



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**“ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA” EN  
ODONTOPEDIATRÍA.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

MARISOL GONZÁLEZ RUIZ

TUTOR: Mtro. HÉCTOR ORTEGA HERRERA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# Índice

## INTRODUCCIÓN.

### 1. LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

1.1	Campo experiencial . . . . .	8
1.2	Percepción de la realidad . . . . .	9
1.3	Las necesidades . . . . .	11
1.4	Comprensión de la conducta . . . . .	13
1.5	El sí-mismo . . . . .	14

### 2. LA RELACIÓN DE AYUDA.

2.1	Desarrollo de las relaciones de ayuda . . . . .	17
2.2	Características de una relación de ayuda . . . . .	18
2.3	Comunicación eficaz . . . . .	20
2.4	Habilidades de comunicación . . . . .	25

### 3. “ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA” EN ODONTOPEDIATRÍA

3.1	Ansiedad . . . . .	32
3.2	Periodo Centrado en el paciente . . . . .	35
3.3	Periodo de Vínculo: relación Odontólogo – Paciente – Padres . . . . .	42
3.4	Las tres actitudes en el Cirujano Dentista . . . . .	43

CONCLUSIONES . . . . .	47
------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA . . . . .	49
------------------------	----



**A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS  
APOLONIA BARRIENTOS HERNÁNDEZ, CARMEN SERRANO MARTÍNEZ Y JOSÉ  
AQUILEO GONZÁLEZ SALAZAR.**

Que aunque compartimos la vida poco tiempo sé que gran parte de lo que soy ahora es gracias a ustedes, porque son parte del origen de nuestra hermosa familia.

**DEDICADO A MI ABUELO  
RUBÉN RUIZ PÉREZ.**

Gracias por ser parte inicial de mi historia y enseñarme la belleza que se muestra en el amor al arte.

**A MI PADRE  
JOSÉ HILARIO.**

Familiarmente tú y yo somos padre e hija, pero intelectualmente hemos sido creados por la misma Madre, Nuestra Máxima Casa de Estudios, gracias por compartirme y empaparame de ese espíritu universitario, gracias por tu ejemplo y dedicación, gracias por ser un gran padre, este logro también es tuyo, TE AMO.

**A MI MADRE  
MARÍA GUADALUPE.**

Lo hermosa que es la vida a través de tu sonrisa y tú alegría me contagia y me alienta a caminar segura por la vida, gracias por ser mi confidente y acompañarme a cada paso, levantarme cuando caigo y aplaudirme en los triunfos de los cuales te pertenecen todos. TE AMO.

**A MIS HERMANOS  
JOSÉ ADRIÁN, JOSÉ MANUEL Y CLARA.**

Gracias por cada aventura vivida a su lado, ustedes han sido inspiración para este trabajo, no pude haber tenido mejores hermanos que a ustedes, cada abrazo, cada beso, cada muestra de amor que me brindan son pilar fundamental en mi existir. Gracias por todo. LOS AMO.

**A MI CUÑADA  
MARÍA ELENA.**

Gracias por formar parte de la familia, gracias por darnos junto con mi hermano a mis dos sobrinas hermosas que son la alegría de nuestro hogar. TE QUIERO.

**A MIS SOBRINAS  
MAJO Y SUSI.**

A mis pequeñas les agradezco por regalarme amor, sonrisas, abrazos y besos ilimitados, ustedes han sido mi motor de alegría, gracias por recordarme lo bello que es ser niño, LAS AMO.



**A MIS TIOS Y PADRINOS  
LULÚ Y MARIANO.**

Les agradezco por ser junto con mis padres guías para mí, por estar siempre a mi lado, por dedicarme a diario su apoyo y su amor incondicional. LOS AMO.

**A MIS TÍOS  
MARI CARMEN Y CARLOS.**

Gracias por todo su apoyo durante esta etapa importante de mi vida. Los quiero mucho.

**AL AMOR DE MI VIDA  
CHEMA.**

Eres la clave para la realización de este trabajo, agradezco todo tu esfuerzo y dedicación, gracias por procurarme felicidad día a día, soy una mujer plena gracias a tu amor. TE AMO ETERNAMENTE.

**AL MTRO. HÉCTOR ORTEGA HERRERA**

Quiero agradecerle su guía, su apoyo, su paciencia, su sabiduría para éste trabajo, gracias por ser un profesor fuera de serie, por tener una mente amplia, por irme encaminando durante este tiempo, por contribuir tanto en mi formación académica como en mi formación personal. Lo estimo mucho.

**A MIS AMIGOS  
CLAUDIA, DULCE, NANCY, MAURICIO, JORGE O. Y RAFAEL.**

Gracias por hacerme sentir siempre en familia junto a ustedes, sé que no compartimos la misma sangre, pero los considero mis hermanos. LOS AMO.

**A MIS AMIGOS  
PAOLA, CHAMPO, RINI, “LOS TENTADOS”.**

A ustedes muchas gracias por regalarme en cada momento una sonrisa, gracias por su apoyo, gracias por darme instantes de relajación y aprendizaje, los quiero un buen.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

Por darme la oportunidad de estudiar y formarme dentro del Espíritu Universitario, obsequiarme los lugares donde comenzó mi formación, lugares donde conocí gente valiosa en mi vida y darme un espacio para la expresión de mi propio ser.

**UN AGRADECIMIENTO A TODAS LAS PERSONAS QUE APOYARON MI SUEÑO Y  
ESTUVIERON SIEMPRE A MI LADO.**



## INTRODUCCIÓN.

Carl Rogers describe en su libro “Psicoterapia centrada en el cliente” referencias a una teoría activa sobre la naturaleza de la personalidad y los mecanismos subyacentes que determinan la conducta humana, además originó una aproximación popular a la psicoterapia conocida inicialmente como terapia no directiva o centrada en el cliente y luego como terapia centrada en la persona. La teoría de la personalidad de Rogers, como la de Maslow, tiene sus raíces en la psicología humanista, a la que Rogers convirtió en su marco de referencia para la relación entre paciente y terapeuta. Rogers desarrolló su teoría de sus experiencias de trabajo con los pacientes.

La visión de Rogers de la situación terapéutica dice mucho acerca de su punto de vista de la naturaleza humana. La frase *terapia centrada en la persona*, sugiere que la capacidad para cambiar y mejorar la personalidad se centra en el individuo. En otras palabras, quien dirige el cambio es la persona y no el operador; la función de éste es ayudar o facilitar el cambio.

Rogers creía que los seres humanos son seres racionales regidos por la percepción consciente del yo propio y de nuestro mundo de la experiencia. Reconocía que las experiencias de la niñez influyen en la forma en la que percibimos nuestro ambiente y a la vez a nosotros mismos. Rogers consideraba que cada persona percibe la realidad de manera consciente y advirtió que ésta percepción no siempre coincide con la realidad objetiva.

Propuso una sola motivación innata y primordial: la tendencia connatural a realizar y desarrollar nuestras habilidades y potenciales, desde lo estrictamente biológico hasta los aspectos psicológicos más



complejos del propio ser. Esta última meta es la realización del yo, convertirse en lo que Rogers denominó una *persona de funcionamiento óptimo*.

La aplicación de lo descrito anteriormente dentro del consultorio dental, es de vital importancia, ya que el papel del cirujano dentista frente al paciente no sólo es llevar a cabo procedimientos y tratamientos exitosos a corto plazo, sino propiciar en el paciente actitudes de desarrollo y crecimiento que no se limiten a tratamientos exitosos a mediano y largo plazo, sino educar al paciente haciéndole ver que la boca es parte de un todo, un todo del cual el paciente es únicamente responsable.



## 1. LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

*El verdadero poder del manejo del comportamiento humano radica en el código de nuestra personalidad.*

Schultz define a la personalidad como: las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona. Bradberry menciona que es la esencia del carácter de un individuo, que se revela en patrones predecibles de inclinaciones y comportamientos. Estos autores coinciden en que la personalidad es el conjunto de motivaciones, necesidades y preferencias, ya que son éstas características las que proporcionan un esquema de nuestras debilidades y fortalezas.<sup>1, 2</sup>

En cuanto a la conducta humana, manifestación de la personalidad, Domjan dice que es el resultado del aprendizaje. Lo que se aprende configura gran parte de las actividades y experiencias de la vida diaria. El aprendizaje es uno de los procesos biológicos que facilitan la adaptación al ambiente, en suma Delval, sugiere que la conducta humana está sometida en sus aspectos más generales a leyes y reglas pero es un proceso evolutivo, considerado así, por nuestra capacidad de adaptación.<sup>3, 4</sup>

Las siguientes formulaciones sobre el concepto de la personalidad fueron propuestas por Rogers, estas van desde el mundo privado hasta la constitución de la identidad de las personas.

<sup>1</sup> Schultz, Duane P.; Sidney E. Shulz TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD, Editorial Thomson, 7ª edición, Florida, 2002, p. 5,

<sup>2</sup> Bradberry, Travis, EL CÓDIGO DE LA PERSONALIDAD, Editorial Granica, 1ª edición, Barcelona, 2009, pp. 6-7.

