activos con una conducta apropiada a la edad de su desarrollo (inferior a la cronológica) de los que muestran un patrón persistente de descontrol conductual que provoca alteraciones sociales y académicas”.

Los trastornos de conducta son relativamente frecuentes en el síndrome de Down. Para realizar un buen psicodiagnóstico, hay que descartar, en primer lugar, problemas médicos como el hipertiroidismo, la celiaquía, las apneas y el dolor crónico, entre otros, que pueden producir dichos trastornos. En la población general, los trastornos de conducta suelen aparecer entre los 5 y los 7 años. Sin embargo, los niños pequeños con síndrome de Down pueden mostrar conductas desafiantes, hiperactividad motora y dificultades de atención antes de los tres años.<sup>23</sup>

Las manifestaciones agresivas constituyen un motivo de preocupación importante. Suelen tener un carácter impulsivo o, incluso, pueden tener como objetivo el llamar la atención. El niño agresivo se siente muy rechazado y ese rechazo, a la vez, le hace ser más agresivo. Se trata de una manifestación, un síntoma de conflicto, que puede tener causas muy diversas. Curiosamente, bastantes consultas por agresividad no provienen de un carácter violento, sino de circunstancias puntuales que tienen que ver, generalmente, con frustraciones

internas de diversa índole. Y ahí está la clave, porque sólo identificándolas podremos conseguir la solución de los problemas.

Las consultas por actitudes de provocación y de oposición son frecuentes también en niños con síndrome de Down. Los padres definen a los niños como tozudos o tercos, que sólo quieren hacer su voluntad y provocan continuamente para que se esté pendiente de ellos. Realmente, es muy difícil manejarse con las provocaciones y no responder a ellas. Tras estas actitudes suele existir un tipo de vínculo muy estrecho y ambivalente y una dificultad importante para poner límites que permiten que persista esta conducta

En la población con síndrome de Down la prevalencia de los trastornos de conducta es mayor que la que se observa en la población general. Los factores que pueden predisponer a que los niños con síndrome de Down muestren una conducta desorganizadora, siguiendo el estudio publicado por Capone, pueden ser los siguientes: Exigencias poco realistas basadas en las expectativas del desarrollo (habla, lenguaje, cognición, autoayuda); Ansiedad recurrente, frustración; Órdenes inmediatas que exigen interrumpir una actividad preferida o abandonar un ambiente; Desajuste temperamental entre los padres y el niño; Descontrol de los impulsos, un estilo cognitivo rígido e inflexible; Una conducta aprendida para llamar la atención social o para escaparse

Existen alteraciones médicas que pueden predisponer a la aparición de trastornos de conducta y que hay que tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico: el dolor físico no detectado, el hipertiroidismo, los trastornos del sueño o los efectos secundarios de algún tipo de medicación.<sup>24</sup>

El abordaje terapéutico en estos casos se realiza a nivel familiar o, en todo caso, con los padres. Exige un análisis muy cuidadoso de situación, incluso asistir a alguna sesión en donde surja la provocación para analizar bien cuál es el comportamiento de cada una de las partes: el niño y los padres. Es necesario dedicarle tiempo, incluso elaborar programas de actuación. Salvo casos muy excepcionales, la medicación es inútil aunque más de uno recurra a ella pensando que se trata de un problema psicótico.

El mutismo selectivo es un trastorno grave de la conducta que se caracteriza por una selectividad, de origen emocional, en el modo de hablar, de tal forma que, en algunas circunstancias, aparece lenguaje y en otras, definidas y previsibles, no. El lenguaje se presenta, evita o inhibe de manera persistente en situaciones sociales que inicialmente son específicas y que progresivamente pueden irse generalizando hasta terminar en el mutismo total, es decir, en la evitación o inhibición del habla ante cualquier persona y en cualquier situación. En la mayoría de los casos, el comienzo de la inhibición del habla suele coincidir con un cambio

más o menos abrupto y prolongado o con una situación frustrante en que los niños pasan de un medio conocido y seguro (el familiar) a otro desconocido e incierto (jardín de infancia, parvulario, escuela, ingreso hospitalario prolongado, cambio de lugar de residencia, etc.). Se acompaña de ansiedad social, retraimiento, negativismo y comportamiento oposicionista. La psicoterapia individual y el apoyo a los padres ha dado buenos resultados.

En niños con síndrome de Down pueden aparecer estereotipias motrices, es decir, movimientos motores repetidos, que no tienen una finalidad concreta. Pueden tener base orgánica o psicológica. A veces generan un efecto sedante, pero habitualmente las estereotipias tienden a aislar o a desconectar al sujeto del medio social y a llevarle a un estado de ensimismamiento.

