

183



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FOBIAS DEL NIÑO AL TRATAMIENTO DENTAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ROSALBA LÓPEZ GÓMEZ

DIRECTOR: MTRA. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA.

MÉXICO. D. F

2002



V. O. B.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A DIOS  
POR DARME Y PERMITIRME  
UN LOGRO MÁS EN LA VIDA

A MIS PADRES  
CON RESPECTO Y ADMIRACIÓN  
POR DARME LA OPORTUNIDAD  
DE SER ÚTIL EN LA SOCIEDAD.

A MIS HERMANOS  
POR AYUDARME Y POR  
SU MOTIVACIÓN.

A TODOS LOS QUE CREEN EN MI POR  
AYUDARME CON SUS CONOCIMIENTOS  
DURANTE LA LICENCIATURA.

A MI DIRECTORA DE TESINA  
POR SU TIEMPO Y DEDICACIÓN,  
A MI TRABAJO, MI GRATITUD  
PARA ELLA.

A MIS CONOCIMIENTOS  
GRACIAS.

ESTA TESINA LA DEDICO A LA FAMILIA:  
ARENAS ROMERO POR QUE GRACIAS  
A ELLOS TERMINE LA LICENCIATURA.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I

1. Definiciones.	2	
1.1 Fobias	2	
1.1.2 Definición en el niño		3
1.2 Origen de las fobias	4	
1.2.1 Intimidación	4	
1.2.2 Humillación	4	
1.3 Tipos de fobias	4	
1.3.1 Fobia social	5	
1.3.2 Fobia simple o fobia específica	6	
1.4.1 En sí la fobia específica	7	
1.4.2 Síntomas de la fobia específica	8	
1.5 Agorafobia	8	
1.5.1 Características de la agorafobia		9
1.6 Principios básicos de miedo, ansiedad y fobia	9	
1.7 Periodo de iniciación de las fobias	10	

## **CAPITULO II**

<b>2. Aspectos clínicos</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Miedo</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Ansiedad</b>	<b>13</b>
<b>2.3 Diferencia entre el miedo y la ansiedad</b>	<b>14</b>
<b>2.4 La ansiedad e inseguridad</b>	<b>14</b>
<b>2.5 Resistencia</b>	<b>15</b>

## **CAPITULO III**

<b>3. Cronología de la aparición de las fobias</b>	<b>16</b>
--	-----------

## **CAPITULO IV**

<b>4. Miedos más comunes en el niño</b>	<b>18</b>
<b>4.1 El niño y el adolescente</b>	<b>18</b>

## CAPITULO V

<b>5. Las fobias comunes</b>	<b>20</b>
5.1 Aerofobia	20
5.2 Claustrofobia	20
5.3 Hidrofobia	20
5.4 Aracnofobia	21
5.5 Barofobia	21
5.6 Acluofobia	21
5.7 Entomofobia	21
5.8 Palumbofobia	22
5.9 Eremofobia	22
5.10 Ailurofobia	22

## CAPITULO VI

<b>6. Trastornos emocionales</b>	<b>23</b>
6.1 Trastornos de la ansiedad	23
6.2 Crisis de angustia	24
6.3 Agorafobia	25
6.4 Trastorno de angustia (trastorno de pánico)	25
6.5 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	27
6.6 Trastorno obsesivo-convulsivo	29
6.6.1 Síntomas y otros trastornos asociados	30
6.7 Trastornos por estrés postraumático	31
6.8 Trastorno por estrés agudo	32
6.9 Trastorno por ansiedad generalizada (Incluyendo el trastorno por ansiedad excesiva infantil).	33

## CAPITULO VII

<b>7. Métodos de control</b>	<b>35</b>
<b>Cuadro 1 de diagnóstico diferencial</b>	<b>38</b>
<b>Cuadro 2 clasificación de los trastornos de ansiedad</b>	<b>39</b>
<b>Escala de auto evaluación de Sheehan</b>	<b>40</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>41</b>
<b>Bibliografía</b>	

## INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de este tema hablaré de los temores y la ansiedad en los pacientes infantiles que en ocasiones se pueden llegar a convertir en fobias durante el proceso de la prevención y atención de la salud bucal.

Los pacientes involucrados emocionalmente presentan una ansiedad ante el objeto o situación repulsiva, antecedidos por varias etapas como es la crisis de angustia y trastornos de ansiedad llegando a la fobia social, específica, la agorafobia y otros trastornos, que pueden dar como resultado una fobia en los adultos.

Muchas veces esta evitación es silenciosa manifestándose con ansiedad y temor a ciertos objetos, el comportamiento y la actitud, así como al tratamiento dental o al ingreso del consultorio le resulta un temor con sólo pensar que estará en un sillón dental.

La psicología y la odontología unidas nos proporcionan los conocimientos básicos para conllevar las situaciones de ansiedad que se presentan en los niños, durante la atención dental que posteriormente pueden dar como resultado el desarrollo de alguna fobia; en el caso que ya estén presentes tener la capacidad para reconocerlas.

Es muy importante que el cirujano dentista, en general tenga los conocimientos básicos para sensibilizarse ante la presencia de un paciente con fobia, y pedir el apoyo psicológico a las instancias necesarias.

Los niños adquieren el miedo al tratamiento dental por medio del relato de algunas experiencias desagradables de amiguitos o familiares muy cercanos, en los que su experiencia de la atención dental ha sido traumática.

## CAPITULO 1

### 1. DEFINICIÓN

**FOBIA:** Son miedos ocultos, o el temor a ciertos objetos, situaciones que el fóbico considera peligrosos sin serlo disimulando su angustia<sup>1</sup>.

También se considera como un temor irracional que a diferencia del miedo pasa por estados transitorios de pánico e incapacidad física<sup>2</sup>.

Por eso el fóbico evita los objetos, personas o situaciones que le provocan disturbio y no supera esta etapa de su horror, postergando su sufrimiento.

La fobia es un mal que asfixia y angustia a los seres humanos al punto de limitar su vida.<sup>3</sup>

Las verdaderas fobias de los niños parecen relacionarse con exigencia de rendimientos fuera de casa principalmente en la escuela, estos se clasifican en: fobia escolar.

#### 1.1. FOBIAS

Se puede definir como:

El temor persistente relacionado con un objeto o situación: como son los animales espacios (abiertos o cerrados) y situaciones de actividad o separación familiar, que objetivamente no es una fuente de peligro.

No se debe confundir las fobias con la angustia o ansiedad, por que la persona fóbica es considerada, generalmente, por inexplicables temores, sin embargo, experimenta una angustia abrumadora frente a una actividad que le causa miedo.

---

<sup>1</sup> Jaime Rodríguez Sacristán, "Psicopatología del niño y el adolescente". Volumen 1, 2º Ed. Universidad De Sevilla 1995

<sup>2</sup> Ajouria guerra, J.; Marcelli, D.; "Manual de Psicopatología del Niño" 2º Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1987

<sup>3</sup> Raúl García Luna; Conozca Mas, .Año 7. Nº10. (Enero- diciembre 1994)

Siendo sus manifestaciones fisiológicas la taquicardia, diarrea, aumento de frecuencia respiratoria, pulso, presión y transpiración excesiva.<sup>4</sup>

En resumen, podríamos mencionar que las fobias son temores irracionales presentando reacciones como un síntoma primario y básico en otras patologías.<sup>5</sup>

Siendo al principio un estado de angustia y los temores normales se dice que son los que casi todos tenemos, por lo que la fobia es algo que se vuelve inexplicable.

El resultado puede ser la separación de la imaginación y la depresión y de otros cambios emocionales, es fácil decir que al paciente que tenemos enfrente debe desarrollar serenidad en situaciones y tratamientos dentales como otras circunstancias<sup>6</sup>

### 1.1.2.- Definición en el niño

Las fobias en el niño están ligadas al temor injustificado y no razonable ante el objeto, seres o situaciones del cual el sujeto reconoce como algo ilógico, tienen como consecuencia una inhibición anormal de la infancia; Durante la angustia difusa no se refiere ni aún objeto ni una situación particular, el miedo como el fenómeno ligado a experiencias reales o bien relacionados en procesos educativos, médicos, etc. Se le considera el síndrome fóbico al mecanismo de defensa que provoca el desplazamiento de la angustia sobre un objeto fóbico exterior en él.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup>Ajuria guerra, Ib pag 605.

<sup>5</sup>Tomas H. Ollen. Dick;" Psicología Infantil", Ed. Martínez Roca.

