



PSICOLOGÍA CLÍNICA APLICADA A LA ODONTOLOGÍA

**JOSÉ FERNANDO APOLO MORÁN
NOEMÍ ELIZABETH RIVAS MALDONADO
LORENA YADIRA VERA MIRANDA**

PSICOLOGÍA CLÍNICA APLICADA A LA ODONTOLOGÍA

PRIMERA EDICIÓN

Psicología Clínica aplicada a la Odontología

José Fernando Apolo Morán
Noemí Elizabeth Rivas Maldonado
Lorena Yadira Vera Miranda

Primera edición, marzo 2017



Libro sometido a revisión de pares académicos.

Edición
Diagramación
Diseño
Publicación

Maquetación.

Grupo Compás

Cámara Ecuatoriana del Libro - ISBN-E: 978-9942-750-42-6

Guayaquil - Ecuador

INDICE

Prefacio..... 8

Introducción 10

Introducción a la Psicología Clínica..... 12

Cronología de Corrientes de la psicología: 13

La psicología partiendo desde un enfoque filosófico 18

Estructuralismo 20

Funcionalismo 21

Gestalt 21

Conductismo 22

Asociacionismo 22

Teorías Cognitivas - Conductuales 24

Psicoanálisis..... 25

Psicología Humanista..... 26

Ideas principales del capítulo I 27

CAPÍTULO II..... 28

Personalidad, carácter. Temperamento y otros factores del desarrollo y evolución del ser humano..... 29

Personalidad 29

Ejercicio práctico ¿Quién soy yo?: 30

Personalidad: Temperamento y carácter 31

Herencia Biológica: 31

Biotipos: 31

Temperamento 33

Test de los cuatro temperamentos.....	33
Protocolo de preguntas:.....	33
Hoja de respuesta:.....	47
Definiciones:.....	50
El temperamento colérico	50
El temperamento sanguíneo	50
El temperamento melancólico	51
El temperamento flemático	51
Carácter	52
La cultura:.....	53
Personalidad aprendizaje social	55
Personalidad visión Psicoanalítica	55
El Ello:	55
El Yo:.....	55
El Súperyo:.....	55
Etapas de psicodesarrollo sexual:.....	56
Sensación y Percepción	56
La percepción visual	57
La percepción auditiva.....	57
La Percepción Olfativa	58
Percepción del gusto	59
Percepción táctil.	59
Percepción Multisensorial	60
Sensación.....	60
La Memoria.....	61

Registro y Codificación.....	61
Almacenamiento y mantenimiento	61
Recuperación de la Información	62
Memoria de corto plazo y largo plazo.....	62
Memoria de Corto Plazo	62
Memoria de Largo Plazo	63
El olvido	63
Lesión o degeneración cerebral.....	63
Represión (olvido motivado).....	63
Falta de procesamiento.....	63
Contexto inadecuado.....	63
Alteraciones de la Memoria	64
Prosopagnosia.....	64
Deja vu.....	64
Amnesia	64
Demencia senil	64
Hipermnesia	64
Paramnesia	64
Pensamiento.....	64
Ideas principales del capítulo II.....	65
CAPÍTULO III.....	67
Psicopatologías frecuentes en pacientes odontológicos	68
Ansiedad.....	68
Escala de Frankl.....	73

Esquizofrenia	74
Depresión	77
Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	81
Consumo de drogas.....	84
Trastorno del Espectro Autista.....	88
Síndrome de Down	93
Ideas principales del capítulo III.....	96
CAPÍTULO IV	98
Manejo del estrés en el campo odontológico	99
El estrés como Riesgo Psicosocial	100
MOBBING.....	100
Solución de Problemas	101
Motivación y Automotivación	102
Necesidades según Maslow.....	102
Autoestima.....	104
Técnicas de Relajación	105
Ideas principales del capítulo IV	108
BIBLIOGRAFÍA	109

PREFACIO

El motivo de este libro es articular los contenidos teóricos de la cátedra de psicología clínica con la praxis odontológica desde una óptica educativa, basada en metodologías Kolb y Vak, permitiendo a los estudiantes un aprendizaje más dinámico, donde docente y discente coordinen en un proceso de interaprendizaje.

La condición actual de la atención a pacientes odontológicos se ve afectada por posturas poco orientadas a las necesidades psicológicas específicas de los pacientes, así como en otras ramas de la salud, el usuario, en muchas ocasiones, recibe la atención solicitada sin que el Odontólogo tome en cuenta su ansiedad, temor e incluso su fobia dental.

Esta actitud del Odontólogo hacia sus pacientes se encuentra reforzada desde las aulas académicas donde se imparte información útil y relevante profesionalmente para el odontólogo que se transforma en conocimientos aplicables en su labor diaria, sin embargo no siempre se enfatiza en la formación humanística.

Con estos antecedentes este texto presentará estrategias y herramientas para que el futuro

odontólogo pueda ejercer su función de manera más humana, cercana a las necesidades de los pacientes considerando sus características individuales de género, edad, e historia personal, entre otros.

INTRODUCCIÓN

El presente texto muestra de manera dinámica y didáctica diversas herramientas y estrategias que los futuros odontólogos podrán utilizar en sus praxis, abordando desde la óptica de la psicología clínica las diversas necesidades de sus pacientes.

Para la atención eficaz de los pacientes odontológicos se considera importante tomar en cuenta los criterios de un equipo multidisciplinario desde el abordaje inicial al paciente infantil, adulto o anciano y sobre todo a los pacientes con necesidades especiales como autismo, patologías psiquiátricas u otras afecciones que pudieran evitar brindar un adecuado cuidado a los pacientes estomatológicos.

El tomar en cuenta estos aspectos permitirá al futuro odontólogo no solo saber cómo intervenir a sus pacientes que presenten las características a abordar en este texto, sino también reconocer en qué casos será necesario realizar una derivación y contar con el apoyo de un psicólogo clínico para cumplir con su función de manera más óptima.

Existen aspectos importantes que se deben considerar con los pacientes, por ejemplo, los

temores de un infante que muchas veces son influenciados por experiencias negativas previas, por comentarios inadecuados de parte de alguno de sus pares o inclusive de familiares; también el caso de los adultos que conociendo la importancia del tratamiento odontológico y dejándose llevar por experiencias previas, no asisten a la consulta para una atención preventiva en salud oral y acuden cuando ya es muy tarde lo que en ocasiones incide hasta en la pérdida de piezas dentales; por último en esta misma línea encontramos los pacientes con necesidades especiales que debido a condiciones clínicas específicas necesitan mayor atención y motivación antes de empezar el tratamiento odontológico.

Las características antes mencionadas deberán ser consideradas para realizar una atención odontológica centrada en las necesidades generales del paciente y no solo en la problemática particular por la cual asiste a consulta.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

OBJETIVO PEDAGÓGICO:

El estudiante será capaz de discernir acertadamente los conceptos básicos de las teorías psicológicas.



INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica nace de la psicología general, razón por la cual para llegar a establecer apropiadamente el concepto y las herramientas de esta rama de la psicología se deberán abordar los conceptos que dieron origen a la psicología científica.

Cronología de las Corrientes Psicológicas:

Corriente	Fundamento teórico	Fundadores	Año
Estructuralismo	Busca las estructuras de la mente (conciencia) por el método de introspección.	Titchener Wundt	1879
Funcionalismo	Se debía preocupar básicamente por las funciones.	Charles Darwin William James	1896
Asociacionismo	Estímulo - Organismo - Respuesta = Estímulo / Respuesta.	D. Hartley A. Bain Brown	1920

<p>Conductismo</p>	<p>Estudia la conducta observable y medible por medio de la extrospección.</p>	<p>Watson Pavlov</p>	<p>1920</p>
<p>Neoconductismo</p>	<p>Critica los defectos del conductismo, elaboración teórica de resultados experimentales, formula sistemas, teorías o modelos explicativos de la conducta.</p>	<p>Skinner Tolman Piaget</p>	<p>1940</p>
<p>Gestaltismo</p>	<p>Conocida como Psicología de la forma, con 3 características fundamentales : cierre, organización y relieve, a través de la</p>	<p>Wentheimer Kohler Koffka</p>	<p>1890</p>

	percepción que abarca la percepción simultánea con todos los elementos.		
Psicoanálisis	Psicología teórica que se usa para la investigación y el tratamiento de trastornos emocionales y mentales a partir de la revisión dinámica del ello, yo y super yo.	Sigmund Freud	1927
Cognoscitivis mo	Adquisición, organización, uso del pensamiento.	Albert Bandura Whilley Sperry	1988
Constructivis mo	La realidad se percibe a partir de la construcción por el sujeto receptor.	René K'aes. Prigogine, Kelly	

<p>Análisis Transaccional</p>	<p>Método para analizar nuestra manera de relacionarnos con los demás. Tres estados egoicos: padre, niño y adulto.</p>	<p>Eric Berne</p>	<p>1920</p>
<p>Teoría general de los sistemas</p>	<p>Estudia la conducta por medio del comportamiento humano y los procesos mentales, enfocando los problemas psicológicos con una visión teórica y común.</p>	<p>Todos los anteriores</p>	<p>finales S. XIX y principios del S. XX</p>
<p>Psicología Humanista</p>	<p>Estudia el aprendizaje, su meta común es enfocar lo que significa el existir como ser humano y</p>	<p>Carl Rogers Abraham Maslow</p>	

	<p>los filósofos humanistas se adhieren a la filosofía europea llamada Fenomenología.</p>		
<p>Socio-Histórico</p>	<p>El objetivo es ver cómo la influencia de la cultura, las influencias sociales, modifican el estado de las funciones psicológicas superiores tales como percepción, memoria, memoria verbal, etc.</p>	<p>Vigotsky Leontiev Luria</p>	<p>Finals de los 50's</p>

Ramos C. (s/f). Tabla Cronológica de corrientes de la psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Tomado de

La psicología desde un enfoque filosófico

Es importante remarcar que desde el inicio de los tiempos el ser humano, hombre y mujer, desde la infancia hasta la vejez ha estado en la búsqueda de respuestas sobre su existencia, en algunos momentos creyendo que las encontrará en aspectos místicos de su entorno o afuera de ellos.

Esto se ha evidenciado en las grandes dudas que el ser humano ha tenido desde siempre, preguntas hechas y en algunos casos aun no respondidas:

¿Quién soy yo?

¿De dónde venimos?

¿Cuál es nuestra finalidad en el mundo?

¿Cuál es la naturaleza humana? (Sócrates)

¿Cuál es la naturaleza del universo?

Es así, que Platón inició sus postulados sobre el dualismo del alma y el cuerpo, estableciendo una primera aproximación a los constructos de la psicología, dejando entrever la existencia del ser humano como un elemento más allá de lo biológico, empieza a considerar “una chispa divina”, al alma como parte esencial de quiénes son los hombres y las mujeres.

Casi explorando al ser humano desde los aspectos biológicos y esa chispa divina que permite al ser humano ser mucho más.

Posteriormente, Aristóteles postula que el alma del ser humano es una hoja en blanco, donde cada experiencia en el ser humano va formando y transformándola en quienes serán en un futuro.

A esta postura se le conoce como naturalista y empirista, ya que a partir de la experiencia y desde la práctica el ser humano cambia, crece e incrementa sus habilidades y destrezas, respondiendo al mundo y a sus necesidades.

Luego, se puede observar la postura de Descartes quien regresa a un análisis más biológico del desarrollo del ser humano planteando que la mente y cuerpo interaccionan a través de la Glándula Pineal.

