

El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura

*Márcia Cançado Figueiredo**; *Daniel Demetrio Faustino-Silva***;
*Jaqueline Lansing Faneze***; *Emanuele Gass***; *Kátia Valença Correia*
*Leandro da Silva****

Resumen

El escaso conocimiento de las alteraciones bio-psico-sociales del adolescente aliado a las constantes demostraciones de conductas no adaptativas a estas transformaciones, hacen del adolescente un paciente “difícil” para el odontólogo dificultando su atención clínica. El propósito del presente trabajo es hacer una revisión de la literatura del perfil de los adolescentes para que el odontólogo pueda brindarle una atención especial centrada en la promoción de la salud tanto en los servicios de salud pública como en la consulta privada, reconociendo su importante rol como facilitador de la relación con el paciente adolescente y su padres.

Abstract

The limited knowledge of the adolescence bio-psycho-social characteristics and the permanent demonstration of defiant behaviors are the causes that dentist think that teenagers are not easy patients making difficult their clinic treatment. The main of this paper is to make a revision of the literature involving psychological aspects in order to facilitate the dental treatment covering health promotion in public service and in private clinics playing an important role as a easier agent between the teenager patients and their parents.

Palabras clave: Adolescencia, salud bucal, atención odontológica, roles.

Key words: Adolescence, oral health, dental treatment, roles.

* Profesora Doctora de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul;

** Estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul;

*** Profesora Doctora de lo Instituto de Biociências de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul.

Fecha de recibido: 05.10.09 - Fecha de aceptado: 10.03.10

Introducción

La adolescencia es un período de transición de la infancia a la edad adulta, caracterizándose por grandes transformaciones bio-psico-sociales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponde a la etapa etaria entre 10 a los 19 años de edad, considerando dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años” (1, 2) Actualmente, la etapa de la adolescencia se considera más prolongada en comparación a décadas anteriores, debido a que los niños están entrando a la adolescencia de manera precoz y están saliendo de ella más tardíamente (3).

Con el paso del tiempo, se ha ido profundizando el interés por el estudio de la adolescencia. La interdisciplinariedad de estos estudios, es decir, los conocimientos de medicina, psicología, sociología, odontología, etc., han contribuido de manera muy importante a la mayor comprensión del tema. Sin embargo, el adolescente parece continuar siendo poco comprendido, dándole comúnmente la denominación por parte de los adultos de “irritante” (4).

Para Arantes (5) los conflictos vividos en esta fase, de alteraciones y adaptaciones biológicas, psíquicas y sociales, a pesar de ser de orden interna, son frecuentemente exteriorizados a través del comportamiento.

Fernandes y Marinho (6) verificaron que los adolescentes, al inicio de la década de los 80, representaba el 24% de la población brasilera estimando que en el año 2000 aproximadamente 36 millones de habitantes se encontrarían en esta etapa etaria reconociendo que constituyen un pilar significativo de la población que necesita de una atención a la salud específica.

Desde hace mucho tiempo ha estado la preocupación de quien debe ser responsable de la atención de la salud de los adolescentes. La Academia Americana de Pediatría (1972) amplió la responsabilidad del médico pediatra que pasó a asumir el paciente durante su gestación hasta la adolescencia. En Brasil, a partir de la década del 70, se observó un aumento del interés por parte de los profesionales de la salud hacia los adolescentes y

en 1989, el Ministerio de Salud oficializó el Servicio de Asistencia a la Salud del adolescente, bajo la responsabilidad de la coordinación materno-infantil (7).

A nivel internacional y en acuerdo con Brown (8) la responsabilidad de la atención odontológica del adolescente debería ser responsabilidad de la Odontopediatría. Para Kaplan y Mammel (9) las afecciones buco dentales representan uno de los mayores problemas de la salud en la adolescencia pero sin embargo, del punto de vista odontológico, los adolescentes continúan con una falta de una atención específica, dirigida a sus necesidades particulares, en especial en el aspecto comportamental. Silva, Paixão y Pordeus, en 1997, enfatizaron la falta de atención específica para los adolescentes en el área odontológica, siendo atendidos junto a los pacientes adultos (10).

La mayoría de las Facultades de Odontología planifican la enseñanza de la atención odontológica volcada hacia el niño o al adulto. De esta forma, la atención al adolescente queda generalmente delegada al clínico general. El poco conocimiento de las alteraciones biopsicosociales, características de estos jóvenes, junto a las constantes demostraciones de conductas adaptativas a estas transformaciones, hacen del adolescente un paciente “difícil”, pudiendo dificultar su relación con el profesional de la salud. (11,12). Por esta razón, para que el adolescente reciba un adecuado tratamiento odontológico, el profesional que se proponga atenderlos deberá dedicar parte de su formación al conocimiento de su perfil comportamental, a fin de lograr su cooperación y participación, a través de un abordaje psicológico adecuado. El papel del odontólogo es ser un facilitador de la relación con el paciente adolescente. El primer paso para un buen cuidado dental para estos pacientes, en particular, es la confianza. El adolescente necesita ver al odontólogo como un amigo, alguien que puede hablar sobre cualquier tema sin vergüenza. Un diálogo abierto entre el dentista y el paciente pueden ayudar a desentrañar la causa de muchos problemas. La Odontopediatría ha profundizado los conocimientos e implementación de un adecuado enfoque psicológico en la asistencia odontológica a los niños. Se ha observado el establecimiento de una relación de mayor confianza entre

el odontólogo y el paciente infantil, lo que ha contribuido de manera muy relevante a una práctica clínica diferenciada, evolutiva y pertinente. Actualmente, en las ciencias de la salud se reconoce a la Hebiatría como la medicina que estudia al adolescente y las particularidades de su salud-enfermedad.



Fig. 1

El término procede del griego (Hebe, la diosa de la juventud) (Fig. 1), compuesto por hēbee (pubertad) y iatrea (curación), pero sus fines son mucho más extensos que la mera curación de las enfermedades de los adolescentes, ya que esta especialidad estudia al adolescente desde los diferentes aspectos: biológicos, psíquicos y sociales que influyen en el crecimiento y desarrollo. La Hebiatría ha experimentado una maduración acelerada en las últimas décadas, en vista de las circunstancias especiales de los adolescentes, trata a los jóvenes desde que comienzan los cambios de la pubertad (caracteres sexuales secundarios) hasta que se completa el desarrollo en los diferentes aspectos y se convierte en el adulto de la especie. Asimismo, la Odontohebiatría se refiere a la atención de la salud bucal de los adolescentes con énfasis en la prevención y la promoción (13) integrando con especial relevancia la estética y cosmética tan valoradas en esta etapa etaria (14).

