

Estrategias de intervención psicológica de acuerdo a las condiciones clínicas y las variables biopsicosociales del adolescente en la consulta odontológica: Revisión de la literatura

Psychological Intervention Strategies According to the Clinical Conditions and the Biopsychosocial Variables of the Adolescent in the Dental Practice: Review of the Literature

Alejandro J. Amaíz DDS¹; Miguel A. Flores MSc²

1. Odontólogo General, Universidad Central de Venezuela (U.C.V), con convalidación de título extranjero en la Universidad de Costa Rica (U.C.R). Especialista en Odontología Operatoria y Estética, Universidad Central de Venezuela (U.C.V), con convalidación de título extranjero en la Universidad de Costa Rica (U.C.R). Pasantía de periodoncia en la Universidad de Costa Rica (U.C.R), Costa Rica.
2. Psicólogo, Universidad Central de Venezuela (U.C.V.), con convalidación de título extranjero en la Universidad de Costa Rica (U.C.R). MSc en Psicología Industrial y Organizacional de la Universidad Latina de Costa Rica – Laureate International Universities (ULatina), Costa Rica.

Autor para correspondencia: Dr. Alejandro Amaíz Flores - alejandro.amaiz@gmail.com

Recibido: 9-III-2018

Aceptado: 23-IV-2018

Publicado Online First: 27-IV-2018

DOI: <https://doi.org/10.15517/ijds.v0i0.33126>

RESUMEN

Epidemiológicamente, los adolescentes conforman un subgrupo poblacional con indicadores bucodentales que ameritan atención en el ámbito de la salud pública. Asimismo, la mayoría de las facultades de odontología orientan la enseñanza odontológica dirigida al niño y al adulto, donde la atención enfocada al adolescente se suele diferir. Además, el desconocimiento en las alteraciones biopsicosociales y las particularidades clínicas inherentes a la adolescencia, hacen la atención de estos pacientes potencialmente compleja. Por lo tanto, el objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura con el fin de ofrecerle al profesional las herramientas o recursos psicológicos (habilidades blandas) para el abordaje de la población adolescente que asiste a la consulta odontológica. Actualmente, la “Odontohebiatría” describe la atención integral e interdisciplinaria de la salud bucodental de los adolescentes, con énfasis en la prevención y la estética bucodental. De esta forma, la odontología moderna demanda una participación activa del profesional, el cual debe estar familiarizado con las afecciones clínicas y las variables psicológicas que puedan afectar al adolescente; asimismo, también se considera importante la instrucción y el adiestramiento en estrategias de intervención psicológica para ofrecer una atención adaptada a este grupo etario.

PALABRAS CLAVE

Odontohebiatría; Estrategias psicológicas; Condiciones clínicas; Variables biopsicosociales; Abordaje odontológico; Adolescencia.

ABSTRACT

Epidemiologically, the teenagers make up a population subgroup with oral indicators that need attention in the field of public health. In addition, the majority of the dental faculties orient the dental education directed to the child and the adult, where the attention focused to the teen is usually deferred. Moreover, the ignorance in the biopsychosocial alterations and the clinical peculiarities inherent to adolescence, make the attention of these potentially complex patients. Therefore, the objective of this article is to carry out a review of the literature in order to offer the professional the tools or psychological resources (soft skills) for the approach of the adolescent population that attends the dental consultation. Currently, the "Odontohebiatría" describes the comprehensive and interdisciplinary care of adolescent oral health, with an emphasis on oral prevention and esthetics. In this way, modern dentistry demands an active participation of the professional, who must be familiar with the clinical conditions and the psychological variables that may affect the teenager; also, it is considered important the instruction and training in strategies of psychological intervention to offer an attention adapted to this age group.

KEYWORDS

Odontohebiatry; Psychological strategies; Clinical conditions; Biopsychosocial variables; Dental approach; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

Las fases del desarrollo del ser humano exhiben necesidades específicas, siendo requeridos programas preventivos o de intervención diferentes para cada una; por lo cual, comprender las particularidades de cada etapa facilita el proceso de orientación o entrenamiento y conduce a resultados satisfactorios (1). De esta forma, la relación odontólogo-paciente puede variar cuantitativa y cualitativamente de acuerdo a la etapa cronológica del paciente, creándose así técnicas para el abordaje de los llamados grupos de "riesgo", denominados así por la alta incidencia de características que facilitan el inicio, el establecimiento y la perpetuación de determinadas enfermedades bucodentales (2); por consiguiente, el profesional debe adaptar diversos aspectos de su quehacer diario para lograr este

objetivo en la población adolescente (10-19 años), siendo potencialmente de riesgo debido a la falta de conocimiento en las peculiaridades de la adolescencia y los comportamientos asociados a estas transformaciones (3); de ahí la relevancia del presente artículo.