El lenguaje tiene que ver con la comunicación y con la relación, es decir, con aspectos sociales y emocionales básicos en la persona. Las dificultades de lenguaje en las personas con síndrome de Down son un motivo de gran preocupación familiar. Y la preocupación puede llevar a olvidar que en el síndrome de Down el lenguaje es uno de los principales problemas que lo caracterizan, que suele aparecer mucho más tarde que en la población general, y que, con frecuencia, el habla presenta una serie de problemas. El lenguaje no es un aspecto parcial de la persona sino que está profundamente relacionado con las

emociones y con las relaciones personales y sociales; su finalidad es la comunicación. La inquietud gira en torno a cómo intervenir para, en primer lugar, favorecer su desarrollo y para, después, conseguir un lenguaje más inteligible. Esta inquietud genera, a veces, intervenciones excesivamente precoces, incisivas, que producen el efecto contrario al deseado. Hay niños que reciben atención del logopeda antes, incluso, de comenzar a hablar.<sup>25</sup>

No hay que olvidar que el desarrollo del lenguaje en el niño con síndrome de Down sigue un proceso similar al del resto de los niños, aunque el ritmo es más lento y la adquisición queda incompleta (Rondal J.A). El balbuceo y las primeras palabras son las mismas que las que emite la población sin discapacidad, pero aparecen más tarde tanto por las dificultades de producción como por el déficit en la formación de conceptos, en la capacidad de abstraer y en los factores relacionales. Primero el niño conoce y maneja sustantivos y verbos y después descubre que puede establecer relaciones combinando palabras y aparecen significados relacionales (posesión, atribución, localización) igual que lo hacen el resto de niños. Y, en este momento el niño comprende que, a través del lenguaje, puede expresarse. El proceso es lento y costoso y por mucho que se incremente el lenguaje continúa siendo pobre en la organización gramatical y sintáctica e incompleto. En las personas con SD el habla es menos inteligible.

Es muy importante dar al niño su tiempo para que aprenda a hablar. El hecho de manifestar un déficit no quiere decir que haya que iniciar un tratamiento de logopedia. No debemos adelantarnos, pues una intervención inadecuada se convierte en un trabajo que desliga el aprendizaje de la motivación y que puede generar bloqueos, tartamudeo, tics o enlentecimiento del aprendizaje

Los trastornos de lenguaje han de ser diagnosticados muy bien. El lenguaje es el principal vehículo de comunicación y sus alteraciones o su ausencia genera una importante angustia que, como decimos, origina la puesta en marcha de toda una serie de mecanismos que quizás no sean los adecuados y que tienden a ocultar el problema, pero que no lo solucionan. Cuando existe un trastorno psicológico o psiquiátrico el lenguaje puede verse afectado; es muy importante realizar un buen diagnóstico para evitar tratamientos costosos y, a veces, frustrantes por la falta de resultados. El logopeda ha de valorar tanto la necesidad como el momento de iniciar un tratamiento y si el niño dispone de los requisitos necesarios pues no se trata de que aprenda a decir correctamente las cosas (no puede) sino de conseguir que utilice el lenguaje y descubra sus funciones. También debe saber el origen del trastorno para derivarlo, en caso necesario, al profesional más adecuado porque, la patología del lenguaje, en los pacientes con SD, está muy ligada a los trastornos emocionales y hay que entender bien el origen del problema para tratarlo adecuadamente. Así, el tartamudeo, por ejemplo, aparece

en la infancia y puede considerarse un trastorno funcional, pero si persiste, puede deberse tanto a un factor neurológico como emocional<sup>26</sup>

Los soliloquios, en los niños, son manifestaciones absolutamente normales: el niño juega en voz alta hasta que interioriza el lenguaje, coordina sus pensamientos y aprende nuevas habilidades. En el Síndrome de Down estos procesos son muchos más lentos y, a veces, incluso, no se realizan totalmente. La prolongación del soliloquio no sería patológica en estos casos. Sin embargo, y sobre todo en adultos, podemos equivocarnos y atribuir un soliloquio a un signo de psicosis. Un porcentaje muy alto de adultos con síndrome de Down mantienen conversaciones consigo mismos o con amigos imaginarios con la misma finalidad con la que lo hacen los niños: dirigir su conducta y aprender nuevas habilidades. También pueden hacerlo para exteriorizar sentimientos de tristeza o frustración o como una manera de pensar en voz alta para procesar o afrontar situaciones y esto no ha de considerarse como un problema médico o de salud sino más bien como una herramienta para mejorar la seguridad en sí mismo y su sentimiento de bienestar.