Recalca a los actos voluntarios producidos por la mente tales como el pensamiento, el raciocinio, etc., y los actos involuntarios producidos por el cuerpo tales como los actos reflejos, movimientos cardiacos, etc.

Posteriormente a estos exponentes filosóficos y muchos otros, se reconoce por primera vez a la

psicología como ciencia en desarrollo en 1879 con la fundación del primer laboratorio de psicología en Alemania.

A raíz de esto varias corrientes Psicológicas se han desarrollado con importantes aportaciones algunas más vigentes que otras en la actualidad:

- Estructuralismo
- Funcionalismo
- Psicólogos de la Gestalt
- Conductismo
- Psicoanálisis
- Humanista

Estructuralismo

Nace con los postulados de Wilhelm Wundt, propone como base de estudio la introspección. Analiza y profundiza en las estructuras de la mente, las conductas y las formas de desarrollo del ser humano. Le da énfasis al estímulo y respuesta en una relación psicofísica.

Otro expositor de esta corriente fue Edward B. Titchener, quien categoriza los contenidos mentales en tres tipos: imágenes, emociones y sensaciones puras, a diferencia de Wundt no consideraba a la introspección como un método eficaz para el estudio de la mente; pero sí

realzaba las experiencias del momento y cómo se percibe la realidad para entender el desarrollo de la mente.

Funcionalismo

Uno de los grandes referentes de esta corriente fue William James quien intentó dar respuesta a las preguntas ¿Qué hacen los hombres? y ¿Por qué lo hacen?, se alejó del estudio de la mente como tal y volvió a lo básico, a lo observable: la conducta, reforzando que el sistema nervioso central desarrolla de manera mecánica los procesos de estímulo y respuesta.

Con esta base se realizan las aproximaciones a las teorías conductistas más importantes que rigen el desarrollo de la ciencia psicológica.

Gestalt

De esta corriente uno de sus más importantes exponentes fue Max Wertheimer, este autor rechaza los postulados del estructuralismo, ya que plantea que el estudio del todo es mucho más enriquecedor que el estudio de las partes.

Es imposible entender las conductas del ser humano sin tomar en cuenta su vida mental y emocional.

Conductismo

Uno de sus mayores exponentes es John Broadus Watson, quien intentó hacer de la Psicología una ciencia objetiva, mediante la aplicación de técnicas y principios de la Psicología animal a los seres humanos.

Plantea postulados sobre la conducta y la influencia de los refuerzos que estimulan su prevalencia o su desaparición.

Rechaza la introspección y pretende lograr dar mayor relevancia a:

- “Descubrir, predecir y controlar la conducta humana”.
- Elementos de la conducta E – R “Estímulo – respuesta”
- Elementos observables y cuantificables.
- Sus leyes rigen el comportamiento de cualquier especie.
- El hombre es la suma de los condicionamientos habidos.
- Niega la existencia de caracteres innatos.

Asociacionismo

Con Ivan Pavlov como referente se dio paso y seguimiento a la teoría conductista, planteando sus bases sobre el reflejo condicionado o

“condicionamiento clásico” Llamó a la actividad psíquica “la actividad nerviosa superior”.

A partir de estos elementos se transforma su teoría en la base de procesos terapéuticos y de aprendizaje, la mejor ejemplificación de su trabajo fue el confinamiento de un perro, con el cual probó que al sonar una campana acompañado de su alimento se produciría salivación, esto al ser repetido en varias ocasiones, condicionó el reflejo al sonido de la campana.

En la actualidad aún se mantiene esta teoría como uno de los paradigmas educativos más utilizados a través del aprendizaje por repetición en las escuelas, colegios y universidades del mundo, reforzando y evaluando los aprendizajes a través de estímulos positivos y negativos como son las calificaciones.

Burrhus Skinner fue otro de los autores que mayormente ha influenciado en las teorías con enfoque conductual, presentado un conductismo radical, rechaza por tanto cualquier carácter innato que no pudiera ser medible, y da valía a las conductas observables puesto que considera que solo estas pueden ser analizadas, mas no lo que considera el mundo subjetivo.

Teorías Cognitivas - Conductuales

Nace a partir de la necesidad de explicar la conducta humana desde aspectos más profundos que solo el estímulo respuesta, reconociendo que los seres humanos responden a través de procesos mentales orientadores de la conducta.

Uno de sus mayores exponentes fue Jean Piaget quien planteó constructos de la Epistemología genética, presentando como postulado que el conocimiento es el conjunto de estructuras cognitivas que permiten la adaptación al medio, y fomentó el estudio del desarrollo evolutivo de la inteligencia de los niños.

Albert Ellis es otro de los exponentes de esta teoría y presenta como postulado “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”.

Expone la Teoría del “ABC” y enfatiza que “entre A y C siempre está B”, para facilitar dicha comprensión se debe explicar que entre estímulo y respuesta, se produce siempre un proceso mental.

“A” (por “ActivatingEvent”) representa el acontecimiento activador. (Pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

“B” (por “BeliefSystem”) representa en principio el sistema de creencias. (Pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de la vida, etc.).

“C” (por “Consequence”) representa la consecuencia o reacción ante “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones). Este concepto se grafica así: A B C.

Psicoanálisis

Parte de los fundamentos establecidos por Sigmund Freud, con su teoría que presupone que el ser humano responde a factores que se encuentran en el inconsciente de los seres humanos y que producen formas de reacción derivadas de impulsos.

Estos impulsos en los animales son llamados instintos y en los seres humanos Freud los denomina Pulsiones de vida y de muerte el eros y el thanatos.

Esta teoría surge de la medicina y se encuentra marcada por la experiencia de su autor quien le da gran importancia a la comprensión biográfica de los síntomas, usando los mismos métodos de asociación de los empiristas pidió a sus pacientes

que asociaran libremente en relación a síntomas, sueños u ocurrencias de la vida cotidiana.

Carl Jung, Jacques Lacan y Anna Freud son otros exponentes seguidores de esta teoría, explorando los significados y simbolismos que ejercen influencia en el desarrollo del ser humano y sus conductas.

Psicología Humanista

Esta teoría rompe con lo pragmático de la teoría conductista y del psicoanálisis, planteando un abordaje más humano, cercano a las necesidades de los usuarios o pacientes a atender, uno de sus máximos exponentes fue Abraham Maslow quien propone la pirámide de necesidades del ser humano y las divide entre primarias y las secundarias.

Otro de los exponentes más valiosos de esta teoría es Carl Rogers, quien estructura en su teoría las bases de la psicología humanista para procesos terapéuticos, recalca que la búsqueda de autoconocimiento es una de las prioridades en la estabilidad emocional y adaptación de los seres humanos.

Ideas principales del capítulo I

- La psicología clínica nace de la psicología general.
- Platón inició sus postulados sobre el dualismo del alma y el cuerpo, estableciendo una primera aproximación a los constructos de la psicología.
- Aristóteles planteaba que el alma del ser humano es una hoja en blanco, donde cada experiencia del ser humano va formando y transformándolo en quien será en un futuro.
- Descartes regresa a un análisis más biológico del desarrollo del ser humano y planteaba que la mente y cuerpo interactúan a través de la Glándula Pineal.
- La Psicología aparece como ciencia en desarrollo en 1879 con la fundación del primer laboratorio de psicología.
- Entre las corrientes más importantes se pueden nombrar: Estructuralismo, Funcionalismo, Psicólogos de la Gestalt, Conductismo, Psicoanálisis y Humanismo.
- El Estructuralismo nace con los postulados de Wilhelm Wundt y tiene como base de estudio la introspección.
- El Funcionalismo con los postulados de William James vuelve a lo básico, a lo observable es decir, la conducta, reforzando que el sistema nervioso central desarrolla de manera mecánica los procesos de estímulo y respuesta.
- La Gestalt de acuerdo a Max Wertheimer, plantea que el estudio del todo es mucho más enriquecedor que el estudio de las partes.
- El Conductismo parte de los conceptos de John Broadus Watson, aplicando técnicas y principios de la Psicología animal a los seres humanos. Estímulo – Respuesta.
- Las Teorías Cognitivas - Conductuales la Teoría del “ABC” que plantea “entre A y C siempre esta B”, para facilitar dicha comprensión se debe explicar que entre estímulo y respuesta, se produce siempre un proceso mental.
- El psicoanálisis surge de la medicina, usa los mismos métodos de asociación de los empiristas. Hace énfasis a los impulsos a los que llama Pulsiones de vida y pulsiones de muerte.



CAPÍTULO II

OBJETIVO PEDAGÓGICO:

El estudiante será capaz de identificar los diferentes tipos de personalidad y cómo utilizarlo en beneficio del proceso estomatológico.

PERSONALIDAD, CARÁCTER, TEMPERAMENTO Y OTROS FACTORES DEL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL SER HUMANO.

Desde la antigüedad se ha buscado responder a preguntas claves del ¿Por qué el ser humano se encuentra en este mundo, por qué reacciona de una manera y no de otra, que lo lleva a ser quién es?

Personalidad

La palabra persona, proviene del griego Prosopón, términos que señala las máscaras que utilizaban los actores de la tragedia y la comedia.

En otras palabras la personalidad es la postura de cada individuo frente a los diferentes roles en lo que se ubica para satisfacer las demandas del mundo circundante.

Entonces ¿Quién soy yo?, cuál puede ser una respuesta aceptable a esta pregunta, si hay muchas personas que pasan la vida en la búsqueda de conocer esta verdad.

Sin embargo, se puede afirmar que la personalidad es la expresión más íntima del yo interno y su relación con el mundo exterior, siendo la expresión única de sí mismo.

Ejercicio práctico ¿Quién soy yo?:

Ubicar en la cabeza:

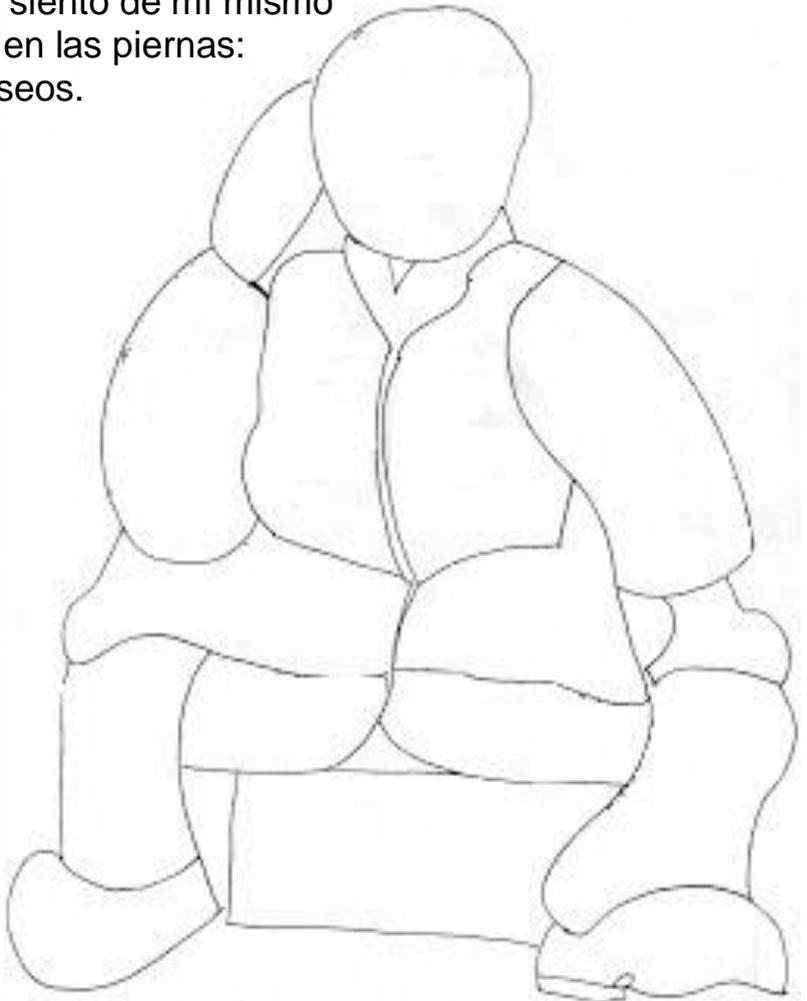
Lo que pienso de mí mismo

Ubicar en el pecho y brazos:

Lo que siento de mí mismo

Ubicar en las piernas:

Mis deseos.