<sup>6</sup>Sacristán, Jaime ; "Psicología del niño ",Ib. p. 615

<sup>7</sup>Marco Antonio López Butrón, Trastornos de ansiedad, Experiencias clínicas en Ansiedad, Asociación Psiquiátrica Mexicana. Roche.

## 1.2. ORIGEN DE LAS FOBIAS

Se originan por fracasos del cual el dominio situacional son los problemas en su infancia que desencadenan los siguientes factores:

### 1.2.1 INTIMIDACIÓN

Tanto paterna como materna o alguna autoridad que impide a menudo, que el niño domine cualquier situación relacionada al temor o con la propia defensa.

### 1.2.2. HUMILLACIONES

Los padres suelen no brindar apoyo al niño, sometiéndolo a formas ridículas y burlonas, y en consecuencia la imitación que hacen los niños de los mayores, los inclinan a que "coadyuvan"<sup>8</sup> la conformación de estos miedos.

Todo esto pone de manifiesto, que la conducta obedece a ciertas causas, con frecuencia combinadas que conlleva al miedo, en algunos casos a la ansiedad y a situaciones fóbicas complicadas.

La fobia, desde el punto de vista psicofisiológico y psicodinámico, es una forma de ansiedad que se encuentra sobre un objeto, persona o situación específica, que hace que el niño reaccione de manera agresiva e irritante ante los tratamientos dentales.<sup>9</sup>

## 1.3 TIPOS DE FOBIAS

>>> Fobia social

>>> Fobia simple o específica

>>> Agorafobia.

---

<sup>8</sup> Jaime Sacristán, lb. p 176

<sup>9</sup> lb p176

### 1.3.1 FOBIA SOCIAL

Se trata de un desorden de evitación de la gente.

Se caracteriza por la presencia de ansiedad en ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, la que suele dar lugar a comportamientos de evitación por sentirse observados por los demás. En algunos estudios <sup>10</sup> se ha demostrado que algunos niños tienen un patrón constante de inhibición y conducta cuyos padres están afectados por un trastorno de angustia y puede evolucionar hacia una timidez grave a medida que van creciendo, el hallazgo psicológico de los padres, de las personas con fobia social, eran menos cariñosos.<sup>1112</sup>

Factores Neuro - Químicas: Se genera la hipótesis neuro-químicas sobre la fobia social, en el uso del antagonista beta, por ejemplo el propanol funciona en las fobias que presentan (como hablar en público).<sup>13</sup>

Spencen, realiza un estudio de rasgos cognoscitivos en los niños con fobia social, en donde evaluaron 27 niños en una clínica especial, estos fueron comparados con niños de 7 a 14 años de edad que no presentaban fobia social, ambos grupos mostraron deficiencia de habilidades sociales que presentan un nivel negativo hacia la consulta dental.<sup>14</sup>

La inhibición en el comportamiento de los niños es un factor de riesgo durante el desarrollo social en la infancia por lo que se originan una fobia social durante la adolescencia, relacionando una depresión.

---

<sup>10</sup> Tomas H, Ollen Dick.; "Psicología infantil"; Ed. martinez Roca Barcelona 1986.

<sup>12</sup>Rodríguez Jaime s. "Psicología del niño y del adolescente"; pp 607

<sup>13</sup> Ib p 610

<sup>14</sup> SPENCE SH, ET ALi,"Habilidades y resultados sociales, y rasgos cognositivosde fobia social", Periodico de psicología anormal. 108 (2): mayo 1999.

Si el niño se inhibe al tratamiento dental, puede llegar a presentarse en etapas posteriores con la adolescencia, en la madurez frente a la consulta dental.<sup>15</sup>

En resumen las fobias en los niños son referidas a los dentistas, médicos o practicantes de la salud (Jiménez, 1995), expresando la ansiedad como el enrojecimiento de la cara, temblor de manos, sudoración, tartamudeo y miedo a la interacción con otra persona.

### 1.3.2 FOBIA SIMPLE O FOBIA ESPECÍFICA

**Fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad y es parecida a la agorafobia, ya que las situaciones y los objetos temidos, según la frecuencia de aparición; Por ejemplo a tormentas, animales, alturas, enfermedades, heridas y muerte. Una muerte específica, puede ser el resultado de asociar un objeto o situación específica con emociones de miedo y pánico.<sup>16</sup>

La persona asocia una emoción permanente entre el miedo o la ansiedad.

Otro mecanismo de asociación entre el objeto fóbico y las emociones.

Este tipo de fobia incluye todas las formas, excepto la agorafobia y la fobia social, (DSM- III, 1980 pág. 229),<sup>17</sup> que se encuentra más explicado en especial relación con animales.

Otro factor es el genético en donde, la fobia específica tiende a darse en familias, pero son de tipo simple.

---

<sup>15</sup> Hayward C., et, Ali, Departamento de psiquiatría y behavioral ciencias, stanord 37 dec1998.

<sup>16</sup> Ib. Ajuriaguerra, J.; Marcelli, pag 605.

<sup>17</sup>CE 10; Trastornos mentales, Ansiedad ; OMS

### 1.4.1 EN SÍ LA FOBIA ESPECÍFICA

Es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones de exposición al estímulo fóbico provocando una respuesta inmediata de ansiedad, el objeto del miedo puede ser la propia anticipación de peligro o daño inherente a la situación pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido, siendo frecuente en muchos casos en especial cuando van con el odontólogo, estableciendo una fobia en relación a la sangre - inyecciones-daño<sup>18</sup> puede tener efectos perjudiciales sobre la salud dental o física ,ya que el individuo puede evitar someterse al tratamiento odontológico necesario,<sup>19</sup>expresando la ansiedad en llanto, rabieta, quedándose paralizado o abrazándose de alguien que les brinde ayuda y seguridad.

Otro desorden mental de los pacientes es el pánico que es un tipo de ansiedad específica, en los niños al realizarles un estudio de diagnóstico la mayoría de estos niños presentaron fobia hacia los animales presentando un significado en el objeto fóbico

Muchas veces la etiología de fobia se puede dar a malas experiencias e información negativa que experimentan con el objeto, por ejemplo una araña; En los hallazgos de Merckelbach, Muri y Schouten " (1996; Behavior y terapia del niño.), como se menciona anteriormente que el origen de las fobias pueden ser los padres quienes la presentaban en su infancia , estos ha su vez, se la podrán transmitir al hijo".<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Hayward lb pag 4.

<sup>19</sup> Hayward. lb pag 5.

<sup>20</sup> Merckelbach h, Muris, La etiología de fobia de las arañas en los niños. 1997 nov. volumen35.

## 1.4.2- SÍNTOMAS DE LA FOBIA ESPECIFICA

En los niños la ansiedad se traduce en llanto, berrinches, parálisis del brazo etc; No suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales expresado el malestar por la fobia, a la sangre-inyección-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o recibir una inyección u otras intervenciones médicas <sup>21</sup>.

Frederikson, M, ha mostrado que síntomas de "la fobia específica en los adultos presentaba un estrés subjetivo referente a la fobia como es la sangre-inyección", con respecto a la frecuencia que lo experimenta.<sup>22</sup>

## 1.5 AGORAFOBIA

Proviene del griego palabra que significa "miedo a la plaza del mercado", es un trastorno de ansiedad y temor a los lugares abiertos, esto es más común en la etapa final de la adolescencia.

La ansiedad es muy intensa cuando llega a presentar ataques de pánico, evitando el cutio o causa de su temor donde hay mucha gente, por ejemplo: calles, tiendas concurridas, teatros, etc.

El comportamiento de evitación de estas personas se relaciona a situaciones temidas que los conduce al deterioro de su vida cotidiana, esta ansiedad o conducta de evitación, se explica por la presencia de otro trastorno mental como fobia social o bien la fobia específica.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Merckerbbach h, Muris. Ib s/pag.

<sup>22</sup> Muris .P,Schmidt, la estructura de síntomas de la fobia específicos entre niños y adolescentes, vol37, septiembre 1999. pág 863.

<sup>23</sup> Manual de psicología infantil! MSD IV, pag 404

### **1.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA AGORAFOBIA**

La mayor parte de los agorafobicos expresa síntomas después de haber varios ataques de pánico, anticipado a la crisis de ansiedad, como resultado de ello suele evitar cualquier lugar o situación que haya provocado ataques de pánico con anterioridad.

Suelen presentar temor a estar solos fuera de la escuela, del hogar, temor a quedarse solos en la casa, estar en ascensores y puentes; Por lo que terminando discapacitados que no pueden salir de su casa ante el temor de ser dañados.

Estos son algunos de los síntomas que pueden desarrollar: depresión, fatiga, tensión y sufrir trastornos obsesivos.