Objetivo

El propósito del presente trabajo es hacer una re-

visión de la literatura del perfil de los adolescentes y sus particularidades para que el odontólogo pueda brindarle una atención especial centrada en la promoción de la salud tanto en los servicios de salud pública como en la consulta privada, reconociendo su importante rol como facilitador de la relación con el paciente adolescente y su padres.

Desarrollo

Revisión de literatura - A fin de organizar el trabajo, se distinguen cinco capítulos dentro de las particularidades de la adolescencia integrando en cada uno los aportes específicos relevantes de la literatura relevada. La metodología utilizada en la obtención de los datos fue la revisión de las siguientes bases: *Lilacs (Bireme)* -Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud-, *PubMed (Medline)*, *U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health*.

I. **Adolescencia: concepto y clasificación**

Se acepta que a mediados del siglo XIX fue definida la concepción moderna de adolescencia, como un fenómeno bio-psico-social (15). Sin embargo, la noción de lo que significa “ser un adolescente” tiene sus raíces en Grecia antigua, una vez que Aristóteles consideró a los adolescentes como “apasionados, irascibles, capaces de ser arrebatados por sus impulsos...” El término adolescencia proviene del latín “adolesco” que significa crecer, desarrollarse (16) y representa una fase específica del desarrollo humano caracterizada por cambios y transformaciones múltiples y profundas y fundamentalmente que permita al joven alcanzar su madurez y actuar en la sociedad como adulto (17).

Corresponde al periodo del desarrollo del ser humano que ocurre generalmente de los 10 a los 19 años, englobando tanto las modificaciones biológicas corporales, denominadas de la pubertad, como también las transformaciones biopsicosociales del individuo en el auge de su proceso de maduración. Siendo así, no siempre el inicio de la pubertad coincide con el de la adolescencia pero muy frecuentemente ambos términos se encuen-

tran empleados como sinónimos. El primero debería ser usado para designar las modificaciones biológicas, mientras que el segundo por ser un término más amplio, refiriéndose a las alteraciones biopsicosociales (18).

Berek y Adashi (19) informaron que durante la pubertad hay una mayor producción hormonal que provoca una serie de transformaciones orgánicas: ocurre un crecimiento en la estatura, surgen características sexuales secundarias y paralelamente se modifican las proporciones del cuerpo y la musculatura. A pesar de que estos cambios no ocurren abruptamente, los tres o cuatro años en que estos hechos suceden no constituyen tiempo suficiente para que la maduración mental acompañe el desarrollo físico.

Desde hace varios años y, con un énfasis particular en el momento actual, se considera que el tema de la adolescencia debe ser estudiado a través de una visión interdisciplinaria. Desde esta concepción, cada área: psicología, medicina, odontología, sociología, nutrición, entre otras, deben analizar la "salud integral" sin preconceptos o reduccionismos, considerando la complejidad y las interrelaciones que la caracterizan (20, 21).

Para Narvaz (22), Crespin (23) y Guimarães (24) el concepto de salud integral del adolescente se refiere a un abordaje integrador y general que relaciona a la persona (organismo o individuo) a la familia y al medio ambiente. Es de interés valorar dos ejemplos en esta concepción de abordaje integral de la salud adolescente. Por un lado, los hábitos nutricionales son un aspecto singular y muy importante en este período de rápido crecimiento y transformaciones corporales intensas en que el individuo gana 25% en altura y 50% del peso corporal final (25). También, la gestación en las adolescentes puede ocasionar una serie de complicaciones como ser: riesgo de parto prematuro, nacimiento de bebés de bajo peso, hipertensión arterial y diabetes, asociadas con problemas bucales como ser: variaciones en la saliva, caries dental y alteraciones periodontales (gingivitis, hiperplasia gingival, granuloma piógeno) (26, 27).

El período de la adolescencia se divide de acuerdo con Souza (28, 29 y 30), y desde el punto de vista didáctico, en tres etapas: a) *adolescencia precoz de los 10 a los 14 años*, es la 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 liberarse de las raíces de la infancia; b) *adolescencia media de los 15 a los 17 años*, en la cual la mayoría de las características de la pubertad ya fueron manifestadas. La preocupación mayor sería el culto a la estética, a través de la cultura física y del vestuario, que generalmente tiende a ser de forma estereotipada; c) *adolescencia tardía de los 17 a los 19 años*, cuando emergen los valores y los comportamientos adultos y predomina o cristaliza una identidad estable, buscándose la viabilidad económica y estabilidad social. Es evidente que ninguna descripción estereotipada se encuadra universalmente para todos los adolescentes. Hace algunas décadas, la adolescencia era considerada el período de la vida entre los 13 a los 18 años y como se ha mencionado actualmente se considera entre los 10 a los 19 años, sin embargo algunos jóvenes a los 20 años todavía no pueden ser considerados adultos al no poseer condiciones de independencia en todos los aspectos de la vida (profesional, afectivo y financiero).

Tolland (31) expresa que, durante el ciclo vital, ocurren dos "saltos para la vida": el primero es el nacimiento, cuando el bebé "salta" de la vida intrauterina a un mundo absolutamente nuevo, y el segundo se corresponde con la adolescencia, donde el "salto" es en dirección a nosotros mismos, como seres individuales, pasando de una casi total dependencia a etapas de independencia progresiva que promoverán su individualización.

Kaplan y Mammel (1997) relataron que el pasaje del desarrollo de la segunda infancia a la edad adulta comprende a las siguientes etapas: conclusión de la pubertad y del crecimiento somático; desarrollo social, emocional y cognitivo: establecimiento de una identidad independiente; separación de la familia y preparación para una carrera o vocación.