<sup>3</sup> Domjan, Michael, PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE Y CONDUCTA, Editorial Paraninfo, 5ª edición, España, 2009, pp.14-15

<sup>4</sup> Delval, Juan, EL DESARROLLO HUMANO, Alianza Editorial, 6ª edición, Buenos Aires, 1998, pp. 18-19





## 1.1. Campo experiencial

*“Todo individuo vive en un mundo continuamente cambiante de experiencias de las cuales es el centro”.*

(Carl Rogers)

El campo experiencial, es nombrado así por Rogers porque incluye todo lo que es experimentado por la persona, ya sea de manera consciente o no. Angyal ante este punto afirma que la conciencia consiste en la simbolización de algunas de las experiencias, es decir, el ser humano es capaz de asociar una imagen, una idea o un concepto determinado para la mejor comprensión de las experiencias.

El hombre explora la superficie de las cosas y las experimenta, extrae de ellas un saber relativo a su constitución, es decir, adquiere de ellas experiencia y experimenta lo que pertenece a las cosas.<sup>5</sup>

Se debe reconocer que en este mundo privado de experiencias del individuo, solamente una porción de cada experiencia, y probablemente una porción muy reducida, es vivida conscientemente. Muchas de las percepciones sensoriales y viscerales no son simbolizadas. Sin embargo, también es cierto que gran parte de este mundo de experiencias es accesible a la conciencia, y puede hacerse consciente si la necesidad del individuo determina que ciertas sensaciones pasen a un primer plano porque se asocian con la satisfacción de una necesidad.<sup>6</sup>

El hombre no existe solo, ni en relación exclusiva con su corporeidad; el hombre es un ser en el mundo, dice Heidegger. El hombre

---

<sup>5</sup> Buber Martín, YO Y TÚ. Ediciones Nueva Visión, 1ª edición, Buenos Aires, 2002, pp. 7-9.

<sup>6</sup> Rogers, Carl., PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, Editorial Paidós, 1ª edición, España, 2008, Pág. 409 – 410



es un ser en el mundo, en el sentido que crea el mundo, pero al mismo tiempo es creado por él, se halla rodeado, confinado y en constante contacto con él.<sup>7</sup>

Una verdad importante con respecto a este mundo privado del individuo es que solo puede ser conocido, en un sentido genuino y completo, por el propio individuo. No importa cuán adecuadamente se intente medir el estímulo, ya sea un punto luminoso, un pinchazo, un fracaso en un examen o alguna situación más compleja, sigue siendo válido que el individuo es el único que puede saber cómo fue percibida la experiencia ya que el mundo de la experiencia es un mundo privado para cada individuo.

## 1.2. Percepción de la realidad

*“El organismo reacciona ante el campo tal como lo experimenta y lo percibe. Este campo perceptual es, para el individuo, la realidad”.*

(Carl Rogers)

Ésta es una proposición simple, de la cual todos tienen conocimiento en sus propias experiencias. Las personas no reaccionan ante alguna realidad absoluta, sino ante la percepción de esa realidad. Cada uno reacciona ante la realidad tal como la percibe.

Se puede ejemplificar ésta proposición con cualquier experiencia cotidiana: entran dos niños a la consulta odontológica, uno de ellos percibe el sonido de la pieza de mano de alta velocidad muy fuerte, y lo asocia con una licuadora, artefacto que él ve como peligroso, el otro niño lo escucha como el sonido de un avión, objeto que le es agradable, ambos niños están sujetos a la misma estimulación auditiva, cada uno

---

<sup>7</sup> Mainou y Abad, Víctor., EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA, s/e, 1ª reimpresión, México, 2006, Pág. 26



reacciona ante la realidad como la ha percibido, de esta manera podemos decir que la conducta se adecua a la realidad tal como es percibida.

La realidad es, para el individuo, su percepción, la realidad es básicamente el mundo privado de las percepciones de una persona, pero ante una sociedad la realidad radica en la percepción que tienen en común varios individuos. De este modo la realidad la conformaran la mayor parte de las personas de una determinada cultura y lo percibirán de una manera similar a como un individuo lo percibe.

Continuamente se están confrontando las percepciones unas con otras o sumándolas unas con otras, de manera que se convierten en guías más confiables de la “realidad”. Cada percepción es esencialmente una hipótesis relacionada con las necesidades del individuo y muchas de estas percepciones se someten una y otra vez a la prueba de la experiencia.<sup>8</sup>

Burrow menciona:

“La relación coherente del hombre con el mundo externo se produce a través de la concordancia de su propia secuencia de reacciones sensoriales con la secuencia de las reacciones que existen fuera de él. Sólo la conformidad neural del hombre a la coherencia observable de los fenómenos externos ha posibilitado la congruencia inteligente de su propia conducta con respecto al mundo externo”.<sup>9</sup>

De este modo el mundo llega a integrarse de una serie de hipótesis probadas que proporcionan mucha seguridad y adquiere cierta

---

<sup>8</sup> Rogers, Carl., PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, Editorial Paidós, 1ª edición, España, 2008, pp.409-417

<sup>9</sup> Burrow, Trigant, THE NEUROSIS OF MAN, Editorial Founded by C.K. Ogden, 1ª edición, Nueva York, 1949, p. 101



predictibilidad de la que se depende. No obstante, éstas relaciones con el mundo mezcladas con estas percepciones que han sido confirmadas por una variedad de experiencias, existen percepciones que no fueron puestas a prueba. Estas percepciones no verificadas también forman parte de la realidad personal y pueden tener tanta autoridad como las que han sido probadas.<sup>10</sup>

### 1.3. Las necesidades

*“La conducta es básicamente el esfuerzo intencional del organismo para satisfacer sus necesidades tal como las experimenta”.*

(Carl Rogers)

Esta proposición se modifica en el caso del organismo humano por el desarrollo de la personalidad. Todas las necesidades tienen una relación básica, por cuanto todas ellas emergen y se refieren a la tendencia básica a mantener y desarrollar al organismo.

Estas necesidades son experimentadas y constituyen la base de la conducta que aparece funcionalmente (aunque no conscientemente) para mantener y desarrollar el organismo. Un ejemplo de esto es en el caso del hambre, se producen contracciones estomacales de las que por lo común no se tiene consciencia. La excitación que se establece puede ser experimentada vagamente y por debajo del nivel consciente, pero sin embargo ocasiona una conducta que se dirige a la comida o puede ser simbolizada y percibida en el nivel consciente como hambre.

Las necesidades de afecto y de logros, que parecen estar significativamente relacionadas con el mantenimiento y desarrollo del

---

<sup>10</sup> Rogers, Carl., PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, pp. 417-418



organismo pueden ser originadas en tensiones fisiológicas. Margaret Ribble indica que la necesidad de afecto es una necesidad fisiológica y que el bebé que no tiene un contacto físico íntimo adecuado con una persona materna, queda en una necesidad fisiológica insatisfecha. Si esto ocurre con el bebé, entonces es fácil ver cómo esta necesidad, igual que todas las demás, se elabora y canaliza a través del condicionamiento cultural en necesidades que solo remotamente se basan en tensiones orgánicas subyacentes.<sup>11,12</sup>

Se ha postulado que la conducta es una reacción ante el campo tal como lo percibe el individuo, este punto, como algunas otras proposiciones, se comprueba diariamente en la experiencia, pero se suele dejar de lado. No se reacciona ante la realidad sino a la percepción de esa realidad. Un niño al sentirse en peligro, por ejemplo, ante la consulta odontológica, tratará de alcanzar la seguridad y la tranquilidad que percibe. Frecuentemente la percepción tiene un alto grado de correspondencia con la realidad, pero es importante reconocer que es la percepción y no la realidad, crucial en la determinación de la conducta.

Es importante mencionar que en esta concepción de la motivación todos los elementos desencadenantes existen en el presente. La conducta no es “causada” por algo que sucedió en el pasado. Las tensiones presentes y las necesidades presentes son las únicas que la persona intenta reducir o satisfacer, eso sí desde las experiencias vividas.

Si bien es cierto que la experiencia pasada ha servido para modificar el significado que será percibido en las experiencias presentes,

---

<sup>11</sup> Rogers, Carl., PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, pp. 417-418

<sup>12</sup> Hunt McViker, Joseph., PERSONALITY AND THE BEHAVIOR DISORDERS, a handbook based on experimental and clinical research, Volumen 2. Editorial Ronal Press, Nueva York, 1944. Cap. XX



no tiene lugar ninguna conducta que no se oriente a la complacencia de una necesidad presente.

#### 1.4. Comprensión de la conducta

*“El mejor punto de vista para comprender la conducta es (aproximarse) desde el propio marco de referencia del individuo”.*

(Carl Rogers)

Como se ha mencionado anteriormente, la única persona que puede conocer plenamente su campo de experiencia es el individuo mismo. Por lo tanto, parecería que se puede comprender mejor la conducta alcanzando, en la medida posible, el marco de referencia de la misma persona, y percibiendo el mundo de la experiencia a través de sus ojos.