El objetivo fundamental del profesional es el de promover la comunicación, que puede surgir por métodos muy variados y que van a depender fundamentalmente del niño, de sus características, del ámbito familiar, etc. En todo caso, y como a

través del lenguaje nos expresamos y también nos relacionamos, es importante que cuando no aparezca, por los motivos que sea, se tenga la posibilidad de recurrir al lenguaje bimodal o al aumentativo, a fin de que el niño no quede aislado familiar y socialmente

El temor y la ansiedad frente al tratamiento dental no son problemas comunes en niños y adolescentes generalmente, el paciente relaciona la ansiedad con el miedo al dolor. Las modernas técnicas de anestesia que se están utilizando.<sup>27</sup>

En cuanto al diseño de una prueba de medición se puede decir que: la validez es el grado en que una prueba mide lo que debe medir, así la sensibilidad y la especificidad de una prueba son medidas de su validez. Por otro lado, la reproductividad es la capacidad de la prueba para dar los mismos resultados durante distintas aplicaciones. Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad, la sensibilidad es definida como la proporción de pacientes enfermos que obtuvieron un resultado positivo en la prueba diagnóstica. La especificidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado

negativo. En otras palabras, se puede definir la especificidad como la capacidad para detectar a los sanos.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, aplicar y validar un instrumento para identificar el estilos comportamentales asociados con ansiedad en un niño con Síndrome de Down durante la consulta odontológica.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Diseñar una encuesta para medir estilos comportamentales asociados con ansiedad en pacientes con síndrome de Down basada en otras pruebas.

Validar el instrumento por pares

Aplicar el instrumento en pacientes pediátricos que presentan Síndrome de Down

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo observacional

### **2.2 OBJETO DE ESTUDIO**

Comportamiento en niños con síndrome de Down ante el tratamiento odontológico.

### **2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Niños con síndrome de Down del centro de rehabilitación MYA

### **2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Consentimiento informado firmado por padres y/o acudientes
- Niños con síndrome de Down vinculados activos del centro de rehabilitación MYA.

## 2.5 VARIABLES

VARIABLE		DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INSTRUMENTO
SOCIODEMOGRÁFICAS	genero	Características físicas de hombres y mujeres	1. Femenino 2. Masculino	cualitativa	nominal	Cuestionario
	estrato	Nivel socioeconómico de acuerdo al recibo	1 2 3 4 5 6	cualitativa	ordinal	Cuestionario
	edad	Lapso de tiempo comprendido entre el momento de nacer y el estudio	7 -14	cuantitativa	discreta	Cuestionario
	residencia	Zona de donde proviene	Rural Urbano	cualitativa	nominal	Cuestionario
ASOCIADAS AL INSTRUMENTO	adecuación semántica	Que se acomoda a otra cosa o es apropiado para determinado fin, uso o acción	1 adecuado 2 no adecuado	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	pertinencia	Relación con lo que se evalúa	1 pertinente 2 no pertinente	cualitativa	nominal	Cuestionario
	estructura	Distribución y orden de las partes importantes que componen un todo	1 coherente 2 no coherente	cualitativa	nominal	Cuestionario
COMPORTE	comportamiento	Medida en la escala de comportamiento	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	cuantitativa	No numérica	Observación
	llanto	Efusión de lágrimas acompañada frecuentemente de lamentos y sollozos.	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	resistencia	conducta reactiva negativa ante la situación de estrés	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	esconderse	conducta reactiva negativa ante la situación de estrés	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	grito	Sonido vocal que se emite con mucha fuerza	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	palidez	Pérdida de color de la piel humana y, p. ext., de otros objetos, cuando su color natural o más característico es o parece desvaído	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	sudor	Líquido transparente y salado que segregan las glándulas sudoríparas de la piel de los mamíferos	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	temblor	Movimiento involuntario del cuerpo o de una parte de él, repetido y continuado, debido generalmente al frío, al miedo o al nerviosismo	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1

	vómito	reflejo" cuya zona sensible está constituida por todo el tubo digestivo	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	patea	Dar patadas en señal de enojo, dolor o desagrado	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	muerde	Coger y apretar con los dientes una cosa clavándolos en ella. También prnl	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	No abre la boca	Mantener la boca cerrada	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	Se pone de pie	Levantarse del sofá	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	dificultad para respirar	Agitación respiratoria	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	Se agarra del sillón	Asirse fuertemente al sillón	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1
	Se agarra del odontólogo (le agarra las manos)	Asirse fuertemente a las manos del odontólogo	1. Presente 2. ausente	cualitativa	nominal	Instrumento 1

## 2.6 PROCEDIMIENTO

FASE I DISEÑO DE LA ENCUESTA DE MEDICIÓN: Teniendo en cuenta la literatura relacionada con presencia de ansiedad en niños con déficit cognitivo, se identificaron aquellos aspectos comportamentales que apuntan a la presencia o ausencia de ansiedad, encontrando los siguientes: llanto, resistencia, esconderse, grito, palidez, sudor, temblor, vómito, patear, mordos, negarse al tratamiento, entre otros

FASE II VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: el instrumento fue sometido a validación por pares, por pares, médicos psiquiatras y odontopediatras.