Por otra parte, los adolescentes conforman un subgrupo poblacional que no ha sido considerado un problema de salud pública, aunque se han evaluado indicadores que ameritan atención. Además, usualmente la mayoría de las facultades odontológicas planifican la enseñanza en la atención dirigida al niño o al adulto y el enfoque adolescente es generalmente rezagado (4). De esta forma, el objetivo de este artículo consiste en brindar los conocimientos para mejorar el abordaje de los adolescentes que asisten a la consulta odontológica, con la finalidad de adaptar

o crear medidas más eficaces y planificar acciones educativo-preventivas al respecto. Asimismo, se establecerán las patologías clínicas y los aspectos psicológicos característicos de este grupo etario, para ofrecer los métodos o técnicas de intervención apropiadas que pueden aplicar los odontólogos, con la asesoría del especialista correspondiente. Además, con este artículo se pretende fomentar el abordaje complementario o interconsulta en el gremio odontológico.

La literatura utilizada se enfocó en la consulta de fuentes internacionales de diferentes regiones y fechas (comprendidas entre los años 1991 y 2017), para ampliar las diferentes posturas y puntos de vista, enmarcados en la odontología, la adolescencia y la relación entre ambas. La metodología utilizada consistió en una revisión bibliográfica o documental en las principales bases de datos (Sciencedirect, Pubmed, Ebsco y Redalyc.org); incluyendo alrededor de 28 artículos científicos, 1 trabajo especial de grado (tesis), 17 libros o manuales y varias notas informativas de organizaciones reconocidas, donde se excluyeron aquellas referencias con soporte académico limitado, considerando sólo investigaciones arbitradas con respaldo institucional o universidades, donde las palabras clave utilizadas para la búsqueda se ajustaron al objetivo de este artículo (adolescencia, rol odontológico, abordaje interdisciplinario, condiciones clínicas, enfermedades o patologías, variables biopsicosociales, atención dental en jóvenes).

La hebiatría se reconoce como la medicina de la adolescencia, incluyendo sus particularidades de salud y enfermedad (5), estudiando al paciente entre la niñez y la edad adulta (6) con un enfoque biopsicosocial, el cual influye en el crecimiento y desarrollo del mismo (7,8). De igual forma, el término "Odontohebiatría" denota la atención integral e interdisciplinaria de la salud bucodental de los adolescentes, con énfasis en la prevención, la promoción y en especial la estética (7,8), donde

se requieren conocimientos técnico-científicos y habilidades blandas destinadas a comprender y tratar al adolescente; el cual, atraviesa por un período de transición caracterizado por la definición de la identidad individual (9), el cuestionamiento automático, el rechazo a valoraciones o la búsqueda de aprobación por parte del profesional, debido a la organización crítica en su manera de apreciarse y al cambio en su autoestima (10).

Por lo tanto, se han establecido etapas dentro de la adolescencia con el fin de entender y abordar mejor a estos pacientes; la OMS considera 2 fases: la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años) (11); no obstante, Souza desglosa 3 fases: a) adolescencia precoz (10-14 años), fase en que todos los esfuerzos están direccionados a la aceptación de las modificaciones físicas, conquista de la independencia y separación de los padres, intentando alejarse de la infancia; b) adolescencia media (15-17 años), en la cual la mayoría de las características ya fueron manifestadas y existe un culto a la estética estereotipada, a través de la cultura física y el vestuario; y c) adolescencia tardía (17-19 años), cuando emergen los valores y los comportamientos típicos del adulto (12). De esta forma, cada etapa conlleva crisis específicas, que se reflejan en la sociedad y en el ámbito sanitario (13), incluyendo el área odontológica.

