



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES POR PÉRDIDA  
DE PADRE/MADRE Y SU CAMBIO DE CONDUCTA EN  
LA CONSULTA DENTAL.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

VIVIANA ANDREA LAZCANO ALMARAZ

TUTORA: Mtra. ALEJANDRA GREENHAM GONZÁLEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Agradezco a Dios por haberme permitido terminar esta meta, a mi mamá por siempre estar presente, por acompañarme en todo momento y por mostrar apoyo incondicional.

A mi papá por nunca dejarme sola, por motivarme a seguir, ya que sin él no hubiera podido cumplir este sueño.

A mi hermano por todas las veces que me ayudó en mis prácticas a pesar de que le causaran molestia o asco.

A mis pacientes, ya que confiaron en mí en este proceso de aprendizaje.

A mi tutora, la Mtra. Alejandra Greenham González por todo el apoyo que me brindó durante la elaboración de este trabajo.

Dedico este trabajo principalmente a mi padre Marcelo Lazcano Vázquez, a mi madre Rosalía Almaraz Trejo, a mi hermano Gerardo Lazcano Almaraz, a mis tíos Mariano y Dolores, a Grisel, a mi abuelita Bertha por todo su amor, por siempre estar conmigo, por motivarme a seguir adelante, por siempre creer en mí y apoyarme en todo momento.

Y a mi abuelito Julián que sé que estaría muy orgulloso de mí, te lo prometí y lo cumplí, un beso y un abrazo hasta el cielo.

¡Muchas gracias!

Los amo.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>1. DUELO: ENFRENTAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO</b>	<b>7</b>
<b>1.1 ETAPAS DEL DUELO</b>	<b>7</b>
<b>1.1.1 NEGACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>1.1.2 IRA</b>	<b>8</b>
<b>1.1.3 NEGOCIACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>1.1.4 DEPRESIÓN</b>	<b>9</b>
<b>1.1.5 ACEPTACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>1.2 DUELO PATOLÓGICO</b>	<b>11</b>
<b>2. ETAPAS DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>	<b>13</b>
<b>2.1 CONCEPTO DE MUERTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1 PERÍODO SENSORIO-MOTRIZ: HASTA LOS 2 AÑOS</b>	<b>14</b>
<b>2.1.2 PERÍODO PRE-OPERACIONAL: DE LOS 3 A LOS 6 AÑOS</b>	<b>15</b>
<b>2.1.3 PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS: DE LOS 7 A LOS 10-11 AÑOS</b>	<b>16</b>
<b>2.2 PROTESTA, DESESPERANZA Y RUPTURA DE VÍNCULO</b>	<b>17</b>
<b>2.2.1 MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL DUELO SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE</b>	<b>18</b>
<b>3. DUELO EN LA CONSULTA DENTAL</b>	<b>20</b>
<b>3.1 CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA DENTAL</b>	<b>21</b>
<b>4. AFECTACIONES DEL DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y SU REPERCUSIÓN EN LA CONSULTA DENTAL</b>	<b>26</b>
<b>4.1 DEPRESIÓN Y DESINTERÉS</b>	<b>26</b>
<b>4.2 AGRESIVIDAD</b>	<b>27</b>

<b>4.3 MIEDO</b>	<b>28</b>
<b>4.4 BAJA AUTOESTIMA</b>	<b>29</b>
<b>5. TÉCNICAS PARA MANEJAR LAS EMOCIONES QUE PRESENTAN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ESTÁN PASANDO POR UNA ETAPA DE DUELO</b>	<b>31</b>
<b>5.1 MANEJO DE CONDUCTA</b>	<b>32</b>
<b>5.1.1 DECIR, MOSTRAR Y HACER</b>	<b>32</b>
<b>5.1.2 DESENSIBILIZACIÓN</b>	<b>33</b>
<b>5.1.3 TÉCNICAS ALTERNATIVAS (AROMATERAPIA Y MUSICOTERAPIA)</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>37</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>39</b>

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas en algún momento de su vida han sufrido la pérdida de un familiar cercano. El duelo es un proceso que ayuda a sanar. Para poder superar la pérdida, la persona debe pasar por distintas fases que ayudarán a asimilar su nueva realidad.

Estas fases son: Negación, donde la persona piensa que no puede estar pasando eso, que su familiar no ha fallecido, que todo es una pesadilla. Después, tenemos la etapa de ira, donde la persona se enoja con todos los que lo rodean incluso, se puede enojar con él mismo, aquí se pregunta si podría haber hecho algo por su familiar o si por lo menos hubiera estado con él/ella, todo sería diferente, para poder pasar a la siguiente etapa, el afectado debe aceptar que está enojado. Después de aceptarlo, pasa a la etapa de negociación, donde fantasea con la idea de que todo vuelva a ser como antes, el estar pensando constantemente en qué pasaría si no se hubiera muerto lo lleva a una etapa de depresión donde entra en una tristeza profunda por la pérdida del ser querido, se da cuenta de su nueva realidad y cuando esto pasa, ingresa a la última etapa del duelo, la aceptación.

El duelo en los niños es un poco más complicado, ya que no tienen la suficiente maduración cognitiva para entender lo que está pasando. En niños es difícil identificar el duelo, pasan por etapas diferentes a la de los adultos donde cambian completamente su conducta. La primera etapa es la protesta, en la que los niños pueden presentar un llanto desconsolado debido a que quieren que la persona finada esté con ellos, después pasan a un estado de desesperanza donde se dan cuenta que esa persona ya no volverá, con el paso del tiempo pasan a la etapa de ruptura de vínculo, donde presta más atención a los que lo rodean y a su realidad.

Cuando el duelo no se acepta o no se rompe el vínculo, pasa a ser un duelo patológico, en el que se tiene que poner mucha atención para evitar pensamientos suicidas o conductas negativas.

Las emociones que comúnmente presentan los niños después de la pérdida de algún familiar cercano son miedo, ansiedad, depresión y pueden tener conductas agresivas dependiendo de la etapa de duelo en la que se encuentren.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal. Estas condiciones están relacionadas con algunas de las situaciones que padecen los niños y adolescentes que pasan por una etapa de duelo. La depresión está vinculada con la falta de interés en las actividades cotidianas, por lo que es común que los pacientes no se cepillen, al no tener una buena higiene bucodental el paciente tiene una mayor retención de biofilm dental, lo que trae por consecuencia la presencia de gingivitis.

Durante el desarrollo de este trabajo se hablará de las condiciones más frecuentes que presentan los niños o adolescentes que perdieron a un padre/madre y su repercusión en la conducta al estar en el consultorio dental.

El objetivo de este trabajo es que el odontólogo identifique las etapas de duelo en niños y adolescentes, las reacciones comunes en pacientes pediátricos después de la pérdida de un padre/madre, para así llevar a cabo una buena consulta dental y en caso de ser necesario identificar conductas negativas para realizar interconsultas con el psicólogo.