Cuando se habla de “conducta de ensayo y error”, “ilusiones”, “conducta anormal” y otras situaciones similares, se evalúa a la persona desde el propio marco de referencia del que observa, o desde uno muy general, pero la única manera de comprender significativamente su conducta es captarla tal como la persona misma lo percibe, del mismo modo que la única manera de comprender a otra cultura, es asumir el marco de referencia de esa cultura. En un consultorio dental, el marco de referencia del operador dependerá fundamentalmente de algún tipo de comunicación que el paciente haga, pero la comunicación puede ser defectuosa e imperfecta, entonces esto tendrá como consecuencia una manera velada de la percepción del mundo experiencial del paciente.

Es posible alcanzar, en cierta medida, el marco de referencia de la persona, porque mucho de los objetos perceptuales, como la personalidad, los padres, maestros, etcétera, tienen contrapartes en el propio campo perceptual y prácticamente todas las actitudes tales como



el miedo, la rabia, el enojo, el amor, los celos y la satisfacción, han estado presentes en el propio mundo de experiencias. En otras palabras, es viable tener un acercamiento del marco de referencia de un paciente desde la percepción de la realidad que se tenga en común, para así poder inferir de una manera directa a partir de la comunicación del individuo o menos exactamente a partir de la observación de su conducta en una parte de su campo perceptual y experiencial. De ésta manera se puede ayudar al paciente a partir de una interpretación, por parte del operador más consciente, a concientizar las nuevas experiencias que darán como resultado la transmisión de un cuadro más completo de su mundo privado y en la medida que su comunicación sea una expresión más libre, no modificada por la necesidad o el deseo de defenderse, más adecuada será la comunicación del campo perceptual.

### 1.5. El *sí-mismo*

*“Una parte del campo perceptual total se diferencia gradualmente  
constituyendo el sí-mismo”*

(Carl Rogers)

Rogers, menciona que *el sí-mismo* gradualmente, a medida que el niño evoluciona, una parte del mundo privado total se reconoce como “yo”, “mí”, “mío” y ante esto plantea las siguientes preguntas: ¿Es necesaria la interacción social para que se desarrolle el *sí-mismo*? ¿Tendría un *sí-mismo* una supuesta persona criada sola en una isla desierta? ¿El *sí-mismo* es básicamente un producto del proceso de simbolización? ¿Es el hecho de que las experiencias pueden ser no sólo experimentadas directamente, sino también simbolizadas y manipuladas en el pensamiento, lo que posibilita la existencia del *sí-mismo*?

Angyal señala que no hay posibilidad de delimitar el organismo y el medio ambiente, igual que no hay límites claros entre la experiencia del



*sí-mismo* y del mundo externo. Si una experiencia es o no considerada parte del *sí-mismo*, dependerá del valor de si se percibe o no dentro del *sí-mismo*, es éste “gradiente de autonomía” el que le permite al menor ir adquiriendo su conciencia del *sí-mismo*, puesto que por primera vez es consciente de una sensación de control sobre algunos aspectos de su mundo de experiencias.<sup>13</sup>

Una de las esferas en que surge el mundo de la relación es la vida en sociedad. Ésta relación adopta la forma del lenguaje, es aquí donde se puede dar y aceptar un “Tú”, palabra primordial donde se dice al mismo tiempo el “Yo” formando el par verbal “Yo-Tú” y constituyendo de esta manera el *sí-mismo*, con esto se pueden contestar las preguntas de Rogers, ya que el individuo no puede formar un *sí-mismo* sin una interacción social, sin una participación de un “Yo-Tú”, donde un “Yo” forma parte de un “Tú” y un “Tú” forma parte de un “Yo” complementando así el par verbal “Yo-Tú” y desarrollando al mismo tiempo *el sí mismo*.<sup>14</sup>

Estas teorías de la personalidad y la conducta que describe Rogers son referencias a una teoría de la personalidad y los mecanismos subyacentes que establecen la conducta humana, además origina un acercamiento a la psicoterapia conocida como terapia centrada en la persona

---

<sup>13</sup> Rogers, Carl., PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, pp. 417-421

<sup>14</sup> Buber, YO Y TÚ. pp. 9-15





## 2. LA RELACIÓN DE AYUDA

Una relación de ayuda beneficiosa es un proceso de aprendizaje conjunto en el que participan la persona que recibe la ayuda y la que ayuda o los que ayudan, intentando promover el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor, logrando capacidades en el paciente para la autoayuda.<sup>15,16,17</sup>

Existen diferentes tipos de relaciones de ayuda, uno de ellos, es la ayuda profesional, donde entra la ayuda médico/paciente, la ayuda se establece conscientemente y se forma una conexión con el paciente para orientarle a manejarse con sus necesidades vitales y específicas, además de mostrarle diferentes maneras de enfrentarse a una misma situación, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar al mismo lugar, asimismo, ésta relación de ayuda posibilita relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana.

La relación de ayuda permitirá a los profesionales de la salud desarrollar no sólo los cuidados de la salud secundaria o terciaria, sino sobre todo trabajar en los cuidados de la salud primaria, es decir, prevenir.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Okun, Barbara F. AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, Ediciones Paidós Ibérica, 3ª edición, Barcelona, España 2001, p.45

<sup>16</sup> Rogers, Carl, EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA, Editorial Paidós Mexicana, México, 2006, p.46

<sup>17</sup> Bermejo, José Carlos, APUNTES DE RELACIÓN DE AYUDA, Sal Terrae, Centro de Humanización de la Salud, Madrid, 1998, p.10

<sup>18</sup> Cibanal, Juan, TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y RELACIÓN DE AYUDA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Editorial Elsevier España, 1ª edición, Madrid, 2003, pp.115-116

## 2.1. Desarrollo de las relaciones de ayuda

El desarrollo de la relación, según Bárbara Okun, empieza con el contacto inicial entre la persona que ayuda y la que recibe ayuda. El profesional establece un clima que permite explorar problemas y empezar a identificar preocupaciones subyacentes y manifiestas. Las relaciones de ayuda empiezan con la reunión de dos personas en la que se centra el foco de atención en las preocupaciones y asuntos de una de ellas y al igual que en cualquier tipo de relación satisfactoria tiene componentes que son comunes, como: la confianza, la empatía, la autenticidad, el cuidado, el respeto, la tolerancia, la aceptación, la sinceridad y el compromiso. Estos elementos no suelen presentarse desde el principio de la relación, pero irán progresando a lo largo del tiempo a medida que las personas se van conociendo, por el contrario, si estos componentes no se estimulan desaparecerán paulatinamente y la relación deja de existir, hay que nutrir la relación para que sea duradera. La persona que brinda ayuda y la que la recibe mantienen siempre una comunicación recíproca, su diferencia radica en que la persona que ayuda aporta ciertas habilidades y la persona que es objeto de la ayuda aporta preocupaciones.

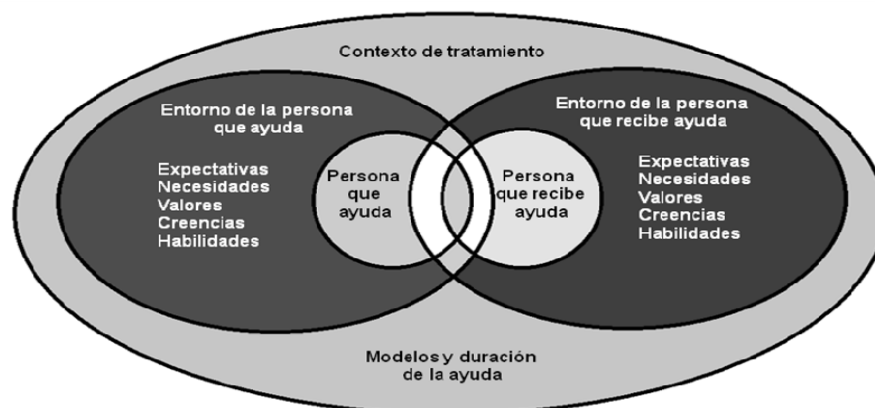


Fig. 1.- Modelo básico de las relaciones de ayuda.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Okun, AYUDAR DE FORMA EFECTIVA, pp. 48



Este esquema representa la relación de ayuda que existe entre médico y paciente, en cuanto ellos entran en la relación también se ponen en contacto una serie de actitudes, necesidades, valores, creencias y expectativas. Ambas personas están bajo la influencia de su género, etnia, clase social, edad, es decir, cada uno esta bajo el influjo de su propio mundo privado, pero la persona que ayuda, al poder establecer una conexión consciente, puede comunicar su sinceridad, empatía, ausencia de juicios de valor y tolerancia con el fin de reducir la posibilidad de resultados adversos o que sean de poca utilidad cuando existan diferencias en los valores, necesidades, actitudes, creencias o expectativas de ambas personas. Para que más adelante el paciente empiece a entender sus preocupaciones y las implicaciones que tienen para su vida. El éxito en el establecimiento de una relación de ayuda es fundamental para poder acordar unos objetivos y metas apropiados durante la relación que pueden o no prolongarse después de ella.<sup>20</sup>

## 2.2. Características de una relación de ayuda

Una relación de ayuda debe ser:

- Concreta y puntual.

La ayuda concreta y puntual es determinada por el profesional y por el paciente, en donde se analizan los hechos, problemas y actitudes, que ocurren durante la relación de ayuda. El paciente ayudado por el profesional establece los objetivos que pretende alcanzar y el profesional buscará la manera de conseguirlos. Toda relación de ayuda pretende potenciar la autonomía de la persona.