En el diagnóstico diferencial se relaciona con la fobia social y trastornos de ansiedad, ya que todas estas entidades se relacionan con la conducta de evitación.

### **1.6. PRINCIPIOS BASICOS DE: MIEDO, ANSIEDAD Y LA FOBIA**

La dificultad del tratamiento odontológico se debe con frecuencia a los trastornos en la conducta de los niños, suelen relacionarse los problemas de los padres o por un defecto físico del niño que hace que este sienta diferencia con los demás<sup>24</sup>( Orejas levantadas, pelo parado, ojos chicos ó grandes, nariz ancha, corta ó triangular, compleción robusta, delgado, tes oscura, morena , etc.)

---

<sup>24</sup>Ib pag 33.

A demás una madre ansiosa puede tener un hijo rebelde y el padre indulgente tiene un hijo propenso al berrinche o lagrimas, cualquiera de estos patrones de conducta crean problemas al odontólogo con respecto a la cooperación.

Sin embargo, deberán tomar en cuenta otros factores dentro de la vida del niño, ya que la edad más frecuente dentro de esta problemática suele ser en niños de tres a cinco años edad, dependiendo del grado adaptación o de desarrollo en la conducta.<sup>25</sup>

Una causa importante de la falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida<sup>26</sup>, esto se debe a la madre pues lo transmite al niño por temor y ansiedad aun tratamiento por simple que sea.

Existe una estrecha relación entre las emociones la mente y el cuerpo físico, por esto es difícil decir que la mente infantil esté más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto, por ello, el niño tiene tendencias a sufrir ansiedad.

## 1.7 PERÍODO DEL INICIO DE LAS FOBIAS

Dentro de las fobias y obsesiones, hay un hecho que debe ser tomado en cuenta ya que al nacer, las respuestas del miedo en los niños se da ante pocos estímulos mostrando una respuesta de miedo producido ante un ruido repentino y fuerte o un estímulo intensa, dentro de los seis meses de edad se desarrolla miedo a los movimientos repentinos que están a su alrededor y a objetos extraños.

Durante el primer año de edad, el niño busca lo novedoso de las cosas, siendo la causa principal de las reacciones en los seres imaginarios que él produce dentro de la oscuridad.

A los dos años influyen los ruidos fuertes son: ruidos de las aspiradoras, alarmas, tormentas, canciones, sirenas de las patrullas, en otros más.

---

<sup>25</sup> Ib

<sup>26</sup> DeJong PJ, Andrea H; Departamento de Psicología experimental: Maastricht Universidad, de los paises Bajos, 2000

También se inicia el miedo a los animales grandes, la separación de los padres, una habitación sin luz, maquinas y objetos grandes, etc.

A los tres años de edad, como ya se menciona anteriormente, a los animales, oscuridad, separación de la persona que los cuidan y las mascararas.

A los cuatro años de edad, los ruidos ambientales, tanto matutinos como nocturnos, la separación de los padres y al igual que los niños de cinco años de edad, las lesiones corporales y personas que ellos piensan que pueden hacer le daño, estar amenazados<sup>27</sup>.

A los seis años tiene miedo a lo que considera sobrenatural, por ejemplo, fantasmas, brujas, seres fantásticos, relámpagos, oscuridad, a dormir solos, separarse de los padres o familiares cercanos.

Entre los siete y los ochos, los miedos son basados en los sucesos reportados por los "medios de comunicación" lo sobrenatural, a lesiones corporales, que los humillen, y estar solos.

En los nueve y 12 años le temen al rendimiento académico, exámenes escolares, lesiones corporales, a su aspecto físico, la muerte, y a personajes pequeños, como duendes.

De esta forma Morris y Kratochwill (1983), los clasifica considerando que los miedos evolutivos son un componente normal del desarrollo del niño<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Remedios González Barrón. "Psicología del niño y del adolescente. Ediciones pirámide 1998, 2000. pág 160.

<sup>28</sup> Ib, trastornos de la ansiedad en la infancia . pag 159.

## CAPITULO II

### 2. ASPECTOS CLINICOS

De acuerdo a sus manifestaciones fóbicas, pueden multiplicarse infinitamente, se trata del miedo de una acción exterior por ejemplo, movimientos inesperados, modificaciones de la luz, oscuridad, caídas, ruidos raros o excesivos; Presentan también miedos naturales, por ejemplo, las fobias que se puede presentar el niño a los animales grandes o pequeños (perros, caballos, animales salvajes, víboras etc.)<sup>29</sup>.

Así como miedo a personas desconocidas, por ejemplo el médico como personaje fuera de toda actividad real.<sup>30</sup>

Si bien la angustia es masiva, flotante y generalizada en los trastornos de ansiedad de la fobia, tiende a caracterizarse en un elemento concreto ya que por ello el niño elabora estrategias para evitar el objeto fóbogeno.

#### 2.1 MIEDO

Es un fenómeno ligado a experiencias reales ó relaciones con procesos educativos, médicos etc. Ya que el síntoma fóbico es un mecanismo de defensa que provoca el desplazamiento de la angustia, así como la ansiedad fóbica no se diferencia, ni subjetiva, ni psicológicamente,<sup>31</sup> y no por la conducta que presenta, ya que va desde una leve sensación hasta una reacción de terror.

---

<sup>29</sup> J. De Aguría Guerra; "Manual de Psiquiatría Infantil," pág 627

<sup>30</sup> Ib Aguría. pág 28

<sup>31</sup> Remedios; Ib

## 2.2 ANSIEDAD

Se localiza a través de síntomas que presenta la persona como las palpitaciones, mareos desvanecimientos y muy a menudo se asocia a miedo a morir o perder el control de sí mismo<sup>32</sup>. No se alivia el malestar y ni la sensación de peligro ya que el sólo pensar en la situación febogena genera ansiedad anticipada.

El factor desencadenante suele ser discreto por lo implica que no produzca pánico.

Estas fobias se instauran a lo largo de la infancia o en la adolescencia y si no se tratan persisten en la edad adulta, la gravedad de esta fobia dependerá básicamente del mayor o menor grado de ansiedad ó mediante la evitación a la situación fóbica.<sup>33</sup>

Los miedos forman parte de reacciones del organismo y del desorden hacia la acción de un mundo exterior, ya que el aprendizaje del peligro real forma parte de la aprensión de un cierto temor a un posible riesgo, incluso en situaciones seguridad que forman parte de una prevención y la formación de un mundo de seguridad, pueden almacenar una impresión de inseguridad del cual experimentan sus propios temores de una manera simbólica por lo que la importancia del miedo respeto a los peligros se tiene una relación de experiencia traumatizante ya que el niño tomando conocimiento de miedos ligados a sus recuerdos y acontecimientos aterradores; En la focalización de la angustia se repite cada vez que el niño se encuentra frente a un objeto fobógeno y a su representación simbólica en la que el niño coloca en pensamiento.

---

<sup>32</sup>Bregaman, E. Op cit. Pág 169

<sup>33</sup>OP. Cit

Algunas fobias no triunfan en su tentativa de proyección pues depende del equilibrio armónico entre las pulsaciones y la angustia de la personalidad<sup>34</sup> y la ansiedad.

### **2.3 DIFERENCIA ENTRE MIEDO Y ANSIEDAD**

Son probablemente los estados emocionales más importantes que se presentan al dentista, los niños pequeños pueden adquirir el miedo al tratamiento dental a través de pláticas escuchadas en el hogar así como sus amigos, primos, etc. Otros caso fueron expuestos a situaciones traumáticas en el consultorio dental.

### **2.4 LA ANSIEDAD E INSEGURIDAD<sup>35</sup>**

Está relacionada con el temor, los niños angustiados se asustan antes de toda experiencia reaccionando con agresividad, por ejemplo, una exhibición de berrinche, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con lentitud, si el niño está claramente en un berrinche, el odontólogo puede mostrar su autoridad y su dominio absoluto de la situación

---

<sup>34</sup> lb

<sup>35</sup> lb pag 29

## 2.5 RESISTENCIA

La resistencia es una manifestación de ansiedad y de inseguridad que provoca que los niños se revelen contra el miedo presentando una conducta negativa aumentada<sup>36</sup> si el cree que tiene un problema dentario; encontrando un nivel de aprehensión al tratamiento reconociendo que es necesario para curar el diente, deberá el odontólogo siempre explicarle al término de cada sesión él por que del tratamiento para que no ponga resistencia; presentando así menos dificultades ante los tratamientos que el doctor realice.