# **1. DUELO: ENFRENTAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO**

La mayoría de las personas en algún momento han sufrido por el fallecimiento de un ser querido, en ese instante, al afectado lo invade la sensación de tristeza, miedo, dolor e incluso ira. Sin embargo, el proceso de duelo ayuda a sanar.

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento simbólico, que se manifiesta en una reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Dicho proceso se compone de elementos psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la magnitud de la pérdida. Esta reacción natural, suele considerarse sólo para los eventos de una pérdida humana; sin embargo algunos otros episodios pueden tener la misma intensidad.

Se trata de un proceso personal, estresante, doloroso y frustrante al que el individuo se tiene que adaptar. Como en todo, cada persona vive su duelo en distinto tiempo y forma; para esto, se tiene que experimentar cinco etapas en las que la persona aprenderá a manejar y aceptar la pérdida. <sup>1</sup>

## **1.1 ETAPAS DEL DUELO**

Para adaptarse a este cambio, el sujeto debe enfrentar desde las famosas frases de “¿por qué me tuvo que pasar esto a mí?”, “no es justo”, “no puede ser” hasta el momento en el que se da cuenta de que un ser querido ya no está y lo acepta. <sup>2</sup>

La teoría más popular que describe el proceso de duelo por la muerte de un ser querido es la que propone Elizabeth Kübler. Esta teoría explica que todo ser humano pasa por etapas de readaptación psicológica antes de admitir una pérdida en su vida.

Es importante señalar, que estas etapas no necesariamente son obligatorias. Cada persona vive su duelo de manera distinta. No todo el mundo desarrolla estas fases en la misma dirección, con la misma intensidad y en el mismo orden. <sup>2</sup>

### **1.1.1 NEGACIÓN**

La primera etapa del duelo se produce inmediatamente después de la pérdida. La negación se define por la sensación de incredulidad: no creemos lo que está sucediendo o va a suceder. En esta fase, la persona trata de decirle a la realidad que espere, que todavía no está preparado para una pérdida. <sup>3</sup>

El impacto de la noticia es tan fuerte que deja de escuchar, de entender, de pensar. Aunque en ocasiones esta fase del duelo implica estrictamente la negación de la pérdida, esto no siempre sucede, sino que puede manifestarse de un modo más difuso o abstracto. Es decir, el sujeto puede negar la importancia de la pérdida o bien, entrar en un estado de shock en el que no puede asimilar lo que está pasando. <sup>2</sup>

### **1.1.2 IRA**

En la siguiente etapa la persona empieza a tener sentimientos de frustración e impotencia, comienza a cuestionarse si podría haber hecho algo por la persona fallecida. Estos sentimientos llevan al sujeto a sentir enojo. <sup>3</sup>

La ira es una reacción natural ante el cambio. Hay que gestionarla, no pararla ni olvidarnos de ella o asumir que genera en violencia.

Durante esta etapa las personas buscan atribuir la culpa de la pérdida a algo externo o incluso pueden atribuírsela a sí mismo, con pensamientos como: “si yo hubiera estado, si yo hubiera hecho...” En este momento se estará buscando el factor causante de la pérdida. Para poder superar la ira, el individuo debe reconocer que está enojado, frustrado, estresado y triste, al aceptarlo, la persona pasará a la etapa de negociación. <sup>2</sup>

### **1.1.3 NEGOCIACIÓN**

En la negociación, el sujeto guarda la esperanza de que todo continúe igual, que las cosas no cambien. Es el momento en el que la persona fantasea con la idea de volver el tiempo atrás, para así haber hecho algo más por la persona finada. <sup>2</sup>

Incluso se puede llegar a pactar con quien haga falta hasta incluso con Dios prometiendo lo que sea necesario. La frase que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido si...?” la persona se queda pensando en el pasado para intentar sanar la herida mientras piensa en lo diferente o maravilloso que sería todo si el ser querido o la pérdida no hubiese pasado. <sup>4</sup>

### **1.1.4 DEPRESIÓN**

Es la etapa en la que el sujeto entra en una profunda tristeza, se da cuenta de su nueva realidad y de que la pérdida es verdadera, expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos. <sup>2</sup>

El perder a un ser querido, una pérdida significativa, o de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido, al menos durante un tiempo. <sup>2</sup>

Es importante que la persona viva esta etapa, a pesar de que el individuo no acepta la presencia o ayuda de sus familiares, es indispensable que ellos sean constantes en la muestra de apoyo, frecuentemente, el afectado dirá frases como “no seré feliz nunca”, “no encontraré a nadie igual” o “ya no volverá”, es una manera de enfrentar su dolor. <sup>2,4</sup>

### **1.1.5 ACEPTACIÓN**

Después de pasar por las etapas anteriores llegamos a la aceptación, la persona se da cuenta de su nueva realidad, no es fácil olvidar lo que ha pasado, pero si se puede sobrellevar la situación y adaptarse a estos cambios.

Durante esta etapa comienza el estado de calma asociado a la comprensión de la muerte o las pérdidas como parte natural de la vida humana. En esta fase la persona ya no busca culpables, reconoce que la situación en la que su familiar ya no está presente físicamente debe ser aceptada. Kübler señala que la fase de aceptación no debe confundirse con una resignación ante la pérdida o alcanzar un estado de felicidad.

El sujeto aprende a vivir con la pérdida, poco a poco irá manejando sus sentimientos y por lo tanto, comprende que esta nueva realidad se vivirá sin su familiar. <sup>2,3</sup>

## 1.2 DUELO PATOLÓGICO

Como se describió anteriormente, el duelo es una reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido. El duelo complicado o patológico es un comportamiento en el que la persona presenta signos y síntomas distintos a los del duelo normal. Normalmente estos son de mayor duración y gravedad luego de una determinada pérdida. <sup>5</sup> (Tabla 1)

DUELO NORMAL	DUELO PATOLÓGICO
Momento de aparición	
A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado) No aparición del duelo (negación del duelo)
Intensidad	
Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
Características	
Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización)	Negar la muerte del fallecido, creer que vive
Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias)	Creer que se es el fallecido
Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea Reconoce que no es real	Alucinaciones complejas y estructuradas
Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación)	Creer que se va a morir de la misma enfermedad. Acudir continuamente al médico por esa causa
Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal, etc.)	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementero diariamente).