Souza relata que en algunas sociedades primitivas la transición de la infancia para la edad adulta es natural y suave. En estas comunidades, generalmente

el joven, al llegar a la madurez sexual, pasa por una ceremonia llamada de “rito de la pubertad”, que dura entre 8 a 10 meses y al final de este período se le concede todos los papeles sociales del adulto, inclusive el del casamiento. Cuando se compara este período de transformación, con el período de la adolescencia observado en nuestra sociedad, se verifica que los acontecimientos psicológicos de la adolescencia no son necesariamente un correlato de los cambios físicos de la pubertad. Por esta razón, el mencionado autor cree que el fenómeno de la adolescencia constituye una invención cultural, neoliberal, producto de un creciente retardo de la toma de responsabilidades como adulto. En la sociedad indígena, la adolescencia no es considerada un proceso y sí, un rito. Cuando el niño completa trece años, pasa por una prueba que involucra su relación con la caza, la pesca, las artes de guerra y la manipulación de sus armas. Cuando alcanza una edad en que pueda realizar adecuadamente estas tareas así como reproducirse, es recibido en la comunidad como un adulto. En la comunidad tradicional judía, el niño es considerado adulto a los trece años y la niña a los doce años. En la sociedad occidental contemporánea, estos ritos son menos frecuentes y pueden ser ejemplificados con la entrada del adolescente al ejército para los niños a los 18 años o la fiesta de 15 años principalmente para las niñas.

Es interesante resaltar que en las clases menos favorecidas, de acuerdo con Coates (32) la mayoría de los adolescentes son privados de vivenciar plenamente esta etapa de su desarrollo, pues frecuentemente, en edades muy precoces, son inducidos a asumir comportamientos de adulto, sea por el desamparo y necesidad de luchar por la supervivencia o por la desagregación familiar.

II. Adolescentes: quienes son y como se relacionan con los padres

La adolescencia es, más que una etapa estabilizada, un proceso de desarrollo. De esta forma y debido al hecho que el adolescente pasa frecuentemente por fases de desequilibrio e inestabilidad extremas, Aberastury y Knobel denominaron esta etapa del desarrollo humano como “Síndrome normal de la

adolescencia”, considerándola una entidad semi patológica perturbada y perturbadora para el mundo adulto pero sin embargo, necesaria para los jóvenes. Estos autores también describieron el mencionado “síndrome” a través de características peculiares del perfil comportamental de la adolescencia, tales como: búsqueda de sí mismo, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y de fantasear, crisis religiosa, deslocalización temporal, evolución sexual, actitud social reivindicatoria, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta, separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones de humor.

En esta fase para Cintra (33), frecuentemente son observadas oscilaciones de comportamiento. Las conductas adolescentes varían rápidamente desde una demostración de alegría y auto aceptación pudiendo pasar rápidamente a estados de retraimiento, auto depreciación y hasta, depresión. Las manifestaciones de depresión del adolescente son distintas de las observadas en el adulto. La depresión en la adolescencia muchas veces se manifiesta por síntomas “enmascarados” tales como agresión, delincuencia, promiscuidad sexual, abuso de drogas y alcohol o conductas autodestructivas (34, 35).

En la primera fase de la adolescencia, de los 10 a los 14 años, todos los esfuerzos están volcados al establecimiento del proceso de independencia del mundo adulto, especialmente de los padres. En esta fase, el establecimiento de esta “separación psicológica” es esencial para que el adolescente se sienta un individuo único y relativamente autónomo. Paralelamente, el grupo de amigos pasa a asumir un papel importante en su vida. En la fase media, 15 a 16 años, la mayoría de los adolescentes ya manifestó la pubertad, pero no acepta naturalmente sus resultados. Al mismo tiempo de una incesante búsqueda de la estética ideal, desean también obtener identidad y satisfacción sexual. Posteriormente, en la fase tardía (17 a 20 años), el adolescente generalmente se concentra en tres misiones; buscar viabilidad económica y estabilidad social, desarrollar un elaborado sistema de valores y verbalizar, de acuerdo con sus propias ideas. Los autores referidos anteriormente (34, 35) expresan también que la maduración psicológica del adolescente hace que el mismo sufra tres duelos fundamentales: el duelo por el cuerpo infantil

perdido, impuesto fisiológicamente; el duelo por el papel e identidad infantil, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce y el duelo por los padres de la infancia, situación que se complica por la propia actitud de los padres, que también necesitan aceptar su envejecimiento, reconociendo que sus hijos no son más niños y por el contrario, están preparándose para ser adultos. Estos sentimientos de duelo son considerados normales aunque en algunas ocasiones adquieren características patológicas. De hecho, las condiciones familiares y culturales podrán favorecer o no el desarrollo del adolescente, pero no pueden impedir que éste elabore por sí solo todos sus duelos. En la adolescencia, la relación con los padres muchas veces es acompañada de desencuentros. En situaciones de conflicto, algunos padres, tienden a no demostrar reacciones fuertes frente a los desafíos de los adolescentes a fin de tener menos reacciones autoritarias, para no sentirse amenazados y atacados por las críticas de los hijos. En estas circunstancias los padres de adolescentes pasan por una fase de análisis y reevaluación de su propia adolescencia, repensando también el rol de sus padres. Por esta razón, los mismos enfrentan una verdadera crisis, propia de

su ciclo vital, lo que provoca readaptaciones en la estructura y reorganización familiar.

Rosa J.T. (1996) considera que el inicio de la adolescencia (11-15 años) representa el período de mayor dificultad con relación a la convivencia familiar. Esto ocurre principalmente por el hecho de que los adolescentes demuestran frecuentemente alteraciones en el humor y una ansiedad casi incontrolable. En el período de la adolescencia media (15-17 años) se observa frecuentemente una tregua relativa con los padres y una conducta más calma en las actividades de la vida diaria y hacia el final de la adolescencia (17-19 años), el joven presenta demostraciones de comportamiento semejantes a aquellos que el individuo aprendió con la familia y el ciclo de conflictos entre los padres y sus hijos adolescentes comienza a ser superado.