---

<sup>36</sup>Manual de Psicología";Ib pag 381

## CAPITULO III

### 3. CRONOLOGÍA DE LA APARICIÓN DE LAS FOBIAS.

Se han establecido situaciones que asustan al niño, se observa una ansiedad de separación en relación con el apego a la madre, un temor ante un estímulo fuerte o ante una deficiencia de estímulo en los niños muy pequeños (2 años de edad) dicen que tiene miedo de ser mordidos, comidos o acorralados, pero sin añadir por quién, estos son procreados durante sus temores nocturnos.

Para un mismo niño los animales son con frecuencia intercambiable en un terror nocturno a otro, con frecuencia se relacione con las personas que los persiguen con los cuales estuvieron en contacto durante este proceso, ya que el niño comienza a experimentar angustia en la oscuridad. Después de la angustia y la fobia a las zonas oscuras, por el contrario hace una reacción ante una perfección de los antecedentes.<sup>37</sup>

Hacia la edad de los cinco años edad pueden sugerir manifestaciones al vértigo a la altura y agorafobia; Y en el lactante se asusta por cualquier estímulo intenso y por pérdida de apoyo de los padres; Entre los cinco y los nueve meses se manifiesta miedo a las personas, cosas y situaciones familiares; Entre los dos y tres años edad, la mayoría de los niños realizan conductas rituales alternadas con su actividad<sup>38</sup> y predominan los miedos a los animales, la oscuridad y cuando el niño crece la oscuridad y miedos se convierte en un factor que interviene en la mayoría de sus miedos, cuando no es la causa principal, teniendo en cuenta que equivale estar presentes o no en la soledad, el niño se siente menos vulnerable y menos capaz de soportarla; Por lo consiguiente estimula su ansiedad hacia la separación de la madre; Entre los tres años y medio el niño se despierta con miedo tras soñar con animales especialmente con el lobo, esta edad es la

---

<sup>37</sup>Ib Manual de Psiquiatría Infantil. pag627, 628

<sup>38</sup> Remedios González Barrón. Coordinación y dirección; "Psicología del niño y del adolescente, Ediciones pirámide 1998, 2000, pag. 173

preescolar, en cuanto el niño crece va asimilando el pasado y los miedos formulándose una defensa hacia sus temores.

Entre los niños de seis - doce años, un 43% presenta siete tipos distintos de miedo. La fobia propiamente dicha no es frecuente, suele aparecer de 0, 8, sólo 1 lo padece (1%); Entre los niños 10 - 11 años en general es un 5% en niños que acuden a una consulta de paidopsiquiatría; La prevalencia del trastorno fóbico es prácticamente idéntica en ambos sexos, pero en la adolescencia se incrementa en las jovencitas que en relación a los jóvenes es menor y al tiempo la intensidad de la fobia es mas elevada en mujeres cuando la fobia aparece en edad temprana generan fobias leves en los familiares, la frecuencia de la fobia social se restringe a situaciones concretas como:

-Proximidad de ciertos animales.

-A las alturas, oscuridad, a los espacios cerrados, a determinadas enfermedades y a los doctores.

Cuando las fobias interfieren con la vida cotidiana, la terapia de tipo cognoscitivo de sen civilización ayuda al tratamiento dental ante los objetos temidos.

## CAPITULO IV

### 4. MIEDOS MÁS COMUNES EN EL NIÑO

#### 4.1 El niño y el adolescente

A lo largo de su crecimiento deben enfrentar situaciones y emocionales nuevas como los miedos irrelevantes de escasa intensidad y no perdurables originándose en la infancia y en la adolescencia<sup>39</sup>.

Por ejemplo:

- a) Miedo a la oscuridad
- b) Miedo a la soledad
- c) Miedo a ciertos animales, pequeños o grandes
- d) Miedo a personas extrañas
- e) Miedo a fantasmas o monstruos<sup>40</sup>
- f) Miedo del agua
- g) Miedo de las heridas y accidentes
- h) Miedo a enfrentarse y ser agredido por otro
- j) Miedo al ser rechazado por los demás
- l) Miedo al dentista y al doctor.**

Podrán enfrentarse con más posibilidades de éxito a un miedo banal siempre y cuando los padres ejercen una acción de soporte a la situación generadora de miedo.

Si los padres actúan de manera sobre protectora, evitando de forma constante y excesiva enfrentamientos con la situación de peligro, el niño se volverá temeroso, generando una "personalidad evitadora" incapaz de soportar la experiencia de miedo. Por otra parte el enfrentamiento del niño con los objetos, genera miedo por

---

<sup>39</sup> Ib Rodriguez Jaime ; Pag. 611.

<sup>40</sup> Ib, José Tomas V. Pag, 604, 605

encima de sus posibilidades físicas y psíquicas, ya que el fracaso del niño al enfrentamiento lo conllevará a enfrentarse con el objeto de temor.

El niño debe aprender a evitar de forma progresiva las situaciones que representen un peligro, que le produce, riesgos inútiles para tratar de superar los miedos.

Cuando un miedo específico se asocia a una conducta de evitación produce un daño en la adaptación personal o en la relación social del niño, esto puede ser habitual durante la infancia.

Así la fobia consiste en la repulsión o temor angustiante específica de la presencia de uno objeto, ser o situación que no justifica el estado de angustia.

Clínicamente las fobias son grupos de trastornos donde la ansiedad sola o de forma predominante, se manifiesta en situaciones o frente a objetos bien definidos externos al sujeto sin ninguna peligrosidad.<sup>41</sup>

La evitación aparecerá como una consecuencia indispensable.

---

<sup>41</sup> Ib pag 41

## CAPITULO V

### 5. LAS FOBIAS COMUNES

5.1. Aerofobia.- Más difundido como aviofobia es el usual temor al avión, exacerbado por circunstancias en que volar resulta inevitable, puede ocasionarle al aerofóbico una repentina crisis psicofísica con sudor frío, taquicardia y vómito por lo que se recomienda un curso con simuladores de vuelo es la cura. Con este método el fóbico comienza reconociendo los principios del vuelo y experimenta las ventajas e inconvenientes de volar.

### 5.2 Claustrofobia

Para el claustrofóbico, quedarse encerrado en un ascensor es peor que enfrentarse a un animal armado, y con la sola idea de que esto pueda ocurrir lo obligada a subir largas escaleras y evitar salas chicas, Así su vida se ve limitada por una compulsión interminable.<sup>42</sup>

### 5.3 Hidrofobia

Es un mal que se vincula con los perros debido a que uno de los síntomas críticos de la rabia es la aversión al agua. Esto lo vive el fóbico como una sensación de asfixia que le impide hasta lavarse la cara normalmente. Se cura con sucesivas inmersiones del rostro en una cubeta.

---

<sup>42</sup> Adiós a las fobias 1994 pag 10

#### **5.4 Aracnofobia**

Es uno de los miedos más arraigados entre los niños que quizá reviven en las arañas el peligro de las picaduras de sí misma por ejemplo las cucarachas, arañas negras, de toda clase de arañas.

#### **5.5. Barofobia**

Es el miedo a la fuerza de gravedad como las aceleraciones y bruscas caídas por ejemplo: El juego mecánico de la montaña rusa.

#### **5.6 Acluofobia**

Es el miedo o idea de atravesar un túnel o entrar en una habitación sin luz asusta al acluofóbico (cuyo miedo es la oscuridad) hasta extremos anormales, y forzarlo a enfrentar esos "peligros" puede causarle un sinnúmero de malestares: desde brotes histéricos hasta descontrol del esfínter y desmayos repentinos.<sup>43</sup>

#### **5.7 Entomofobia**

Es un temor irracional a los insectos que hoy en día es curable mediante al readiestramiento conductista, puede aparecer vinculado a la acarofobia (miedo a las picaduras), como expresión de la ya usual aracnofobia (miedo a las arañas), o la precisa 5.8. antofobia (miedo al aguijón de las abejas).

---

<sup>43</sup> Ib Conozca Más pag 15.

## **5.8 Palumbofobia**

Hay quienes quedan paralizados de horror ante un batir de alas en una plaza. Por ejemplo cuando vuelan las palomas.<sup>44</sup>

## **5.9 Eremofobia**

El temor a la soledad es un síndrome diametralmente opuesto a la oclofobia (miedo a las multitudes) y a veces se lo denomina autofobia, quizá por un componente de rechazo a uno mismo presente en los síntomas. Lo cierto es que el eremofóbico es alguien que busca compañía compulsivamente y que sufre mucho el paso del tiempo estando absolutamente solo en su casa o trabajo.