**Tabla 1.** Cuadro comparativo duelo normal y patológico. <sup>6</sup>

El duelo complicado o patológico se puede presentar de cuatro maneras:

1. Duelo crónico: Tiene duración prolongada, la persona que lo sufre sabe que no puede terminar su duelo. Nunca se llega a una conclusión satisfactoria del duelo.
2. Duelo retrasado: El afectado niega el fallecimiento con la esperanza de que la persona regrese. Al estar en una etapa de negación, puede no mostrar sus emociones por aparentar ser fuerte por alguien más o por algo, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase (negación).
3. Duelo exagerado: La persona sufre de manera excesiva las etapas de un duelo normal, cambia completamente su conducta, puede comenzar a beber de manera descontrolada, sufrir de ataques de pánico, ansiedad o depresión.
4. Duelo enmascarado: Comienzan a aparecer signos y síntomas físicos y de conducta desadaptativa resultado de enfermedades psicosomáticas (depresión inexplicable, ansiedad, estrés, hiperactividad, etc.). La persona no se da cuenta que es producto del duelo.<sup>6,7</sup>

El duelo en los niños puede ser un proceso complejo, puesto que, este concepto está en función de su edad, los niños entenderán la muerte de forma diferente, el significado de muerte cambia con el desarrollo cognitivo. La muerte es universal y cada individuo debe enfrentarla, esto es entendible para los adultos, sin embargo, para los niños es complicado comprender y sobre todo explicar.<sup>8</sup>

## **2. ETAPAS DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Perder a un ser querido es un golpe fuerte para todos, en ocasiones, se piensa que los niños no perciben el hecho de que un familiar falleció. Los adultos tratan de evitar el dolor en los niños y prefieren no decirles lo que está sucediendo.

Los niños pasan por tres fases de duelo en las que protestaran por la pérdida del ser querido hasta el momento en el que logran romper el vínculo con esa persona. Para poder abordar las fases del duelo es necesario saber el concepto de muerte en los niños y adolescentes.<sup>7</sup>

### **2.1 CONCEPTO DE MUERTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Conforme los niños van creciendo el desarrollo cognitivo va aumentando. Jean Piaget planteó que el desarrollo cognitivo comienza desde el nacimiento, y que era una combinación entre factores ambientales y los procesos de maduración biológica.

Por lo tanto, el concepto de muerte no es el mismo en un niño de 3 años, a un niño de 5 o 6 años, incluso es completamente diferente a la idea que tiene un adolescente.<sup>8</sup>

Para poder entender el significado de la muerte, los niños y adolescentes deben asimilar cuatro conceptos; conforme van creciendo comprenderán el concepto de muerte con mayor facilidad.<sup>9</sup>

Los conceptos que los niños deben comprender son:

- La muerte es universal, todos los seres vivos mueren.
- Es irreversible, una vez que sucede no se puede volver a vivir. La muerte es un estado permanente, no temporal.
- Es absoluta, todas las funciones vitales dejan de realizarse, el cuerpo deja de sentir.
- La muerte se debe a una causa física, y no son los pensamientos, o las emociones de odio, desagrado, ira, etc. lo que han hecho que alguien muera. Esto es importante para evitar sentimientos de culpa ya que en ocasiones los niños y más común los adolescentes pueden tener pensamientos de muerte cuando pelean con sus padres, en el caso de los niños, desean que alguien desaparezca o que ya no esté, si no se deja claro este concepto, pueden pensar que ellos causaron la muerte de su familiar.<sup>9, 10</sup>

### **2.1.1 PERÍODO SENSORIO-MOTRIZ: HASTA LOS 2 AÑOS**

En esta primera etapa no se comprende el concepto de muerte, ésta es solo una palabra. Alrededor de los 6-8 meses empieza a surgir la permanencia del objeto, esto se refiere a que los bebés saben que una persona u objeto existe a pesar de que no los vean físicamente, no los escuchen o los toquen.

Los bebés son capaces de notar la ausencia de una figura de apego y es una condición necesaria para poder entender el significado de la muerte.<sup>9</sup>

A los dos años de edad, hay un avance en el desarrollo cognitivo, los niños comienzan a relacionar objetos, entienden la información que

adquieren a través de los sentidos, inician la interacción con las personas que los rodean, ya que el lenguaje se va desarrollando durante esta etapa. <sup>10</sup>

Los niños preguntan constantemente dónde está la persona fallecida, pueden percibir las emociones de su entorno familiar y sobre todo del cuidador. <sup>9, 10</sup>

Si el estado de ánimo de las personas que lo rodean es negativo, el niño vive con más intensidad la pérdida, ante el dolor, se pueden volver apáticos y presentar alteraciones somáticas. <sup>9, 10, 11</sup>

### **2.1.2 PERÍODO PRE-OPERACIONAL: DE LOS 3 A LOS 6 AÑOS**

Durante esta etapa los niños adquieren las funciones simbólicas, es decir, el niño tiene la capacidad de crear imágenes de objetos o experiencias diarias en su mente, su inteligencia es intuitiva y predomina el pensamiento mágico. En este momento es cuando comienza la idea de la muerte, pero como un fenómeno reversible o temporal, por eso pueden pensar que la muerte es una enfermedad que se contagia, o que ellos pueden causar a través de sus pensamientos.

Los tres conceptos restantes (temporalidad, reversibilidad y fin de las funciones vitales), todavía están en construcción en este momento evolutivo. Los niños creen que una persona que ha muerto, puede despertar o volver en cualquier momento, o que está de viaje en algún otro lugar y aún puede sentir. <sup>9, 10, 11</sup>

El concepto de universalidad tampoco lo tienen asumido, ya que no consideran que ellos o sus figuras más cercanas puedan llegar a morir. Entre los 5 y 6 años, van teniendo la idea de que la muerte es algo irreversible,

aunque todavía no son capaces de entender del todo que una persona que muere no puede volver otra vez.<sup>9</sup>

### **2.1.3 PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS: DE LOS 7 A LOS 10-11 AÑOS**

A los 8-9 años de edad, los niños ya comprenden que la muerte es un evento irreversible y definitivo. En este momento también empiezan a entender que la muerte les puede suceder a ellos.<sup>9, 10</sup>

Aparece el concepto de universalidad; esto puede hacer que pasen a preocuparse más por la seguridad de sus familiares o por ellos mismos. Continúa la creencia de que ellos pueden causar una muerte a través de sus pensamientos o de sus actos, pudiendo surgir sentimientos de culpa; y pueden presentar tanto miedo hacia la muerte como curiosidad por ella, siendo frecuente en esta etapa que hagan muchas preguntas relativas al tema.

Aproximadamente a los 11 años, se asimila que la muerte implica el fin de las funciones vitales, y dejan de preocuparse por cómo estará la persona fallecida en ese otro lugar en el que creían que estaba. Por lo tanto, en esta etapa es donde realmente se comprenden los conceptos de universalidad, irreversibilidad, fin de las funciones vitales y que la muerte es por una causa física.<sup>9, 10, 11</sup> (Tabla 2)

Comprendido el concepto de muerte, el niño o adolescente experimenta tres etapas de duelo<sup>9</sup> que se describirán a continuación.