ASPECTOS CLÍNICOS

Resulta importante que el profesional conozca los escenarios más frecuentes en el adolescente. Epidemiológicamente, estos pacientes acuden a consulta por presentar patologías bucales que se inician en la infancia y se incrementan con la edad, como: caries, afecciones periodontales, traumatismos, lesiones congénitas, maloclusiones, infecciones bucales y cáncer (11). Por otra parte, las extracciones de molares, las complicaciones posteriores a la colocación de artefactos bucales (piercing), los efectos de los trastornos alimenticios

(obesidad, anorexia y bulimia nerviosa) también son motivos de la atención odontológica. Asimismo, la prevalencia de dichas enfermedades o condiciones depende de la región geográfica, la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios odontológicos (14).

CARIES DENTAL

Mundialmente, el 60 y 90% de los adolescentes tienen caries, donde los grupos más afectados son de escasos recursos, siendo la alimentación deficiente (ingesta de azúcares mayor a 30 gr/día), el tabaquismo, el consumo de alcohol, la falta de higiene bucodental, diversos determinantes sociales y enfermedades crónicas específicas (diabetes, cardiopatías, cáncer, afecciones respiratorias) los principales factores de riesgo (11,15). La caries mantiene su tendencia y es el mayor problema de morbilidad bucal en este grupo etario, lo cual se refleja en el aumento del índice CPO; no obstante, en Latinoamérica existen países que han logrado disminuir su incidencia (Paraguay, Chile, México), aunque resulta necesario continuar con la promoción de la higiene bucal (4,15).

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las periodontopatías pueden afectar entre 15-20% de los pacientes (11); además, en la adolescencia las concentraciones de las hormonas sexuales endógenas (andrógenos/estrógenos) aumentan radicalmente, pudiendo cambiar la microbiota (biofilm), la función inmunitaria, las propiedades vasculares y la función celular, modulando así cambios físicos específicos como la gingivitis o el agrandamiento gingival (16); cabe destacar que la motivación del adolescente a realizar su aseo bucal se basa en mejorar la apariencia, evitar la halitosis o la vergüenza

que esto les pueda generar (17). Por lo tanto, se debe estimular la correcta higiene bucal y la alimentación adecuada.

TRAUMATISMOS

En la adolescencia, la violencia más común es la intimidación (bullying) (3); clínicamente, las lesiones ocasionadas por este concepto se enfocan en el área cráneo facial, específicamente en la región orbital, cervical, frontal y cavidad bucal, donde las lesiones alveolares tienen alta prevalencia, afectando el área de los incisivos superiores; sin embargo, muchas de estas lesiones suelen ser inadvertidas por el odontólogo (18). De acuerdo a lo anterior, el trauma por violencia o accidentes fortuitos representa un problema grave, siendo frecuentemente una situación de urgencia por los problemas físicos (inmediatos o tardíos) y la implicación emocional que conlleva. Por consiguiente, el profesional debe comportarse como ente de orientación a los practicantes de deportes, instructores, profesores, padres o representantes (19) y participar en el diseño, promoción e implementación de políticas públicas para evitar y limitar la intimidación (18).

HÁBITOS

Los hábitos de riesgo para la salud bucal en la adolescencia son: queilofagia, onicofagia, succión digital, deglución atípica y bruxismo; los cuales, pueden perpetuarse después de la infancia por razones psicológicas (miedo, estrés, ansiedad, frustración y aburrimiento) y las dificultades para resolver problemas cotidianos de índole social, laboral o académico (20). El bruxismo suele ser una condición frecuente, con una prevalencia alrededor del 78% en la población infantil-adolescente; donde, dicha entidad se puede generar por tensión emocional, desórdenes del

sueño, hiperfunción dopaminérgica y consumo de fármacos (21); por lo tanto, el odontólogo debe indagar en los mismos y tratar esta condición.

MALOCLUSIONES

Las maloclusiones y los problemas ortodónticos representan una preocupación estética y funcional para los adolescentes; de hecho, los tratamientos para su intercepción/corrección generalmente se inician en esta etapa, siendo este un periodo errático, donde existe psicológicamente un periodo de ruptura liberadora e independencia, acompañada de un cuestionamiento a la disciplina con disminución en el aseo personal y posible descuido en el tratamiento odontológico (22), de ahí su consideración al indicar e iniciar estos procedimientos.