---

<sup>20</sup> Okun, Barbara F. AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, Ediciones Paidós Ibérica, 3ª edición, Barcelona, España 2001, pp.39-48



- Favorable al crecimiento personal.

La relación de ayuda debe favorecer no sólo el crecimiento personal, también debe beneficiar la autonomía del individuo. La ayuda puede tomar dos caminos: correctiva o reeducativa con el fin de que la persona sea más libre, procurándole los medios o las posibilidades que le permitan por sí mismo crecer, desarrollarse y poder superar crisis ocasionadas por angustia, ansiedades, miedos y problemas.

- Una ayuda eficaz:

La ayuda eficaz es una característica de la relación de ayuda que debe atender a los objetivos que se ha fijado la persona con la colaboración del profesional. Ésta eficacia compromete al profesional a comprobarla mediante un proceso continuo de evaluación.<sup>21</sup>

Por otro lado el profesional que ofrece ayuda debe contar con las siguientes características:

- Actitud hacia otras personas:

Las personas que ayudan con eficacia creen que las personas son capaces en lugar de incapaces, que las personas son valiosas en lugar de no valer nada o convertirse en un número, creen en personas de confianza, piensan bien de los demás, las personas que ayudan deben servir de ayuda y comportarse de una manera agradable en vez de poner dificultades y distanciarse

---

<sup>21</sup> Cibanal, Juan, TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y RELACIÓN DE AYUDA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Editorial Elsevier España, 1ª edición, Madrid, 2003, pp.121-122



- Autoimagen:

Las personas que ofrecen ayuda de manera eficaz, son personas que se deben encontrar a la altura de las circunstancias, se identifican con los demás, saben que son personas dignas de confianza y que son valiosas.

- Aproximación a la ayuda:

Las personas que ayudan con eficacia están más orientadas en las personas y es más probable que se aproximen a las personas de manera subjetiva o fenomenológica, es decir, poniéndose en el lugar y asumiendo el marco de referencia de la persona que recibe ayuda. <sup>(10)</sup>

### **2.3. Comunicación eficaz**

La función básica de la comunicación humana es la de desarrollar las relaciones intra e interpersonales, pero se ha reducido al simple intercambio de información, este sencillo intercambio va en deterioro del crecimiento personal, del crecimiento sano y del crecimiento satisfactorio de las relaciones. Por este motivo es necesario e indispensable que toda persona que ofrezca algún tipo de ayuda a otro ser humano, para poder tener una comunicación eficiente, debe poner en funcionamiento habilidades de comunicación que le permita escuchar tanto mensajes verbales, (mensajes con contenidos cognitivos y afectivos), como, mensajes no verbales, (con contenidos conductuales y afectivos), para así, poder responder de manera verbal y no verbal a ambos tipos de mensajes; este tipo de ayuda, para poder ser integradas a la práctica general, deben aplicarse con frecuencia. La mayoría de las personas da por aprendidas sus formas de comunicación, sin darse la oportunidad de centrar su atención en ellas y desarrollar la atención que tiene de ellas. Es

fácil hablar de habilidades de comunicación y entender su importancia para las relaciones eficaces de ayuda en la teoría; pero es mucho más difícil llevar esa comprensión a la práctica.<sup>22</sup>

Por lo antes mencionado, es necesario explicar qué es la comunicación, de qué manera se da la comunicación y las fuentes de problemas en la comunicación humana, para poder llevar a cabo una comunicación eficaz es indispensable conocer estos elementos, para reconocer fallas y desarrollar habilidades de comunicación.

El termino comunicar tiene sus raíces en el latín *comunicare* que significa participar en común, poner algo en relación.

El siguiente esquema de Shannon y Weaver representa un sistema de comunicación humana.

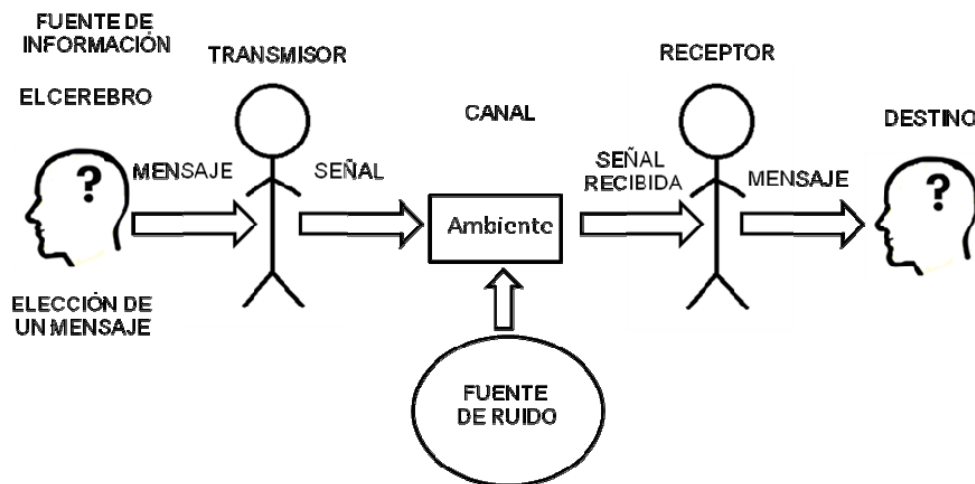


Fig.2.- Sistema de comunicación humana modelo de Shannon y Weaver.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Okun, AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA*, pp. 60,83

<sup>23</sup> Martínez Otero, Lilia. *AUTOCONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN HUMANA*, 1ª edición, Universidad Iberoamericana, biblioteca Francisco Xavier Clavigero, 2003, pp.101-104



Elementos del modelo de Shannon y Weaver que plantean de qué forma se establece la comunicación:

a. Fuente:

Componente de naturaleza humana o mecánica que determina el tipo de mensajes que se transmitirán y su grado de complejidad.

b. Transmisor:

Recurso técnico que transforma el mensaje originado por la fuente de información en señales apropiadas.

c. Canal:

Medio generalmente físico que transporta las señales en el espacio. Cumple una función simple de mediación y transporte.

d. Receptor:

Recibe la señal transmitida en el mensaje y la transforma en un mensaje que manda al destino.

e. Destino:

Componente terminal del proceso de comunicación, al cual está dirigido el mensaje. Es el elemento decisivo para pronunciarse sobre la fidelidad de la comunicación.



f. Ruido:

Es un perturbador, que interviene en diverso grado la señal durante su transmisión.

Dentro de las fuentes de problemas en la comunicación humana, se han encontrado los siguientes:

1. Técnicos:

Falta de exactitud en la transferencia de la información entre emisor y receptor.

2. Semánticos:

Interpretación del significado del mensaje recibido, comparado con el significado que se pretende enviar.

3. Efectividad o persuasión:

La efectividad ayudara a determinar el grado de éxito que se obtiene en el sentido en que el significado del mensaje enviado produzca un cambio en la conducta del receptor del mensaje y la persuasión auxiliara a identificar un cambio en el interlocutor.<sup>24</sup>

No basta con tener conocimientos básicos acerca de la comunicación, para llegar a una comunicación eficaz, es necesario desarrollar habilidades de comunicación: la escucha de los mensajes

---

<sup>24</sup> Martínez Otero, Lilia. AUTOCONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN HUMANA, pp.114-115.





verbales, la percepción de los mensajes no verbales y la respuesta a ambos tipos de mensajes.

Los mensajes verbales son el contenido cognitivo y afectivo manifiesto y subyacente de las intervenciones de la persona que recibe la ayuda. La comprensión del contenido implícito y explícito de este tipo de mensajes suele ser menos importante que la comprensión de las emociones que la persona comunica a través de ellos.

Los mensajes no verbales se transmiten a través del lenguaje corporal, tales como: contacto corporal, orientación corporal, postura corporal, gestos, expresión facial, contacto visual, distancia interpersonal y apariencia.

Las respuestas a ambos tipos de mensajes requieren de una reacción inmediata, genuina, concreta y empática. Los significados superficiales y subyacentes, así como sus relaciones e incoherencias, determinan cuales son las respuestas adecuadas.

Desarrollando habilidades de comunicación, las personas que proporcionan ayuda también desarrollan la conciencia que tienen de sí mismas. Al aprender a utilizar sus emociones intuitivas como guías para oír los mensajes de otras personas, mejoran sus habilidades de ayuda.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Okun, AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, pp. 40-45, 83-85



## 2.4. Habilidades de comunicación

### Percepción de mensajes no verbales

La comunicación no verbal constituye el fundamento sobre el que se construyen las relaciones personales. Algunos antropólogos opinan que más de dos tercios de la información que se transmite en cualquier intercambio comunicativo pertenecen al nivel no verbal. Para poder ofrecer una ayuda eficaz, se debe interpretar patrones de gestos, posturas, expresiones faciales, así como el aspecto personal y las características culturales. También es importante desarrollar la conciencia que se tiene de las manifestaciones no verbales y sus diversos significados.