## **5.10 Ailurofobia**

El temor a los gatos puede no estar encuadrado en la zoofobia (miedo a los animales en general), pero sin duda tiene algo que ver con la amicofobia (miedo a ser arañado) o la caetofobia (miedo al pelo).

Presentir zarpas filosas ocultas en patas sedosas es la base de esta fobia.

---

<sup>44</sup> Ib Conozca Más pag 16

## CAPITULO VI

### TRASTORNOS EMOCIONALES

#### 6.1 TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

De todos los problemas mentales los trastornos de ansiedad son probablemente los más comunes que presentan los niños así como en los adultos y que tienen cambios de criterios de diagnóstico, ya que es una respuesta ante una situación amenazante. Por ejemplo.

Los niños pequeños se sienten amenazados por la separación de los padres, los niños en su primer día en el colegio, los adolescentes en su primer cita y en los adultos que se acercan a su vejez aumentan una ansiedad normal.<sup>45</sup>

Hace casi un siglo; Sigmund Freud dio el término de neurosis de ansiedad identificando dos formas de ansiedad, una patológica y otra normal; El otro tipo de ansiedad se describe como una sensación difusa de preocupación o temor se origina por un deseo o pensamiento reprimido.<sup>46</sup> Este tipo de ansiedad es la responsable de la psiconeurosis histeria, fobias; Para Freud se asocian principalmente con factores psicológico y no fisiológicos<sup>47</sup>

Otro tipo de desorden se describen a continuación los cuales son: trastorno de angustia con o sin agorafobia y como se relaciona con las otras fobias social, específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y otras categorías.

---

<sup>45</sup>Harrold I kan plan , Benjamin.J Sinopsis de Psiquiatría ciencias de la conducta. pag

<sup>46</sup> Ib Sinopsis de psiquiatría pag

<sup>47</sup> pag 657

## 6.2 CRISIS DE ANGUSTIA

Suele aparecer en diferentes trastornos de ansiedad.

La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso que se acompaña de al menos 4 síntomas de los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos, la crisis se inicia de forma brusca alcanzando una expresión máxima en 10 minutos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de escape<sup>48</sup>.

A continuación se menciona los 13 síntomas somáticos que vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar tóracico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo sensación de estar separado de uno mismo, miedo a perder el control, miedo a morir, parestesia y escalofríos o sofocaciones.

A los individuos que presenta esta, crisis de angustia inesperadas, acostumbran a describir el miedo como la falta de aire en relación a los 13 síntomas mencionados, por su parte la ruborización es frecuente en las crisis de tipo situacional desencadenadas por la ansiedad en situaciones sociales o actuaciones en público lo que caracteriza su gran ansiedad.

El diagnóstico de trastorno de angustia con o sin agorafobia son similares a las características de las fobias sociales y específicas presentando como mínimo 4 de los síntomas de la crisis de angustia.<sup>49</sup>

Relacionandose con el diagnóstico de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia, ya que son similares a la crisis de angustia presentando un comportamiento de evitación de los lugares cerrados caracterizada por la aparición inesperada de ausencia ante el objeto temido.

Un niño puede reaccionar de manera distinta en una visita inicial de emergencia.

---

<sup>48</sup> Horol. IK; Benjamín. J; Ib, pp429.

<sup>49</sup> Ib, pp430.

### 6.3 AGORAFOBIA<sup>50</sup>

Se presenta con una característica esencial en la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar le resulte difícil, apareciendo síntomas de la crisis de angustia, a menudo estos individuos suelen tener un comportamiento de evitación, en situaciones específicas como estar fuera de la casa, mezclarse con la gente y al pasar por un puente, esto se puede considerar como una fobia social.

El comportamiento de evitación de esta situación puede conducir a una ansiedad no controlada, dando así un diagnóstico diferencial que se relaciona con la agorafobia, fobia social o específica con relación al trastorno de ansiedad, esta se caracteriza por la evitación de situaciones específicas se incluyen esta sólo fuera de casa.<sup>51</sup>

### 6.4 TRASTORNO DE ANGUSTIA (TRASTORNO DE PÁNICO)

Se inicia de forma brusca, en un tiempo máximo de 10 minutos provocando una sensación de desagrado en el niño y el adolescente.

Esta crisis es inesperada, seguida de un periodo mínimo de un mes que desencadenan factores ambientales es decir, aparecen sin ningún motivo requiriendo haber presentado por lo menos dos crisis de angustia que se presentan de una o dos veces a la semana separadas al mes asociándose a un desarrollo de comportamiento de evitación reuniendo así los criterios de la agorafobia<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> Harold. I.; Benjamín; Ib, pp404

<sup>51</sup> Ib. Pp402.

<sup>52</sup> Francico. Páez. Agaz; Médico Psiquiatra. Diagnostico diferencial de los trastornos de ansiedad, Roche. México. S. A. 1958-1998.

Para su diagnóstico diferencial en la crisis de angustia, con o sin agorafobia incluye un gran número de patologías médicas y odontológicas, así como muchos trastornos mentales en el que se realiza un examen psiquiátrico para el diagnóstico final, el cual se incluye simulaciones de estrés postraumático.

En la agorafobia sin crisis de angustia; Los criterios del DSM\_ IV ponen énfasis en la conducta de evitación específica en una situación la cual puede estar relacionada con una patología médica que llega en ocasiones a relacionarse con tratamientos dentales.<sup>53</sup>

Las crisis no se distingue de otro trastorno mental fácilmente, por ejemplo si el niño presenta fobia social apareciendo situaciones temidas, al igual que esta presente la fobia específica.<sup>54</sup>

El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por apariciones inesperadas que dan lugar a comportamientos de evitación, y se relaciona con la fobia social que se caracteriza por situaciones inesperadas en donde los pacientes presentan una crisis de angustia cuando están solos.

Solo para comparar los criterios del diagnóstico en donde que en la investigación del CIE-10 y el DSM IV son iguales para la crisis de angustia en relación con los otros trastornos principalmente de la fobia social y la agorafobia en la que incluye síntomas adicionales como son.

Boca seca, palpitaciones, sudoraciones que requieren la aparición de 4semanas por lo menos para definir su diagnóstico.

El diagnóstico de este trastorno es difícil de realizarse en los niños por que no expresan su capacidad de describir lo que les sucede, al igual que se le dificultan hablar del problema, caracterizándose temporalmente del miedo y aislándose, de la gente y teniendo síntomas somático y cognoscitivos, que el DSM- IV lo clasifica en el año de 1994, si el niño presenta más de cuatro síntomas como son los siguientes para establecer el diagnóstico: Palpitaciones, elevaciones de la

---

<sup>53</sup> Fernando. P; Op. Cit.

<sup>54</sup> Art. Cit

frecuencia cardíaca, sudoraciones, falta de aliento, opresión torácico, náuseas, mareo o desmayo, escalofríos<sup>55</sup>.

Actualmente se ha convertido en un padecimiento de controversia, en los niños Ya que no hay un método específico para tratar adecuadamente estos pacientitos.

## 6.5 AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA

Se caracteriza por ser similar a los trastornos de angustia con agorafobia, excepto en el que existe temor y aparición de síntomas similares a la angustia y crisis con sintomatología, en los niños se presenta este trastorno con similitud que en los adultos, en la agorafobia síntomas son semejantes a la angustia o bien otro síntoma que puede resultar, es el miedo al salir de la casa por temor a desmayarse resultando incapacitados al grado de tener pérdida del control de esfínteres urinario por otra parte el trastorno es más frecuentes en mujeres que en niños, ya que la mayoría de los casos que se observa un resultado que se asociaron con las fobias específicas.

En el diagnóstico diferencial, de la agorafobia se relaciona con trastornos de angustia y presentando comportamientos de evitación los cuales se relacionan entre sí con la fobia social presentando un comportamiento de temor y humillación, semejándose a los miedos en general; El trastorno de ansiedad por separación, en los niños hay se reconoce por la separarlo de su casa, familiares cercanos, todo esto desarrolla un temor de ser atacados cuando están afuera.

La gorafobia sin antecedentes de pánico, es similar al trastorno de pánico con agorafobia en donde el paciente presente temor a la aparición repentina de un

---

<sup>55</sup> Jiménez, .M. "Miedos y fobias y trastornos de ansiedad en la infancia". Ed. M. Jiménez. Ed 9. Psicopatología infantil, ediciones Aljibe.

síntoma por lo cual evita y soporta con miedo ciertas situaciones que no toleran alcanzando su máximo temor y ansiedad en segundos o minutos para desarrollarse este trastorno que puede presentarse en forma crónica o aguda, como la primera en forma de señal de alarma o pánico severo y la segunda con una corta duración con experiencias constantes con sensación subjetiva de miedo y aprensión a nivel físico mediante síntomas que lo conllevan a pasar de un trastorno a otro.