En relación al exceso de permisividad, característica frecuentemente observada en los padres de adolescentes de los años 90, es interesante resaltar la necesidad de los adolescentes de convivir no sólo con satisfacciones, sino también con pérdidas, pues éstas ofrecen al individuo la oportunidad de buscar el equilibrio a través de argumentos y creatividad, lo que auxiliaría en su maduración. Muchos padres sólo perciben que sus hijos están entrando en la adolescencia a través de la obser-

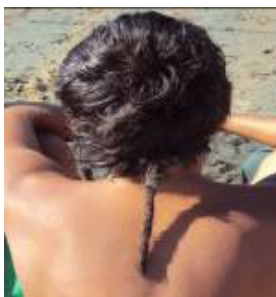


Fig.2



Fig.3

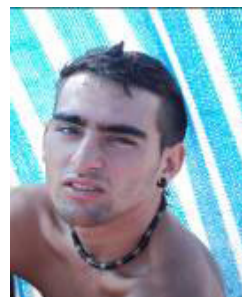


Fig. 4



Fig.5

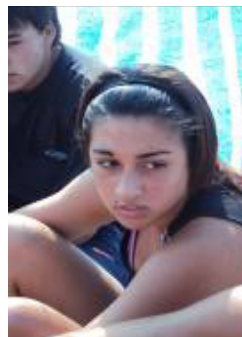


Fig.6



Fig.7

vación de las características sexuales secundarias, comportándose muchas veces de forma ambivalente, pues, al exigir la independencia de sus hijos con relación a ellos mismos, también los hacen de modo ambiguo, comportándose como bloqueadores de esa independencia, cuando actúan con rigidez intensa, o con mucha permisividad, dejando de orientarlos en el momento de estructuración de su personalidad, lo que puede generar conflictos. Asimismo, hay padres que comprenden la adolescencia como un proceso en la vida de sus hijos, actuando como facilitadores, o sea, asumiendo posturas basadas en el diálogo.

Generalmente cuando el adolescente se siente cómodo con su propia identidad y autoestima, él mismo se considerará menos amenazado por las ideas y consejos de sus padres (Figs. 2-7).

Muchas veces, cuando alcanzan la fase adulta, el abordaje filosófico y pragmático de estos adolescentes para la vida llega a asumir una cierta semejanza con la de sus padres.

III. Papel del Odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente

De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría, cabe al Pediatra la asistencia a la salud de individuos en crecimiento y desarrollo. Por esta razón, el campo de actuación del pediatra se inicia en el periodo anterior al nacimiento, continuando durante la infancia y adolescencia cuando en general se completan los procesos de crecimiento y del desarrollo.

En el área médica, la atención de los adolescentes, durante mucho tiempo, permaneció como “tierra de nadie”. Los pediatras se ocupaban de la atención de niños hasta los 12 años mientras los médicos de adultos, cada vez más especializados, no se preocupaban por las peculiaridades de esta etapa etaria. En Brasil en 1989 el Ministerio de Salud oficializó el Servicio de Asistencia a la Salud del adolescente, bajo la responsabilidad de la coordinación materno-infantil y la Sociedad Brasileña de Pediatría, preocupada con ocupar este espacio, fundó el Comité para el estudio de la adolescencia (36, 37).

La Odontología centrada en el adolescente requiere algo más que conocimientos técnico-científicos, ya que, como se ha expresado anteriormente, se

trata de un individuo en el que están ocurriendo intensas modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, lo que exige salud mental y enorme estabilidad emocional por parte del odontólogo (38). Sin embargo, los pacientes adolescentes pueden considerarse como “olvidados” desde la formación profesional dado que la mayoría de las Facultades de Odontología enfoca la enseñanza de la atención odontológica distinguiendo al niño y al adulto, resultando que la atención de los adolescentes sea realizada por el clínico general. Sin embargo, se reconoce que la forma en que el profesional de salud aborda inicialmente a este adolescente puede determinar el éxito o el fracaso de la consulta (39). El adolescente asume conductas bien propias de esta fase del desarrollo humano, es decir, no es un “niño grande” ni tampoco un “adulto chico”, no siendo posible adaptar cualquier esquema de atención que no sea adecuado al joven (40).

Según Queluz (41) el trabajo con adolescentes, si no se cuenta con formación específica y no es bien conducido, puede resultar muy desgastante para el profesional. Esto se debe principalmente al hecho de que el adolescente posee la peculiaridad de identificar las vulnerabilidades emocionales ocultas. Es común que médicos jóvenes se identifiquen excesivamente con el paciente adolescente, y que profesionales de mayor edad analicen el conflicto en la perspectiva de padres. En algunos casos, profesionales que tienen vivencias conflictivas con sus hijos adolescentes, acostumbra lidiar con los pacientes adolescentes como si fuesen sus propios hijos. Para el adecuado abordaje psicológico del adolescente, es necesario que el profesional conozca las características de esta etapa del desarrollo, sumado a una motivación especial para su atención. De lo contrario, se considera muy difícil hasta imposible establecer un buen nivel de aproximación (42). La atención del adolescente puede ser realizada por el pediatra, que tiene la ventaja de estar preparado para asistir a seres en crecimiento y desarrollo, y muchas veces continúa acompañándolo de las etapas anteriores. Esto no quiere decir que otros profesionales que se propongan atender adolescentes no puedan hacerlo con éxito. El éxito de la relación profesional-paciente adolescente se debe al conocimiento que el

profesional debe tener sobre las características de este período de la vida. Se considera importante establecer que no existen fórmulas para la atención de pacientes adolescentes, pero que es importante que el profesional ejercite su capacidad de oír, interpretar y, en muchos casos, hasta usar un cierto grado de intuición. De hecho, hay una mayor dificultad en el aprendizaje de las técnicas de abordaje y en la comprensión de los distintos aspectos del proceso de la adolescencia que en lo relativo al diagnóstico y los tratamientos propiamente dichos (43, 44).

Severo, Colares y Roseblatt (45), con el objetivo de conocer el abordaje psicológico de los adolescentes por los odontólogos de la ciudad de Recife, Pernambuco – Brasil, realizaron un estudio con entrevistas a 332 odontólogos, y constataron que había una diferencia estadísticamente significativa en el abordaje utilizado por los Odontopediatras, cuando eran comparados con los de otras especialidades, como: Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia y Clínica general.