El siguiente cuadro menciona los tipos de pistas no verbales y ejemplos de estas, a las que se atiende en una relación comunicativa. Las personas que ofrecen ayuda deben detectar la congruencia entre la conducta verbal y la conducta no verbal.<sup>26 (10)</sup>

RASGOS	EJEMPLOS
Posición corporal	Tensa, relajada, inclinada hacia o en dirección opuesta al interlocutor.
Ojos	Llorosos, abiertos, cerrados, que pestañean expresivamente, tics.
Contacto visual	Mantenido, evasivo, furtivo.
Movimiento corporal	Sacudir las rodillas, tamborilear con los dedos, movimientos con manos y piernas, jugar con

<sup>26</sup> Okun, AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, pp. 40-45



	algo, asentir con la cabeza, señalar con el dedo, utilizar los brazos y manos para expresar mensajes, tocar.
Postura corporal	Hombros encorvados, postura erguida, piernas cruzadas, rigidez o relajación.
Boca	Sonreír, morderse los labios, mojárselos, apretarlos, relajarlos.
Expresión facial	Animada, insulsa, distraída, con el ceño fruncido, arrugas, muecas,
Piel	Sonrojada, con sarpullidos, transpiración, palidez.
Apariencia general	Limpia, cuidada, descuidada, muy arreglada.
Voz	Rápida, lenta, entrecortada, aguda, susurros, tartamudeos.

Tabla 1.- Pistas no verbales en las relaciones comunicativas.<sup>27</sup>

Escucha activa:

- Escuchar el contenido:

El contenido de lo que una persona habla, comprende las palabras, los hechos, las ideas y la lógica con que ésta persona está comunicando. Aunque las palabras abarquen aproximadamente un 10% de lo que se comunica, son el núcleo del mensaje.

<sup>27</sup> Okun, AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, pp. 83-85



- Escuchar la intención:

Escuchar la intención del hablante es mucho más fácil si se le conoce. Cuanto mejor se conozca a la persona que habla, mejor será comprendida la intención. Cuando se escucha la intención, se está equilibrando el contenido del mensaje y sus componentes: la comunicación no verbal, la experiencia de la persona y cualquier tendencia o posición que el hablante pueda tener sobre el tema. Al escuchar la intención se puede utilizar la intuición, pero no se deben utilizar las emociones para interpretar la intención.

- Valorar la comunicación no verbal:

La comunicación verbal se encarga de las palabras que se dicen. Cómo se utilizan las palabras o el tono de voz que se utiliza son consideradas parte de la comunicación no verbal. Casi el 55% de la comunicación no verbal es el lenguaje corporal. El otro 35% es el tono de voz que se utiliza. Cuando se pone en práctica la escucha activa, no sólo se escucha lo que dice la persona de una forma verbal, se aprende a “escuchar” el lenguaje corporal del paciente, de tal forma la comunicación no verbal, será la encargada de cómo se dice algo en lugar de qué es lo que se dice.

- Controlar la propia comunicación no verbal y los filtros emocionales:

Al igual que la persona que está comunicando, el cirujano dentista comunica mientras está escuchando, su lenguaje corporal le dice al paciente como está escuchando el profesional, por ésta razón es necesario controlar la propia comunicación no verbal, al mismo tiempo se deben controlar los filtros emocionales. Los filtros son formas de responder a la información, ideas, palabras e incluso a la comunicación



no verbal. Cada persona filtra la información a través de sus tendencias, experiencias y expectativas y responde según éstas. Incluso aunque el profesional no sea capaz de eliminar completamente sus filtros emocionales, se pueden controlar mientras se practica la escucha activa.

- Escuchar al paciente comprensivamente y sin hacer juicios:

Todos los pasos anteriores de la escucha activa son inútiles si no se sigue éste último paso. Éste paso es la diferencia de los demás oyentes, la escucha comprensiva y sin juicios envía el mensaje a la persona que se está ayudando, de que el profesional se preocupa por él y por lo que está comunicando.<sup>28</sup>

#### Habilidades de respuesta verbal

Los 10 tipos de respuesta que a continuación se muestran, son considerados los 10 tipos de respuesta más utilizados, según Bárbara Okun:

- Dar una respuesta verbal mínima:

Las respuestas mínimas son los equivalentes del gesto de asentir con la cabeza de vez en cuando. Son claves verbales como “m-m”, “sí”, “ya veo,” “ajá”, éstas claves verbales indican que la persona que ayuda está escuchando a la persona que habla y que sigue lo que el otro le está diciendo.

---

<sup>28</sup> Dugger, Jim, Jesús García, ESCUCHA EFICAZ. LA CLAVE DE LA COMUNICACIÓN, Fundación Confemental, 1ª edición, Madrid, 2007, pp. 33-35



→ Parfrasear:

Una paráfrasis es una intervención verbal intercambiable con la del cliente y las palabras que utiliza pueden ser sinónimas o las mismas que utiliza el cliente.

→ Explorar:

Explorar significa intentar obtener más información sobre algún tema dejando abiertas todas las posibilidades. Éste tipo de respuesta verbal suele dar mejor resultado cuando son utilizadas frases como: “cuénteme más”, “hablemos de esto”, “me pregunto”, en vez de utilizar preguntas del tipo ¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?

→ Reflejar:

Reflejar es comunicar a la persona a quien se le esta brindando la ayuda lo que se ha logrado entender de sus preocupaciones y de su punto de vista. Es posible reflejar emociones manifiestas o subyacentes, tanto lo observado en las conductas no verbales como lo que se cree que se ha omitido o destacado. En programación neurolingüística el término se refiere a “espejear” al paciente, ésta acción consiste en reproducir algunos de sus movimientos de manera inversa, es decir, lo que haga el paciente del lado derecho el operador lo haga del lado izquierdo, repetir algunas expresiones, el realizar esto tiene como objetivo hacerle sentir al paciente que habla con alguien muy semejante a él.

→ Aclarar:

Cuando se quiere aclarar algo, se intenta centrarse en lo que se ha entendido de la naturaleza de algunas de las intervenciones del cliente. Algunos ejemplos de aclaraciones son: “no alcanzo a comprender un



poco lo que me explicas. ¿Es que...?” “tengo la impresión de que me estás diciendo que...”.

→ Comprobar:

Se realizan comprobaciones cuando no están seguros de haber captado correctamente la conducta verbal o no verbal del individuo o se tiene algún pensamiento de algo que se quiere confirmar. Ejemplos de esto son: “Tengo la sensación de...”, “¿Parece como si...?”, “Tengo el presentimiento de que esto te suena familiar...”, y el profesional le pide a la persona que confirme o corrija su percepción o interpretación, esto le permitirá entenderlo con más profundidad y claridad.

→ Interpretar:

El profesional realiza interpretaciones cuando añade algo a la intervención del paciente o intenta ayudarlo. Por ejemplo, “Parece que no está conforme con el trabajo que le realizaron con anterioridad”.

→ Confrontar:

Implica darle a la persona que recibe ayuda una retroalimentación sincera respecto a lo que está sucediendo en la realidad. Un modo eficaz de usar la confrontación es emitir mensajes en primera persona, de los que el profesional asuma toda la responsabilidad, compartiendo abiertamente las respuestas con el individuo.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> La fuente de este apartado señala la palabra confrontar, aún cuando esta palabra signifique poner frente con frente y pueda interpretarse como un choque frontal, la autora prefiere encarar como definición de poner la cara ante las propias declaraciones, aceptando la responsabilidad de juicios.



→ Informar:

Cuando se informa a la persona se comparte información objetiva que se atiene a los hechos. Es importante que el profesional diferencie entre darle información y aconsejarlo. Es importante saber que los consejos son subjetivos y rayan en decirle al cliente lo que tiene que hacer, limitando así la autonomía del cliente.

→ Resumir:

La persona que ayuda ha sintetizado todo lo que se le ha comunicado, en otras palabras, un resumen es una especie de aclaración. Resumir es beneficioso cuando la persona que ayuda y la que recibe ayuda, participan y están de acuerdo con el resumen.<sup>30</sup>

El contenido cognitivo dentro de la comunicación que se tenga con la persona a la que se le brinda la ayuda suele ser más fácil de entender, porque es lo que se dice. Pero el contenido afectivo difiere en ocasiones del contenido cognitivo y suele ser menos evidente. La diferencia entre escuchar sólo el contenido cognitivo y al mensaje afectivo subyacente es lo que distingue al oyente eficaz del ineficaz. La respuesta que se da a la intervención de la persona que se está ayudando dependerá de la capacidad para escuchar y entender lo que éste dice y descubrir los mensajes subyacentes que le transmite.

---

<sup>30</sup> Okun, Barbara F. AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, Ediciones Paidós Ibérica, 3ª edición, Barcelona, España 2001, pp.114-116





### **3. ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA EN ODONTOPEDIATRÍA**

El ejercicio de la odontopediatría es una tarea que no puede, ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas buco-dentarios. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional, donde la relación humana odontólogo-niño-padres es fundamental para el éxito del tratamiento dental frente a las diversas situaciones.

El éxito de la práctica odontológica en niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil.

Uno de los retos a enfrentar por el odontólogo ante la conducta infantil es la ansiedad de los niños, por ello es importante, conocer las características y las formas en que se puede presentar la ansiedad para que el operador no sólo pueda manejar la conducta del niño sino manejarse a sí mismo ante cualquier conducta que el niño manifieste.

