



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN



**PROGRAMA DE ORIENTACION DESTINADO A LA  
SENSIBILIZACION DEL PERSONAL MEDICO-ASISTENCIAL  
QUE LABORA EN EL HOSPITAL DR MIGUEL MALPICA,  
GUACARA-EDO CARABOBO**

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciado en Educación

**Autores:** Alexandra Nieves

Lusana Moreno

Valencia, Junio de 2.014



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN



**PROGRAMA DE ORIENTACION DESTINADO A LA SENSIBILIZACION  
DEL PERSONAL MEDICO-ASISTENCIAL QUE LABORA EN EL  
HOSPITAL DR MIGUEL MALPICA, GUACARA-EDO CARABOBO**  
Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciado en Educación

**Tutores:** Jonathan Fernández

Néstor Avilán

**Autores:** Alexandra Nieves

Lusana Moreno

Valencia, Junio de 2.014



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN



**PROGRAMA DE ORIENTACION DESTINADO A LA SENSIBILIZACION  
DEL PERSONAL MEDICO-ASISTENCIAL QUE LABORA EN EL  
HOSPITAL DR MIGUEL MALPICA, GUACARA-EDO CARABOBO**

**APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de Tutor del Trabajo de Grado, presentado por las ciudadanas Alexandra Nieves y Lusana Moreno, para optar al grado de Licenciadas en Educación, Mención Orientación, considero que dicho Trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidas a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Valencia, a los 10 días del mes de Julio de 2.014

---

Néstor Avián

C.I.:



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN



**PROGRAMA DE ORIENTACION DESTINADO A LA SENSIBILIZACION  
DEL PERSONAL MEDICO-ASISTENCIAL QUE LABORA EN EL  
HOSPITAL DR MIGUEL MALPICA, GUACARA-EDO CARABOBO**

Por: Alexandra Nieves

Lusana Moreno

Trabajo de Grado de Licenciatura aprobado, en nombre de la Universidad De Carabobo, por el siguiente Jurado, en la ciudad de Valencia a los 10 días del mes de Julio de 2.014.

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

C.I.

C.I.

Prof. \_\_\_\_\_

C.I.

## ÍNDICE GENERAL

	pp.
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	ix
RESUMEN.....	xi
LISTA DE GRAFICOS.....	xii
LISTA DE CUADROS.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
CAPITULO	
I EL PROBLEMA.....	1
Planteamiento del Problema.....	1
Objetivos de la Investigación.....	5
Justificación.....	5
II MARCO TEORICO.....	7
Basamento Teórico Referencial.....	7
Antecedentes de la Investigación.....	28
Bases Legales.....	31
Referentes Conceptuales.....	35
Cuadro de operanizacion de variables.....	40

III	MARCO METODOLÓGICO.....	41
	Naturaleza de la Investigación.....	41
	Nivel de la investigación.....	42
	Diseño de la Investigación.....	42
	Estudio de campo.....	43
	Población y Muestra.....	44
	Validez del Instrumento.....	45
	Confiabilidad del Instrumento.....	46
IV	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	47
V	PROGRAMA.....	63
VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
	Conclusiones.....	74
	Recomendaciones.....	75
	ANEXOS.....	76

## **DEDICATORIA**

Ante todo a Dios por permitirme llegar hasta acá y vivir esta experiencia inolvidable y ser el principal motivador de mi vida.

A mi abuelito que desde el cielo es un gran ángel que nos protege, gracias por tu amor, ejemplo y vida fuiste un rayo de alegría y tu recuerdo siempre me anima, mi viejo esto es para ti.

A mi madre quien con fuerza, y perseverancia logro que sus hijas llegaran tan lejos como quisimos, por apoyarme y respetar cada una de las decisiones que tomado aunque no este acuerdo, a ti Mama mil gracias y que Dios te bendiga.

A mi hermana, cómplice eterna de mis pasos, apoyo incondicional y principal motivo de constancia pues tu hermanita me llenas de valor ante las adversidades.

A mi familia que con su amor y apoyo me han inculcado los más bellos valores y el mejor de los ejemplo

A mi bebe que aún no ha nacido pero espero con ansias, esperando hijo que te sientas orgulloso de tu madre como yo ya lo estoy por ya tenerte dentro de mí.

A aquellos amigos que me apoyaron y ya no están y a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron esto posible

Con amor esto es para ustedes

Alexandra Nieves

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso, por guiar e iluminar mi largo camino, darme fortaleza, constancia y voluntad para llegar a la cumbre de mis sueños.

A mi esposo que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mi madre por ser una bendición para mí, quien con su amor, paciencia y apoyo incondicional me alienta en mis días tristes y se alegra con mis éxitos.

A mis hijos, por ser la luz que guían mis pasos, iluminado mi vida y haciendo mi camino más claro, los que me dan la fuerza para superarme y seguir adelante en la vida, a ustedes hijos para quien ningún sacrificio es suficiente.

A mi hermana, que a pesar de la distancia me acompaña y brinda su apoyo cuando lo necesito.

A toda mi familia, mis seres queridos y a las personas que de alguna u otra forma estuvieron ahí apoyándome, les dedico con todo mi amor y orgullo este gran logro.

A todos ustedes Muchas Gracias...

Lusana Moreno

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad de Carabobo mi alma master por darme la oportunidad de educarme dentro de sus aulas.