Para los criterios de diagnóstico de investigación se pueden encontrar en el CIE-10 para la agorafobia al igual, que en el libro DSM-IV que en esos dos se encuentra los síntomas y un breve comentario sobre ellas.

#### a) FOBIA ESPECÍFICA.

(Antes fobia simple) es un miedo intenso persistente a objetos y situaciones que provocan una respuesta de ansiedad que pueden adquirir los niños y los adultos ya que el objeto de miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto, por ejemplo puede temer a los perros por miedo a que lo muerdan, también se puede ser referencia a la posibilidad de perder el control, y angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido como son los temores a la sangre, a las heridas, a las alturas así mismo tiende a empezar a gritar entre la gente ya que la presencia del estímulo fóbico es variable, teniendo un nivel de ansiedad o temor que suele variar en función al grado de proximidad del estímulo, ya que en los temores objetos y situaciones son muy frecuentes sobre todo en los niños puede presentar un trastorno mayor al que se tiene, al tomar decisiones equivocadas ya que el temor puede ser excesivo, pero no constituye un elemento de diagnóstico, sobre todo en los niños.

La fobia social tiene subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en:

Tipo animal e insecto, esto suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. se refiere a situaciones relacionadas con la naturaleza y fenómenos atmosféricos como tormenta, precipicios o AGUA, es subtipo se inicia en la infancia.

Tipo sangre- inyección- daño, se hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones y suele caracterizarse por una intensidad marcada.

Tipo situacional, se refiere a situaciones específicas como transporte público, recintos cerrados, ascensores, tiende a relacionarse con los trastornos de angustia.

Otros tipos, se relaciona con estímulos, y a miedos que le tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas, por ejemplo, la fobia específica a la sangre-inyección- daño puede tener efectos perjudiciales sobre la salud dental o física ya el niño puede evitar someterse al tratamiento odontológico necesario, de forma similar, el miedo tiene efecto perjudicial sobre la salud buco dental.

Otro método en el tratamiento de las fobias sociales son; El empleo de las serotoninas que se han vuelto una opción para pacientes adultos con fobia, en el tratamiento de niños y adolescentes que fueron tratados con la serotonina en pacientes de 7 a 18 años de edad, en los cuales se realizó un estudio de investigación clínica en los niños tratados con este fármaco con el cual no se presentó ningún efecto adverso existiendo buena tolerancia al tratamiento, los resultados indicaron que las serotoninas son eficaz en el tratamiento dental y con la fobia social en niños.

## 6.6 TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVO

Es la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes ya que las obsesiones se definen "ideas, pensamientos, impulsos o imágenes"<sup>56</sup> (...) donde el individuo siente una ansiedad provocando un malestar, en este concepto se hace referencia a la sensación que tiene la persona y que la obsesión es ajena y sin control pero es capaz de reconocerse por que la tiene.

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales por ejemplo repetir palabras en silencio, lavarse las manos, el propósito de este

---

<sup>56</sup> Ib sinopsis de Psiquiatría pag 428

comportamiento es aliviar la ansiedad o el malestar sin proporcionar una satisfacción. Por ejemplo, las personas que se sienten obsesionados por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar mental lavándose las manos hasta que se les arruga la piel.<sup>57</sup>

Este requisito no se exige en los niños debido a que su edad tiene la suficiente capacidad cognoscitiva para llegar a una conclusión.

### 6.6.1 SÍNTOMAS Y OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS

En los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos, los rituales de lavado, y la comprobación en los objetos son particularmente frecuente en los niños, estos no piden ayuda, y los síntomas pueden ser de carácter "egodistónico" ya que la mayoría de las veces el problema es detectado por los padres que llevan al niño a la consulta.<sup>58</sup>

Al igual que los adultos, los niños son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están acompañados.

El trastorno obsesivo-compulsivo se inicia en la adolescencia o también puede hacerlo en la infancia presentándose en mayor frecuencia en los varones que en las mujeres y los síntomas se relacionan con acontecimientos estresantes mostrando un 15% de deterioro, la incidencia se da en pacientes con síndrome de la Tourette,<sup>59</sup> también se asocia a la fobia social.

Trastorno por estrés postraumático, es la aparición de síntomas en el cual se caracteriza por la exposición a un acontecimiento estresante y traumático, donde la persona se ve envuelto en situaciones de peligro o cualquier otra amenaza. En los niños se convierte en un comportamiento agitado que provoca un malestar, presentando clínicamente un daño social, laboral y escolar dando como

---

<sup>57</sup>Locker.D; Poulton.R: Psychological Disorders and dental anxiety in a young adult population; Community Dental Oral Epidemiology.2001;29:456.

<sup>58</sup> pag 430..

<sup>59</sup> Locker.D. Op. Cit.

resultado un trastorno por estrés postraumático ya que en los niños los acontecimientos son de carácter traumático hasta llegar a la violencia.

También puede llegarse a confundir con la fobia social y específica por una situación u objeto temido al igual que la preocupación por una apariencia dando como resultado un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo.

## 6.7 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Es la aparición de síntomas característicos que sigue a una exposición a un acontecimiento y en donde el niño se ve envuelto en hechos que representan un peligro real en los niños se presenta un comportamiento desestructurado o agitado, y es la forma en que se expresan, provocando un malestar que repercute en la labor social, escolar, etc.<sup>60</sup>

En los niños los acontecimientos traumáticos se presentan con experiencias desagradables con un comportamiento de evitación que puede inducir a una amnesia total al acontecimiento ya que con el, este trastorno padece de síntomas de ansiedad ante el acontecimiento.

Para diagnosticar y tratar a este tipo de personas suele requerirse una valoración específica de sus experiencias traumáticas.

En los niños mayores pueden presentar se pesadillas perturbadoras con respecto al acontecimiento traumático y convertirse en monstruos estas pesadillas o presentan amenazas sobre ellos o sobre los demás; Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado, ya que la experiencia traumática puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo, por ejemplo un niño que se vio implicado en un grave accidente los repite en su juego chocando los carritos de juguete, representando de esta manera sus sentimientos y efectos, observándose varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

---

<sup>60</sup> lb p435

En relación con diagnóstico diferencial se relaciona con el trastorno por estrés agudo presentándose en las primeras semanas y si persiste más de un mes, se convierte en un trastorno por estrés agudo.<sup>61</sup>

## 6.8 TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Es la aparición de ansiedad con síntomas disociativos los cuales son: sensación subjetiva de embotellamiento, desapego<sup>62</sup> y ausencia de la realidad que lo rodea. Si el acontecimiento traumático les provoca síntomas de ansiedad la cual interfiere en su actividad diaria, estas alteraciones duran al menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimientos expresado persistiendo en imágenes, pensamientos, sueños, sensaciones de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático

Para su diagnóstico diferencial este se asocia con algunos síntomas que aparecen después de un acontecimiento de gran intensidad que son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse a un trastorno por estrés agudo, este diagnóstico sólo debe establecerse si las manifestaciones duran al menos dos días y temiendo malestares.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Harolld. I; Benjamín. J.Ib p438

<sup>62</sup> Ib. pp 441

<sup>63</sup> Ib. pp. 443

## 6.9 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA<sup>64</sup> (INCLUYENDO EL TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA INFANTIL)

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observa durante un periodo superior a 6 meses, en el que se encuentra una amplia gama de acontecimientos y situaciones.

La ansiedad y la preocupación se acompañan al menos de tres síntomas, inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño, en los niños basta con un solo síntoma para presentar este trastorno de ansiedad generalizada, este tipo de persona no reconocen que sus preocupaciones son excesivas e incontrolables y les provoca un malestar o deterioro social, laboral<sup>65</sup>.

Los síntomas se asocian a la tensión muscular, temblores, sacudidas, dolores y entumecimiento muscular, estos signos también son somáticos, ( p. Ejm. manos frías, y pegajosas, boca seca, sudoración náuseas o diarrea) todos estos signos representan un trastorno de ansiedad generalizada en el niño.

En los niños y adolescentes la ansiedad y las preocupaciones se relacionan con el rendimiento y la competencia escolar, mostrándose conformistas con lo que realizan, sintiéndose inseguros de sí mismos.<sup>66</sup>

En el diagnóstico diferencial se presentan ataques repentinos de ansiedad, existen temores o evitación en determinadas situaciones esto se relaciona con los trastornos fóbicos, como la Depresión.<sup>67</sup> Los consejos para el paciente y la familia, es Animar al paciente para que practique métodos de relajación para reducir los problemas producidos por la ansiedad y el estrés.