Personalidad: Temperamento y carácter

Uno de los conceptos básicos de la personalidad es en el que se divide a la misma en dos componentes uno genético y uno aprendido.

Tomando al temperamento como dicho componente genético y al carácter como el componente aprendido mediador que controla al temperamento.

Herencia Biológica:

La personalidad no puede existir independientemente del aspecto biológico. Como miembro de la raza humana tiene los atributos y características propias de esa especie aunque existen atributos que lo distinguen, como lo son el aspecto físico y la inteligencia.

Al nacer el individuo posee un organismo físico y un sistema nervioso y glandular que le ayudan a alcanzar un desarrollo superior a los otros animales.

Puede pensar, transmitir ideas a través del lenguaje, ver las relaciones entre las cosas.

Biotipos:

Tipología de Kretchmer – Sheldon, estos autores en sus teorías plantean que las características físicas marcan predominantemente los aspectos psicoemocionales de cada individuo, lo dividen en algunas tipologías:

Pícnico - Endomórfico

Asténico - Ectomórfico

Atlético –Mesomorfo

1. Los PÍCNICOS: Tienen piernas cortas y tronco en forma de barril, cuello ancho, hombros redondos, pies pequeños y manos cortas. Esta descripción corresponde al tipo de hombre que en lenguaje familiar se llama rechoncho. Son expansivos y sociales, prácticos y realistas.
2. Los ATLÉTICOS, que presentan un desarrollo bien proporcionado del tronco y las extremidades, con huesos y músculos bien desarrollados, manos y pies grandes.
3. Los ASTÉNICOS: Son altos y delgados, de pecho estrecho, piernas, brazos, manos y pies largos, lo mismo que la cara.

También se les llama leptosomáticos, que quiere decir de formas delgadas, estrechas. Son reservados y solitarios, con frecuencia idealistas y se les suele aplicar el calificativo de

raros o excéntricos. Se les considera a menudo como personalidades impenetrables.

4. Los **DISPLÁSTICOS**. Este grupo comprende a los que no entran en ninguna de las categorías anteriores y presentan anomalías en su desarrollo físico y psicológico.

Temperamento

Según (Mcdougall, (S/F)), se define al temperamento como "La suma total de efectos producidos en la vida psicológica de un individuo por los cambios químicos o metabólicos que constantemente se están verificando en todos los tejidos del cuerpo humano". El temperamento es el clima o medio interno, orgánico, y está en relación estrecha con nuestra vida afectiva.

Test de los cuatro temperamentos

Es un test de fácil aplicación que permite definir el temperamento principal y secundario que rigen la personalidad de quien se lo aplique. Consta de una hoja de respuestas y un protocolo de preguntas para seleccionar la respuesta.

Protocolo de preguntas:

Al caminar:

A: Tiene un paso firme, resuelto. Pisa fuerte, camina rápido y seguro en una dirección determinada. No se deja desviar fácilmente.

B: Su paso es ágil. Salta, trota, camina en zig-zag y descuidadamente. Se deja desviar fácilmente.

C: Camina silenciosamente, concentrado, lento, arrastradamente. En ocasiones da la impresión de estar muy cansado o apesadumbrado.

D: Camina pausadamente, perezosamente. Su andar es tranquilo y constante. Nunca anda grandes distancias.

La mirada:

A: Tiene una mirada punzante, resuelta, firme y crítica. Mira calculadoramente y en ocasiones amenazadoramente.

B: Tiene una mirada plácida, lánguida e inexpresiva. A menudo cierra los ojos para dormir. Puede llegar a ser una mirada curiosa, pero de una curiosidad lenta, calmada.

C: Mira seria, preocupada o tristemente. En ocasiones parece “mirar a las nubes”, pero suele estar “mirando hacia adentro”. Su mirada es bonachona, profunda y refleja admiración. Le gusta cerrar los ojos y meditar.

D: Su mirada es alegre, vivaz, amigable. A menudo curiosa.

El vestir:

A: Sigue la moda pero recatadamente. Viste siempre pulcramente y expresando algo. Sin

embargo llama a veces la atención porque lleva un botón desabrochado, la camisa fuera o el pañuelo sobresaliendo del bolsillo y a punto de caérsele.

B: Elige colores oscuros, no le gustan los colores chillones ni las formas estrambóticas. Su ropa es siempre impecable.

C: Le gusta la ropa elegante, llamativa. Suele ir a la moda, puede llegar a gastar demasiado en ropa; o andar descuidado, desprolijo.

D: Le gusta la ropa buena, usar la que corresponde en cada caso. Quiere decir algo con la forma de vestir sin querer ser llamativo ni demasiado elegante. Su ropa es práctica.

Al saludar:

A: Quisiera saludar a todos, pero no se atreve. Cuando saluda lo hace en forma cortés y amigable. Se entrega todo al saludar.

B: Saluda recién cuando ya se ha pasado diez metros. Entonces lo hace cortés y amigablemente. En ocasiones puede pasar silenciosamente sin saludar a nadie.

C: Sólo saluda cuando le parece necesario y apropiado. Cuando lo hace es notoriamente, en forma calculada y clara, sin ser impertinente.

D: Saluda según su estado de ánimo, a todo el mundo o a nadie. Chilla de una acera a la otra, se

lanza al cuello del otro para abrazarlo efusivamente. Saluda a menudo y a mucha gente.

El tiempo libre: (vacaciones)

A: Se lanza despreocupada y alegremente a su tiempo libre. Va detrás de la última sensación. Le gusta ir en grupo, correr aventuras, variar, improvisar. Alarga su tiempo libre al máximo y le cuesta un mundo dejarlo.

B: Trabaja en su tiempo libre. Es enemigo de todo lo que sea perder el tiempo. Planifica su tiempo libre y lo ocupa en actividades relacionadas con su estudio o profesión, en todo lo que le ayude a mejorar su posición.

C: Le encanta tener tiempo libre. Lo usa preferentemente para conversar, entretenerse calmadamente. A menudo para disfrutar de una buena comida. Suele hacer largas siestas a la sombra, se queda durmiendo aun cuando el trabajo ya haya comenzado hace rato.

D: Se recoge a gusto en su tiempo libre. Ama el silencio, los lugares apartados, la naturaleza, el arte. No le gustan los sensacionalismos. Piensa, lee, escribe, hace música, arma rompecabezas. Nunca sobrepasa el tiempo libre.

Escribiendo cartas:

A: Escribe sólo cosas importantes y profundas. Piensa bien lo que quiere escribir. No se contenta

con lo escrito, rompe la carta y la empieza de nuevo. Termina la carta y la despacha. Le preocupa saber si escribió realmente lo que debía y si lo hizo correctamente.

B: Escribe poco, pausadamente y con detalles. Sus palabras no son emotivas, pero sí sinceras y correctas. Puede ser que sus cartas nunca lleguen a destino... ¡aún están sobre su escritorio!

C: Comienza a escribir según su estado de ánimo. Interrumpe la frase y comienza con algo nuevo. Sigue escribiendo al día siguiente. Olvida cosas importantes. Escribe entretenidamente. Se acuerda de la carta una semana después de terminarla y la despacha.

D: Escribe sólo cuando hay una razón clara y es necesario hacerlo. Calcula lo que escribe y cómo lo escribe. Sus cartas son objetivas, frías, determinantes. Las termina y las despacha.

Ante un obstáculo:

A: No “arruga”, piensa rápidamente, agarra el obstáculo y lo quita del camino.

Pequeños obstáculos (p. ej. una piedra) los despeja de una patada. Le gusta superar las dificultades.

B: Se siente tentado a saltar sobre el obstáculo o bien rodearlo para seguir su camino.

Procura “sacarle el cuerpo” a las dificultades, no las toma en serio o se mete en “camisa de once varas”.

C: Medita seria y un tanto preocupadamente la situación. Después elimina el obstáculo consciente de su responsabilidad. Le entristecen las dificultades y teme encontrar tarde la solución.

D: El obstáculo le permite hacer una pausa, siempre saludable. Una vez solucionado por sí solo el problema sigue pausadamente su camino. De ser absolutamente necesario, comienza poco a poco a solucionarlo.

En el tránsito:

A: Se lo toma con calma. Espera tranquilamente hasta que la masa se ponga en movimiento. Entonces se deja empujar por ella. Se siente seguro y protegido de esta forma. No se molesta tampoco cuando se convierte en un obstáculo y todos le recriminan.

B: Va con cara seria, pero abierta; sin sentirse a gusto entre la multitud. Le molesta el ruido de la circulación. Se preocupa de ir a la defensiva y con cuidado para no molestar, no atropellar, no llamar la atención.

C: Reacciona nerviosa e imprudentemente, anda zigzagueando, choca con las personas y está en permanente peligro de acabar encima de algún radiador.

D: Observa fría y señorialmente el tráfico, las luces y la masa. Va con seguridad entre la multitud y, si es necesario, se abre camino a codazos.

En las comidas:

A: Llega puntualmente, comienza sin preámbulos. No se alarga en la sobremesa, vuelve rápidamente a sus ocupaciones.

B: Llega ceremoniosamente a la mesa. Come silenciosamente, concentrado en lo que hace. Come poco. Come también lo que no le gusta. Habla poco. Se retira con gusto a descansar.

C: Llega a cualquier hora. No se rige demasiado por los modales. Juega con los vasos, platos, cubiertos. Come sólo lo que le gusta. Habla y gesticula. Alarga las comidas indefinidamente.

D: Llega demasiado pronto o demasiado tarde. Come tranquilo. Habla pausadamente. Siempre es el último en terminar. A veces da la impresión de que dormir y comer fuesen para él las cosas más importantes.

En la sala de espera de un dentista:

A: Se lo ve con gesto preocupado y paciente. Se refugia en el silencio. Lee para aprovechar el tiempo, espera, mira la hora y sufre “heroicamente” este trágico momento.

B: No se excita demasiado, aguanta tranquilo. Puede que llegue incluso a dormir.

C: Está excitado, comienza a conversar para no pensar en su dolor. Transpira, tiritita. Se alborota. Gusta ser compadecido.

D: Pone cara dura, valiente. No quiere que se le note. Busca alguna distracción práctica.

En un micro o tren:

A: Se abre camino con seguridad, desafiante pero con tacto. Sólo habla si es necesario; prefiere que le hablen a él primero.

B: Provoca una conversación amena, de vez en cuando distrayendo a todos los pasajeros. Se sonroja fácilmente, pero está siempre dispuesto a entablar conversación y hacer amistades con desconocidos.

C: Esta ocupado pensando en lo que quiere hacer. De entrar en conversación, puede llegar a ser un interlocutor muy agradable, ¡si no se queda dormido!

D: Prefiere sentarse en un rincón. No habla con extraños, pero sí contesta amablemente si es interpelado.