Concepto de muerte	
Preescolar (2 a 5 años)	<p>Pensamiento preoperacional, concreto y literal. Puede personalizar la muerte.</p> <p>Considera la muerte como temporal, reversible y de causa externa.</p> <p>Egocentrismo mágico: todo lo que acontece tiene relación con él mismo, riesgo de considerar la muerte como un castigo. Confunde deseos y pensamientos con eventos.</p> <p>Preguntas muy concretas y repetitivas. Quiere la misma respuesta.</p> <p>Explicar la muerte como no-funcionalidad. Alejada de la realidad cotidiana, y de lo que ve o toca, pero no puede entender todavía el no-lugar o el cambio de estado.</p> <p>Evitar simbolos o metáforas. Las entiende literalmente.</p> <p>Los cuentos pueden ayudar.</p>
Escolar (6 a 11 años)	<p>Pensamiento preoperacional tardío y operacional concreto. Inicia la comprensión del no retorno, la universalidad y la causalidad (puede empezar a entender causa-efecto).</p> <p>Mucha curiosidad por temas relacionados con la muerte y el morir. Si los dejamos, preguntan mucho.</p> <p>Empieza a aparecer el miedo a que mueran los padres o uno mismo..</p> <p>Iniciar simbolización y abstracción: podemos introducir el cambio de estado.</p>
Adolescencia	<p>Etapa identitaria en la que se mezclan factores de desarrollo físico y fisiológico, así como desarrollo cognitivo (la adquisición del pensamiento formal y social), y la búsqueda del rol.</p> <p>Se empieza a plantear la muerte de forma abstracta y existencial.</p> <p>Se cuestiona las explicaciones recibidas. Necesita ser escuchado y entendido.</p> <p>Ayudarán las lecturas, poesía, música... etc.</p>

**Tabla 2.** Resumen del concepto de muerte en el niño según las etapas evolutivas<sup>11</sup>

## 2.2 PROTESTA, DESESPERANZA Y RUPTURA DE VÍNCULO

El proceso de duelo que viven los niños y adolescentes es parecido al de los adultos, sin embargo Ordóñez y Lacasta (2007), dan 3 fases en concreto:

- Protesta: el niño o niña llora desconsoladamente porque extraña a la persona fallecida y quiere que vuelva.<sup>9, 12</sup>

- Desesperanza: el llanto es intermitente y el niño o niña va perdiendo la esperanza de que esa persona vuelva.
- Ruptura de vínculo: empieza a prestar atención a la vida que le rodea y, por tanto, rompe el vínculo emocional con la persona que ya no está.<sup>9, 12</sup>

### **2.2.1 MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL DUELO SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE**

El duelo en los niños es complicado de identificar, las manifestaciones son más variadas que en el adulto y no siempre son directas. Con mucha frecuencia los niños se encuentran en etapas de normalidad con momentos de mucha desesperanza, generalmente expresan el duelo de forma conductual.

Ordóñez y Lacasta (2007) mencionan algunas manifestaciones del duelo típicas en los niños, como lo son la conmoción y confusión al haber perdido a la persona amada, cierta ira por haber sido “abandonados”, aspecto que suele estar presente en juegos violentos, pesadillas y enfado hacia otros miembros de la familia, miedo a perder el progenitor que sigue vivo o ser abandonado por éste, el niño puede presentar regresión a etapas anteriores. La regresión es un mecanismo de defensa psicológica en la que el niño adopta comportamientos de etapas anteriores, por ejemplo, hacerse del baño en la cama, balbucear o hablar de manera infantil, etc.<sup>11, 13</sup>

Pueden tener pensamientos de culpa por la creencia de haber causado la muerte del ser querido o por haberlo deseado alguna vez, así como también la gran tristeza por la pérdida (se suele manifestar a través de insomnio, miedo a la soledad, falta de interés y dificultades en el rendimiento escolar). En la Tabla 3 se desarrollan las manifestaciones del duelo

dependiendo de la edad del niño, mencionando algunos signos de alerta, los cuales deben ser tratados para evitar malas experiencias o accidentes. <sup>11, 13</sup>

Manifestaciones del duelo	
Preescolar (2 a 5 años)	<p>Duelo normal Inicialmente no suelen mostrar ninguna reacción (no comprensión), pueden mantener la capacidad de jugar y reír en momentos de desesperación.</p> <p>Puede haber regresiones y pérdidas de capacidades ya adquiridas (enuresis nocturna, chupar el pulgar...).</p> <p>Dificultad para comprender la irreversibilidad y permanencia. Puede seguir preguntando repetidamente, durante meses, cuándo volverá la persona muerta.</p> <p>Puede sentirse asustado por las reacciones de duelo del entorno. Aumentan los miedos en general.</p> <p>Deseo de reemplazo preguntar a mamá por qué no busca otro papa, otro hermanito ...</p> <p>Signos de alerta</p> <p>Ansiedad de separación persistente después de volver a la rutina. Persistencia de comportamientos regresivos superior a los 6 meses.</p>
Escolar (6 a 11 años)	<p>Duelo normal Las manifestaciones más frecuentes son la tristeza y el llanto, pero no siempre aparecen. Muchas veces se esconden para llorar.</p> <p>Aumentan ansiedades, con miedos o preocupaciones excesivas.</p> <p>La culpa puede estar asociada a eventos reales magnificados, en remordimientos por no haber hecho o dicho algo</p> <p>Es frecuente que aparezcan dificultades de comportamiento o conducta en la escuela, en casa, en grupos de amigos o en actividades que realizaban con frecuencia. A veces cuesta identificarlas como manifestaciones de duelo.</p> <p>Déficit de atención, el rendimiento escolar a menudo disminuye.</p> <p>Pueden aparecer síntomas somáticos: dolor de cabeza, de estómago, astenia.</p> <p>Pueden percibir la presencia de la persona muerta.</p> <p>Signos de alerta</p> <p>Persistencia de bajo rendimiento escolar alteraciones conductuales</p>

	graves, ansiedad persistente, deseo reiterado de reunirse con la persona muerta, adoptar el comportamiento y vestimenta del difunto.
Adolescencia	<p>Duelo normal</p> <p>Sentimientos de tristeza, rabia, culpa y miedos más similares a los adultos, pero con más dificultades para expresarlos. Pueden aumentar las conductas de riesgo.</p> <p>Signos de alerta</p> <p>Absentismo escolar persistente.</p> <p>Depresión, ansiedad, consumo alcohol o tóxicos, precocidad sexual.</p>

**Tabla 3.** Manifestaciones más frecuentes del duelo según la edad. <sup>11</sup>

### 3. DUELO EN LA CONSULTA DENTAL

Perder a un padre es uno de los acontecimientos más dolorosos en la vida de una persona, los niños y adolescentes lo experimentan de distintas formas como lo describimos anteriormente.