#### **3.1. Ansiedad**

Al examinar a un niño en la consulta odontológica debe tenerse en cuenta si su comportamiento es colaborador o no, puesto que de ello depende muchas veces la oportunidad de ofrecerle un tratamiento satisfactorio. Y uno de los principales factores que interrumpen la colaboración del paciente es su ansiedad. En estos términos, para una mejor comprensión de un constructo multidimensional como la ansiedad es necesario conocer los siguientes conceptos, el estado y el rasgo de ansiedad.



La ansiedad es una emoción de los seres humanos que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para poner al organismo en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarse hacia la acción. Para sortear dichas amenazas, la ansiedad vista desde este punto es considerada sana y positiva que ayuda en la vida cotidiana.

Sin embargo, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y muchas personas la viven como una emoción negativa y desagradable. La ansiedad patológica se puede manifestar como angustia, miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento, estas manifestaciones de angustia son comunes en el consultorio dental, ya que el niño se siente amenazado. Esta ansiedad patológica es resultado de los diferentes problemas a los que se enfrenta la persona o el niño en su vida diaria y sobre todo de la forma en que interioriza, percibe y piensa de sus problemas. Esta ansiedad patológica se puede presentar en cualquier etapa de la vida, cuando ocurre en niños es llamada ansiedad infantil.

Es frecuente que el trastorno de ansiedad infantil se presente en niños cuyas madres también presentan trastornos por ansiedad excesiva. Por esta razón es necesario no sólo tratar o ayudar al niño con su ansiedad, sino controlar la ansiedad de la madre, de otra forma, los intentos de manejo de conducta del niño son desbaratados por las conductas de ansiedad de las personas que constituyen su ambiente.

Es vital que los padres no “cultiven” la ansiedad del niño, por lo que se deberá aleccionarlos para evitar los “beneficios secundarios” que el niño pueda obtener por su ansiedad como pueden ser la atención excesiva, sobreprotección, exención de responsabilidades, compañía cuando no lo necesita y premios que no son requeridos.



Las manifestaciones conductuales por las que cursa la ansiedad infantil son las siguientes:

- a) **Ámbito Biológico** se referirá a las manifestaciones somáticas tales como:
- Tensión motora, caracterizada por temblor, dolor muscular, inquietud motora y fatiga.
  - Hiperactividad vegetativa donde presentará: disnea, taquicardia, disfagia caracterizada por sentir un nudo en la garganta, sensación de inestabilidad, sudoración y náuseas.
  - Onicofagia.
  - Enuresis.
  - Dolores de estómago sin justificación orgánica.
  - Migrañas.
- b) **Ámbito psicológico** se referirá actitudes como:
- Hiper vigilancia, es decir exageración de las respuestas de alerta o de alarma, sensación de que algo va a ocurrir, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, irritabilidad e hiperactividad.
  - Problemas conductuales.
  - Agresividad.
  - Rebeldía, desobediencia.
  - Enojo constante.

Otro factor determinante en el comportamiento del niño está relacionado con la ansiedad que le genera la separación de la madre. En esto influyen las características psicológicas propias de la edad y la ansiedad materna a la hora de la consulta, es apropiado que los niños en edades tempranas no sean separados de su mamá para el tratamiento estomatológico, teniendo en cuenta que la presencia de la madre será beneficiosa si ésta es propiamente instruida y motivada.



Así que en el Ámbito biológico, aparecerán: llantos exagerados, de desesperación. Invención de malestares que no existen, para evitar la separación de la persona de apego. Berrinches, pataletas, en muchos casos para evitar la separación.

En el Ámbito psicológico, existirá preocupación exagerada y persistente por los posibles daños que puedan sufrir las personas allegadas al niño o temor de que no regresen si se van, temor a que una catástrofe provoque la separación, quejas somáticas cuando el niño prevé una separación, quejas exageradas y negación a recibir el tratamiento odontológico, todo esto con el fin de permanecer más tiempo con la o las personas a las que esta vinculado.<sup>31 (16)</sup>

### **3.2. Periodo Centrado en el paciente**

Carl Rogers para la aplicación de la terapia centrada en la persona divide su técnica en varias etapas a las que llama periodos, el periodo centrado en el paciente, el periodo del vínculo, el periodo no directivo y el periodo de terapia, de los cuales los dos primeros son los que pueden brindar, al aplicarse en la clínica odontopediátrica, una gran ayuda para el manejo de la conducta del niño.

Rogers afirma que el individuo es una persona con impulso al crecimiento y a la autorrealización, que es detenido u obstaculizado por circunstancias ambientales que distorsionan su percepción y sus sentimientos. Por lo tanto, la tarea del cirujano dentista será en forma primordial la liberación de esos impulsos hacia el crecimiento y la adaptación.

---

<sup>31</sup>Buj Pareda, María José, PSICOPATOLOGÍA INFANTIL, Editorial Horsori, 1ª edición, Barcelona, 2007, pp.15-19



Es importante mencionar que el niño aprende durante todo el día por medio del juego, de sus experiencias cotidianas y de su contacto con la naturaleza; en otras palabras, el niño aprende mediante todo aquello que experimenta a cada segundo, porque naturalmente está abierto a la experiencia que desde su nacimiento le permite adaptarse a un mundo nuevo para él. El operador ante esta condición de aprendizaje del niño tiene una enorme oportunidad para aprovechar esta tendencia natural a crecer, a aprender y a desarrollarse, al crear ambientes y estructuras flexibles que permitan encauzar y promover el desarrollo de todo el potencial humano innato del niño.

El enfoque centrado en la persona, en sus intereses, en sus necesidades e inquietudes, promueve que el niño se convierta en un participante activo de su aprendizaje y desarrollo. El comportamiento del niño en el consultorio dental está fuertemente relacionado con la forma en que el odontólogo se comunica con él.

El comportamiento del niño en el consultorio en relación con el miedo, puede ser reflejo de cómo es tratado en casa, independientemente del miedo objetivo a la estomatología. Por ejemplo, si el niño vive en el seno de una familia miedosa, estos niños son generalmente asustadizos y miedosos en condiciones normales para otros, de modo que es oportuno saberlo en la entrevista para no cometer errores al atenderlos. No será necesario preguntarlo de manera directa bastará con observar detenidamente el lenguaje no verbal de los padres, el cual generalmente mostrará inseguridad, que refleja la manera en que se formó su “sí mismo” esto es en ambiente de inseguridad y temores. Recordando que esa interpretación se dará desde el propio marco de referencia en donde si el



operador se formó en un ambiente de inseguridad, lo más posible es que identifique los signos de la misma en su propia persona.

A medida que aumente la edad el comportamiento y la ansiedad a la separación de la madre deberá ir cediendo, ya que por el crecimiento los niños de edad preescolar tendrán una comprensión más precisa y compleja de las causas, consecuencias y señales conductuales de emoción.

La manera de comportarse del niño en el consultorio, así como la manera de relacionarse con el profesional es la muestra de su forma de relacionarse con el mundo para mejorar esta manera se recomienda crear un ambiente controlado y seguro, utilizar procedimientos dentales no invasivos y exponer al niño a una experiencia dental positiva antes de ser sometido al tratamiento. Hoy en día, las técnicas odontológicas permiten efectuar tratamientos con mínimas molestias para el paciente, pero no cabe duda de que el actuar del odontólogo no siempre resulta agradable, y en muchas personas, tanto niños como adultos, genera a menudo una reacción de temor.

El pequeño necesita un ambiente cálido y seguro, en el cual los cambios, las tensiones y presiones ambientales sean suaves y paulatinas. El cirujano dentista deberá evitar en la medida de lo posible que el niño se exponga a situaciones agresivas, o que lo sobre estimulen o exciten demasiado, como por ejemplo cuando observa y escucha a otros pacientes llorar o cuando se utilizan amenazas y su miedo para “educarlo”. Evitar lo anterior ayudará al operador a que el niño tenga un desarrollo natural de su mundo emocional.

El cirujano dentista necesitará ayudarle al niño a que ajuste sus emociones tanto a experiencias nuevas como a tratamientos nuevos que se le presentan; debe enseñarle a controlar sus emociones, no a reprimirlas sino a expresarlas de forma que sea constructivo para él, es decir, el niño debe aprender a aceptar la expresión de sus sentimientos,



positivos y negativos, el operador mantendrá y promoverá en el niño su capacidad de emocionarse en lugar de ejercer sobre él un control que inhiba y reprima, esto favorecerá en el niño el desarrollo de la sensibilidad, de la confianza y de la seguridad en sí mismo, disminuyendo la ansiedad durante las futuras consultas.

Las principales emociones en el niño pequeño son: el miedo, la timidez, la cólera y la emoción tierna. Estas emociones surgen de sus necesidades básicas de seguridad, protección, afecto y dominio de su ambiente.

La inseguridad y la falta de conocimientos, así como de protección, engendran miedo en el niño; miedo que se alimenta cuando existe rechazo o se educa con base en amenazas y represiones. El niño no teme a las personas o a las cosas, sino así mismo frente a las personas u objetos; es decir, no confía en sí mismo para enfrentarse a ellos y si recibe rechazo, desinterés, desatención y amenazas, el sentimiento de inseguridad que aparece en él incrementa el miedo. Cuando este aparece, el niño necesita atención, apoyo, aceptación y afecto. El cirujano dentista puede convertirse en un aliado del niño para superar su miedo, o ser su más poderoso enemigo y causante del miedo, la inseguridad y la desconfianza.