FASE III Una vez diseñado el instrumento de evaluación se realizó una prueba piloto para validar su contenido, los niños seleccionados para la realización de la prueba piloto bajo los criterios de inclusión y exclusión fueron 3, al consultorio ingresó una estudiante por cada niño evaluado, la prueba por cada niño duro de 4 a 7 minutos, dependiendo del comportamiento del niño. Con las anotaciones de las investigadoras el formato fue modificado, pasando de 10 a 20 preguntas.

Con la autorización del Centro de Rehabilitación, se realizó la aplicación del instrumento.

FASE V TABULACIÓN Y RESULTADOS: los datos fueron tabulados en hoja de cálculo Microsoft Excel para ser procesada en programa estadístico spss, se aplicarán pruebas estadísticas como chi cuadrado para establecer la proporción y otros resultados.

#### SOPORTE DEL CONSTRUCTO DE LA ENCUESTA

pregunta	PARÁMETRO	autor	TITULO	POBLACIÓN	CONCLUSIÓN
1	resistencia	Cano, 2002	La evaluación de nuestro nivel de ansiedad a través de los síntomas		Respuesta motora a una situación de estrés
2	llanto	Silvente, 2000/ Sánchez, y col, 2004			conducta reactiva negativa ante la situación de estrés
3	Expresión de temor	Silvente, 2000	Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos	140 niños y niñas entre 0 y 18 años	conducta reactiva negativa ante la situación de estrés, expresada por medio de
4	esconderse	Silvente, 2000			
5	llanto	Silvente, 2000			
6	grito	Silvente, 2000			
7	palidez				
8	sudor	Cano, 2002	La evaluación de nuestro nivel de		Respuesta fisiológica autonómicas
9	temblor	Cano,			

		2002	ansiedad a través de los síntomas		ante una situación de estrés
10	vómito	Cano, 2002/ Sánchez, y col, 2004			
11	patea	Cano, 2002/ Sánchez, y col, 2004			conducta reactiva negativa ante la situación de estrés
12	muerde	Sánchez, y col, 2004	Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento	81 niños de los cuales 44 son niños y 37 niñas	Conducta reactiva negativa ante la situación de estrés, aumenta el nivel de estrés del paciente. Reacción motora
13	No se sienta en el sillón	Sánchez, y col, 2004			
14	No abre la boca	Sánchez, y col, 2004			
15	Ponerse de pie	Sánchez, y col, 2004			
16	Sacar el instrumental	Sánchez, y col, 2004			
17	Dificultad para respirar	Cano, 2002	La evaluación de nuestro nivel de ansiedad a través de los síntomas		Respuesta fisiológica ante una situación de estrés
18	Se agarra del sillón	Sánchez, y col, 2004	Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de		Respuesta motora reactiva negativa

			ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento		
19	Se agarra del odontólogo	Silvente , 2000	Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos	140 niños y niñas entre 0 y 18 años	
20	Opone resistencia	Cano, 2002/ Silvente , 2000/			

Valores de medición: son 20 preguntas que determinan la presencia o ausencia del comportamiento evaluado, donde se infiere que a mayor presencia del comportamiento citado, mayor probabilidad de ansiedad habrá.

## 2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FORMATO DE VALIDACIÓN POR PARES DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR ESTILOS DE COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON LA ANSIEDAD ANTE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Nombre del Evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La Institución Universitaria UNICOC está desarrollando a través de estudiantes de pregrado, una investigación cuyo objetivo es evaluar los estilos de comportamiento asociados a ansiedad ante la atención Odontológica en menores con Síndrome de Down.

En la literatura revisada, no se encontró un instrumento validador para cumplir el desarrollo de la investigación. Por lo anterior se ha diseñado un instrumento con las variables relacionadas con el tema, y se desea evaluar la validez del contenido y la validez facial.

Usted ha sido seleccionado para participar en la evaluación objetiva del instrumento, ya que sus aportes contribuirán al desarrollo de la investigación.