Este padecimiento se desarrolla más en las personas de la tercera y cuarta década de la vida que en los niños.

---

<sup>64</sup> Remedios. Ib; pp. 444

<sup>65</sup> Remedios. Ib. pp.449

<sup>66</sup> Ib p450 ala 452

<sup>67</sup> Universidad de Belfast; Op. Cit.

En relación al tratamiento, puede realizarse en forma ambulatoria, la Psicoterapia y la farmacoterapia que se utiliza solo en pacientes adultos ya que en los niños le produciría un daño con la farmacoterapia que consta de Benzodicepinasia , que constituye el mejor tratamiento en pacientes con ansiedad.

La terapia consiste en tranquilizar al paciente, evaluando el tipo de gravedad que presenta el paciente.<sup>68</sup> para mejorar la calidad de vida de la persona.

Se ha sugerido que algunos niños están temerosos o ansiosos sobre el tratamiento dental presentando una ansiedad desordenada de múltiples miedos presentándose la agorafobia y en la fobia social, simple.

estas fobias se desarrollan por las malas experiencia y los comentarios externos a la consulta dental.

Se explica que el miedo es considerado fobia si presenta los siguientes efectos:

- a) No presenta de igual manera la ansiedad con respecto al peligro.
- b) Presenta resistencia a las explicaciones o razonamientos lógicos.
- c) Evita la situación temida que lo conduce a una perturbación en el niño, estos se puedan considerar síntomas de mecanismo de defensa.

---

<sup>68</sup> CIE 10. Op. Cit. Pag 33

## CAPITULO VII

### 7. METODOS DE CONTROL

Muchas de las recomendaciones que se dan a continuación puede ser útiles para las fobias sencillas o específicas, por ejemplo, miedo al agua, miedo a las alturas, a los ruidos, etc.

Como sabemos la ansiedad se produce con síntomas físicos alarmantes.

Los cuales son: Dolor en el pecho, mareos, falta de respiración,<sup>69</sup> no son necesariamente, signos de otra enfermedad, pasaran cuando disminuya la ansiedad, sin ningún medicamento.

>> Otro método estructurado de entrenamiento pueden ayudar al paciente a enfrentarse a situaciones de estrés y a las preocupaciones de la vida diaria que es al factor que desencadena la ansiedad.

Consejos específicos para el paciente ante una fobia.

>> Animar al paciente a que practique métodos de control de la respiración en el cual ayudara a disminuir los síntomas de la ansiedad.

>> Pedir al paciente que haga una lista jerarquizada de todas las situaciones que producen miedo, pero que no producen el mismo efecto a otras personas.

>> Tratar de encontrar una pauta para afrontar los miedos exagerados, por ejemplo; Que la persona piense y sienta que esta ansioso por el objeto temido, diciéndose "se me pasará en unos minutos" esto lo tiene que repetir cuando esta cerca del objeto fóbico.

>> Practicar al menos una hora cada día hasta que el paciente ya no sienta miedo.<sup>70</sup>

>> El odontólogo, orientara a la persona proporcionando, información básica de la fobia, al manifestarse en el consultorio dental.

---

<sup>69</sup> CIE 10. Op. Cit. pag 34

<sup>70</sup> CIE 10. Op. Cit. pag. 33

>> Recomendaciones para el tratamiento.

El cirujano deberá explicar al niño del plan de tratamiento con términos apropiados a su etapa de desarrollo y a los padres también decirles en que consiste el tratamiento dental ya que debe tener detalles concretos del procedimiento, por ejemplo, como se aplica la anestesia , que el dolor es solo una molestia, etc.

>> Durante las visitas, se tiene que estimular al niño para que haga preguntas a cerca del procedimiento dental.<sup>71</sup>

En este artículo nos habla de una fobia dental en un paciente adolescente, en el cual el miedo es una barrera mayor ante el tratamiento dental, por muy simple que sea el procedimiento, con el cual el adolescente mostró una intolerancia al tratamiento, por lo que el odontólogo identifico la fobia del niño ante los estímulos dentales.

En este caso se menciona el uso de estrategias de relajación para disminuir la ansiedad y el temor, y graduando las exposiciones del objeto fóbico, otro método consiste en la sedación inhalada, con ayuda de un anestesiólogo durante el tratamiento; este artículo donde Levitt; J; Megadric. p. utiliza la sedación como recurso en el tratamiento con niños con fobia<sup>72</sup>.

Girdler.Nm, menciona que controló pacientes con sedación en las fobias, y al mismo tiempo evaluando este tipo de pacientes al usar (randomised) en el procedimiento dental; Al igual que 18 personas fueron evaluadas clínicamente en la cual cada persona recibió dos sesiones con el fármaco durante la consulta dental, esta sedación se dio de forma profiláctica en un 29.8% antes de la terapia. El paciente presenta un nivel de sedación ligero" y el grado de satisfacción del operador era más alto (.....) y el control de sedación en el paciente<sup>73</sup>; Producía un gran reducción en la ansiedad dental y general con dosificación profiláctica menor.

---

<sup>71</sup> Remedios; Ib, pag 30 .

<sup>72</sup> Spence SH; Habilidades sociales, y rasgos cognoscitivos de la niñez. Periodico de Psicología Anormal; 108, 1999.

<sup>73</sup> OP. Cit.

Con todos estos métodos el Cirujano dentista puede obtener mejores resultados en la consulta dental, y teniendo cierta relación con el psicólogo del niño, para que nos ayude a reconocer la fobia y la ansiedad en el niño durante la sesión dental, en segundo lugar nos podemos dar cuenta de la relación padre- hijo. En tercer lugar cuando hay aislamiento interno del niño y la relaciona con la fobia social.<sup>74</sup>

Para terminar, se debe tener en cuenta que los niños y los padres obtienen información de las diferentes experiencias del tratamiento dental. Ya que en los niños pequeños su temor es hacia el dolor corporal el cual ellos no lo pueden modificar que en parte de su naturaleza.

Wolfer y Visintainer<sup>75</sup> descubrieron que los niños más pequeños no controlan la sensación de dolor, por presentan una mala interpretación del sufrimiento, culpando a sus padres de no rescatarlos de una experiencia que los asusta.

---

<sup>74</sup> Remedios; Ib.161.

<sup>75</sup> Leonardo B Kaban , " Cirujía bucal y Maxilo Facial. en niños", editorial pag 25 a 27

## Diagnóstico diferencial

<p>Trastorno de ansiedad de separación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedad propia de la etapa de desarrollo.</li><li>- Rechazo o fobia escolar.</li><li>- Trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preocupaciones al padecer enfermedades médicas.</li><li>- Otros trastornos mentales.</li></ul>
<p>Trastorno de ansiedad generalizada</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Trastorno por estrés postraumático.</li><li>- Trastorno adaptativo con ansiedad.</li><li>- Trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos.</li><li>- Anorexia nerviosa.</li><li>- Hipocondría.</li></ul>	<p>Trastornos de angustia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fobia específica de tipo situacional.</li><li>- Fobia social.</li><li>- Otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo.</li></ul>
<p>Fobias</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Miedos.</li><li>- Trastorno de ansiedad de separación.</li><li>- Hipocondría.</li><li>- Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.</li><li>- Trastorno de angustia con agorafobia.</li><li>- Trastorno por estrés postraumático.</li><li>- Trastorno generalizado del desarrollo y trastorno esquizoide de la personalidad.</li><li>- Trastorno de la personalidad por evitación.</li></ul>	<p>Trastorno obsesivo-compulsivo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Depresión mayor.</li><li>- Fobias.</li><li>- Trastorno de ansiedad generalizada.</li><li>- Hipocondría</li><li>- Trastorno cambiante o trastorno psicótico no especificado.</li><li>- Tics y trastorno de movimientos estereotipados.</li><li>- Trastornos alimentarios, parafilias, juego patológico o abuso de sustancias.</li><li>- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.</li><li>- Supersticiones y comportamientos repetitivos de comprobación.</li></ul>