Generalmente, la atención bucodental resulta inaccesible para este grupo poblacional. De hecho, las instituciones públicas de índole odontológico cubren un porcentaje mínimo de los adolescentes, mientras la práctica privada atiende a la mayoría; no obstante debido a los altos costos, la consulta se centra en urgencias (dolor) (4). Por lo tanto, se han diseñado estrategias para disminuir la morbilidad oral y promover un acceso más equitativo a los servicios odontológicos, fundamentadas en programas de fluoruración y alimentación, técnicas simples y efectivas de tratamiento, acompañadas por el establecimiento de políticas integradas que combinen salud bucal y general del individuo (23).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La odontología actual demanda un profesional familiarizado con las variables psicológicas que afectan directa o indirectamente al adolescente en su condición bucodental; donde, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y otras sustancias (heroína, cocaína, cannabis) son factores psicosociales fuertemente relacionados a la adolescencia (24), siendo la edad promedio para el abuso de alcohol y

el consumo de drogas los 14 años. Las sustancias más usadas en la población escolar-adolescente son la marihuana y los inhalantes (adhesivo, benzina y/o acetona) (25). Por lo tanto, resulta necesario conocer las razones asociadas al inicio de estas adicciones; siendo frecuentemente de etiología multifactorial, con elementos biológicos (predisposición genética), psicológicos (personalidad vulnerable), sociales (modelos identificatorios, presión social), económicos y políticos (26,27).

De igual forma, son frecuentes los desórdenes en la alimentación, los trastornos afectivo-emocionales y las autolesiones (13), también se inicia la vida sexual, con la posibilidad de embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual, como el VIH (3); además, se establece una identidad de género que se afianzará en etapas posteriores. Por lo cual, se debe hacer hincapié en estos aspectos en el expediente odontológico.

VARIABLES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE ADOLESCENTE EN ODONTOLOGÍA

Considerando las perspectivas adolescentes ante la atención bucodental, Marti en su estudio reveló que los jóvenes encuestados esperan que la consulta odontológica se enmarque en las siguientes variables: comprensión por parte del profesional (95,2%), que se les describa lo que pueden llegar a sentir (87,6%), que se les explique los procedimientos (87,6%), que se les trate con gentileza (84,8%), que se consideren sus experiencias previas (78,1%), que se respete el tiempo para asimilar el tratamiento sugerido (75,2%), que se considere su estado físico (73,3%) y emocional actual (58,1%), además que sea tratado con detenimiento (54,3%) (28). Asimismo, Botton y colaboradores realizaron un estudio descriptivo en 458 participantes con una edad promedio de 13.66 años, donde se determinó que la característica esencial que debe tener un odontólogo, de acuerdo a los propios adolescentes, radica en la "humanización interpersonal", alineada

con los requisitos clínicos-técnicos y los criterios científicos (29).

Actualmente, los adolescentes pueden presentar miedo, ansiedad o estrés ante los procedimientos de índole bucodental (30); siendo la visita al odontólogo una situación altamente preocupante, lo cual hace que el paciente deje de acudir a la consulta o abandone los tratamientos propuestos (31). Por lo tanto, el desafío de la odontología moderna consiste en capacitar e incentivar al profesional y su equipo para la participación activa en la acción comunitaria y en el asesoramiento a los pacientes (32,33), con énfasis en la prevención y el suministro de información oportuna (34).

POSIBLES TIPOS DE PACIENTES ADOLESCENTES EN ODONTOLOGÍA

Knobel y Santos, condensaron algunas conductas de adolescentes ante situaciones extremas, como la atención odontológica, tipificando y categorizando a los mismos; además, sugieren el comportamiento a seguir por parte del profesional en un encuentro inicial, a saber (35):

- Fóbico u obsesivo-compulsivo: Generalmente son personas que efectúan determinadas acciones ritualizadas; por lo cual, el odontólogo debe respetar dichas acciones y sus relatos, otorgándole especial importancia a los detalles.
- Histérico: Estos pacientes pueden exhibir síntomas físicos y psicológicos sin un origen orgánico, siendo desarrollados por motivos inconscientes; se caracterizan por su histrionismo y suelen ser sugestionables e influenciables. Por lo tanto, el odontólogo indagará en la sintomatología y la contrastará con el examen clínico y los estudios complementarios; además, el profesional no presentará una postura rígida para evitar el distanciamiento y poder generar confianza.