Los niños en la consulta dental pueden comportarse de distintas maneras, un niño que no ha pasado por una pérdida puede experimentar miedo, ansiedad, estrés, entre otras emociones al estar en un procedimiento dental, ahora bien, un niño o adolescente que experimentó la pérdida de uno de sus padres va a tener todas esas emociones aún más exacerbadas, dependiendo de la etapa de duelo en la que se encuentre y de cómo expresa su pérdida.

En este apartado, hablaremos de la conducta que puede presentar un paciente pediátrico, basándonos en las distintas escalas de conducta descritas en la bibliografía, además, se abordarán algunas emociones que presentan los niños durante la atención odontológica. <sup>11</sup>

### **3.1 CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA DENTAL**

Día a día el odontólogo se enfrenta a nuevos casos, cada paciente es diferente, para tener una consulta exitosa es necesario que el operador empatice desde la primera cita con el paciente.

Trabajar con niños no es sencillo, por lo que el odontólogo debe identificar cómo es su paciente, cuál es su conducta frente a los tratamientos que se realizan.

Debe conocer e identificar los tipos de llanto, si el paciente es cooperador o no, las emociones que presenta su paciente, para que así, al saber lo que el paciente experimenta durante la consulta, él pueda llevar un buen manejo de conducta y así lograr una consulta amena y eficaz.<sup>13</sup>

Una de las emociones más frecuentes en la consulta dental es el miedo, la real academia española (RAE) define el miedo como la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Esta sensación desaparece fácilmente cuando el peligro ya ha pasado.<sup>14</sup>

Es un esquema adaptativo y supone un mecanismo de supervivencia y de defensa que permite al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia. En la tabla 4 se describen los miedos que pueden presentar los pacientes pediátricos de acuerdo con su edad.<sup>14, 15</sup>

Edad	Situaciones atemorizantes
0-6 meses	Perdida súbita de soporte (base de sustentación), ruidos fuertes
7-12 meses	Miedo a las personas extrañas, miedo a los objetos que surgen súbita e inesperadamente
1 año	Separación de sus padres, retrete, heridas, personas ajenas
2-5 años	Miedo principalmente a ruidos fuertes como el producido por la aspirado, sirenas, alarmas, a los animales, a la oscuridad, objetos o maquinas grandes y cambios en el entorno personal.
6-8 años	Temor a los seres sobrenaturales, miedo a estar solo, a separarse de sus padres, miedos basados en sucesos aparecidos en los medios de comunicación
9-12 años	Miedo a los exámenes escolares, rendimiento académico, lesiones corporales, aspecto físico, muerte, oscuridad (en un porcentaje pequeño)

**Tabla 4.** Miedos infantiles según la edad. <sup>15</sup>

Es común que los pacientes pediátricos tengan miedo al entrar a la consulta dental, esta emoción es desencadenada por experiencias anteriores, por ideas que se hacen al escuchar a sus hermanos o familiares cercanos al hablar de alguna situación previa que les haya afectado.

Es importante que el odontólogo sea capaz de reconocer este miedo y observar las reacciones del niño durante el tratamiento odontológico, las reacciones frente al miedo pueden ser: el niño aprieta sus manos, tiene los pies contraídos o sus ojos están brillosos, al identificarlo, podrá hablar con el paciente ayudándolo a disminuir su miedo y ansiedad. <sup>15, 16</sup> (Figura 1)



**Figura 1.** Escala de Wong – Baker para valorar el grado de miedo en niños. <sup>17</sup>

Otra de las emociones más comunes en la consulta dental es la ansiedad, es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales o sugeridas al niño por las personas que lo rodean.

Al igual que el duelo, la ansiedad se considera normal y patológica. La ansiedad normal o útil se da cuando nos encontramos en una situación extraña y nueva, por ejemplo en la primera visita al dentista.

La ansiedad patológica o neurótica se da cuando las respuestas ante las situaciones son exageradas y problemáticas. Incluso continúa a pesar de que ya haya desaparecido el peligro. <sup>17</sup>

La conducta que presentan los niños en la consulta dental se basa en sus emociones, en la presencia de los padres, en experiencias previas, etc. Frankl determinó una escala de conducta donde clasifica al comportamiento en cuatro categorías. <sup>17, 18</sup>

La escala de Frankl es la más utilizada en la odontología pediátrica y se describe a continuación:

#### DEFINITIVAMENTE NEGATIVO

- Rechaza el tratamiento
- Llanto intenso
- Movimientos fuertes de las extremidades
- No es posible la comunicación verbal
- Comportamiento agresivo. <sup>15, 18</sup> (Figura 2)



**Figura 2.** Paciente definitivamente negativo. <sup>19</sup>

#### LEVEMENTE NEGATIVO

- Rechaza el tratamiento
- Movimientos leves de las extremidades
- Comportamiento tímido-bloquea la comunicación
- Acepta y acata algunas órdenes
- Llanto monotónico. (Figura 3)



**Figura 3.** Paciente levemente negativo. <sup>20</sup>

#### LEVEMENTE POSITIVO

- Acepta tratamiento de manera cautelosa
- Llanto esporádico
- Es reservado
- Se puede establecer comunicación verbal
- Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo.

<sup>15, 18</sup> (Figura 4)



**Figura 4.** Paciente levemente positivo. <sup>21</sup>

#### DEFINITIVAMENTE POSITIVO

- Cooperación
- Buena comunicación
- Motivación e interés por el tratamiento
- Relajación y control de las extremidades. (Figura 5) <sup>15, 18</sup>



**Figura 5.** Paciente definitivamente positivo. <sup>22</sup>

## **4. AFECTACIONES DEL DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y SU REPERCUSIÓN EN LA CONSULTA DENTAL**

Como se ha descrito antes, el proceso de duelo tiene distintas etapas en las cuales los niños van a tener un comportamiento diferente al que solían presentar. Si bien, la consulta dental con niños es difícil, cuando se encuentran en alguna de estas etapas pueden volverse agresivos, depresivos, ansiosos, miedosos, entre otras emociones negativas, es importante que el odontólogo identifique estas conductas para que pueda ayudar al paciente y tener el éxito deseado en la consulta dental.<sup>23</sup>

### **4.1 DEPRESIÓN Y DESINTERÉS**

Es normal esperar que el niño o adolescente esté triste por la pérdida de alguno de sus padres, pero... ¿Hasta qué punto es normal? ¿Cómo se puede diferenciar entre tristeza y depresión? Estas son preguntas difíciles de responder, es importante diferenciar la tristeza de la depresión.