En el trabajo:

A: Nunca se sabe cuándo llega ya que se distrae o entretiene por el camino. Trabaja irregularmente. De tanto en tanto sueña o silba, conversa, desaparece para buscar comida o

bebida. Le cuesta “un mundo” la constancia y la continuidad.

B: Llega puntualmente. Comienza su trabajo con decisión y firmeza. Racionaliza siempre. Presiona su ambiente hacia un mayor rendimiento. Quiere alcanzar nuevos “records”.

C: Se dirige al trabajo en silencio, concentrado y consciente de su deber. Siempre es puntual. Es responsable y tranquilo en su ocupación. No le gustan los charlatanes o los “histéricos”.

D: Se hace esperar con frecuencia. Con toda tranquilidad... suele quedarse dormido. Tiene un ritmo de trabajo lento y tranquilo, pero es constante y de fiar. Si se deja llevar puede llegar a ser un holgazán de categoría.

La risa:

A: Se ríe sólo con motivo. Su risa no es fuerte, prefiere sonreír. Su risa es más bien interior, así como su alegría.

B: Le gusta reírse y lo hace calmadamente. Puede pasar una hora antes de que “capte” la situación y comience a reírse. Lo hace sin llamar la atención pero contagiosamente.

C: Ríe solamente cuando hay un motivo fundado para hacerlo. Entonces lo hace fuerte, de corazón. A veces estrepitosamente pero nunca muy largo.

D: Es capaz de reírse en cualquier lugar y por cualquier cosa, a veces incluso sin motivo. Recorre todas las octavas, canturrea, se ríe “para adentro”, se contorsiona, aúlla, no puede dejar de reír...

Los gastos:

A: No gasta un centavo en cosas innecesarias. Todo gasto debe ser calculado y provechoso. No es gastador si no cae en fumar, beber o jugar con exceso. En ese caso puede llegar a derrochar todo su dinero.

B: Por naturaleza ahorrador, no gasta nunca impulsivamente. Suele necesitar dinero a menudo, ya que se toma “tiempo libre” con frecuencia. Le salva el que suela tenderse a menudo para descansar un poco...

C: Es incapaz de distribuir su dinero. Lo gasta según sus apetencias o estados de ánimo. Le gusta “ser caballero” e invitar. Es incapaz de resistir una buena propaganda. Su cuota mensual nunca llega hasta fin de mes.

D: Es el ahorrador por excelencia. Es muy crítico con sus gastos. No se deja seducir fácilmente por la propaganda. Da parte de su dinero a obras sociales o de caridad. Le gusta que sus posesiones sirvan al bien físico y espiritual de los demás.

Al dar la mano:

A: No termina nunca de dar la mano, pero a veces la da sólo tímidamente. A menudo golpea en los hombros.

B: Aprieta firme y fuerte al dar la mano.

C: No sabe lo que es dar la mano con efusividad. Su apretón de manos es tranquilo y sincero.

D: Da la mano plenamente convencido de lo que hace. Quiere expresar su cercanía y amistad más profunda.

Hablando:

A: Habla antes de pensar. Habla rápido, exagera, fanfarronea, señala, gesticula con pies y manos. Le gusta ser el centro y llamar la atención. No es duro al hablar; sí sabe galantear y adular.

B: Habla poco, piensa y reflexiona. Cuando habla sus palabras son profundas y con sentido. Habla bajo. Elabora en silencio sus experiencias compartiéndolas comedidamente. Cuando se siente defraudado o afligido puede hacer duras críticas.

C: Es objetivo y parco al hablar, de voz clara y dominante. Su expresión es clara, decidida, a menudo dura. Piensa antes de hablar. No habla innecesariamente.

D: Normalmente habla poco. Sus palabras son comedidas y bien escogidas. Habla “al grano” sin

agobiarse. No hace valoraciones ni da juicios prematuramente. Habla con cierta monotonía. A veces es bueno para conversar.

Cómo ve la vida:

A: Valora la vida según la posición que ocupa y lo que rinde en ella. Su objetivo es vencer en la “lucha” por la vida. La Historia Universal es a sus ojos la historia de la lucha por la vida.

B: Valora la vida según el cobijamiento y la paz que le brinde. Equilibrio y tranquilidad son lo principal. Opina que muchas cosas deberían aceptarse tal y como son. El sentido de la vida es alcanzar el mayor grado de paz interior y exterior.

C: Valora la vida según las alegrías que ésta le depara. Si no encuentra alegría tampoco le encuentra sentido a la vida, ya que este consiste en dar y recibir alegría y felicidad.

D: Juzga la vida de acuerdo a la medida de la culpa y la gracia. La Historia es para él una historia de pecado y conversión. El sentido de la vida es superar el pecado con la virtud y la santidad.

Cómo reza/ora:

A: Da la impresión de estar distraído y ser superficial. Reza saltando de una cosa a otra, entremezclando la gratitud con el perdón y las

peticiones. Lo hace con buena intención y quiere llevarse con Dios tan bien como con los hombres.

B: Reza seguro, con orgullo y sopesadamente. Siempre orienta su oración para beneficio propio. Se presenta decidido y exigente ante Dios.

C: Presenta como su intención más grande el hecho de estar en desventaja con los demás. Pide paciencia y aguante, energía y rendimiento. Reza en silencio, meditativamente, sin exigir y nunca atropelladamente.

D: Tiene un impulso interior, profundo y sincero de hablar con Dios. Se sabe pecador y se siente a menudo como “hijo pródigo”. Su oración más frecuente es la petición, muchas veces interior, por otros.

En la confesión:

A: Se prepara bien y con exactitud, acercándose seguro de sí mismo a la confesión. Se confiesa tranquilo, recibe la penitencia y se retira igualmente seguro de sí mismo.

B: Llega con recogimiento y bien preparado a la confesión. Se siente abatido por lo grave de sus culpas y se acusa detalladamente de ellas. Agradece sinceramente cada palabra de aliento. Se siente aliviado y cumple exactamente la penitencia.

C: Se siente intranquilo, le cuesta ordenar sus pensamientos, habla nerviosamente y sin orden, se olvida con frecuencia de la penitencia.

D: Se deja tiempo, pero es sincero y exacto. No está especialmente excitado ni es superficial. Agradece sinceramente la absolución. Cumple exactamente la penitencia... ¡cuando se acuerda de ella!

Cómo se imagina el cielo:

A: Anhela y espera alcanzar la redención de todo el odio e intranquilidad de este mundo. Allí no habrá más luchas ni esfuerzos, sino sólo la paz y la tranquilidad divinas, el cobijamiento y la seguridad en Dios.

B: Espera alcanzar la remisión total de sus culpas, la presencia infinita de Dios y la unión con El. Espera alcanzar gracia y santidad. Así estará profundamente cobijado y protegido, habrá alcanzado la plenitud.

C: Espera encontrar alegría y felicidad. La fascinante magnificencia y gloria divinas dominan su visión del paraíso.

D: Espera participar de la gloria y del poder divinos. Confía en la palabra del Señor: "Reinarán sobre las tribus de Israel". El cielo es para él la mayor excelsitud y grandeza.

Hoja de respuesta:

Dicha página consta de dos secciones una para marcar las respuestas y otra para calificarlas y poder determinar el temperamento predominante.

Test de los Cuatro Temperamentos

Cada uno marca en la hoja una sola letra por característica, correspondiente a la opción con la que más se identifica (aun si no se identifica totalmente es preciso que marque una). En una segunda vuelta cada uno marca con una cruz el temperamento correspondiente a cada letra que marcó.

C: colérico; S: sanguíneo; M: melancólico; F: flemático. Al final, cada uno hará la suma de puntos que tiene en cada columna. La opción de mayor puntaje es su temperamento principal, el siguiente el temperamento secundario.

Correspondencia entre respuesta y temperamento:
El encargado dice para cada característica el temperamento que corresponde a cada letra.

C: colérico; S: sanguíneo; M: melancólico; F: flemático. P. ej., en la primera línea AC, Significa que para la característica “Al caminar”, a la letra A le corresponde temperamento Colérico. Cada uno marcará en su hoja individual el temperamento correspondiente.

Al caminar: A-C, B-S, C-M D-F

La mirada: A-C, B-F, C-M, D-S

El vestir: A-F, B-M, C-S, D-C

Al saludar: A-M, B-F, C-C, D-S

El tiempo libre: A-S, B-C, C-F, D-M

Escribiendo cartas: A-M, B-F, C-S, D-C

Ante un obstáculo: A-C, B-S, C-M, D-F

En el tránsito: A-F, B-M, C-S, D-C

En las comidas: A-C, B-M, C-S, D-F

En la sala de espera de un dentista: A-M, B-F, C-S, D-C

En un micro o tren: A-C, B-S, C-F, D-M

En el trabajo: A-S, B-C, C-M, D-F

La risa: A-M, B-F, C-C, D-S

Los gastos: A-C, B-F, C-S, D-M

Al dar la mano: A-S, B-C, C-F, D-M

Hablando: A-S, B-M, C-C, D-F

Como ve la vida: A-C, B-F, C-S, D-M

Como reza: A-S, B-C, C-F, D-M

En la confesión: A-C, B-M, C-S, D-F

Cómo se imagina el cielo: A-F, B-M, C-S, D-C

Definiciones:

El temperamento colérico

Caracterización general

El colérico reacciona de inmediato y con vehemencia ante las influencias que recibe. La impresión queda en él por mucho tiempo. El colérico siente y se entusiasma por lo grande, no busca lo común y ordinario, sino lo grandioso y sobresaliente. Tiende a lo alto, ambicionando un puesto destacado, montar una gran industria, cumplir una gran misión, llegar a la cumbre de la perfección, etc. Es una persona de grandes ideales y de acción, que realiza aquello que se propone. Gusta de lo que encierra heroísmo.

El temperamento sanguíneo

Caracterización general

El sanguíneo reacciona rápida y vehementemente ante las influencias e impresiones que recibe, pero la impresión queda por poco tiempo en su alma. Se le ha llamado al sanguíneo la “alegría de la casa” debido a que es un temperamento afable, optimista y liviano. El sanguíneo se caracteriza por no complicarse con las cosas ni apesadumbrarse por las dificultades.

Es una persona de trato fácil y por ello contribuye mucho a la vida comunitaria. Sin embargo, es inconstante y tiende a la superficialidad.

El temperamento melancólico

Características generales

El melancólico se caracteriza por reaccionar lentamente ante los estímulos exteriores, pero su reacción es profunda y duradera. El melancólico es el hombre de la interioridad, del pensar profundo y de la honda afectividad.

Se caracteriza por cierta “melancolía” o tristeza; es más bien lento y reflexivo; no es fácil empujarlo a acciones rápidas.

Se desanima rápidamente y cae con frecuencia en el pesimismo.