Para Silber, Munst y Maddaleno (46), en la asistencia a la salud de la adolescencia, la principal herramienta que el profesional debe disponer con su paciente es el diálogo, el cual vuelve a ocupar el lugar que nunca debería haber perdido en las ciencias de la salud. A pesar que los adolescentes siempre necesitan de una asistencia a la salud volcada a sus necesidades específicas, sólo hace pocos años atrás los profesionales de la salud tomaron conciencia de la necesidad de utilización de las técnicas apropiadas para su abordaje. Al atender al adolescente, el profesional debe comportarse de forma simple y honesta, sin demostrar autoritarismo o exceso de profesionalismo. Para establecer un relacionamiento confortable, debe cuidarse de no subyugar o intimidar al paciente, ya que la autoestima del adolescente es frágil. Es interesante resaltar que, durante la comunicación con el adolescente, el profesional debe evaluar su nivel de desarrollo psicosocial, pues, muchas veces, éste puede no corresponderse con el desarrollo físico ni con el cognitivo. Vale recordar que conversar con el adolescente como si fuese un paciente pediátrico o como un adulto puede interferir en la comunicación y hacerlo perder la confianza en el profesional. La satisfacción de los adolescen-

tes por la atención odontológica está vinculada fuertemente a la relación profesional/paciente. Los autores sugieren que pacientes insatisfechos están frecuentemente asociados a profesionales que demuestran desinterés, hacen uso excesivo de términos técnicos y no desarrollan empatía. Otro factor citado es la monopolización del diálogo por el profesional. La falta de personalización de las consultas tiende a producir pobres resultados. El hecho de que algunos odontólogos tengan más éxitos que otros, está directamente relacionado con el éxito de la relación profesional-paciente.

El pediatra que decida continuar atendiendo su paciente que ya ingresó a la adolescencia, tendrá muchas chances de éxito, pues conoce muy bien al mismo así como a su familia. Al contrario de la infancia, cuando los padres generalmente escogen el profesional, el adolescente debe ser siempre consultado sobre sus preferencias. De acuerdo al concepto de Hebiatría definido anteriormente, atendiendo adolescentes, el pediatra pasa a ser también un hebiatra (médico de jóvenes) y lo mismo se acepta para la atención odontológica.

A pesar de las adquisiciones tecnológicas de la Odontología, los odontólogos todavía no se sienten capacitados para motivar a sus pacientes a cooperar con el tratamiento. La motivación del paciente depende de cómo se siente en la consulta. En el pasado, la culpa de la falta de cooperación del paciente era atribuida a él mismo, en cambio actualmente se sabe que la falta de habilidad motivacional del profesional debe tenerse en consideración. La falta de cooperación del paciente puede causar una cierta frustración en los dentistas, ya que es una forma de ver sus propias limitaciones profesionales. Los estudios del área médica y psicológica han demostrado que la llave de una buena motivación es la comunicación. Debe destacarse que cuando el profesional trata de imitar al adolescente, haciéndose pasar por uno de ellos, contribuye a aumentar su sentimiento de desconfianza.

Arantes en 1999 resaltó que el éxito del tratamiento, médico u odontológico en adolescentes depende mucho de la habilidad del profesional en “conquistar” a sus pacientes. En un estudio realizado por Wanless y Holloway (47), con el objetivo de analizar la comunicación verbal entre el dentista y el paciente adolescente, se analizaron 30 consultas

odontológicas con pacientes entre 10 y 17 años y observaron que, a pesar de considerarse importante el buen relacionamiento paciente-profesional durante el tratamiento odontológico, algunos dentistas no se preocupaban de poner en práctica el establecimiento de esta interacción. Los autores sugieren que seguramente la relación de los profesionales odontólogos con los adolescentes podría mejorarse a través del diálogo. Para maximizar el éxito de esta interrelación, el profesional no debería analizar las manifestaciones de la adolescencia con irritación y preconcepción, ni tampoco asumir una postura hostil y cargada de censuras. El respeto de las ideas, deseos y necesidades de los adolescentes, deben ser siempre tenidos en cuenta por los profesionales. Por cierto no hay un esquema pre-determinado de abordaje, lo que debe prevalecer es la sensibilidad para establecer una aproximación individualizada, teniendo en consideración la etapa del desarrollo, el comportamiento del adolescente y la actitud de los padres.

En los estudios actuales, principalmente del área odontopediátrica se confirma una mayor preocupación en el comportamiento de los adolescentes sumando el aporte de las ciencias sociales abordando las particularidades de la atención de la salud general y bucal de los adolescentes y sus complicaciones.

IV. Comportamiento de los adolescentes frente al tratamiento odontológico

A pesar de todos los avances técnico-científicos, la odontología todavía es vista como una profesión que genera en los pacientes sensaciones de ansiedad, miedo, dolor y discomfort, principalmente en niños y adolescentes. Para revertir tales situaciones el profesional debería estimular el diálogo con el adolescente principalmente abordando asuntos de su interés como la estética y el mal aliento. Según Casamassimo y Castaldi, algunas de las implicancias de las transformaciones de la adolescencia, desde el punto de vista odontológico son: a) necesidad de tomar decisiones y tornarse independiente, visualizada en el consultorio a través de la negligencia con relación a la higiene bucal o al rechazo del tratamiento y b) inasistencia a las consultas, como una forma de decir que está muy

preocupado consigo mismo como para interesarse por sus propios dientes. Situaciones, como faltas y atrasos a las consultas, o sea, situaciones ligadas al manejo del tiempo son una constante en la atención odontológica de adolescentes. Los adolescentes poseen un manejo especial del tiempo, debido a los procesos psíquicos que están atravesando para la consolidación de su identidad. Este manejo individual del tiempo puede ser considerado una forma de tratar de frenar los cambios que tanto los asustan. Los adolescentes generalmente no se sienten cómodos en un ambiente de sala de espera dedicado a los adultos, ni tampoco en salas de espera pediátricas. Para Knobel y Santos en la atención de adolescentes debería ser preparada una sala de espera adecuada, con decoración y material de lectura específico para este grupo. Si esto no es posible, sería interesante poder disponer de un horario específico para la atención de adolescentes. Esta situación es recomendable tanto para los consultorios privados como para los servicios públicos.

V. Orientaciones para el control del comportamiento adolescente en la atención odontológica

Para la atención de pacientes adolescentes considerados difíciles, pueden ser utilizados métodos psicológicos. El diálogo, el método de la modelación, el relajamiento muscular, el método de decir, mostrar, hacer, la comunicación y el vínculo son considerados instrumentos adecuados para el control del comportamiento adolescente en el consultorio odontológico.