Si no se satisface la necesidad de protección que tiene el pequeño, se produce la timidez. El niño es muy confiado en su relación con las cosas y personas que le rodean en su proceso de adaptación al medio, pero ante las decepciones y el rechazo se repliega, se encierra en sí mismo y evita los contactos con el exterior. Ante la timidez el cirujano dentista más que actuar directamente sobre el niño, como en el caso del miedo, debe analizar sus actitudes hacia el niño. Cuando se es acogedor y aceptante con el niño tímido, pronto éste se acerca y recupera poco a poco la confianza en sí mismo y la seguridad. El dominio y el poder que el niño necesita ejercer sobre su ambiente, no son más que la expresión o



manifestaciones del sí mismo. Los elementos con los que el niño cuenta para ejercer este dominio lo llevan muchas veces a tener actitudes de ataque, explosiones de energía como los berrinches o una voluntad de poder que se subleva ante la resistencia que encuentra. Ante estas descargas de energía infantil es necesario que el cirujano dentista permanezca tranquilo y actúe con firmeza, pero a la vez con cariño, para ayudar al niño a comprender que se acepta y se comprende su cólera y la frustración que surge de su sentimiento de debilidad ante la consulta odontológica, pero se debe hacer saber al niño que no se aprueba la forma en la que expresa ese sentimiento de debilidad, pero es importante no reprimir el sentimiento, sólo es controlar el berrinche, la pataleta o la rabieta del niño, para esto es necesario contar en el consultorio dental con instrumentos o materiales que ofrecer al niño para que aprenda a sacar su enojo sin destruir, ni destruirse. Por ejemplo usar pelotas flexibles que pueda comprimir, tiras de plastilina que pueda amasar, encaminando su frustración y enojo.

La emoción tierna en el niño surge espontáneamente cuando no está en ambientes de rechazo, cuando no encuentra resistencia por parte de sus mayores, sino aceptación y afecto, esta ternura infantil es primitiva; es decir, el niño manifiesta libremente sus afectos sintiendo felicidad, seguridad y bienestar.

Cada niño, como persona única, tiene su propia emotividad, reacciona distinto ante los acontecimientos y situaciones que lo rodean. Por tanto, es importante que el cirujano dentista conozca al niño para distinguir de entre todas las gamas de matices individuales la propia personalidad del niño y con base en ello establecer una relación en él.

Cuando el operador puede conocer y distinguir lo que el niño ama y odia, lo que espera y lo que teme, lo que desea y lo que lamenta, en otras palabras, cuando capta sus sentimientos, estará próximo a promover el desarrollo integral del niño.





El niño preescolar muchas veces no puede expresar exactamente lo que siente, pero el cirujano dentista que lo observa puede distinguir por medio del lenguaje no verbal del niño, que sentimientos está viviendo para así poder ayudar al niño a expresarlos. Para esto, el cirujano dentista puede auxiliarse de las emociones básicas y sus características descritas por Paul Ekman:

- Alegría: elevación de las mejillas, la curva de los labios se desplaza hacia arriba y hacia atrás, existen arrugas en la piel debajo del párpado inferior, se puede o no enseñar los dientes (sobre todo los superiores), mayor apertura ocular, la cabeza se echa hacia atrás.
- Sorpresa: elevación de las cejas dispuestas en posición circular, estiramiento de la piel debajo de las cejas, párpados abiertos, descenso de la mandíbula, la cabeza y el cuerpo se dirigen hacia atrás.
- Miedo: elevación y contracción de las cejas, párpado superior e inferior elevado, ojos muy abiertos y saltados con las pupilas dilatadas, labios en tensión y con la comisura retraída y una posibilidad de boca abierta.
- Tristeza: ángulos inferiores de los ojos hacia abajo con los párpados caídos, cejas oblicuas, descenso de la comisura de los labios, las mejillas y la mandíbula caen por su propio peso y la cabeza se inclina hacia abajo.
- Ira: cejas bajas, contraídas y en disposición oblicua, párpado inferior tenso, la comisura de los labios tensa y hacia adelante, boca abierta mostrando los dientes apretados, mirada prominente y fija, la cabeza se proyecta hacia enfrente.



- Asco: arrugas en la nariz, elevación asimétrica de la comisura del labio, descenso del labio inferior, la cabeza va hacia atrás como en retirada.<sup>32</sup>

Para que el niño ayude ante la visita al odontólogo este debe actuar con prudencia y realismo. Por ejemplo, no debe evitarse el miedo con frases tan poco realistas como “no sentirás absolutamente nada” o “ni te tocará” o “no te va ha hacer nada”; bastaría entonces una sola mala experiencia para que el niño ya no confíe más en los consejos tranquilizadores. Es preferible decirle que el especialista siempre se preocupa de no hacer daño. Pero también es conveniente pactar gestos de advertencia para que el niño pueda saber que se tendrán en cuenta sus molestias, y explicar que la pequeña incomodidad que sufre ahora evitará que más adelante el tratamiento sea más complejo y molesto.

Igualmente hay que tener en cuenta el tiempo de trabajo, ya que los lapsos en que el niño presta atención o se mantiene quieto van a ser diferentes según la edad y experiencia del niño. Por ello es preferible planificar de antemano períodos de intervención lo más corto posible que serán tan largos como los tratamientos lo requieran, lo importante es la planificación de los tratamientos.

No hay que olvidar el tema del lenguaje tanto verbal y no verbal. Se precisa utilizar un lenguaje que logre integrar al niño a la situación. El niño puede tener problemas a la hora de describir las sensaciones interoceptivas, lo que puede dar lugar a confusiones (dolor-hormigueo en anestesia troncular) o errores terapéuticos (insuficiente anestésico). Debemos proporcionar al niño un vocabulario, notas como: un “hormigueo”, “parece que está dormido”, palabras que ayuden al cirujano dentista a designar el tipo de sensaciones nuevas que está experimentando por primera vez.

---

<sup>32</sup> <http://ocw.upm.es/didactica-de-la-expresion-corporal/contenido/tema6.pdf>



Escuchar al niño, haciéndole sentir que es importante; respetar su propio ritmo sin querer hacerlo correr cuando sólo puede caminar en este terreno de la comunicación; compartir algunos sentimientos con el niño y acompañarlo en éste proceso de crecer, son las funciones básicas tanto del cirujano dentista como de sus educadores en general de promover el desarrollo integral que propone el enfoque centrado en la persona.<sup>33</sup>

### **3.3. Periodo de Vínculo: relación Odontólogo–Paciente–Padres**

La relación entre el profesional y el niño puede considerarse como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento. En los niños hasta los 7 u 8 años de edad, esta relación es mediada por los padres, haciendo de esta interacción un formato triangular, principalmente cuando el paciente es incapaz de la verbalización y mantiene dependencia estrecha con la madre. Los niños hasta los 3 ó 4 años experimentan más miedo debido a factores tales como inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre y ansiedad delante de extraños que hacen parte del repertorio de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño, sin embargo, el miedo odontológico como cualquier otro miedo infantil es probablemente determinado por factores de situaciones inespecíficas que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez. Así, tanto el grado de madurez del niño como los trazos básicos de su personalidad y el estado de ansiedad dependen de esas características, y contribuyen a determinar el tipo de comportamiento (cooperativo o no) dentro del consultorio.

---

<sup>33</sup> González Garza, Ana María, EL NIÑO Y SU MUNDO, Editorial Trillas, 2ª edición, México, 2007.



Así mismo, la actitud de los padres en el momento de la consulta y el manejo de la ansiedad por la separación de su hijo es crucial. De los padres, es la madre el punto de referencia del niño y ella puede transmitir su ansiedad, circunstancia que se puede observar con el comportamiento del niño y de la mamá.

La experiencia transmitida por los padres interfiere e influye en el comportamiento infantil en la consulta estomatológica. Las características de los padres y las prácticas de educación están relacionadas con la respuesta del niño ante el estrés en el consultorio dental. La tolerancia al estrés y la habilidad de enfrentar situaciones determinadas pueden facilitarse cuando el ambiente familiar es estructurado, cuando las madres son seguras y determinadas en sus respuestas y cuando los padres establecen límites en los niños. Los niños con miedo o un grado de ansiedad importante, generalmente son hijos de madres muy ansiosas, sobreprotectoras y con miedo al tratamiento odontológico.

Y por supuesto, lo más importante es no condicionar su miedo con relatos de experiencias propias desagradables, ni amenazarlo nunca con ir al odontólogo. Es importante y de vital ayuda ésta relación triangular ya que si alguna de las partes no está cooperando éste vínculo se pierde y la consulta odontológica se vuelve complicada, por lo que es necesario establecer cuál es el papel y la función de cada elemento de éste triángulo.