El temperamento flemático

Características generales

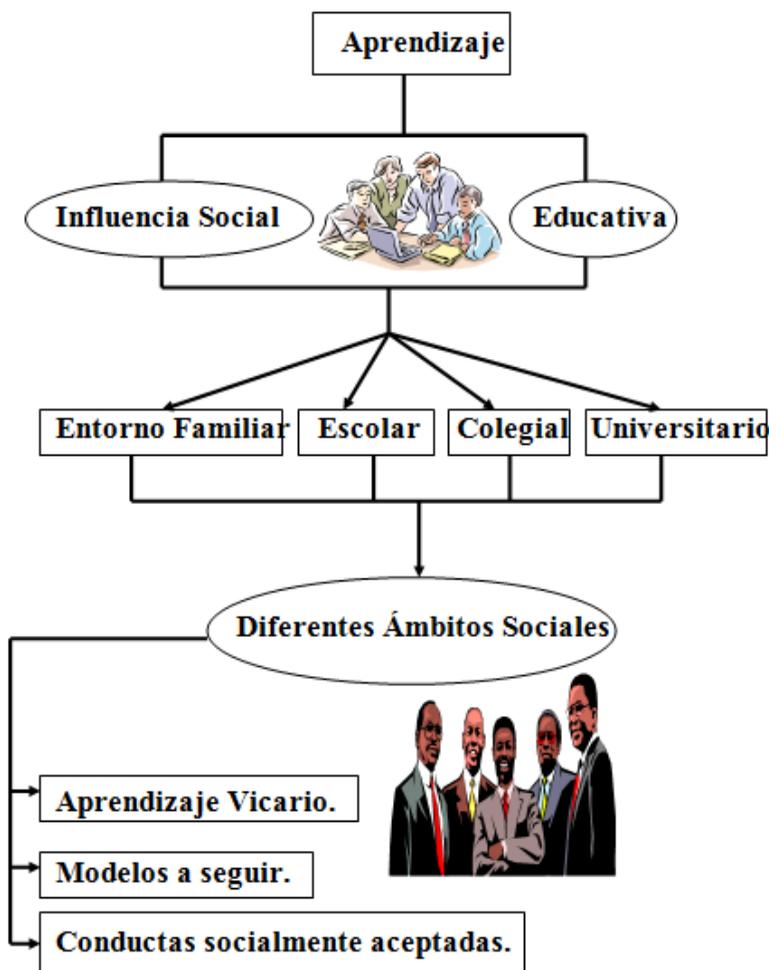
El flemático, al igual que el melancólico, se caracteriza por reaccionar lentamente ante los estímulos exteriores; pero, a diferencia del mismo, su reacción no es profunda, asemejándose en esto más bien al sanguíneo. No es un hombre que se interese vivamente por los

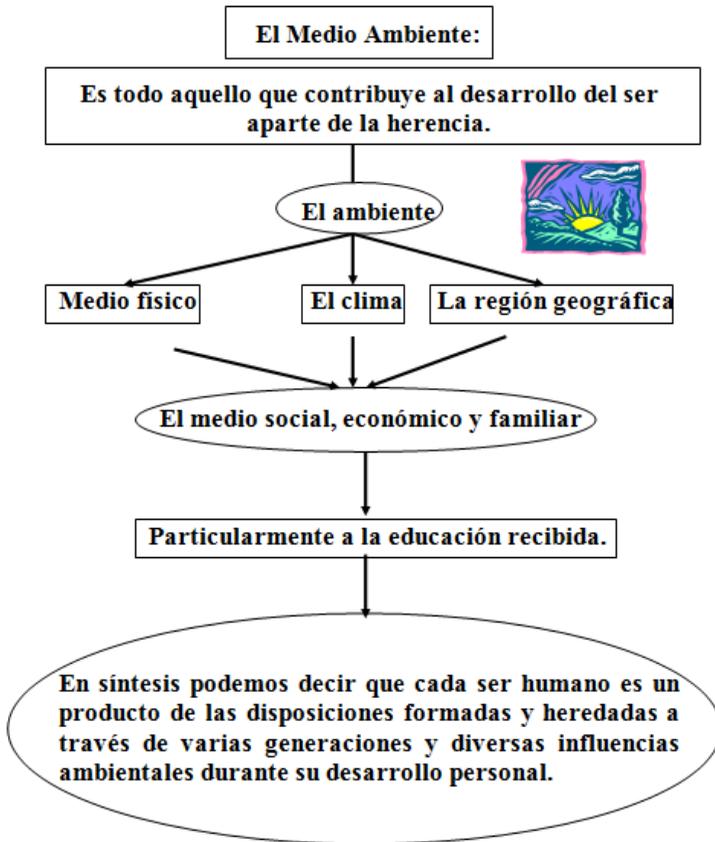
cosas, podría caerse el mundo y él permanecería muy tranquilo sin inmutarse mayormente. Normalmente aparece como el tipo de hombre típicamente tranquilo y, por lo tanto, muchas veces marginado un poco del grupo en que él se encuentra. No se altera casi por nada y la intensidad de sus reacciones es débil, corta y superficial, además de ser lenta. Esto hace que el flemático tenga una cierta apariencia de hombre “plácido” y sin novedad.

Carácter

El carácter es el elemento de la personalidad que como ya se manifestó antes se desarrolla a partir de los aprendizajes sociales, estableciendo diferentes parámetros conductuales, a través de la selección de modelos a seguir.

La escuela, el colegio, la familia e incluso los programas de televisión pueden ser modelos a seguir para las personas que adquieren formas de comportamiento a partir de lo más significativo.





La cultura:

La cultura influye en la adquisición de valores sociales comunes y ayuda a producir cierto tipo de personalidad de acuerdo a sus creencias, ideas, lealtades, prejuicios y hábitos de alimentación.

Personalidad: Aprendizaje social

La personalidad de los individuos va cambiando desde que nace hasta la edad adulta, su desarrollo se da acorde a las exigencias del mundo circundante y hasta los 5 años se desarrolla un esbozo de la personalidad.

Personalidad: Visión Psicoanalítica

Según la teoría psicoanalítica la personalidad está conformada por tres estructuras:

- El Yo
- El Ello
- El Súperyo.

Estas tres estructuras se encuentran en PUGNA constante y rigen los comportamientos que finalmente presentarán, derivada de las pulsiones a satisfacer.

Según esta teoría el ser humano se encuentra regido por pulsiones de vida y muerte.

El Ello: Necesidades para satisfacer.

El Yo: visión de realidad, del mundo circundante.

El Súperyo: Visión religiosa (espiritual), rígida.

Etapas del psicodesarrollo sexual:

Etapa Oral: Placer en torno a la boca, se alimenta pulsión de vida y pulsión de muerte. (De 0 a 2 años)

Etapa Anal: Placer en torno a sus necesidades, orina agresión, heces: obsequio. (De 2 a 3 años)

Etapa Fálica: Autoreconocimiento, físico, complejo de Edipo y Electra, origen de la Histeria femenina, Complejo de Castración. (De 3 a 5 años)

Etapa de latencia: Etapa de equilibrio sin mayores cambios psicológicos y físicos. (De 5 a 11 años)

Etapa Genital: Adolescencia, elección de objeto de placer sexual, masculino o femenino. (12 en adelante)

Funciones Psicológicas Superiores

Sensación y Percepción

La sensación es el procesamiento cerebral primario procedente de nuestros sentidos principales: vista, tacto, olfato, gusto y oído.

Según David Myers, La representación mental del mundo se consigue a través de la sensación; pero, sin la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar nuestras sensaciones esta representación no sería completa. Este segundo proceso lo denominamos PERCEPCIÓN. Por lo tanto, es la interpretación de las sensaciones en base a la experiencia y recuerdos previos.

La percepción visual

Es un proceso activo con el cual el cerebro puede transformar la información lumínica captada por el ojo en una recreación de la realidad externa, reconociendo, discriminando e interpretando los estímulos visuales a través de su asociación con experiencias previas.

La percepción auditiva

Implica la capacidad para reconocer, discriminar e interpretar estímulos auditivos asociándolos a experiencias previas. De esta forma el significado de cada sonido es interpretado por cada individuo dándole un contexto claro que puede producir una serie de respuestas orgánicas y emocionales.

Uno de los postulados más importantes en el desarrollo del ser humano, dado por Biologistas como Vigostky y Piaget tiene que ver justamente

con la necesidad de intercambiar ideas, dentro de esto la percepción auditiva se convierte en un elemento de gran importancia para los seres humanos.

La Percepción Olfativa

Dentro de las percepciones y como los estímulos ingresan a nuestro campo de interés, lo que tiene que ver con olores, tiende a ser muy subjetivo, un aroma agradable para una persona, puede ser muy desagradable para otra, lo que un aroma puede producir como respuesta a una experiencia también variará entre quienes reciban dicho estímulo.

Algunas consideraciones:

- Cada persona tiene una sensibilidad olfativa diferente, algunas más agudas que otras.
- Entre hombres y mujeres el sexo femenino puede detectar olores mucho más fácilmente.
- Como las percepciones anteriores el olfato responde a las experiencias previas, siendo que un olor a coco, por ejemplo, puede despertar recuerdos de la playa, u algo más significativo para cada individuo.
- A mayor estímulo, menor percepción, se satura la percepción y se deja de sentir, ejemplo: Al aplicarse perfume inicialmente se lo percibe al pasar los minutos para quien se

lo puso deja de ser perceptible aunque los demás continuarán percibiéndolo.

Percepción del gusto

Al igual que en la percepción del olfato a mayor es el estímulo, menor la percepción, ejemplo: Una café endulzado, entre más se ingiere menos dulce se siente.

Este efecto se produce por la sobresaturación del estímulo que se recibe.

Así mismo, varia el nivel de percepción de persona a persona, la agudeza al probar una pequeña cantidad se pueda identificar sabores, dulces, agrios, salados, etc. Al igual que en los otros sentidos el aprendizaje previo le da sentido a la experiencia.

Percepción táctil.

Las percepciones táctiles como su nombre lo indica se producen en la piel, a nivel cutáneo. Piaget y otros autores expresan que este sentido tiene gran impacto en el desarrollo emocional de los recién nacidos y a lo largo de la vida de los seres humanos, favoreciendo la creación de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo(a).

Dentro de esta percepción el afecto, las emociones se fortalecen a partir del contacto físico entre las personas, en un proceso de atención odontológica, el contacto de manos seguro, permite tener al paciente una sensación de confianza y respeto.

Percepción Multisensorial

Los seres humanos construyen su observación de la realidad a partir de las percepciones, al ser seres multisensoriales las experiencias a lo largo de su vida van formando los conceptos y la estructura de personalidad de cada individuo, esto no quiere decir que, una persona que no cuente con alguno de sus sentidos no desarrolle dichos conceptos, al contrario simplemente se va a ir enfocando en los sentidos existentes.

Sensación

Las sensaciones son producto del significado que le damos a los estímulos que se reciben a través de los sentidos de vista, oído, olfato, gusto y tacto, sin embargo dependen de la cantidad de estímulo y de su naturaleza diferencial, ejemplo: al hecho de no distinguir un objeto negro en una habitación oscura.

La Memoria

La memoria es la acumulación de experiencias grabadas en nuestro cerebro a partir de la unión entre lo vivido y las emociones, siendo que cada nuevo aprendizaje nos modifica en nuestra forma de ser, se podría decir que somos un cúmulo de recuerdos y sentimientos, cabe recalcar que la memoria es selectiva, se olvidan experiencias que no se consideran indispensables y mantiene lo más importante acorde al momento actual de desarrollo.

Existen tres procesos secuenciales en la memoria, Registro y codificación, almacenamiento y mantenimiento y finalmente recuperación de la información.

Registro y Codificación

La información que se pretende aprender se registra y codifica de acuerdo a las habilidades y destrezas de cada persona, hay quienes relacionan la información con la música, imágenes o simplemente le dan un sentido, mucho más personal que facilite su retención.

Almacenamiento y mantenimiento

El almacenamiento y mantenimiento de la información registrada en la memoria tiene base en la utilidad de dichos aprendizajes para el

desarrollo de cada persona, siendo mucho más fácil el mantenimiento de información relevante para el momento actual de las necesidades de cada persona.

Recuperación de la Información

La recuperación de la información registrada en la memoria será mucho más sencilla entre más importante sea para el momento actual y necesidades de cada persona, entre menos importante es la información actualmente, se dificultará su recuperación, por ejemplo los estudios secundarios, pasados los años a menos que los conocimientos adquiridos se sigan utilizando, se irán reemplazando por nuevos conocimientos aprendidos.