Se anexa el instrumento a evaluar y una hoja con el resumen ejecutivo del proyecto.

A partir de lo anterior, marque con una (X) en el espacio según la evaluación que haga de cada uno de los ítems correspondientes. Los siguientes son los criterios a tener en cuenta:

ADECUACIÓN SEMÁNTICA: (Nivel de precisión gramatical y adaptación semántica). Adecuado - No adecuado

PERTINENCIA: (Evalúa lo oportuno y adecuado del uso del ítem con el tema) Pertinente - No pertinente

ESTRUCTURA: (mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos) Coherente - No coherente

NUMERO DE PREGUNTA	ADECUACIÓN SEMÁNTICA		PERTINENCIA		ESTRUCTURA	
	Adecuado	No adecuado	Pertinente	No pertinente	Coherente	No coherente
Pregunta 1						
Pregunta 2						
Pregunta 3						
Pregunta 4						
Pregunta 5						
Pregunta 6						
Pregunta 7						
Pregunta 8						
Pregunta 9						
Pregunta 10						
Pregunta 11						
Pregunta 12						
Pregunta 13						
Pregunta 14						
Pregunta 15						
Pregunta 16						
Pregunta 17						
Pregunta 18						
Pregunta 19						
Pregunta 20						

OBSERVACIONES:

---



---



---



---



---

Gracias por su participación

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA PARA DETERMINAR ESTILOS  
COMPORTAMENTALES ASOCIADOS CON ANSIEDAD EN PACIENTES CON SINDROME DE  
DOWN**

El objetivo de la presente encuesta es diseñar, aplicar y validar un instrumento para identificar estilos comportamentales asociados con ansiedad en un niño con Síndrome de Down durante la consulta odontológica. Son 20 ITEMS con un valor de 0,5 cada uno para respuesta afirmativa y 0 para respuesta negativa.

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ ha sido atendido antes \_\_\_\_\_, conducta \_\_\_\_\_

Señale la presencia o no de los siguientes comportamientos:

<b>EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO PREVIO A LA ENTRADA AL CONSULTORIO</b>		
<b>COMPORTAMIENTO</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>AUSENTE</b>
1. Se resiste a entrar al consultorio		
2. Llanto		
3. Luce asustado		
4. Busca ayuda (esconderse, asirse)		
<b>EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO</b>		
<b>MANIFESTACION</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>AUSENTE</b>
5. Llanto		
6. Grito		
7. Palidez		
8. Sudor		
9. Temblor		
10. Vómito		
11. Patea		
12. Muerde		
13. No se sienta en el sillón		
14. No abre la boca		
15. Se pone de pie		
16. Se saca el instrumental		
17. Dificultad para respirar		
18. Se agarra del sillón		
19. Se agarra del odontólogo (le agarra las manos)		
20. Opone resistencia		

## RESULTADOS

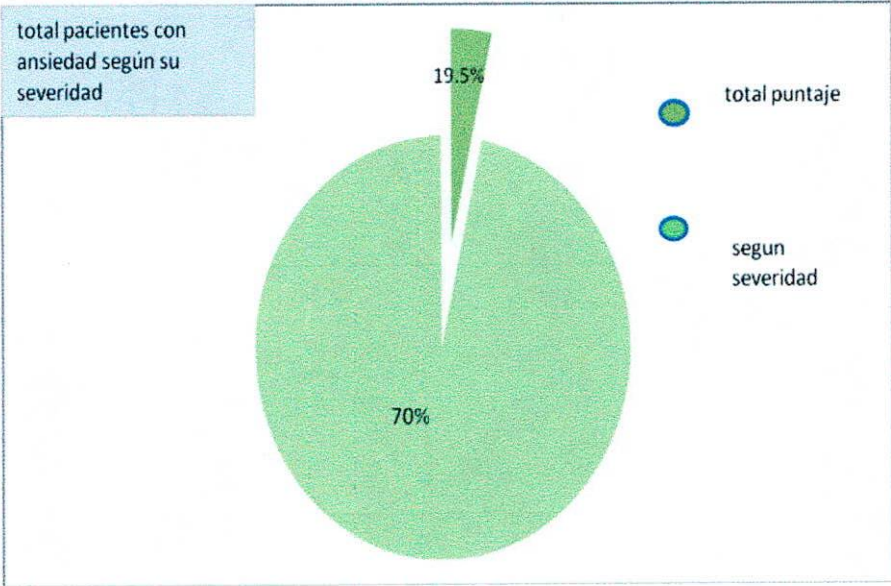
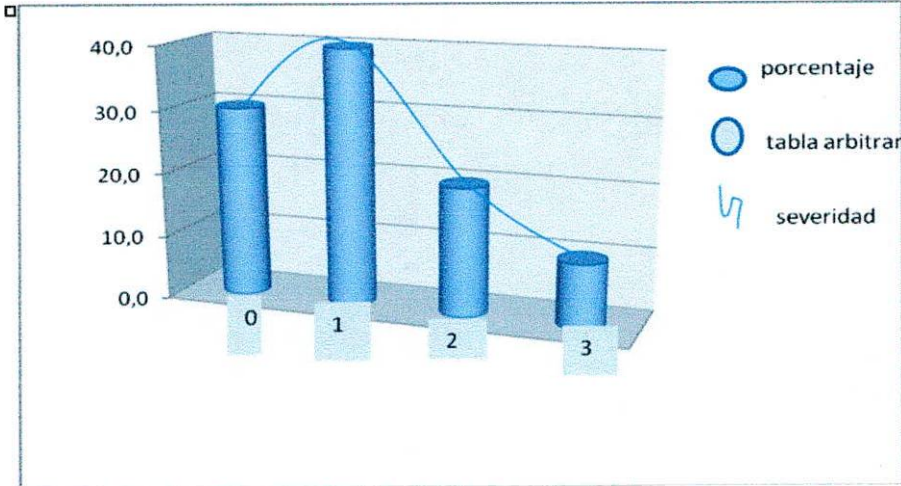
**Tabla 1. Distribución porcentual de  
pacientes según severidad de la  
ansiedad**