La tristeza es una emoción universal y tiene una función adaptativa, mientras que la depresión es una alteración grave del estado de ánimo que puede desencadenar distintos problemas, como la pérdida de interés por las actividades cotidianas, irritabilidad, y síntomas asociados, tales como pensamientos negativos, falta de energía, dificultad para concentrarse, y alteraciones del apetito y el sueño.

En el ámbito dental, la depresión y la enfermedad periodontal están estrechamente relacionadas. Es común que los niños no tengan una buena

higiene dental debido a que sus papás no los supervisan cuando se están cepillando.

Ahora bien, un niño con depresión, el cual ha perdido el interés por las actividades diarias no se va a cepillar de manera frecuente y mucho menos siguiendo una buena técnica de cepillado por lo que es frecuente que padezca gingivitis por acumulación de biofilm dental.<sup>23, 24</sup> (Figura 6)



**Figura 6.** Gingivitis inducida por biofilm dental.<sup>25</sup>

## **4.2 AGRESIVIDAD**

Como se describió anteriormente, en el periodo sensorio-motriz los niños aumentan el desarrollo cognitivo y son capaces de interpretar lo que sus cuidadores o familiares que los rodean sienten. Si hay personas en el entorno que sientan ira o frustración por la pérdida del ser querido los niños pueden presentar conductas agresivas como morder, empujar, golpear, etc. (Figura 7)

Conforme el niño va creciendo, se va modificando el tipo de agresividad, cuando los niños comienzan a hablar la agresión puede ser verbal con insultos o burlas.<sup>26</sup>

Estos pacientes se convierten en difíciles de tratar ya que la relación con ellos se vuelve agresiva. Todo el tiempo están molestos, en la consulta muestran desagrado y descontento.<sup>27</sup>

Para contrarrestar esta conducta desafiante es importante que el odontólogo sea firme, confiado de lo que sabe y establezca parámetros claros para manejar la conducta, así logrará realizar un buen tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse cooperativos.<sup>28</sup>



**Figura 7.** Agresividad en niños.<sup>29</sup>

### **4.3 MIEDO**

Como se mencionó anteriormente, el miedo es una emoción común en la consulta dental. Como odontólogos es muy importante evitar que los niños observen instrumental que pudiese generarles ansiedad o temor; tal es el caso de la aguja de anestesia, por lo que es recomendable utilizar capuchones para evitar que vean la jeringa cargada. Además, es indispensable manejar un lenguaje pediátrico para que el niño entienda los procedimientos y la consulta sea más amigable, así disminuirá la sensación de miedo.<sup>30</sup>

El miedo es común, pero... ¿Por qué los niños le temen al dentista? La respuesta a esta pregunta se basa en las experiencias y el concepto en general del dentista. Cuando se habla de consulta dental, inmediatamente se relaciona con dolor. <sup>31</sup>

Cuando los niños acaban de sufrir una pérdida tienen un excesivo miedo a que los familiares cercanos lo abandonen, por lo que esto puede traer consecuencias en la consulta odontológica al momento de entrar al consultorio les cuesta mucho separarse de la persona que los acompaña, por lo que la conducta no será la adecuada. (Figura 8)



**Figura 8.** Miedo al abandono. <sup>32</sup>

Este fenómeno no desaparece del todo, pero, cuando el niño entre en la etapa de ruptura de vínculo y el operador se haya ganado su confianza, será más fácil que el paciente entre solo sin problema. <sup>9</sup>

#### **4.4 BAJA AUTOESTIMA**

La baja autoestima se presenta más en adolescentes con un duelo patológico no resuelto. Además, se añade la etapa de dentición mixta en la cual los pacientes pueden presentar mal posición dentaria e influir en la autoestima de los adolescentes. <sup>33</sup>

Se caracteriza por:

- Sentir que no se merece afecto
- Sentir que no es capaz de hacer lo mismo que los demás
- Tener actitudes negativas o conceptos erróneos sobre su persona
- No estar satisfecho con lo que se hace o pensar que es un fracaso
- No tenerse respeto
- Pensar que no es una buena persona. <sup>33</sup> (Figura 9)



**Figura 9.** La baja autoestima influye en el aislamiento social. <sup>34</sup>

La mal posición dentaria es evidente al hablar, reír, cantar, gritar, etc. El tener una sonrisa bonita se asocia a ser una persona agradable, con autoestima, sociable y en general extrovertido. Por otro lado, cuando la sonrisa presenta apiñamiento las personas se apenan al hablar, son introvertidas, no se ríen libremente y tienen baja autoestima. <sup>35</sup> (Figura 10)



**Figura 10.** Apiñamiento dental en adolescentes. <sup>36</sup>

El perder a un padre o madre en la etapa de la adolescencia puede afectar de distintas formas a la persona, ya que en esta etapa se establece el sentido de la vida y la identidad propia. Si el adolescente no lo logra, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas incluyendo el suicidio. Como se describió antes, el adolescente pasará por etapas de duelo en las que estará deprimido, furioso, ansioso, tendrá miedo, entre mil emociones más. (Figura 11) Es importante que el odontólogo preste atención a estas conductas para que así pueda evitar algún accidente o llevar a cabo una interconsulta con el psicólogo al encontrar alguna señal de autolesión.<sup>37</sup>



**Figura 11.** Duelo en adolescentes, baja autoestima y depresión.<sup>34</sup>

## **5. TÉCNICAS PARA MANEJAR LAS EMOCIONES QUE PRESENTAN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ESTÁN PASANDO POR UNA ETAPA DE DUELO**

Un punto importante del que se debe hablar es de cómo debe actuar el odontólogo ante estas situaciones, los niños sufren por la pérdida y expresan sus emociones de miedo, ansiedad y agresividad durante la atención odontológica, por lo que el operador debe llevar un adecuado manejo de conducta y tratar de que la consulta sea lo más amena posible, para lograrlo

puede implementar el uso de aromaterapia y musicoterapia. En este capítulo se describirán dichas técnicas. <sup>30</sup>

## 5.1 MANEJO DE CONDUCTA

Lo que se busca al implementar el manejo de conducta es facilitar los tratamientos realizados en boca, controlar los movimientos del niño, disminuir la posibilidad de iatrogenias, accidentes o lesiones durante el tratamiento (eventos adversos) y ofrecer mayor comodidad de trabajo para el odontólogo y su personal.