Berek y Adashi (1998) sugirieron algunas estrategias de comunicación para mejorar la comunicación odontólogo-paciente, como: oír más y hablar menos; incentivar la búsqueda de tópicos introducidos por los pacientes como importantes para ellos; minimizar los hábitos de dirigir la conversación; estar atento a un discomfort en la entrevista y reconocer cuando el paciente está buscando simpatía y soporte para sus sentimientos; algunas veces es importante sólo estar presente como ser humano. En las situaciones que el paciente demuestra agresividad sería interesante que el profesional controlara la situación, tratando de conocer y respetar el motivo de su insatisfacción,

aparte de ofrecer ayuda o pedir disculpas, si fuese el causante de esa situación. Estos autores citaron que algunos clínicos inexpertos se involucran de forma negativa con sus pacientes en estas situaciones, llegando a usar la agresión como forma de control del comportamiento adolescente, pero no obteniendo éxito generalmente. Una actitud paternalista del odontólogo dando sermones al adolescente no es solamente contraproducente sino también que puede poner en riesgo el establecimiento de una relación funcional entre ambos. La atención odontológica de pacientes con temores o miedos no es una tarea fácil debiendo el profesional, en la medida de lo posible, identificar el miedo, expreso o latente, para romper el círculo vicioso establecido en torno de esta reacción emocional.

La Academia Americana de Odontopediatría estableció que para lograr un tratamiento preventivo-restaurador eficiente, el odontólogo debe saber conducir el comportamiento del paciente a través de estrategias de comunicación y educación. Para esta institución, los métodos de manejo comportamental permiten al dentista abordar al paciente con el fin de construir una relación, calmando los miedos y ansiedades. La timidez es un comportamiento muy frecuente en la adolescencia y muchas veces, el odontólogo se puede enfrentar con un total silencio del paciente. En estos casos, se sugiere respetar el momento de mutismo del adolescente, utilizando este tiempo para observarlo e interpretar las manifestaciones extra verbales de comunicación de su paciente. Si el silencio se prolonga, se sugiere intentar alguna técnica para tratar de romperlo. Una opción es indagar porqué ha consultado, resaltando que la intención del profesional es ayudarlo, pero que es necesario que él lo permita. Ante el llanto del adolescente, el odontólogo debe suspender cualquier procedimiento que esté realizando, para a través del diálogo, tratar de identificar sus razones. Después de calmarlo, juntos, el profesional y el adolescente, deben decidir el momento de retomar el tratamiento.

Las situaciones conflictivas extremas con adolescentes en la consulta odontológica son relativamente poco frecuentes y ante su presencia es conveniente un abordaje interdisciplinario.

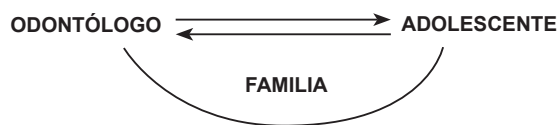
Knobel y Santos (1991) sugirieron algunas con-

ductas a ser asumidas frente a distintas situaciones extremas con adolescentes:

- a) **adolescente fóbico u obsesivo-compulsivo:** el odontólogo debe respetar sus relatos, dando importancia a cualquier detalle, sin asumir el papel de mejor amigo;
- b) **histérico:** el odontólogo no deberá presentar una postura rígida para no contribuir en el mantenimiento de la distancia deseada por este joven;
- c) **esquizoide:** el profesional deberá inicialmente respetar su manera de ser, pues una postura inicial de exigencia ocasionaría un mayor distanciamiento;
- d) **psicópata:** el odontólogo deberá tener cuidado para no contra-actuar dando inicio a un conflicto que, con certeza, no contribuirá para el buen desarrollo de la consulta.

Estos autores resaltaron que, de esta forma, el odontólogo no estaría sometándose a la conducta del adolescente, sino que estaría adecuándose a las mismas promoviendo una maximización de la aceptación de la asistencia.

Participación de los padres - Para el buen desarrollo de la interacción odontólogo-paciente adolescente, los padres, siempre que sea posible, deben ser incluidos. Sin embargo, el profesional debe tener en mente que el destinatario central de la consulta es el adolescente y que sus padres, aunque importantes son figuras coadyuvantes par su atención. Guimarães (1991) representó gráficamente esta interacción padres, adolescentes y familia durante la consulta odontológica:



La primera consulta ejerce una importante influencia en el establecimiento de una buena relación odontólogo-paciente. Si el adolescente viene acompañado de sus padres, estos deberían estar presentes en un primer momento, para que el odontólogo pueda escucharlos activamente y observar la relación padres-hijo. Cuando la presencia de los padres ya no sea necesaria, el odontólogo

debe sugerir que los mismos aguarden en la sala de espera. A continuación el examen debe ser realizado sólo con el adolescente. En esta etapa, se indaga sobre sus hábitos y sus expectativas en relación al tratamiento. Todas las informaciones relacionadas a su estado de salud, tratamiento y pronóstico deben ser transmitidas al joven de una forma realista y actualizada, valorizando su nivel intelectual y su capacidad de participar de las decisiones tomadas por el odontólogo (48).

Weithorn y Compbell (48), estudiaron personas de 9, 14, 18 y 21 años de edad con el objetivo de evaluar su capacidad de decisión. En sus resultados identificaron que: las decisiones sobre salud, de los mayores de 14 años no demostraron diferencia con las de los adultos pero que los menores de 10 años resultaron incompetentes con relación a la habilidad de decidir y entender las informaciones sobre el tratamiento. Este estudio justifica que el adolescente está en condiciones de ser siempre consultado con relación al tratamiento, respetando el principio bioético de la autonomía. Sin embargo, se debe discutir con los padres o responsables del paciente, ya que es indispensable que ellos firmen el consentimiento informado para la atención de su hijo, y también es importante analizar con el odontólogo los riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas ofrecidas y autorizar de libre voluntad la acción profesional. El código de ética de los médicos brasileños (1988) en su artículo 103, insertó en el ámbito de la salud el concepto del “menor maduro”. En Brasil, el código veda al médico “revelar el secreto profesional referente al paciente menor de edad, inclusive a sus padres o responsables legales, desde que el menor tenga capacidad de evaluar su problema y de conducirse por sus propios medios para solucionarlo, salvo cuando la no revelación pueda acarrear daños al paciente” (49).