Severidad		%
0	0	30,0
1	1 - 5	40,0
2	6 - 10	20,0
3	>=11	10,0
Total		100,0

**Total pacientes con ansiedad  
según su severidad           70%**

**Total puntaje                   19.5**

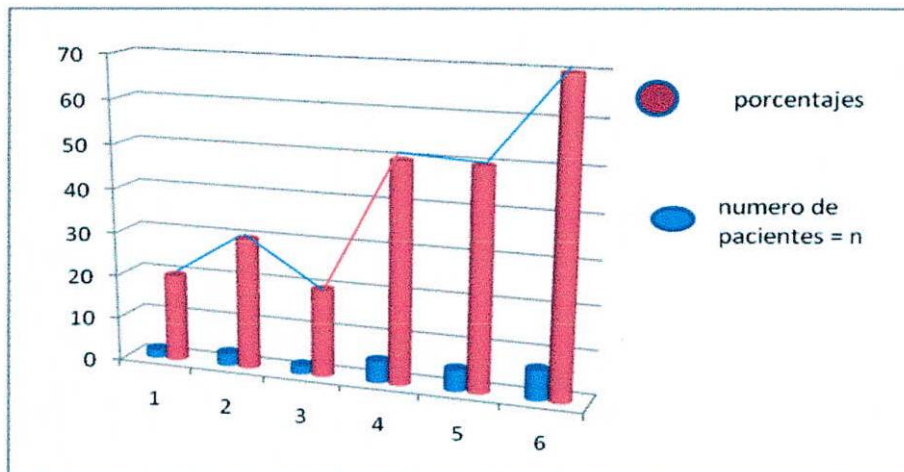
**Total pacientes con ansiedad según su severidad**

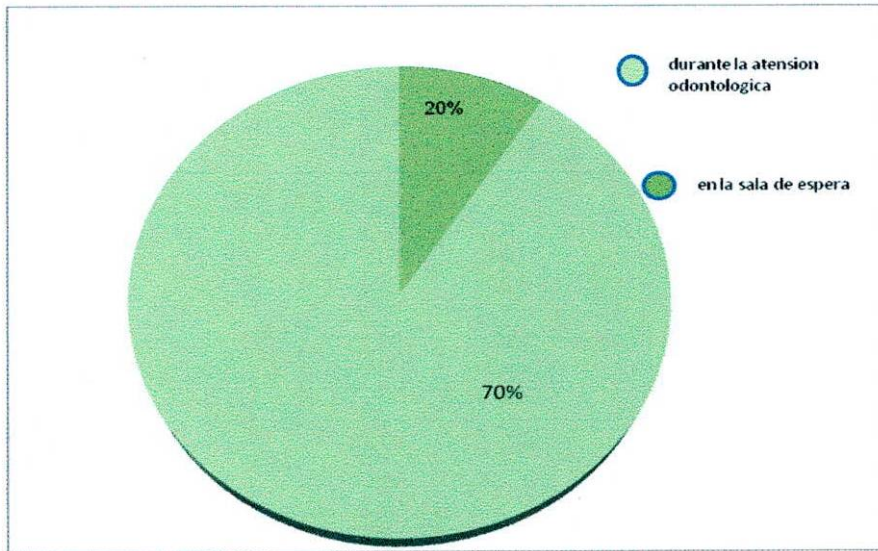


**Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes según manifestaciones en la sala de espera y durante la atención odontológica**