- Esquizoide: Pacientes que se caracterizan por la falta de interés en las relaciones sociales y una restricción en la expresión emocional; por lo cual, el profesional deberá inicialmente respetar su manera de ser, debido a que una postura de exigencia ocasionaría una indisposición; el odontólogo buscará otros medios para obtener información adicional sobre la condición del paciente (lenguaje no verbal, entrevista con padres o representantes).
- Psicópata: Paciente manipulador, aparentemente controlado, con poca empatía por los sentimientos de los demás, guiado por el raciocinio y el pragmatismo. En estos casos, el odontólogo deberá tener cuidado de no contra-actuar ante los comentarios u opiniones del paciente, evitando así los conflictos; usando un lenguaje claro y conciso, donde el diagnóstico y el tratamiento sugerido serán estipulados y explicados, para contribuir al buen desarrollo de la consulta inicial.

Clínicamente, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) puede alcanzar el 2% de la población infantil-adolescente; siendo pacientes frecuentes en la consulta odontológica, por lo cual resulta importante que el profesional considere el tratamiento farmacológico sugerido (antidepresivos), el cual puede generar estados de hiposalivación, con efectos colaterales en el medio bucal. De esta forma, ante la sospecha de cualquier tipo de trastorno, se debe indagar en los medicamentos que consume el paciente, haciendo la referencia oportuna al psicólogo o psiquiatra para el correcto diagnóstico/tratamiento, brindando una atención multidisciplinaria (36).

Cabe destacar que también existen adolescentes colaboradores, disciplinados y conscientes de la importancia de la salud bucal; donde, la mayoría de los pacientes logran una relación positiva/efectiva con el odontólogo, cuando se realiza un correcto abordaje, se

consideran las variables clínicas, se actúa sobre los factores psicológicos y se dispone de un conjunto de expertos (32). Por lo cual, se debe fomentar la realización de más investigaciones científicas al respecto.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL

Los conocimientos básicos de la psicología, como ciencia aplicada al estudio sobre los procesos cognitivos y de la conducta, tienen gran relevancia para los odontólogos al abordar la prevención/tratamiento de las enfermedades bucodentales, así como también en lo concerniente a los desafíos que supone el manejo de los pacientes (37). De acuerdo a la importancia entre los principios psicológicos y la odontología enfocada a los adolescentes, se ha sugerido diversos tipos de maniobras o técnicas destinadas al control del comportamiento en el consultorio odontológico (38), a saber: el diálogo, el método de la modelación, el relajamiento muscular, la comunicación, el vínculo (5), el abordaje cognitivo-conductual, la terapia breve sistémica (39), la terapia racional-emotiva (TRE) (40) y la terapia psicocorporal, todo ello bajo un enfoque de interconsulta (41); asimismo, no se descarta el uso de la sedación, el óxido nitroso o la anestesia general (38).

De esta forma, el odontólogo debe lograr una relación positiva con el adolescente, basada en la cooperación y la confianza, desarrollando habilidades sociales fundamentales, específicamente: la empatía, la comprensión y la tolerancia; donde, el principal rol del odontólogo se debe centrar en calmar, tranquilizar y ofrecer seguridad. Por lo tanto, el tono de voz, la actitud, los gestos, la postura, entre otros aspectos deben estar dirigidos a tal fin (32). Asimismo, Knobel y Santos, resaltaron que el profesional debe evitar someterse a la conducta del adolescente, sino adecuarse a las mismas (35), promoviendo

una maximización en la aceptación de la atención odontológica, donde la flexibilidad en la comunicación, el trato cordial y respetuoso son los pilares de esta relación (42,43).

Resulta importante que el odontólogo reciba entrenamiento en habilidades blandas específicas que permitan mayores y mejores recursos de afrontamiento para encarar la profesión (43), con la debida supervisión psicológica/psiquiátrica, considerando el abordaje conjunto (44). A continuación, se detallan los elementos esenciales que describen las estrategias:

- **Inteligencia emocional:** Involucra la adquisición y el mantenimiento de una serie de subhabilidades interdependientes, las cuales permiten una óptima gestión intra e interpersonal de la vida emotivo-afectiva de la persona en diferentes ámbitos. Los componentes intrapersonales necesarios para alcanzar un adecuado grado de gestión emocional son: la autorregulación (capacidad para lograr la adecuación de los sentimientos según sean las demandas o exigencias del contexto, la postergación consciente en la búsqueda por obtener gratificación, con escasa susceptibilidad y alta adaptabilidad/recuperación), el autoconocimiento (reconocer con criterio de diferenciación, además de oportunamente la aparición de las emociones que facilite una toma de decisiones menos impulsivas, más racionales) y la motivación (ejecutar comportamientos a partir de una direccionalidad basada en el logro de objetivos con foco atencional, al igual que creatividad); mientras que los componentes interpersonales serían: la empatía (nivel de comprensión y sintonía sobre las señales de comportamiento verbal-no verbal que emiten los demás a fin de aproximarse a las necesidades o expectativas de ellos) y el acercamiento social (aproximación a otros sujetos con elevado nivel de aceptación). El afianzamiento de estas subhabilidades en odontólogos se puede lograr a través de

capacitaciones teórico-vivenciales, bajo la modalidad de taller dictado por un profesional certificado (45).

- Comunicación asertiva: Referida a las formas de comportamiento que exhibe un individuo en el espacio interpersonal que involucra la expresión, tanto verbal como no verbal, de afectos, actitudes, expectativas, pensamientos o valores, de una manera directa, consistente, espontánea, honesta y en pleno respeto a las posiciones ajenas; quien emite un mensaje asertivamente tiene como objetivo incentivar la adaptación al marco sociocultural de referencia del que forman parte las personas; por lo cual, los odontólogos que deseen alcanzar un mayor grado de asertividad en su comunicación con los pacientes y su equipo de trabajo deben enfatizar en: mantener contacto visual (observar al interlocutor mientras se le dirige la palabra); asumir un estado postural de proximidad (debe mantener su torso erguido y ubicado de manera frontal hacia el receptor); proximidad física (la distancia revela la intimidad de la relación, se recomienda mantener una distancia entre 100 a 150cms., no invasiva, salvo al estar ejecutando un procedimiento en la silla odontológica; señas gestuales (deben ser lo suficiente para generar énfasis a las palabras, sin exagerar para evitar percepciones de insistencia u hostilidad). Asimismo, otras conductas que enriquecen la asertividad comunicacional, son: la expresividad facial (congruencia entre la gestualidad facial y el contenido del lenguaje que se transmite); modulación de la voz (reflejar serenidad y firmeza con el volumen, tono e inflexión); identificación del momento más oportuno; escucha activa (mostrar interés por lo que los demás dicen, parafraseando o confirmando el sentido de las palabras para demostrar seguimiento continuo) y actitud positiva (apertura para conservar una

perspectiva optimista de las situaciones al igual que tener apertura para ser receptivo ante los enfoques que plantean los demás) (44).

- Programación Neurolingüística (PNL): Consiste en la identificación de los símbolos de representación sensorial para lograr una estimulación idónea del canal de aprendizaje con dominancia del paciente, en virtud de gestionar de forma más efectiva la forma de emitir y decodificar los mensajes en el entorno profesional; donde, la interpretación de mensajes de los demás y el tipo de canal sensorial predominante en los sujetos, está supeditado a la experiencia o aprendizajes adquiridos previamente (46).

La odontología del adolescente le exige al profesional ejercitar su capacidad de escuchar, interpretar y usar la experiencia; sin estandarizar o generalizar la atención debido a que no existen fórmulas específicas para la atención de este tipo de pacientes (3,5). Asimismo, se destaca el aporte y la influencia ejercida por el odontólogo sobre el adolescente, el cual necesita formar una identidad firme, conocer sus propias posibilidades y talentos; donde, se puede incidir en la autoestima del adolescente a través de comentarios positivos o de reafirmación, los cuales repercuten en el desarrollo y la conciencia de sus valores (47).

Por consiguiente, el profesional se debe especializar en la conducción de determinadas situaciones, que si bien están fuera del ámbito odontológico, tienen importancia significativa en el resultado final de su actividad (48). De esta forma, el quehacer psicológico coadyuva en un mejor repertorio comportamental de los adolescentes ante el tratamiento odontológico, incidiendo en las conductas que puedan afectar su salud bucal (37). Además, también resulta conveniente que el profesional ofrezca información odontológica

enfocada al ámbito personal, familiar y social; lo cual, permite que el adolescente sea un agente promotor de la salud bucodental en su entorno (5,17).