Para llevar a cabo un buen manejo de conducta se debe tener en cuenta el desarrollo cognitivo del paciente, experiencias previas con el odontólogo, además, se debe identificar si el paciente es cooperador o no como se describió en la escala de Frankl en el capítulo 3. <sup>30</sup>

### 5.1.1 DECIR, MOSTRAR Y HACER

Esta técnica consiste en decirle al paciente lo que se le va a hacer, mostrarle los instrumentos, equipo e insumos para que no lo tome por sorpresa y finalmente realizar el tratamiento. <sup>38</sup> (Figura 12)



**Figura 12.** Técnica decir, mostrar y hacer. <sup>30</sup>

Esta técnica ayuda a familiarizar al niño con el entorno del consultorio dental y es una de los métodos de manejo de conducta más utilizados debido su aceptación por los niños. Es importante utilizar un lenguaje adecuado para cada paciente. Con este recurso despertamos interés en el niño y disminuye las emociones de miedo y ansiedad.<sup>30, 38</sup>

### **5.1.2 DESENSIBILIZACIÓN**

Esta técnica ayuda a disminuir reacciones fóbicas, por lo que puede ayudar al niño a olvidar por un momento la situación en la que se encuentra. Consiste en enseñar métodos de relajación y poco a poco describirle situaciones que se relacionen con sus temores.

La desensibilización es efectiva, el paciente cambia su conducta negativa con ansiedad o temor por una conducta positiva mediante la relajación.<sup>39</sup>

La relajación se logra gracias a los ejercicios de respiración, en los que se le indica al paciente que realice inhalaciones y exhalaciones profundas.<sup>40</sup>

Para realizar los ejercicios de respiración en niños, podemos darles un globo para que lo inflen y desinflen. Aprovechando ese ejercicio se le puede explicar al paciente que cuando se encuentra en un momento de ansiedad o temor, se acumula tensión en su cuerpo y es importante sacarla tal como se está haciendo con el ejercicio del globo. Para hacer más efectiva esta técnica se puede combinar con musicoterapia y aromaterapia.<sup>41</sup> (Figura 13)



**Figura 13.** Ejercicios de respiración para disminuir la ansiedad en niños. <sup>41</sup>

### **5.1.3 TÉCNICAS ALTERNATIVAS (AROMATERAPIA Y MUSICOTERAPIA)**

Un ambiente agradable en el consultorio dental es fundamental para que el niño se sienta en confianza, esto ayuda a que su comportamiento sea adecuado.

Utilizar determinados olores puede promover efectos positivos en los pacientes, tanto a nivel físico como emocional. Según la National Association for Holistic Aromatherapy (NAHA) la aromaterapia se define como el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas de plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu.

El uso de aceites esenciales crea un ambiente cálido, esto hace que los pacientes sientan que se preocupan por ellos y están menos predispuestos a sentir dolor, ansiedad o enojo. <sup>42</sup>

En la Tabla 5 se mostrarán algunos aceites esenciales utilizados en la práctica clínica y sus beneficios.

<b>ACEITE ESENCIAL</b>	<b>BENEFICIO</b>
<b>Lavanda, salvia, geranio, orégano, neroli y rosa</b>	Ayudan a reducir la ansiedad
<b>Bergamota, orégano, naranja y romero</b>	Son efectivos para disminuir el dolor de cabeza
<b>Orégano, hierba de limón, menta y romero</b>	Son beneficiosos en pacientes con dolor muscular incluyendo el dolor o molestias asociadas con problemas temporomandibulares
<b>Toronjil</b>	Ayuda a disminuir la ansiedad en niños
<b>Manzanilla</b>	Tranquilizante suave e inductor del sueño

**Tabla 5.** Aceites esenciales y sus beneficios. <sup>42, 43</sup>

Otra de las técnicas alternativas es la musicoterapia, la Asociación Internacional de Musicoterapia la define como la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional calificado (músico-terapeuta), con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. <sup>42</sup>

En odontología, la música se utiliza para crear un ambiente favorable para el paciente pediátrico, se emplea mediante canciones infantiles, cuentos, música ambiental, etc. <sup>43</sup>

Esta técnica es efectiva para la reducción de la ansiedad o miedo debido a que cuando un niño escucha música tiende a cerrar los ojos para

concentrarse en el sonido por lo tanto olvida que va a recibir un tratamiento dental. <sup>44</sup> (Figura 14)

Además, el sonido de la música va a eliminar los sonidos desagradables como el de la pieza de mano. Estas dos ventajas unidas al efecto de la música provoca relajación, y por lo tanto una consulta más agradable. <sup>42, 44</sup>



**Figura 14.** Musicoterapia en niños. <sup>44</sup>

## CONCLUSIONES

El duelo por pérdida de padre/madre a edades tempranas afecta en el desarrollo de la personalidad del paciente pediátrico, debido a esto el odontólogo debe ser capaz de identificar cuando hay un proceso de duelo y empatizar con el paciente para llevar a cabo una consulta exitosa.

El duelo consta de 5 etapas que cada individuo vive a su manera, desde la negación hasta la aceptación de que un ser querido ya no está. En comparación con el duelo en niños, este proceso se vive en 3 etapas donde el niño puede presentar emociones negativas hasta que rompe el vínculo con la persona fallecida y puede desarrollarse en su nueva realidad.

El concepto de muerte en los niños se va adquiriendo con el tiempo, conforme a su desarrollo cognitivo. Es importante que se hable con el niño para que no tenga pensamientos de culpa, ya que a edades tempranas piensan que ellos pueden causar la muerte a través de sus pensamientos.

Las emociones que se pueden presentar durante las etapas de duelo, intervienen directamente con algunas enfermedades de la cavidad oral, como la gingivitis por acumulación de biofilm dental y la caries. En ocasiones el apiñamiento dental es causa de baja autoestima afectando aún más a los adolescentes que sufren una pérdida.

Cuando el paciente pediátrico está pasando por una etapa de duelo, cambia completamente su conducta, esto influye en la consulta dental, se puede pasar de un paciente completamente cooperador a uno no cooperador, las emociones de miedo, ansiedad, depresión y estrés están presentes en todo momento, por lo que se deben implementar técnicas de manejo de conducta para que el paciente disminuya dichas emociones.

Crear un ambiente agradable en el consultorio dental con ayuda de técnicas alternativas como son la aromaterapia y la musicoterapia, ayudan a que el paciente se sienta menos ansioso y temeroso por lo que la consulta puede ser más satisfactoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez S. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones; 2004.
2. Fundación Silencio [Internet]. El Salvador: UNICEF [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/3M78ZB8>
3. Cuadrado D. Las cinco etapas del cambio. Capital Humano [Internet]. 2010 [Citado el 22 de septiembre de 2022];(241):54-58. Disponible en: <https://cutt.ly/hM74ueV>
4. Pascual J. El duelo [Internet]. Barcelona: Julia Pascual. 2018 - [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/LM74hFF>
5. Millán R, Solano N. Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. Rev Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2010 [Citado el 22 de septiembre de 2022];39(2):375-388. Disponible en: <https://cutt.ly/EM74WDY>
6. Vedia V. Duelo patológico factores de riesgo y protección. Rev Dig de Med Psicosomática y Psicoterapia [Internet]. 2016 [Citado el 22 de septiembre de 2022];6(2):12-31. Disponible en: <https://cutt.ly/uM74PBi>
7. Vargas R. Duelo y pérdida. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2003 [Citado el 22 de septiembre de 2022];20(2):47-52. Disponible en: <https://cutt.ly/gM74Z3D>
8. García G. Factores que desencadenan un duelo patológico en niños, por fallecimiento de alguien cercano y las posibles estrategias de evaluación e intervención desde una revisión narrativa [Tesis de licenciatura]. Colombia: Corporación Universitaria Lasallista; 2020. 33 p. [Citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/nM742QB>
9. García I. El proceso de duelo: particularidades en la infancia y adolescencia. CM de Psicobioquímica [Internet]. 2019 [Citado el 24 de septiembre de 2022];(6):99-114. Disponible en: <https://cutt.ly/GM77rOc>