	n	%
<b>En sala de espera</b>	2	20
<b>Durante la atención odontologica</b>	7	70

□





**Tabla 3. Distribución porcentual de pacientes según manifestaciones antes y durante la atención odontológica**

	n	%
<b>Evaluación de la tercera conducta</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Manifestación verbal</b>	<b>3</b>	<b>30</b>
<b>Regulación psicomotriz</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Negativismo</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
<b>Manifestación verbal</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
<b>Durante la atención odontológica</b>	<b>7</b>	<b>70</b>

## DISCUSIÓN

En la investigación se encontro que el nivel de ansiedad es minimo o nulo previo a la consulta odontologica y aumenta durante el tratamiento odontológico lo cual difiere con Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R,2004, quienes concluyen que los valores de ansiedad antes del tratamiento son superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del mismo.

También se encontró que no hay diferencias significativas de sexo para que se presente ansiedad ante la consulta odontológico, lo cual coincide con Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett,2006, quienes concluyen que en la ansiedad al tratamiento estomatológico no hay diferencias significativas de sexo, e igualmente coincidimos con Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R,2004, quienes afirman que los resultados muestran que no existen diferencias significativas de ansiedad entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento.

Los resultados permite establecer los patrones ansiosos ante el tratamiento odontológico que validamos en cuatro niveles ansiosos, que se estableció en el instrumento para determinar patrones comportamentales asociados con ansiedad ante la consulta odontológica, y como se evidencian los resultados

según los datos recogidos con mayor prevalencia con un 70 % presentan niveles de ansiedad entre ausente y leve y con un 30% de moderado a severo.

Estos datos aportan al odontólogo los conocimientos básicos sobre los diferentes patrones ansiosos en niños con trisomía 21.

Los resultados de este estudio llaman la atención acerca de la importancia del desarrollo de acciones a nivel de información de los odontólogos en habilidades para identificar tempranamente la presencia de esta fobia. Y para el manejo de estrategias de apoyo al paciente así como la pertinencia del trabajo interdisciplinario en este campo resulta relevante adicionalmente desarrollar nuevas investigaciones que permitan conocer el papel de la conducta del profesional de la salud en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad al tratamiento odontológico.

Por otra parte durante nuestra investigación se da como afirmación el aporte que hace Corretger Josep, Seres Agustí, Casaldaliga Jaume, síndrome de Down aspectos médicos

## CONCLUSIONES

En esta población hubo mayor prevalencia de niños con ansiedad leve, siendo de un 40% la distribución porcentual de pacientes según severidad de la ansiedad. Por tanto se encontró que en los niños con síndrome de Down el nivel de ansiedad es mínimo o nulo previo a la consulta odontológica y aumenta durante el tratamiento odontológico.

Se encontró que no que no hay diferencias significativas de sexo para que se presente ansiedad ante la consulta odontológico.

De los patrones ansiosos ante el tratamiento odontológico más destacados en esta población de niños con síndrome de Down, el negativismo ( no sentarse en el sillón, no abrir la boca ) (50%) , y las manifestaciones preverbales (50%) tuvieron mayor incidencia durante la atención odontológica.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de pacientes con ansiedad leve a la atención odontológica es muy alto, es responsabilidad del profesional tomar parámetros de conducta como así también el personal que lo asiste para enfrentar con éxito estas situaciones, y brindar una mejor atención a estos pacientes.

Se corrobora el instrumento mediante la validación por pares y se certificó que cumple con las características fundamentales como validez y sensibilidad.

## **RECOMENDACIONES**

Adquirir mayores conocimientos por parte de los estudiantes del UNICOC referente a los patrones comportamentales en niños con síndrome de Down durante la consulta odontológica.

Llevar a la práctica odontológica pacientes con síndrome de Down, con el fin de lograr un mayor desenvolvimiento de los estudiantes y brindar una mejor atención a estos pacientes.

## REFERENCIAS

---

<sup>1</sup>En línea: Cano, A. La evaluación de nuestro nivel de ansiedad a través de los síntomas. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS,2002. canovindel@psi.ucm.es

<sup>2</sup> Sánchez F, Toledano M, y Osario R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. En: Av. Odontoestomatol. V 20. No. 4, Madrid, jul – ago. 2004.