CONCLUSIONES

Las estrategias de intervención para el abordaje integral del adolescente en la consulta odontológica deben incluir los conocimientos técnico-científicos fundamentales y un despliegue de habilidades o destrezas blandas (inteligencia emocional, comunicación asertiva y programación neurolingüística) por parte del profesional y su equipo, pudiendo incidir en las conductas que puedan afectar la salud bucal de estos pacientes. Por lo tanto, dentro de la educación continua, se sugiere el desarrollo de ciertas técnicas básicas de contención, bajo asesoría experta.

La adolescencia demanda un abordaje interdisciplinario, donde el odontólogo debe estar familiarizado con las afecciones o enfermedades típicas, las alteraciones biopsicosociales, las particularidades clínicas y los tratamientos odontológicos (con énfasis en la estética bucodental).

El odontólogo debe cumplir un rol formativo-educativo en los adolescentes; estableciendo además enlaces y redes profesionales con otras disciplinas (psicología, medicina, enfermería, trabajo social, educadores) que permitan incrementar el efecto multiplicador de la acción preventiva o terapéutica de los problemas bucodentales. Asimismo, debe participar en la elaboración de planes y programas destinados a la salud bucodental de los adolescentes, funcionando como garante en la vigilancia del cumplimiento de los mismos.

REFERENCIAS

1. Pérez N., Navarro I. *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Alicante: Editorial Club Universitario; 2012.

2. Peñaranda P. *Psicología odontológica: interdisciplinariedad entre la psicología y la odontología*. Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela; 2000.
3. Awuapara S., Valdivieso M. Características bio-psicosociales del adolescente, *Odontol Pediatr*. 2013; 12 (2): 119-128.
4. Brenes W., Sosa D. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes, *Rev. Cost. Cienc. Méd.* 1986; 7 (4): 311-14.
5. Figueiredo M., Faustino-Silva D., Faneze J., Gass E., Correia K., Da Silva L. El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura, *Odontoestomatología*. 2010; 12 (14): 15-28.
6. Real Academia Española (RAE). *Diccionario*. [Internet]. [Consultado 12 Sep 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=adolescencia>
7. Bussadori S., Masuda M. *Manual de odontohebiatría*. Sao Paulo: Editorial Santos; 2005.
8. Albuquerque E, Simoes S. *La salud oral en adolescentes: énfasis en adicción a las drogas y psicotrópicos*. Sao Paulo: Escuela de Desarrollo Profesional-Salud Odontológica colectiva; 2003.
9. Cançado M., Faustino-Silva D., Lansing J., Gass E., Valença K., Da Silva L. El papel del odontólogo con el paciente adolescente, *Odontoestomatología*. 2010; 12 (14): 15-28.
10. Dyer W. *Tus zonas sagradas*. Barcelona: Grijalbo; 1996.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud bucodental*. Nota Informativa Nro. 318. [Internet]. [consultado 3 nov 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
12. Souza R. *Nossos Adolescentes*, Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.