### **3.4. Las tres actitudes del cirujano dentista**

El cirujano dentista dentro de todas las herramientas que lo ayuden a apoyar al niño en la consulta odontológica, debe de contar con tres actitudes básicas:



## 1. Autenticidad.<sup>34</sup>

Ésta actitud implica que el cirujano dentista debe estar abierto a la propia experiencia, de manera que el margen de resistencia a la relación con el paciente, sea lo más escaso posible, es la aptitud de reconocer toda experiencia personal, sin bloqueos ni distorsiones negadoras, es quitarse la máscara y las simulaciones, es expresar verdaderamente lo que se piensa y se siente. Esta autenticidad es introyectada e imitada por el paciente, lo que favorece una conducta congruente. La autenticidad es una forma de ayudar que no puede ser falsa. El operador debe ser espontáneo y abierto a la experiencia. No se puede esconder tras su papel como cirujano dentista, debe ser humano con el ser humano que esta frente a él.

La autenticidad ayuda al cirujano dentista a facilitar la capacidad de relacionarse con sus pacientes y a su vez forma parte de su estilo de vida. El cirujano dentista con ésta actitud tiene las siguientes características:

- Es asertivo en el proceso de ayuda sin ser agresivo.
- Es libre pero no impulsivo.
- Si pesa lo que dice, no lo hace fuera del interés del paciente.
- No está buscando constantemente reglas para guiarse en su relación con el paciente.
- Tiene una percepción de sus áreas de fuerza y sus áreas de déficit.
- Está a gusto consigo mismo, lo suficiente para permitir críticas.
- No piensa o siente una cosa y hace otra.

---

<sup>34</sup> Este concepto es manejado por Rogers y Egan como sinónimo de congruencia, que si bien la autenticidad requiere de congruencia y asertividad para manifestarse no necesariamente sus fracciones son sinónimas.



## 2. Empatía.

La empatía es una capacidad cognoscitiva y emocional de ubicarse en situación del otro, en su mundo subjetivo y percibir lo más cercano posible la realidad y las cosas como las percibe el otro.

La empatía conlleva el comunicar el entendimiento básico inicial de lo que el paciente está sintiendo, el cirujano dentista solamente trata de dejar que el paciente sepa que él entiende lo que el paciente ha expresado explícitamente acerca de sí mismo. El operador en sus propias palabras y en su propia manera, comunica al paciente este entendimiento. No es sólo una paráfrasis o repetición. El profesional trata de comunicar entendimiento más que sólo regurgitar lo que el paciente ha dicho.

La empatía ayuda a establecer la armonía con el paciente, alimenta la confianza y la apertura para una mejor comunicación. El profesional con ésta actitud siempre busca el punto central de lo que esta siendo expresado por el paciente y se convierte en un experto en indagar este punto y comunicárselo al paciente.

Es significativo saber que la empatía además de palabras, puede ser expresada por el tono de voz y diferentes maneras para expresarlo, es decir, si un paciente habla animadamente, la respuesta del operador deberá corresponder a ésta actitud, su lenguaje esta a tono con el lenguaje del paciente.

Para poder ser empático se necesita lo siguiente:

- Prestar atención cuidadosamente a los mensajes transmitidos.
- Escuchar especialmente los mensajes centrales.



- Responder de forma breve a los mensajes.
- Observar las claves que confirmen o nieguen la exactitud de los mensajes transmitidos.

### 3. Consideración positiva incondicional.

La consideración positiva incondicional es el respeto, el aprecio, la simpatía, la aceptación, y la calidez que se le pueda brindar al paciente. Es la aceptación de la persona y no el acto particular, el paciente es tratado como digno de respeto. Esto favorece la auto aceptación del paciente y el crecimiento de su autoestima.

La consideración positiva incondicional es la presencia de una persona ante otra, la persona cirujano dentista ante la persona paciente, esto genera una resonancia límbica<sup>35</sup>, que permite al paciente la propia aceptación y una mejora en su autoestima. Ésta consideración positiva incondicional en relación con el cirujano dentista es necesaria, puesto que esta presencia incondicional fortalecerá tanto la relación como las capacidades propias del paciente, creando en él un empoderamiento para convertirse en un agente de su propia vida. La influencia del cirujano dentista en la personalidad de los niños puede ser muy grande, que es recomendable emplearla para motivar y lograr una mejor educación para la salud.<sup>36,37</sup>

<sup>35</sup> Donde lo límbico es un sistema de estructuras cerebrales que generan respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales.

<sup>36</sup> Mainou y Abad, Víctor., EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA, s/e, 1ª reimpresión, México, 2006. Pp. 73-74

<sup>37</sup> Egan, Gerard, EL ORIENTADOR EXPERTO: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Grupo editorial Iberoamérica, U.S.A, 1975. Pp. 33, 72-89



## CONCLUSIONES

Revisar teorías y formas terapéuticas como la de Carl Rogers permite tener un conocimiento sobre la teoría de la personalidad que ayuda al cirujano dentista a comprender que cada paciente es una persona completamente diferente a otra, por lo tanto, el trato hacia el paciente debe ser deferente, de acuerdo con cada uno de ellos, ayudando a tener un acercamiento al paciente con un efecto en la mejora de la conducta del paciente.

La atención del paciente en el consultorio no se debe limitar al tratamiento de los órganos dentales, sino que es necesario ofrecer una relación de ayuda eficaz, conocer sus expectativas, necesidades, valores, creencias y habilidades, para dentro de este contexto del tratamiento se cree un modelo de ayuda duradero.

Entablar una comunicación eficaz entre odontólogo-paciente es fundamental, por lo que el cirujano dentista debe contar con habilidades de comunicación que le ayuden a identificar tanto mensajes verbales como mensajes no verbales, para captar con mayor claridad lo que busca el paciente durante la consulta odontológica.

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir el estado ansioso del niño, para conseguirlo es fundamental una relación interpersonal auténtica y coherente.

El triángulo niño-padres-Odontólogo, es responsable del cuidado de la salud oral del niño, por lo que el cirujano dentista debe participar y hacer partícipes al niño y a los padres durante y después de todo el tratamiento.

El enfoque centrado en la persona promueve el desarrollo y el crecimiento del niño, la aplicación de éste enfoque en la consulta odontológica, no sólo ayudaría al mejor manejo del paciente, sino a formar un niño más seguro, aceptado, querido y a aumentar su propia





autoestima, para que el niño al crecer aprenda a ser dueño de su propio cuerpo y pueda cuidarlo de una forma integral incluyendo la prevención de enfermedades bucales.

No basta con saber y conocer técnicas de manejo de conducta del niño, el cirujano dentista debe ser capaz de saber manejar su propia conducta conociendo y aplicando tres actitudes: autenticidad, empatía y consideración positiva incondicional, que ayudarán al desarrollo y mejora de la práctica odontológica.



## BIBLIOGRAFÍA

- Bermejo, José Carlos, APUNTES DE RELACIÓN DE AYUDA, Sal Terrae, Centro de Humanización de la Salud, Madrid, 1998.
- Bradberry, Travis, EL CÓDIGO DE LA PERSONALIDAD, Editorial Granica, 1ª edición, Barcelona, 2009.
- Buber Martin, YO Y TÚ. Ediciones Nueva Visión, 1ª edición, Buenos Aires, 2002.
- Buj Pareda, María José, PSICOPATOLOGÍA INFANTIL, Editorial Horsori, 1ª edición, Barcelona, 2007.
- Burrow, Trigant, THE NEUROSIS OF MAN, Editorial Founded by C.K. Ogden, 1ª edición, Nueva York, 1949.
- Cibanal, Juan, TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y RELACIÓN DE AYUDA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Editorial Elsevier España, 1ª edición, Madrid, 2003.
- Delval, Juan, EL DESARROLLO HUMANO, Alianza Editorial, 6ª edición, Buenos Aires, 1998.
- Domjan, Michael, PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE Y CONDUCTA, Editorial Paraninfo, 5ª edición, España, 2009.
- Dugger, Jim, Jesús García, ESCUCHA EFICAZ. LA CLAVE DE LA COMUNICACIÓN, Fundación Confemental, 1ª edición, Madrid, 2007
- Egan, Gerard, EL ORIENTADOR EXPERTO: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Grupo editorial Iberoamérica, U.S.A, 1975
- González Garza, Ana María, EL NIÑO Y SU MUNDO, Editorial Trillas, 2ª edición, México, 2007.
- Hunt McViker, Joseph., PERSONALITY AND THE BEHAVIOR DISORDERS, a handbook based on experimental and clinical research, Volumen 2. Editorial Ronal Press, Nueva York, 1944. Cap. XX
- Mainou y Abad, Víctor., EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA, s/e, 1ª reimpresión, México, 2006.



Martínez Otero, Lilia. AUTOCONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN HUMANA, 1ª edición, Universidad Iberoamericana, biblioteca Francisco Xavier Clavigero, 2003.

Okun, Barbara F. AYUDAR DE FORMA EFECTIVA *COUNSELING* TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA, Ediciones Paidós Ibérica, 3ª edición, Barcelona, España 2001.

Rogers, Carl, EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA, Editorial Paidós Mexicana, México, 2006.

Rogers, Carl., PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, Editorial Paidós, 1ª edición, España, 2008.

Schultz, Duane P.; Sidney E. Shulz TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD, Editorial Thomson, 7ª edición, Florida, 2002.