<sup>3</sup> Corretger Josep,seres agusti, casaldaliga Jaume, síndrome de Down aspectos médicos actuales, editorial masson s.a, 2001 cap; 13 -14

<sup>4</sup> Barahona y col. Validez convergente entre el reporte del odontólogo sobre la ansiedad ante el tratamiento odontológico y el autoreporte del paciente. Colegio Odontológico Colombiano.

---

<sup>5</sup> En línea: [www.entornomedico.org/salud/saludenfermedades/alfa-omega/down.html](http://www.entornomedico.org/salud/saludenfermedades/alfa-omega/down.html).

<sup>6</sup> Dávila et al. caries dental en personas con retraso mental y síndrome de Down. En: revista de salud pública. V.8. No. 3. Bogotá dic. 2006.

<sup>7</sup> Ruíz. E. educación emocional para personas con síndrome de Down. En: <http://www.down21.org>

<sup>8</sup> Baños, J. Medición del dolor y el sufrimiento en personas con déficit de comunicación: niños preverbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas. En: departamento de ciencias experimentales y de la salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona – España.

<sup>9</sup> Josep M y col. Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales. Capítulo 14. Vol 3. Editorial Masson.

<sup>10</sup> Márquez-Rodríguez y col. ¿por qué se le tienen miedo al dentista?. Estudio de la posición de los pacientes de la sanidad pública en relación a diferentes

---

factores subyacentes a los miedos dentales. En: Scielo. RCOE. Vol 9. No. 2. Madrid. Mar – abr. 2004.

<sup>11</sup> Herrera Sury, Fernández Liset, Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve, Camaguey, 2005.

<sup>12</sup> Escamilla, A. estudio comparativo sobre inteligencia emocional en jóvenes con síndrome de Down y sin el mismo. Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Psicología. 2008.

<sup>13</sup> I.A. Moncunill, E. y col. Estrategia medidora para la promoción de la salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. Facultad de Odontología, Córdoba, Argentina. precon @odo.unu.edu.ar

<sup>14</sup>. Acosta López, C y col. Niños con síndrome de Down: la Realidad en su cuidado

<sup>15</sup> Catrillón, D. y col. Validación del Inventario de ansiedad estado rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. En: revista colombiana de Psicología. Vol 13 pg. 79-90. 2005.

---

<sup>16</sup> Ingalls Robert, retraso mental (la nueva perspectiva) editorial manual moderno S.A, 1982, México D.F.

<sup>17</sup> Woolfolkanita, psicología educativa, editorial prentice-hall hispanoamericana s.a, 3 edición, 1990, México.

<sup>18</sup> C. Silvente, J. Moix, A. Sanz. Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátrico. Dpto de Psicología de la Educación. Bellaterra – Barcelona. En: cirugía pediátrica. Vol 13, pg30:34. 2000.

<sup>19</sup> Desai SS. Down Syndrome: a review of the literature. " Oral Surg, Oral Med , Oral pathol, oral radiol endod. 1997, sep; 84 (3) 279-85.

<sup>20</sup> Radovich F, Clarich G. A global approach to the dental care of children and younh adults with trisomy 21. The dental and orofacial characteristics of Down's syndrome. Minerva Stomatol 1987 octu; (10): pg 1095-103.

---

<sup>21</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.

<sup>22</sup> Hoyer H, Limbrock GJ, Children`s Hospital, Hmburg, Germany. " orofacial regulation therapy in children with Down Syndrome, using the methods and appliances or Castillo-morales.,vol, 3, sep-2000

<sup>23</sup> Troncoso MV, Del Cerro M, Ruiz E. El desarrollo de las personas con síndrome de Down: un análisis longitudinal. Revista siglo Cero. Vol30(4).N 184. Julio-agosto 1999. P. 7-26.

<sup>24</sup> Florez J. Patología cerebral y sus repercusiones cognitivas en el Síndrome de Down. Revista Siglo Cero. Vol 30(3) .N 183.Mayo-junio 1999.p 29-45.

<sup>25</sup> Ruiz E, Habilidades sociales: avances y reflexiones. Revista Síndrome de Down. 1996; 13(4): 120-125.

<sup>26</sup> Vived E. Características cognitivas y de aprendizaje en niños con síndrome de Down. Implicaciones educativas. En: I Congreso Nacional de educación

---

para personas con síndrome de Down. Publicaciones Obra social y cultural Cajastur. Córdoba, 2003.

<sup>27</sup> Birmaher B, Villar L,. Transtornos de ansiedad en los niños y adolescentes. In: Meneghello J , Grau Martinez A, Eds. psiquiatria y psicología de la infancia y adolescencia. Buenos aires: medica panamericana, 2000:323-33