## Trastornos de ansiedad

Trastorno		Característica
Ansiedad por separación		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad ante la anticipación o separación real de las personas vinculadas.</li> <li>- Presencia de las fobias específicas relacionadas con objetos, situaciones o personas que puedan suponer una amenaza para la familia. (ladrones)</li> <li>- Evitación de situaciones que supongan una separación (Ej: colegio, jugar con amigos).</li> </ul>
Ansiedad generalizada		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (por ejemplo. Rendimiento escolar).</li> </ul>
Fobias	Fobia específica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad ante presencia o anticipación de un estímulo concreto.</li> <li>- Evitación o resistencia con malestar clínico.</li> </ul>
	Fobia Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad ante presencia o anticipación de un estímulo concreto.</li> </ul>
	Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad en lugares o situaciones de los que es difícil escapar o en los cuales, si aparece una crisis de angustia o síntomas de angustia, puede no disponerse de ayuda.</li> <li>- Evitación o resistencia con malestar clínico.</li> </ul>
Trastorno de angustia	Sin agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisis de angustia.</li> <li>- Miedo a sufrir otra crisis.</li> <li>- Ausencia de agorafobia.</li> </ul>
	Con agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisis de angustia.</li> <li>- Miedo a sufrir otra crisis.</li> <li>- Ausencia de agorafobia.</li> </ul>
Trastorno obsesivo - compulsivo.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de obsesiones o compulsiones.</li> <li>- Evitación de las obsesiones.</li> </ul>
Trastorno por estrés	Agudo Postraumático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición a acontecimiento traumático.</li> <li>- Reexperimentación persistente.</li> <li>- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma.</li> </ul>
De ansiedad debido a enfermedad médica		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La ansiedad, las crisis de angustia o las obsesiones-compulsiones son consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica-</li> </ul>
De ansiedad inducido por sustancias		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La ansiedad, las crisis de angustia o las obsesiones-compulsiones son consecuencia fisiológica directa de la ingestión de sustancias.</li> </ul>

## "ESCALA DE AUTO EVALUACIÓN DE SHEEHAN"

Nos muestra una serie de síntomas que pueden desarrollarse ante el tratamiento dental.

INSTRUCCIONES: Marcar el número de cada pregunta, describiendo de como se siente usted en este momento.

0= En absoluto 1= Un poco 2= Moderado 3= Bastante 4= Extremadamente

### PREGUNTAS

76

1.	Boca más seca de lo usual	( )
2.	Apurado, preocupado	( )
3.	Nervioso, inquieto, ansioso, intranquilo	( )
4.	Temeroso, miedoso	( )
5.	Tenso	( )
6.	Temblores internos o externos	( )
7.	Sensación de aleteo en el estómago	( )
8.	Sensación de calor	( )
9.	Palmas de las manos sudorosas	( )
10.	Que el corazón presente latidos rápidos o fuertes	( )
11.	Temblor de manos o piernas	( )

## CONCLUSIONES

Las fobias son un trastorno que presentan en niños a partir de los 10 años, adolescentes y adultos, lo que constituye un factor de temor y ansiedad que impide de cierta forma el tratamiento bucal en los infantes.

Presenta síntomas de temor ante los diferentes trastornos de ansiedad por que desencadenan cierto temor y pánico a un objeto o situación por el cual pasan los niños antes de adquirir la fobia, ya que esta se presenta por las malas experiencias en la consulta y comentarios desagradables de los mismos familiares que han tenido con tacto con el odontólogo.

Los trastornos de ansiedad son similares a los niños, como ya hemos mencionado anteriormente, se pueden diagnosticar por medio del SMD-IV y el CIE-10, nos permite conocer los diferentes síntomas y como remitirlo ante un terapeuta.

Como cirujanos dentista de práctica general debemos de tener el conocimiento básico referente al trastorno fóbico que presenta el niño en ese momento para brindarle una mejor atención bucal, para que el niño supere esa etapa de temor, brindándole información a los padres referente al trastorno al que nos refiere el infante y que realicen consultas interdisciplinarias con el Psicólogo con el cual nosotros deberemos estar en contacto para conocer las terapias aplicadas. Brindando una tranquilidad en el Futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuria Guerra; J.;Alfredo.Rejo. "Manual de Psiquiatria infantil",3°.Ed;Mansson, S:A Barcelo,1983.

Ajuria guerra; J.;Marcelli. D.;"Manual de Psicopatología del niño",2°.Ed. Mansson, S,A. Barcelona, 1997.

A.Peña del Agua.Psicología, escolar oviedo. La importancia de los tratamientos en la reducción de los miedos y las fobias infantiles: Rev. De Psicología general yaplicaciones; 1994, 47(3),321-351

Andrew. Guuthrie. DDS; Separation anxiety and overview, Scientific. Arrticle.

Berge. Ten. M. Veekamp; J,Hooggstraten. J. Prins. PJM: Bhevioural and emotional problems in children refered to a center for special dental care. Community Dent Oral Epidemiol,1999; 27:181-6.

Bregman.E.O:A,An attempt, to modify y the emotional, attitud ot modify by the conditioned technique. Jourand of genetic Psychology,1934,45,169.

Buchhanan H. Niven. H; Validation,of a facial image.Scale to ases child dental anxiety, int J. Peditry, dent, 2002; Jun;12,(1), 47-52.

Busch, C.J.(1979).Preporing very frightened. Children for dental tratamiento. Un publish ed m. Phil.Thesis, institute of PPsychiatry, Unversyty of London.

D.Marcelli, J: de Ajuria Guerra;Manual de Psicopatología del niño.3º;Ed.:Mansson, pp. 334-335.

Dewit,D.J. Macdonalk. Offord. La enfatiza la niñez y síntomas de dependencia de la droga en adolescencia y madurez temprana y la fobia social como un mediador.1999.

Fernando. Páez. Agraz, Diagnóstico Diferencial de los Trastornos de Ansiedad.Rocha.Mexico.1948-1998.

Greist. J:H. THE Diagnosis of social phofia. J.clin Psychiatry ,56( 5) 1995.

Jaime Rodriguez Sacristán. Psicopatologia del niño y del adolescente,. VOL. 1. E.d. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. S.A.Manuales 1995.

Jimmy. R. Pinkkhan, BS; ,MS; Behavior Linguistic Maturty as a Determinant of chid Patient, behavior in the dental office.Juornal of dentistry for children.322,1997.

J.Keywords, Dental Anxiety, temporamet,Anxyety in the child dental clinic.

J. Mark. C, Willims. Johnj. Murray chadesa y Wautores, Jchid pscology, Anxya en childred. vo, 26, pp305, 19885,Graner Britan.

Locrek D. Paullton R. Thomson. Psychological Disorders and dental anxiety in young adult population. Community, Dental Oral Epidemiol, 2001; 29; 456-63

Luiz María Sollo a García .Etiología, características diagnóstico y tratamiento, 1°  
:Ed.Mansson.pp334-335.

Luiz Rreyinaldo de Figueiredo Walter, Antonio. Ferrelle.Myaki. Issao Cen  
memoria. Odontología para bebé odonto pediatria desde el nacimiento hasta los 3  
años .1°. Ed Actitudes. México Odontológicas Latinoamericanas, S.A . año 2000.

Marco Antonio, López .B. Experiencias clínicas en Ansiedad. Rivotrol  
Roche.Asociación .Psiquiátrica. Mexicana. Pp44.

Manuel.Valdez. M;Pierre pichot.: Juan López .Manual de diagnóstico y estadístico  
de los trastornos Mentales. DSM IV; Ed. Masson, S.A. México, 1996.

Marcelli, D Brancannier, A.; Psicopatología del Adolescente, Ed. Mansson ,S:A  
Barcelona. 1986.

Milton. J.E. Senn. M.M.Trastornos de la conducta y del desarrollo en el niño. 1°.  
Ed. Pediatri (JIMS).S.A. Barcelona-España, 1977.

Organización Mundial de la Salud (OMS); CIE 10, Trastornos Mentales y del  
Comportamiento; Laboratorios. Mortin. S.A. 1996.

OMS,(1996). Clasificación de los trastornos Mentales y la ansiedad. Comparados con el CIE 10, Ed. Madrid Meditor.

Raúl García Luna.; Adios a las fobias; Conozca Más. Vol. 42. 1994, pp10- 16.

Remedios González Barón; Psicopatología del niño y Adolescente.;Ed. Pirámide. México.S. A. 19998-200. pp157-198.

Rod More. Brrrrodddsgoarrddd I. Dentitis Perceived Etrss adn its relation to perception About anxiiuos patients, Comunity Dent Oral Epidemiol,2001, 29; 73-80.

Sari, Jorge, com. Horold F. y Autores. Sinopsis de Psiquiatría ,ciencias de la conducta Psoquiátrica clínica. Ed. Panamericana

Thomas H. Ollendick. Hersen Miiichel. Psicopatologia infantil. Revisión de la versión castellana. Ed. Martínez Roca. 1986.