Discusión

La adolescencia es una etapa compleja en la transición de la infancia a la edad adulta: no son niños pero aún no pueden ser tratados como adultos, es decir, que como se ha profundizado en el presente trabajo existen muchas particularidades

específicas de este grupo etario. Cuando se trata de la atención odontológica, la situación no es diferente y se entiende que los pacientes entre 10 y 19 años podrían no sentirse comprendidos siendo atendidos por profesionales que no tengan conocimiento y manejo de sus necesidades. Precisamente, para dar respuestas a la demanda cada vez más creciente de contar con profesionales calificados para satisfacer las necesidades de este grupo etario, es que surge la Odontohebiatra. Aunque la Odontohebiatría no es reconocida como una especialidad por el Consejo Federal de Odontología de Brasil, el número de profesionales activos en el área ha crecido, gracias a la búsqueda de tratamientos específicos por parte de los adolescentes (estética, blanqueamiento dental, erosiones, etc.). Los adolescentes representan un grupo etario con características especiales para la atención médica y odontológica debido a los cambios bio-psico-sociales que suceden en este período generando entonces la necesidad profesional de tener conocimientos de los mismos a fin de ofrecer una atención adecuada. Puede afirmarse que el primer paso para un buen tratamiento odontológico es contar con su confianza, el adolescente necesita ver al odontólogo como a un amigo, alguien con quien hablar sin vergüenza resultando que un diálogo abierto entre el dentista y el paciente puede ayudar a desentrañar la causa de muchos problemas. Este lazo de confianza entre el paciente y el conocimiento profesional llevará a que, al ir realizando la Historia clínica, surjan algunas sospechas como por ejemplo del uso de drogas. En una simple visita a un dentista observando la presencia de manchas en las uñas, por ejemplo, el profesional puede sospechar si la persona usa drogas, o identificando lesiones cervicales, erosiones u odontolisis adamantina puede sospechar de conductas bulímicas. Es muy importante tener un diálogo abierto con el paciente adolescente en estos casos y estar alerta a la presencia de otros síntomas y signos que complementen el diagnóstico.

También se considera necesario promover, en colaboración con las Políticas Públicas de Salud, el desarrollo de acciones para la salud de los adolescentes sumando y combinando acciones en diferentes espacios y contextos. La articulación de vías de comunicación con la población ado-

lescente colabora para facilitar la expresión y el reconocimiento de su potencial a través de actividades artísticas, deportivas y culturales, utilizando recursos como la radio o el periódico, promoviendo campeonatos, grupos de voluntarios, etc. La articulación de y dentro de las acciones sectoriales es de gran valor para reforzar una acción colectiva, capaz de promover el desarrollo de adolescentes sanos y también entornos de protección. Asimismo, es de interés promover, en colaboración con la Regional de Salud, el desarrollo en los municipios, de acciones dirigidas al fomento en la participación de los jóvenes y al fortalecimiento de esa participación, identificando y valorando a los líderes juveniles de la comunidad a participar en la solución de los problemas para un verdadero impacto en la salud de su comunidad, promoviendo la educación sanitaria entre pares, de una mejor calidad de vida. Es importante articular alianzas y desarrollar la educación de la salud fomentando hábitos saludables. Se debe enfatizar la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención de la violencia y accidentes, la cultura para la paz, el énfasis en el diálogo en la familia como estrategia clave para mejorar las relaciones afectivas entre padres, tutores, niños y adolescentes e indicar la derivación, cuando sea necesario, para los servicios de referencia y redes de protección social. Desde las Universidades se debe profundizar la educación permanente y la especialización, con espacios para el intercambio de experiencias y la actualización de sus egresados en temas intra o interdisciplinarios. Debe promoverse la práctica odontológica centrada en un modelo de atención con fuerte énfasis en la promoción de la salud, el control de las enfermedades bucales más prevalentes: caries y enfermedades gíngivo-periodontales y el mantenimiento en salud. Se debe estar abierto a los nuevos desafíos, formándose para atender a los pacientes adolescentes tan discriminados por su comportamiento, ya que con los conocimientos de la ciencia, la dedicación al trabajo y amor, es posible dar más confort y calidad de vida a todas las personas.

El objetivo final es buscar caminos innovadores que puedan desarrollar un futuro mejor y más digno en un mundo más equitativo para los adolescentes. Reafirmamos nuestro compromiso

con la salud futura de los pacientes adolescentes a partir del conocimiento de su pasado y de la interpretación de su presente. En Brasil todavía es necesario insistir en la necesidad de un espacio particular dirigido a la atención primaria en salud de los adolescentes, espacio concebido desde lo académico y lo asistencial basado en programas políticos asistencialista al adolescente.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente OPS/OMS Washington.1995.
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. México DF SSR. 1994.
3. Günther, I.A. Adolescência e projeto de vida. In: Schor N, Tabosa Motta MS.F, Castelo Branco V. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília,1999.
4. Souza D. E. Adolescente: que bicho é este? XXVIII Encontro do grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria, v.7, 1998.
5. Arantes MH.AC. Crescimento na Adolescência -Transformações biológicas. XXVIII Encontro do grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria. v. 7,1998.
6. Fernandes E. C, Marinho T. M. S. Problemas de saúde na adolescência. In: Figueira F, Ferreira O. S, Alves J. G. B. Pediatria – Instituto Materno Infantil de Pernambuco. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médice. 1996.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Normas de Atenção à saúde Integral do Adolescente. Acompanhamento do crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do adolescente- Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
8. Brown J.C. Patient noncompliance: a negligent topic in dentistry. JADA. v.103, p.567-9, 1981.
9. Kaplan D.W, Mammel K.A. Adolescência. In: Hay W. *et al.* Diagnóstico e Tratamento em Pediatria.12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997
10. Casamassimo P.L, Castaldi, C.R. Considerações sobre a Assistência Odontológica ao Adolescente. In: Abrams R.G, Josell S.D. *et al.*