13. Mafla A. Adolescencia: cambios biopsicosociales y salud oral, *Colomb Med.* 2008; 39: 41-57.
14. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP). Epidemiología de la caries dental en América Latina, *Revista de Odontología Latinoamericana.* 2014; 4 (2): 32-8.
15. Federación Dental Internacional (FDI). Declaración de política sobre azúcares libres en la dieta y caries dental, *International Dental Journal.* 2016; 66 (1): 9-10.
16. Lindhe J., Lang N. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.
17. Saliba-Garbin C., Ispier-Garbin A., Moreira-Arcieri R., Saliba N., Gonçalves P. La salud bucal en la percepción del adolescente, *Rev salud pública.* 2009; 11 (2): 268-277.
18. Castro T., Tinoco R., Lima L., Costa L., Francesquini L., Daruge D. Violence against women: characteristics of head and neck injuries, *Rev Gaúch Odontol Porto Alegre.* 2017; 65 (2): 100-08.
19. Moreira R., Figueiredo R., Colodetti H., Miranda M. Traumatismo dentário na adolescência x atividade física. Como orientar e prevenir?, *Rev Dental Press Estét.* 2015; 12 (3): 56-60.
20. Ferro M. Técnicas de modificación conductual aplicadas en la clínica odontológica, *Acta Odontológica Venezolana.* 2005; 43 (2).
21. Fleta J. Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica, *Pediatr Integral.* 2017; 21 (7): 486-88.
22. Canut J. *Ortodoncia clínica y terapéutica.* Madrid: Ediciones Elsevier; 2000.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas, publicación científica y técnica Nro. 622. [Internet]. [Consultado 12 abr 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=256-salud-en-las-americas-2007-vol-1&Itemid=222&lang=en
24. Caballero-Hidalgo A., González J., Pinilla A., Barberb P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes, *Gaceta Sanitaria.* 2005; 19 (6): 440-47.
25. Swendsen J., Burstein M., Case B., Conway K., Dierker L., He J. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 9 (4): 390-8.
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo. [Internet]. [Consultado 20 abr 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua
27. Pinilla-Vásquez C., Angarita-Fonseca A. Conocimientos y actitudes asociadas al inicio del hábito de fumar durante la vida universitaria, *Hacia la Promoción de la Salud.* 2012; 17 (2): 25-39.
28. Marti S. Escala de medición del miedo a la atención dental, *Facultad de Odontología UNCuyo.* 2012; 6 (1): 16-22.
29. Bottan R., Vitoretti E., Santi A., De Silveira D., García E. Percepção de adolescentes sobre as competências essenciais ao cirurgião-dentista, *Archives of Dental Science.* 2015; 51 (3): 145-151.
30. Cázares de León F. Nivel de Ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico [PhD tesis]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Psicología; 2012. p. 110.
31. Krahn N., García A., Gómez L., Astié, F. Fobias al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión, *Fundamentos en Humanidades.* 2011; 12 (23): 213-222.
32. Amaíz A., Flores M. Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria, *Odontología Vital.* 2016; 1 (24): 21-28.

33. Jonson N. The role of the dental team in tobacco cessation, *European Journal of Dental Education*. 2004; 8 (4): 18-24.
34. Tomar S. Dentistry's role in tobacco control, *The Journal of the American Dental Association*. 2001; 132 (1): 30-5.
35. Knobel M., Santos M. O adolescente e o profissional de saúde. En: Maakaroun M., Souza R., Cruz A. *Tratado de adolescência- Um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editorial Cultura Médica; 1991.
36. Von Söhsten M., De Carvalho C., de Andrade A., Cavalcanti X., Barreira A., Bosco G. Transtorno obsessivo compulsivo em crianças e adolescentes: revisão de literatura e abordagem odontológica, *Arq. Odontol*. 2011; 47 (4): 230-36.
37. Vinaccia S., Bedoya L., Valencia M. Odontología y psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica, *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1998; 30 (1): 67-82.
38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSMIV- TR*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
39. Riveros M. Terapia breve sistémica. En: Oblitas L. *Psicoterapias contemporáneas*. D.F. México: Cengage Learning; 2008. p. 245-263.
40. Heman A. Terapia Racional-Emotiva. En: Oblitas L. *Psicoterapias contemporáneas*. D.F. México: Cengage Learning; 2008. p. 201-223.
41. Serrano X. La Psicoterapia Corporal y la Clínica Postreichiana. En: Oblitas L. *Psicoterapias contemporáneas*. D.F. México: Cengage Learning; 2008. p. 265-303.
42. Pinkham J. *Odontología pediátrica*. (2da. Ed.). D.F. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
43. Souza D. Desenvolvimento psicológico na infância e na adolescência. En: Costa M, Souza R. *Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Edit. Artmed; 1998.
44. Oblitas L. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (3era. Ed.). D.F. México: Cengage Learning; 2010.
45. Goleman D. *Inteligencia Emocional* (7ma. Ed.). Barcelona: Editorial Kairós; 2008.
46. Llacuna J. *Programación Neurolingüística (PNL): aplicaciones a la mejora de las condiciones de trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España; 1997.
47. Gedler O. Los tiempos difíciles y la inteligencia emocional en el ejercicio odontológico, *Acta Odontológica Venezolana*. 2009; 47 (2): 334-340.
48. Ravaglia C. Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. [Internet]. [Consultado Sep 2017]. Disponible en: http://www.webodontologica.com/odon_arti_asp_rav.asp



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.