Memoria de corto plazo y largo plazo

La memoria tiene dos expresiones que pueden verse afectadas en algún momento por diferentes factores exógenos o inclusive internos.

Memoria de Corto Plazo

La memoria de corto plazo dura menos de un minuto y se recuerdan pocos objetos, en este tipo de memoria se almacenan las vivencias inmediatas pero se olvidan al no tener mayor relevancia para la persona.

Memoria de Largo Plazo

En la memoria de largo plazo la información que se almacena puede ser de semanas hasta toda la vida, aquí se registra cada experiencia vivida y se la relaciona con las emociones y sentimientos que han despertado en la persona.

La información que se almacena es la que es significativa para cada persona, porque son esas experiencias las que brindan el componente de personalidad a cada sujeto.

El olvido

El olvido es la incapacidad de recordar, nombres, fechas, hechos o conocimientos, puede aparecer por diferentes factores intrínsecos y extrínsecos, tales como:

Lesión o degeneración cerebral: se da por lesiones cerebrales o alteraciones neurológicas como por ejemplo Alzheimer o consumo de drogas.

Represión (olvido motivado): porque la información es perturbadora o dolorosa. (Postulado Psicoanalítico)

Falta de procesamiento: nunca se procesó y con el tiempo se desechó.

Contexto inadecuado: la información se aprendió en un ambiente inapropiado. Ebriedad.

Alteraciones de la Memoria

Prosopagnosia: incapacidad de recordar rostros

Dejavú: sensación de haber vivido algo en el pasado

Amnesia: pérdida total o parcial de la memoria

Demencia senil: afecta mayores de 65 años

Hipermnesia: exageración en los recuerdos (austimo)

Paramnesia: recuerdos falsos (mentirosos patológicos)

Pensamiento

Según James el pensamiento es la mera actividad asociativa de la mente, un fluir asistemático de ideas. Ejemplo: fantasía, sueño diurno.

El pensamiento se asocia directamente a los aprendizajes previos y estos le dan sentido a la vida de cada persona, estableciendo una estructura lógica de pensamiento y en algunos momentos no tan lógica. Puede ser creativo o repetitivo, el aprendizaje tiene esta característica última con los conocimientos ya establecidos y en el creativo la formación de un pensamiento analítico que crea nuevas formas de resolución de problemas.

Ideas principales del capítulo II

- La personalidad tiene dos componentes El Temperamento, como factor hereditario y el Carácter como factor aprendido y mediador.
- Según Sheldon existen Biotipos que marcan las características físicas y psicológicas de cada persona. Clasificados en: Pícnicos, personas de contextura ancha, con tendencia a engordar, joviales, alegres y de muy buen carácter, Asténicos, individuos delgados, propensos a la introversión y a la intelectualidad, Atlético, con presencia de musculatura desarrollada con personalidad fuerte y agresividad, finalmente displásicos, personas con características indiferenciadas y características psicológicas diferentes a las propias derivadas por su aspecto físico.
- La Cultura es uno de los factores principales en la adquisición de valores sociales comunes y producen diferentes tipos de personalidad.
- La personalidad es analizada desde diferentes ópticas en el campo de la psicología, cada teoría presenta su propia estructura y elementos que la conforman:
- Teoría del Aprendizaje social: la personalidad como el producto de lo observado significativamente durante el proceso de vida.
- Teoría Psicoanalítica: estructura de personalidad basada en tres estructuras en constante pugna, El Ello, El Yo y El Superyo, así mismo, relevancia al proceso de las etapas de psicodesarrollo sexual.
- La sensación es el procesamiento cerebral primario procedente de nuestros sentidos principales: vista, tacto, olfato, gusto y oído.

- Las sensaciones son producto del significado que le damos a los estímulos que se reciben a través de los sentidos de vista, oído, olfato, gusto y tacto, sin embargo dependen de la cantidad de estímulo y de su naturaleza diferencial, ejemplo: al hecho de no distinguir un objeto negro en una habitación oscura.
- La memoria es la acumulación de experiencias grabadas en nuestro cerebro a partir de la unión entre lo vivido y las emociones.
- Según James el pensamiento es la mera actividad asociativa de la mente un Fluir asistemático de ideas. Ejemplo: fantasía, sueño diurno

PSICOPATOLOGÍAS FRECUENTES EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS

En el área de salud odontológica es frecuente la atención de pacientes que podrían presentar patologías mentales, las mismas que por su condición demandan de una atención especial que permita dar paso al motivo de consulta considerando la situación particular.

Los síntomas más observados a la hora de la atención odontológica tienen que ver con un nivel de ansiedad propio de cualquier persona que se somete a una atención odontológica, sin embargo, estos niveles de ansiedad pueden llegar a convertirse en una patología denominada Fobia dental.

Ansiedad

Respuesta del organismo ante un estímulo estresante, el mismo que se traduce en miedo, conductas de escape, etc...

Tipos de Ansiedad

Existen dos tipos de ansiedad que pueden observarse:

Ansiedad Real: Derivada de una situación existente en el mismo instante ejemplo: la atención odontológica, un examen, robo, etc...

Se supera una vez que ha pasado la situación que provoca el estrés.

En este tipo de casos cotidianos la intervención oportuna del Profesional Odontólogo hará una importante diferencia que contribuirá en la disminución de los niveles de ansiedad.

A continuación algunas recomendaciones en este sentido:

Explicar con claridad al paciente en qué va a consistir la intervención a realizarse, en caso de los niños se debe realizar una adaptación en el lenguaje, sin embargo la explicación debe ser lo más completa posible.

Permita a la persona expresar sus inquietudes y responda las dudas que se presenten.

Ansiedad mental (Fobia): Derivada de una situación que ya no existe en la realidad, posterior a una experiencia traumática la persona no desea volver a pasar por la misma situación e incluso rehúye a todo lo que relacione con dicha experiencia por temor a lo que podría ocurrir. La persona con fobia entiende que su miedo es excesivo y no se corresponde con la situación real a la que está expuesta la persona, sin embargo

se siente impedido de enfrentar esta situación con sus propios recursos.

Ansiedad Dental

Asociada específicamente con la atención odontológica y depende de tres factores:

- Novedad
- Incertidumbre
- Expectativa

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) Para la determinación de la Fobia dental se acogen los criterios diagnósticos de la Fobia específica

Criterios diagnósticos

a) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse a alguien o a algo.

b) El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

c) El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

- d) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- e) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar significativo clínicamente o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- f) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

En el caso de ser una fobia dental se *Especificaría en el código 300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida* (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Con el código del CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

Mecanismos para controlar la Ansiedad

Para controlar la ansiedad es de suma importancia manejar mecanismos que disminuyan la incomodidad del paciente, en la actualidad existen varias formas de lograr esto desde elementos tan fáciles de usar como la música hasta medicamentos que faciliten el control de la ansiedad.

En muchos países se utiliza la anestesia general como opción en el ámbito hospitalario para tratar con pacientes con mucha ansiedad, también se usan gafas de realidad virtual, televisión, entre otros instrumentos que faciliten desviar la atención de los pacientes al proceso odontológico, facilitando al profesional que se logre una atención eficaz.

Otro elemento de gran relevancia para disminuir la ansiedad, es la relación terapéutica establecida entre el pacientes y el odontólogo, pero ¿A qué se llama relación terapéutica?. Esta consiste en una relación vinculada, porque dos sujetos con

actividades y personalidades diferentes coinciden en una misma situación con un fin curativo, en un mismo espacio, al mismo tiempo.

Dependiendo de algunos aspectos como la interacción inicial, presentación, empatía esta relación puede ser positiva o negativa y esto afectaría al proceso de tratamiento odontológico, razón por la cual el profesional debe lograr establecer adecuadamente dicha relación.

Así mismo, habrá que identificar que existen una serie de psicopatologías que podrían encontrarse a la hora de brindar atención odontológica, y que merecen ser analizadas en este capítulo, entre la gran variedad que existen se revisarán, la Esquizofrenia, Depresión, Trastornos obsesivos compulsivos y Consumo de drogas.

Escala de Frankl.

Esta escala podría ser utilizada a nivel del consultorio odontológico, sin embargo sería necesaria igual la intervención del profesional psicólogo. Tiene cuatro categorías:

- Definitivamente Positivo (Frankl 4),
- Levemente Positivo (Frankl 3),
- Levemente Negativo (Frankl 2),
- Definitivamente Negativo (Frankl 1)

Existen factores condicionantes:

1. Grado de Desarrollo Emocional (Madurez)
2. Temperamento (Personalidad)
3. Características Educativas Y Culturales
4. Tipo de padres: Motivados, Ansiosos, Autoritarios, Manipuladores, Indiferentes.
5. El llanto: Es uno de los primeros mecanismos de comunicación del niño.

Esquizofrenia

Esta patología es de tipo psiquiátrico, en la misma predomina el miedo, pensamiento dividido (Delirio de persecución), alucinaciones y pérdida de contacto con la realidad, en todo caso este tipo de paciente tendrá miedo en atenderse y más allá de eso podría pensar que le desean hacer daño, si no se encuentra adecuadamente medicado.

Se presupone equivocadamente que este tipo de paciente será mayormente encontrado en ambientes institucionalizados, psiquiátricos e incluso centros carcelarios, la medida más importante a tomar por parte del odontólogo será la derivación al psiquiatra y psicólogo para poder ser tranquilizado y medicado de ser necesario previamente a la atención odontológica.

En este tipo de casos lo más común es que el paciente asista a la atención con un familiar y que

ambos conozcan de la condición con detalle en cuyo caso lo esencial es mostrar apertura, contar con las herramientas para el adecuado manejo de la ansiedad y como se ha anotado anteriormente mantener el contacto con el profesional de salud mental si el caso lo amerita.

Algunos de los criterios para determinar la presencia de esta patología de acuerdo a la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) son:

Criterios diagnósticos 295.90 (F20.9)

- a. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- b. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones

interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento inter-personal, académico o laboral).

- c. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- d. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la

duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

- e. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., *una* droga o medicamento) o a otra afección médica.

Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Depresión

Esta patología es de tipo psiquiátrico y emocional se caracteriza porque los pacientes que la padecen generalmente se aíslan, presentan pensamientos pesimistas e ideas recurrentes de pérdida, así mismo, Descuido personal, también se puede observar disminución de oxitocina y serotonina en el cerebro, situación que es progresiva, quienes tienen esta sintomatología, no son muy comunicativos al respecto, y en los casos más graves tienen conductas suicidas.

Se presupone que este tipo de paciente será mayormente encontrado en ambientes

institucionalizados, psiquiátricos aunque no siempre los familiares notan que la padecen, la medida más importante a tomar por parte del odontólogo será la derivación al psiquiatra y psicólogo para tratar primero dicha patología.

Algunos de los criterios para determinar su presencia de acuerdo a la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) son:

- a. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). **(Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- b. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

c. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

Trastorno bipolar I

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-D en "Episodio maníaco" antes citados).
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Esta patología es de tipo psiquiátrico y emocional se caracteriza porque los pacientes que la padecen son perfeccionistas, presentan ideas rumiantes, ansiedad y tendencia a la repetición, son mecánicos en su accionar por lo que responden ante las exigencias del mundo exterior de manera constante buscando el equilibrio emocional.

Este tipo de paciente odontológico se diferenciará de otros ya que su tendencia a la limpieza extrema, puede ocasionar más bien daño a nivel de la mucosa bucal por un extremo cuidado, también, serán mucho más exigentes hacia el

profesional, esperando gratificación a su confianza.