- Clínicas Pediátricas da América do Norte. Saúde Oral Pediatrica. v.5. Rio de Janeiro, Edit. Interlivros.1991.
11. Graça T.A, Matuck I.C. Importância da saúde bucal para adolescentes e pré adolescentes em Niterói-RJ. XXVIII Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria, v.7,1998.
12. Silva, T. A, Paixão H., Pordeus I. A. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. Arquivos em odontologia.1997 v.33, n.1, p. 5-14, jan./jun.
13. Albuquerque E.L.D, Simões S. A saúde bucal do adolescente: ênfase no dependente de drogas e psicotrópicos. Escola de Aperfeiçoamento Profissional (Especialização em Odontologia em saúde coletiva). jul. 2003.
14. Bussadori SK, Masuda MS. Manual de odontopediatria. São Paulo: Santos, 2005. p.171.
15. Infante D.P. Desenvolvimento Psicossocial. In: Marcondes E. Pediatria Básica. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1999.
16. Teixeira RS. Juventude: Uma época especial de ser. 2005. Disponível em: <http://boasaude.com.br/lib/showdoc.cfm?3137fromcomm=38commr=src>
17. Segatto Saiani R.A. y col. Odontopediatria: uma nova especialidade na Odontologia. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2008 jan-abr; 20(1):60-5
18. Klatchoian D.A. Psicologia Odontopediátrica. São Paulo: Sarvier, 1993.
19. Berek J.S, Adashi, E.Y. Avaliação e comunicação inicial. In: Berek J.S.; Adashi E.Y, Hilard P.A. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1998.
20. Aberastury, A. Adolescência. 10 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.1996.
21. Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal. 10 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
22. Narvaz R. O. Salud integral del adolescente su abordaje interdisciplinario. Adolescencia Latinoamericana. abr/jun. 1997 v.1, n.1, p.5-10, .
23. Crespin J. Problemas do adolescente no consultório médico. In: Maakaroun M.F, Souza R.P, Cruz A.R. Tratado de adolescência - Um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica.1991.
24. Guimarães, E.M.B. Relação médico-paciente e a conduta clínica na adolescência. In: Maakaroun M.F, Souza R.P, Cruz A.R. Tratado de adolescência - Um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica.1991.
25. Sanders TAB. Diet and general health: dietary counseling. Caries Res, 2004. 38(1): 3-8.
26. Soxman JA. Considerations for treating adolescent patients. Gen Dent 2003 Jan-Feb, 51(1): 27-8.
27. Hilgers KK, Douglass J, Mathieu GP. Adolescent Pregnancy: a review of dental treatment guidelines. Pediatr Dent, 2003 Sep-Oct; 25(5): 459-67.
28. Souza R.P. Nossos Adolescentes. 3ed. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.
29. Souza R.P Abordagem do Adolescente. In: Costa M.C.O, Souza R.P. Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente. Porto Alegre, Edit. Artmed, 1998.
30. Souza R.P. Desenvolvimento psicológico na infância e na adolescência . In: Costa M.C.O, Souza R.P. Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente. Porto Alegre, Edit. Artmed, 1998.
31. Tollendal, M.E. Reflexões Psicobiológicas em Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas. 1985.
32. Coates, V. transformações na família no transcorrer da adolescência dos filhos. Adolescência Latinoamericana. abr/jun. 1997 v.1.
33. Cintra, E.S. O que falta ao adolescente? Pediatría Moderna. ago. 1994. v.30, n.05, p. 837-40.
34. Friedman S.B, Sarles R.M. Conduta “fora de controle” em adolescentes. Clínicas Pediátricas da América do Norte. Rio de Janeiro: Edit. Interamericana, 1980
35. Rosa J.T. Sintomas depressivos em adolescentes e seus pais. Pediatría Moderna. ago. 1996. v.32, n.05, p. 557-66,
36. Maakaroun M.F, Souza R.P, Cruz A.R. Tratado de adolescência - Um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, Edit. Cultura Médica, 1991
37. Knobel M, Santos M.J.P. O adolescente e o profissional de saúde. In: Maakaroun M.F, Souza R.P, Cruz A.R. Tratado de adolescência- Um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, Edit. Cultura

Médica, 1991.

38. Carvalho P.C, MAssara M.L, Carvalho M.B. O adolescente e a odontologia. In: Maakaroun, M.F.; Souza, R.P.;Cruz, A.R. Tratado de adolescência - Um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro,Cultura Médica.1991
39. Muñoz, R.Y. La psicología en la atención odontológica de niños y adolescentes. Atualización en Odontopediatria - cuadernos de colección. jan. 1996. v.1, n.4, p.24-27,
40. Maia E.S, Corrêa N.P, Fazzi R. Estratégias de conduta clínica e psicológica em Odontopediatria. Revista Brasileira de Odontologia. mar/abr., 2006. v.53, n.2, p.2-6.
41. Queluz, D.P. Medo no Tratamento odontológico em escolares. RGO. v. 47, n.4, out/nov/ dez. 1999.
42. Silber T.J, Munst M, Maddaleno M. Enfoque clínico de la atención de salud del adolescente. Manual de medicina de la adolescencia. Washington. Organización Panamericana de la Salud. 1985 p.99-105.
43. Stempler E, Biondi A.M, Cortese G. Adolescencia 1ª parte. Odontología desde un enfoque integral. Prismas, Asociación Odontológica Uruguay, Montevideo, setiembre 2000, supl. p. 1-8.
44. Stempler, E.; Biondi, A.M. ; Cortese,G. – Adolescencia 2ª parte.. Odontología desde un enfoque integral. Prismas, Asociación Odontológica Uruguay, Montevideo, octubre 2000, supl. p. 1-4.
45. Severo I.F, Colares V, Roseblatt A. Abordagem psicológica do adolescente pelos cirurgiões dentistas da cidade do Recife. Dissertação de mestrado. Recife PE, 2001.
46. Silbert T.J, Munst M, Rosseblatt A.Enfoque clínico de La atención de salud del adolescente. Manual de medicina de la adolescência. Washington. Organización Panamericana de la Salud. P.99-105. 1985.
47. Wanless M.B, Holloway P.J. In analysis of audio-recording of general dental practioner's consultation with adolescents patients. Dent. J. aug. 2004. v.177, n.3.
48. Weithorn L.A, Compbell S.B. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. Chile. Dev. 2007. v.53, p. 1589-98.
49. Saito M.I, Leal M.M, Silva L.E. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. Pediatria. 1999. v.21, n.2,p.112-6.

Prof. Dra. Marcia Cançado de Figueiredo: mcf1958@gmail.com