10. Zañartu C. La muerte y los niños. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2008 [Citado el 24 de septiembre de 2022];79(4):393-397. Disponible en: <https://cutt.ly/GM77g9N>
11. Esquerda M. El duelo en los niños. bioética & debat [Internet]. 2015 [Citado el 25 de septiembre de 2022];21(76):17-21. Disponible en: <https://cutt.ly/1M77Y3s>
12. Universidad Católica de Pereira [Internet]. Colombia: EPCEPNA [citado el 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/JM77JmB>
13. Mariño R. Elaboración del duelo en niños a través del dibujo [Tesis de licenciatura]. Uruguay: Universidad de la República; 2020. 51 p. [Citado el 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/CM771PN>
14. Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. España: RAE [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/uM75w7f>
15. Astonitas M. Manejo de la conducta en odontopediatría [Tesis de especialidad]. Perú: Universidad INCA Garcilaso De La Vega; 2018. 62 p. [Citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/qM75xHs>
16. Alfaro L. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad [Tesis de especialidad]. Colombia: Universidad De Cartagena; 2014. 123 p. [Citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/XM75AoU>
17. Boj J, Cortés O, González P. Odontopediatría: bebés, niños y adolescentes. Ciudad de México: Odontología Actual; 2019.
18. Goyes L. Manejo de conducta en odontología pediátrica. Escala de Frankl [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2021. 82 p. [Citado el 05 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/EM751OK>

19. Ovi Dental. Odontofobia: ¿Cómo combatir el miedo de los niños al dentista? [Internet]. Perú: Ovi Dental. 2019 – [citado el 05 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/0M756OU>
20. Franco E. Odontofobia – el miedo al dentista [Internet]. España: Erica Franco. 2020 - [citado el 05 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/WM76fgw>
21. Formas de superar el miedo al dentista en los niños [Internet]. Colombia: Juan Carlos [citado el 05 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/6M76mJp>
22. ¿Cómo generar confianza en los pacientes más pequeños? [Internet]. CDMX: Universum Dental [citado el 05 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/GM76OyT>
23. Depresión [Internet]. Washington DC: OPS [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/GM760fD>
24. Rey J. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP [Internet]. Ginebra: IACAPAP; 2017 [Citado el 16 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/DM5qeg2>
25. Castro Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2018 [Citado el 20 de octubre de 2022];11(1):36-38. Disponible en: <https://cutt.ly/fM5qjVe>
26. Agresividad infantil [Internet]. Barcelona: Ainhoa Plata [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/iM5qEUg>
27. Duelo [Internet]. Londres: Fundación Novasageta [citado el 25 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/SM5qPiw>
28. Josefa P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 1998 [citado el 25 de octubre de 2022];36(2). Disponible en: <https://cutt.ly/aM5qVjV>

29. Los psicopedagogos te informan. Trastorno negativista desafiante (TND) [Internet]. España: Nicolas Arrieta. 2020 – [citado el 25 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/qM5wihX>
30. Tiol A. Manejo de conducta en odontología pediátrica. Dentista y Paciente [Internet]. 2018 [Citado el 30 de octubre de 2022];(116). Disponible en: <https://cutt.ly/4M5wgPk>
31. Arrieta K. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2013 [Citado el 30 de octubre de 2022];6(1):17-24. Disponible en: <https://cutt.ly/TM5wQvb>
32. Trastorno del Vínculo [Internet]. España: Gabinete Psicodiagnosis [citado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/GM5wSvd>
33. Psiquion [Internet]. Barcelona: Raquel Rodríguez [citado el 03 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/sM5w9Vp>
34. Cómo ayudar a un adolescente con baja autoestima [Internet]. España: Marissa Glover [citado el 03 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/SM5ewMR>
35. Aguirre V. Alteraciones de la autoestima provocadas por diferentes factores que influyen en la estética dento facial y su incidencia en los estudiantes del primero, segundo y tercero de bachillerato de los colegios “Manuel Cabrera Lozano” y “La Salle”, en el periodo Abril – Septiembre [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2011. 95 p. [Citado el 08 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/TM5eiMB>
36. Caso clínico 1: Apiñamiento dental superior e inferior [Internet]. España: Ventureira & Aguilera [citado el 08 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/HM5eOy8>

37. Rosselló J. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology* [Internet]. 2004 [Citado el 09 de noviembre de 2022];38(2):295-302. Disponible en: <https://cutt.ly/bM5eZxk>
38. Pérez Y. Manejo psicológico del niño en la consulta estomatológica. *Rev Zoilo Marinello* [Internet]. 2015 [Citado el 09 de noviembre de 2022];38(9). Disponible en: <https://cutt.ly/9M5e127>
39. Teixeira A. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Odontol Pediatr* [Internet]. 2008 [Citado el 12 de noviembre de 2022];16(2):108-120. Disponible en: <https://cutt.ly/XM5e5p4>
40. Bartolomé B. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría. *Rev Odontopediatría Latam* [Internet]. 2021 [Citado el 12 de noviembre de 2022];11(1). Disponible en: <https://cutt.ly/dM5roJv>
41. Relajación para niños la técnica del globo [Internet]. España: Orientación Andujar [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/LM5rDse>
42. Quiroz J. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: revisión sistemática. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2012 [Citado el 13 de noviembre de 2022];22(2):29-136. Disponible en: <https://cutt.ly/aM5tijU>
43. Avello M. Efectos de la aromaterapia en el servicio medicina del Hospital las Higueras, Talcahuano Chile. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas* [Internet]. 2006 [Citado el 16 de noviembre de 2022];5(4):84-91. Disponible en: <https://cutt.ly/ZM5tgoT>
44. Gallegos K. Nivel de ansiedad: estudio comparativo entre la musicoterapia y gafas de distracción audiovisual, en niños de 6 a 8

años de edad de la escuela consejo provincial de pichincha [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Central Del Ecuador; 2016. 98 p. [Citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/qM5tWFq>