En este tipo de casos se deberá indagar si existe algún tipo de ritual en cuanto al cuidado dental a fin de determinar si el mismo favorece o constituye un riesgo para el paciente a fin de educar al mismo en cuanto a la rutina más adecuada a llevar a cabo con respecto a su salud dental.

Algunos de los criterios para determinar su presencia de acuerdo a la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) son:

Criterios diagnósticos 300.3 (F42)

- a. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2):
1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
 2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).
Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como res-puesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.
 - b. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - c. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
 - d. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de

deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Consumo de drogas

Esta patología presenta dos niveles una dependencia física y una mental, se caracteriza porque los pacientes que la padecen presentan daño a nivel bucal, sin sensación para el paciente,

temor, dolor derivada de la abstinencia, ansiedad, alucinaciones, etc.

Estos pacientes tienden a no buscar ayuda, ya que consideran no tener ningún problema, y esto acompañado a que no sienten malestar físico al estar bajo los efectos de las drogas.

En muchos casos el paciente con problemas de adicción a drogas suele buscar la ayuda del odontólogo en especial cuando se produce periodos de suspensión intermitentes o definitivos del consumo de drogas puesto que al darse la suspensión del mismo la sintomatología producto del daño se manifiesta.

Es importante considerar que el constante abuso de drogas provoca una alta tolerancia a los fármacos y en consecuencia una baja tolerancia la dolor, lo que deberá ser tomado en cuenta en particular en cuanto al uso de anestésicos se trata, así mismo en el caso de medicación para el control del dolor.

En estos casos es trascendental la empatía y el clima de confianza que se desarrolle con el paciente a fin de contar con la información más fiable que permita tomar las medidas de menor riesgo en este tipo de casos ya sea que la persona

atendida se mantenga en consumo como en los casos en lo que haya suspendido el mismo puesto que una persona con problemas de adicción a sustancias será más propensa a generar dependencia con fármacos.

Algunos de los criterios para determinar su presencia de acuerdo a la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), específicamente en alucinógenos son:

Criterios diagnósticos

a. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la fenciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.

5. Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de un alucinógeno).
9. Se continúa con el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
- b. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógeno para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - c. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

Los criterios expuestos son extrapolables a otros tipos de dependencias tales como alcohol, marihuana, cocaína, heroína, etc.

Así mismo, existen dos tipos de psicopatologías a analizar que podrían observarse a nivel de la consulta odontológica:

- Trastornos del Espectro Autista
- Síndrome de Down

Trastorno del Espectro Autista

Este trastorno se detecta desde la infancia y se caracteriza por una fuerte introversión (ensimismamiento), compulsiones, miedo a extraños, hipersensibilidad, ansiedad, etc... Quienes la padecen pueden tener diferentes niveles de afección, el autismo severo no le permite a quien tiene dicha sintomatología socializar, y en cambio quien tiene autismo nivel

leve o conocido como Asperger en cuyo caso la sintomatología resulta menos grave.

Algunos de los criterios para determinar su presencia de acuerdo a la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), específicamente en alucinógenos son:

Criterios diagnósticos 299.00 (F84.0)

- a. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de

gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.
 - b. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
- c. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
 - d. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
 - e. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia

coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Los profesionales odontólogos deben tomar acciones pausadas, lograr la confianza de los pacientes, no mentir acerca del dolor, generar un ambiente cuyos estímulos en especial auditivos y visuales sean reducidos al mínimo o intercalados con aquellos que se conocen generan calma, esta información lo darán comúnmente los familiares del paciente.

Al conocer con mayor detalle cuáles son los estímulos que desencadenan cuadros de ansiedad se procurará, de ser posible, disminuir dichos elementos en el consultorio.

Así mismo se puede incluir aquellos que generen calma, tales como permitir que el paciente lleve consigo algún objeto de su preferencia o que su familiar se mantenga cerca.

Su estancia en la sala de espera también juega un papel importante, de preferencia deberá ser reducida al mínimo (se debe recordar que los ambientes nuevos y personas extrañas

desencadenan cuadros de ansiedad); durante el tiempo de espera, la incorporación de rituales de ordenamiento de objetos contribuye en la disminución de la ansiedad.

Procure establecer una rutina gradual en las sesiones programadas para el tratamiento odontológico.

Síndrome de Down

Este síndrome se detecta desde antes del nacimiento se caracteriza por presentar una edad mental menor a la cronológica, afectividad exacerbada y carisma.

Los profesionales odontólogos deben tomar acciones pausadas, lograr la confianza de los pacientes, no mentir acerca del dolor.

Según publicación de (Álvarez), se deben seguir los siguientes procedimientos para la atención odontológica de pacientes con Síndrome de Down:

1. Dé un breve paseo por el consultorio antes de intentar el tratamiento. Presente al paciente al personal del equipo asistencial y así se reducirá el temor del paciente a lo “desconocido”.

2. Hable con lentitud y con términos sencillos. Asegúrese de que sus explicaciones son comprendidas indagando a los pacientes si tienen alguna pregunta que formular.
3. Dé solamente una instrucción cada vez. Premie al paciente con felicitaciones tras la terminación de cada procedimiento.
4. Escuche atentamente al paciente. El odontólogo debe ser particularmente sensible a los gestos y pedidos verbales.
5. Realice sesiones cortas. Avance gradualmente hacia procedimientos más difíciles después de que el paciente se haya acostumbrado al ambiente del consultorio.
6. Programe la atención del paciente para horas tempranas del día, cuando el odontólogo, su equipo asistencial y el paciente están menos fatigados.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Es importante contar con herramientas para intervenir en una emergencia o a personas que han vivido eventos traumáticos tales como ser víctimas de catástrofes, abusos físicos, psicológicos o sexuales, entre otros, en estos casos se puede observar estrés pos-trauma, siendo importante no revictimizar a los pacientes, no preguntar reiterativamente sobre lo sucedido o por qué necesita la atención de emergencia, ya

que esto podría agudizar los síntomas de ansiedad y temor, para lograr un atención adecuada se debe dar énfasis a:

1. Conservar la calma
2. Permitir a la persona la expresión de sus temores
3. Evitar invadir con preguntas sobre lo ocurrido
4. Derivar a atención especializada (Peritos de la Fiscalía u otros), recordar que cualquier profesional que se entere de casos de abuso o maltrato a niños, niñas y adolescentes de no denunciarlo, se convierte en cómplice de lo ocurrido

Ideas principales del capítulo III

- Las sensaciones son producto del significado que le damos a los estímulos que se reciben a través de los sentidos de vista, oído, olfato, gusto y tacto, sin embargo dependen de la cantidad de estímulo y de su naturaleza diferencial, ejemplo: al hecho de no distinguir un objeto negro en una habitación oscura.
- Los síntomas más observados a la hora de la atención odontológica tienen que ver con un nivel de ansiedad propio de cualquier persona que se somete a una atención odontológica, sin embargo, estos niveles de ansiedad puede llegar a convertirse en una patología denominada Fobia dental.
- La Ansiedad es una respuesta del organismo ante un estímulo estresante, el mismo que se traduce en miedo, conductas de escape, etc...
- La ansiedad real se deriva de una situación existente que puede ocasionar daño o malestar a un individuo, la ansiedad mental se deriva de factores ya no existentes pero que aún producen malestar o miedo excesivo.
- La esquizofrenia es una patología de tipo psiquiátrico, en la misma predomina el miedo, pensamiento dividido (Delirio de persecución), alucinaciones y pérdida de contacto con la realidad, en todo caso este tipo de paciente tendrá miedo en atenderse y más allá de eso podría pensar que le desean hacer daño, si no se encuentra adecuadamente medicado.
- La depresión es una patología de tipo psiquiátrico y emocional se caracteriza porque los pacientes que la padecen generalmente se aíslan, presentan pensamientos pesimistas e ideas recurrentes de pérdida, así mismo, Descuido personal, también se puede observar disminución de oxitocina y serotonina en el cerebro, situación que es progresiva, quienes tienen esta sintomatología, no son muy comunicativos al respecto, y tienen a conductas suicidas.

- El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una patología de tipo psiquiátrico y emocional se caracteriza porque los pacientes que la padecen son perfeccionista, presentan ideas rumiantes, ansiedad y tendencia a la repetición, son mecánicos en su accionar por lo que responden ante las exigencias del mundo exterior de manera constante buscando el equilibrio emocional.
- El Consumo de Drogas es una patología que presenta dos niveles una dependencia física y una mental, se caracteriza porque los pacientes que la padecen presentan daño a nivel bucal, sin sensación para el paciente, temor, dolor derivada de la abstinencia, ansiedad, alucinaciones, etc.
- El Trastorno del espectro Autista es una patología que se detecta desde la infancia y se caracteriza por una fuerte introversión (ensimismamiento), compulsiones, miedo a extraños, miedo a ruidos, ansiedad, etc... Quienes la padecen pueden tener diferentes niveles de afección, el autismo severo no le permite a quien tiene dicha sintomatología socializar, y en cambio quien tiene autismo nivel leve o conocido como Asperger puede socializar y llevar una vida plena.
- El síndrome de Down se detecta desde antes del nacimiento y se caracteriza por presentar una edad mental menor a la cronológica, afectividad exacerbada y carisma
- En atención en crisis recordar que cualquier profesional que se entere de casos de abuso o maltrato a niños, niñas y adolescentes de no denunciarlo, se convierte en cómplice de lo ocurrido.



CAPÍTULO IV

OBJETIVO PEDAGÓGICO:

El estudiante será capaz de controlar el estrés producto de la actividad laboral y relacionarse asertivamente.

MANEJO DEL ESTRÉS EN EL CAMPO ODONTOLÓGICO

En toda actividad laboral existen una serie de demandas del mundo circundante unas provenientes de ámbitos intralaborales y otras extralaborales, es decir, El estrés laboral se produce a partir de las exigencias del medio hasta su cumplimiento y posterior e esto se logra el equilibrio emocional del profesional.

- ▶ (Chavaro, Armando), expresa que el **estrés** puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.
- ▶ El **distrés** es el aspecto negativo del estrés, cuando la persona siente que no puede hacerle frente a determinada situación ya que está desbordada por sus demandas, por lo que se desencadena en Burnout (padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido)

El estrés como Riesgo Psicosocial

“Los factores psicosociales, se refieren a las interacciones entre el trabajo, medio ambiente, y condiciones de trabajo, por un lado, y por otro, las capacidades del trabajador, sus necesidades, cultura y consideraciones personales que a través de percepciones y experiencias puedan influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción del trabajo” (OIT, 1986)



MOBBING

Es una de las situaciones más comunes entre compañeros de trabajo y uno de los principales elementos causantes de estrés en los profesionales ya que se sienten asediados, acosados y acorralados por un grupo, es decir, acosados psicológicamente.

Los efectos que pueden observarse a nivel de las personas que sufren de estrés y acoso psicológico, son muy variados como por ejemplo: problemas en la salud: (físicas y psicológicas), depresión, ansiedad, sensación de impotencia, desmotivación e insatisfacción, actitudes y hábitos inadecuados, dificultad en las relaciones interpersonales, conflictos intergrupales y exposición a los accidentes.

Solución de Problemas

Existen varios pasos a seguir con la finalidad de resolver problemas y superar el estrés de los profesionales sin importar sus actividades diarias:

1. Cambiar el lenguaje de negativo a positivo.
2. Identificar los posibles conflictos en la solución de los problemas.
3. Identificar claramente el problema, no lo superficial, sino, el trasfondo.
4. Determinar las restricciones que puedan impedir superar el problema.
5. Escoger las soluciones que están a su alcance.
6. Identificar las consecuencias de las soluciones planteadas
7. Establecer cómo medir los resultados alcanzados
8. Fijar un plazo para alcanzar sus metas
9. Asumir la responsabilidad de sus decisiones.

10. Llevar a la acción la solución seleccionada.

Motivación y Automotivación

La motivación es la capacidad de convencimiento que las personas poseen en menor o mayor grado para dirigir a otras personas hacia una meta específica. Para lograr motivar a otros se hace indispensable estar motivado, de no estarlo, el nivel de motivación no existiría.

Proceso de motivación



Necesidades según Maslow

(<https://psicologiaymente.net>) “La pirámide de Maslow forma parte de una teoría psicológica que inquiere acerca de la motivación y las necesidades del ser humano: aquello que nos lleva a actuar tal y como lo hacemos. Según Abraham Maslow, psicólogo humanista,

nuestras acciones nacen de la motivación dirigida hacia el objetivo de cubrir ciertas necesidades, las cuales pueden ser ordenadas según la importancia que tienen para nuestro bienestar”.

Maslow, a través de una pirámide presenta cinco escalones de necesidades divididas en necesidades primarias y secundarias, establece a las primarias como innatas y las secundarias derivadas del contacto social.



- **AUTORREALIZACIÓN:** Nivel más alto de necesidades de realizarse a sí mismo, crecer y emplear plenamente las capacidades y con la mayor creatividad.

- **ESTIMACIÓN:** Sentirse estimado por los demás, respeto, prestigio, reconocimiento, autoestima.
- **SOCIALES:** Necesidad de amor, afecto, sentido de pertenencia en las relaciones de uno con otras personas.
- **SEGURIDAD:** Protección y estabilidad en lo físico y en los acontecimientos interpersonales de la vida cotidiana.
- **FISIOLÓGICOS:** Las más básicas de todas las necesidades humanas (aire, comida, reposo, abrigo).

La motivación irá en función de aquellas necesidades que se desea cubrir.

Autoestima

La autoestima en su concepto más básico no es otra cosa que el amor, el afecto que una persona siente por uno mismo, lamentablemente este elemento que favorece la resiliencia, el superar los problemas y alcanzar las metas, suele estar basado en lo que los demás opinan de uno mismo, claro esto es un error que se comete en muchas ocasiones, ya que la realidad es que la autoestima debería basarse en sus propias vivencias y percepciones.

Técnicas de Relajación

Existen varios métodos de relajación, algunos propios de cada cultura tales como bailar, otros relacionados a actividades placenteras como oír música, ir al cine, etc., otras más direccionadas a eliminar la tensión del cuerpo como lo muestra (Pastor, 2003) en Práctica de tensión-relajación. (15 grupos musculares), la misma que se presenta a continuación:

- Colócate en una posición cómoda y afloja tu cuerpo mientras respiras hondo y profundo.
- 1º Grupo: MANOS Y ANTEBRAZOS. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en manos y antebrazos. Concéntrate en estas sensaciones durante 5-7 segundos. Y ahora suelta y libera la tensión de esa zona y concéntrate en las nuevas sensaciones de distensión durante 20 a 30 segundos. Nota la diferencia entre un estado y el otro.
- 2º Grupo: BICEPS. Dobla los codos y tensa los biceps durante 5 a 7 segundos. Afloja los biceps y estira los brazos. Concéntrate en la distensión durante 20 a 30 segundos.
- 3º Grupo: TRICEPS. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, y tensa la parte posterior de los brazos, los triceps. Afloja y devuelve los brazos a su posición original. Percibe la diferencia.

- 4º Grupo: HOMBROS-TRAPECIO. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóta la en los hombros y trapecios. Suelta los hombros.
- 5º Grupo: CUELLO I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisiera tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota la tensión en la nuca. Vuelve lentamente a la posición de reposo y percibe la distensión.
- 6º Grupo: CUELLO II. Empuja con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el respaldo en el que estés apoyado. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Suelta la tensión y aflójate.
- 7º Grupo: FRENTE. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta la tensión.
- 8º Grupo: OJOS. Aprieta fuertemente los ojos arrugando los párpados. Nota la tensión. Suelta la tensión.
- 9º Grupo: LABIOS Y MEJILLAS. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Nota la tensión alrededor de la boca y en las mejillas. Suelta la tensión.
- 10º Grupo: MANDÍBULA. Ve abriendo muy lentamente la boca hasta llegar al máximo. Suelta la tensión.
- 11º Grupo: PECHO-ESPALDA. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia

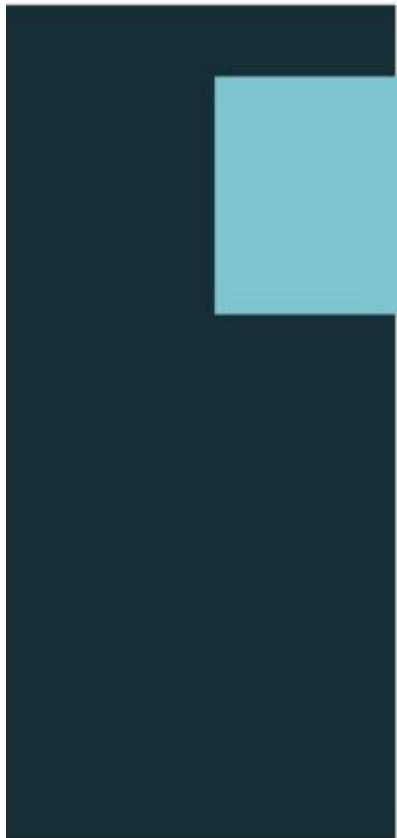
delante y los hombros y codos hacia atrás. Junta los omóplatos. Mantén la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.

- 12º Grupo: ABDOMINALES I. Mete el abdomen hacia adentro. Nota la tensión. Suelta la tensión.
- 13º Grupo: ABDOMINALES II. Saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta.
- 14º Grupo: MUSLOS. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota la tensión y suelta.
- 15º Grupo: PIES. Lleva los pies hacia abajo intentando hacer una línea recta con las piernas. Tensa los pies y suéltalos.

Al final, lo más importante en cuanto a la relajación es la toma de decisiones de cada persona, ya que, de cada uno depende el nivel de afectación que tenga cada situación externa o interna, y cuál será la respuesta emitida sea positiva o negativa.

Ideas principales del capítulo IV

- En todo proceso laboral existen una serie de demandas del mundo circundante unas provenientes de ámbitos intralaborales y otras extralaborales.
- El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.
- El Burnout es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.
- El Mobbing es uno de los elementos más comunes entre compañeros de trabajo y uno de los principales elementos causantes de estrés en los profesionales ya que se sienten asediados, acosados y acorralados por un grupo
- Los efectos que produce el estrés y acoso psicológico, son muy variados como por ejemplo: problemas en la salud: (físicas y psicológicas), Depresión, Ansiedad, Sensación de impotencia, Desmotivación e insatisfacción, Actitudes y hábitos inadecuados, Dificultad en las relaciones interpersonales, Conflictos intergrupales y Exposición a los accidentes.
- La motivación es la capacidad de convencimiento que las personas poseen en menor o mayor grado para dirigir a otras personas hacia una meta específica
- La autoestima en su concepto más básico no es otra cosa que el amor, el afecto que una persona siente por uno mismo, lamentablemente este elemento que favorece la resiliencia.
- Uno de los elementos más importantes para superar el estrés, es usar diferentes técnicas de relajación que les permitan superar el momento y logre el equilibrio buscado.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

AnderEgg, Ezequiel. Diccionario de psicología (2a. ed.). Buenos Aires, ARGENTINA: Editorial Brujas, 2016. ProQuestebary. Web. 26 September 2016. Copyright © 2016. Editorial Brujas. Allrightsreserved.

Álvarez, E. (n.d.). <http://www.odontologiaactual.com>. Retrieved from Consideraciones en el manejo del paciente con Síndrome Down: <http://www.odontologiaactual.com/consideraciones-en-el-manejo-del-paciente-con-sindrome/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. In A. A. Psiquiatría, *Asociación Americana de Psiquiatría* (p. 197). Arlington: Médica Panamericana.

Chavaro, Armando. (n.d.). In Chavaro, Armando, *El Factor E* (p. 128). Bogota - Colombia: Digitos y Diseños. Retrieved from <https://books.google.com.ec/books?id=GXT-lrH24YIC&pg=PA128&lpg=PA128&dq=%EF%81%BD%09El+estr%C3%A9s+puede+ser+definido+como+el+proceso+que+se+inicia+ante+un+conjunto+de+demandas+ambientales+que+recibe+el+individuo,+a+las+cu%C3%A1les+debe+dar+una+respuesta+>

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: PEARSON EDUCACIÓN.

Cynthia, R. (n.d.). *Universidad Nacional Autónoma de México*. Retrieved from UNAM: http://www.ray-design.com.mx/psicoparaest/index.php?option=com_content&view=article&id=53:tabla-cronologica&catid=37:historia-corrientes&Itemid=66

<https://psicologiaymente.net>. (n.d.). *Psicología y Mente*. Retrieved from <https://psicologiaymente.net/psicologia/piramide-de-maslow#!>

Mcdougall. ((S/F)). *Temperamento*.

Myers, D. (n.d.). *Departamento de Psicología de la Salud*. Retrieved from <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3763/1/PowerPoint%20-%20TEMA%202%20Y%203.pdf?>

OIT. (1986). *Los Riesgos Psicociales*. Oficina OIT Cono Sur.

Pastor, S. y. (2003). *Práctica de Tensión - Relajación*. Bogota.

Schultz, D. (2009). *Teorías de la Personalidad. 9na Edición*. Cengage Learning.

Seelbach González, A. G. (2012). *Teorías De La Personalidad*. México: Red Tercer Milenio S.C.

ISBN: 978-9942-750-42-6



JOSE FERNANDO APOLO MORÁN

Master en Educación Superior e Investigación Educativa, *Diplomado Superior en Diseño de Proyectos de Investigación, y diseño curricular por competencias*, Docente de Pre y post Grado, asignaturas de Investigación, Psicopatología Clínica, Psicología General, Psicología Clínica, Psicología y Psiquiatría Forense, psicología aplicada a la odontología, Ex líder del área de Tratamiento de adicciones del CONSEP y Representante del Ecuador en eventos Internacionales UECAN, CICAD, etc. del Observatorio de Drogas, Ex- Gestor Académico en Facultad de Comunicación Social, tutor de tesis de pregrado post grado. Gestor Académico Curricular y de ambientes de aprendizaje Facultad Piloto de Odontología.

NOEMÍ RIVAS MALDONADO

Master en Educación Superior e Investigación Educativa, Psicóloga Clínica, experiencia en atención a pacientes con adicciones y otras patologías, desarrollo de actividades de Orientación Vocacional y Bienestar Estudiantil Universitario, Docente de pre y postgrado en diferentes carreras universitarias. Docente de la asignatura de Enfoque de Género y Prevención de Drogas.

LORENA VERA MIRANDA, MG.

Magister en Terapia Familiar Sistémica y de Pareja, Psicóloga Educativa y Orientadora Vocacional, Docente de Pregrado en diferentes carreras universitarias en las asignaturas: Psicología de la Familia, Desarrollo Humano, Psicología general, Psicología Educativa, Psicología del Desarrollo y Sociología, Tutora de Tesis de Pre y post Grado, Experiencia en Consejería Estudiantil en Institución de Nivel Medio. Gestora de Mediación de Conflictos Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Universidad de Guayaquil.