A todos mis profesores que tuvieron la humildad de compartir sus conocimientos, y que con vocación y paciencia enseñaron desde el ejemplo esta loable profesión que hoy me enorgullece pertenecer al gremio docente.

A mi madre y hermana por siempre estar presentes.

A mi comadre, hermana y compañera tesista gracias por la paciencia, el cariño, y el apoyo incondicional, gracias por dejarme entrar a tu familia y ser un miembro más, tu amistad para mí es un gran tesoro, mi hermana de la vida.

A todos muchas gracias.

Alexandra Nieves

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad de Carabobo por contribuir al mejoramiento de la calidad en la Educación Venezolana.

A nuestro tutor y amigo Lcdo. Néstor Avilán, mi más sincero agradecimiento ya que de una u otra manera me ha ayudado, motivado y apoyado para iniciar y concluir mis estudios.

A mis profesores, en especial al Lcdo. Jonathan Fernández, por sus valiosos aportes durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado un granito de arena a mi formación.

A mi tía Carmen, Fidencio y Gineth, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional, quiero expresar mi más grande agradecimiento, a ustedes que sin sus oraciones hubiese sido más duro culminar mi profesión.

A los viejitos, Isidro y Nelly Maldonado, por el cariño y apoyo que siempre me dieron, por quererme y cuidarme como una hija.

A mis compadres Gregorio y Yaritza que con su amistad, su gran ayuda con mis hijos y sus oraciones hicieron parte en la culminación de mi carrera.

A mi amiga comadre y compañera de tesis Alexandra con quien he compartido momentos difíciles y logros en todo este tiempo de amistad, gracias por ese apoyo incondicional de siempre amiga.

A mi amigo William por saber que pude contar con él cada vez que lo necesitaba y estar allí apoyándome en todos los momentos de mi vida.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN



**PROGRAMA DE ORIENTACION DESTINADO A LA SENSIBILIZACION  
DEL PERSONAL MEDICO-ASISTENCIAL QUE LABORA EN EL  
HOSPITAL DR MIGUEL MALPICA, GUACARA-EDO CARABOBO**

Por: Alexandra Nieves

Lusana Moreno

**RESUMEN**

El presente trabajo de grado tiene como finalidad proponer un programa el cual facilite la relación médico- paciente en los centros hospitalarios de la administración pública, para que así el paciente obtenga un mejor servicio, el cual podría ser un factor importante en su recuperación. Este programa se propone debido a las múltiples demandas y quejas que han surgido en los últimos años sobre el trato que ejerce el medico sobre sus pacientes el cual aquejan que es irrespetuoso y mal tratante, por ende se establecen como posible solución a este conflicto una serie de técnicas las cuales están incluidas en la propuesta que podrían dar respuesta a la insatisfacción que plantea el paciente y también dan la oportunidad de que la parte demandada se exprese y desahogue las molestias que dificultan sus funciones para que así se dé un clima armonioso y se logre el objetivo planteado dentro de este proyecto.

Palabras claves: medico, paciente, programa, humanización, orientación

## LISTA DE GRAFICOS

Grafica # 1.....	48
Grafica #2.....	49
Grafica # 3.....	50
Grafica # 4.....	51
Grafica # 5.....	52
Grafica # 6.....	53
Grafica # 7.....	54
Grafica # 8.....	55
Grafica # 9.....	56
Grafica # 10.....	57
Grafica # 11.....	58
Grafica # 12.....	59
Grafica # 13.....	60
Grafica # 14.....	61
Grafica # 15.....	62

## LISTA DE CUADROS

Cuadro # 1.....	70
Cuadro # 2.....	71
Cuadro # 3.....	72
Cuadro # 3.....	73

## INTRODUCCION

El constante estrés al que se someten los médicos, enfermeras y demás personal asistencial de las salas hospitalarias los conduce a mantener una actitud hostil hacia los pacientes generando así un clima de inconformidad e insatisfacción, lo cual puede afectar la recuperación del paciente o su actitud hacia la enfermedad que padece.

La importancia del buen trato hacia una persona convaleciente ayuda a que esta se sienta en un clima de confianza y muestre conformidad con la atención y tratamiento sugerido por el personal medico-asistencial que lo atiende, de esta manera la recuperación podría ser mas rápida lo que proporcionaría una mayor eficacia en el servicio de emergencia y hospitalización de ese centro asistencial.

Debido a estos factores se propone un programa de orientación destinado a la sensibilización del personal medico asistencia con el objetivo de procurar una mejor atención de calidad y que garantice la satisfacción tanto física como emocional del paciente.

Este trabajo esta dividido en seis capítulos los cuales se desglosan de la siguiente manera:

Capitulo I: El problema, en donde se especifica la problemática estudiada, los objetivos y la justificación del trabajo.

Capitulo II: Marco teórico, en este capitulo se avala el trabajo de investigación desde un punto de vista teórico y legal.

Capitulo III: Marco Metodológico, en este capitulo se destaca la metodología utilizada, población y muestra, validez y confiabilidad de la investigación.

Capitulo IV: Análisis de los resultados, se muestra a través de graficas los resultados obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos.

Capitulo V: La propuesta, en este capitulo se desglosa la propuesta que da los investigadores como posible solución del problema, junto con una serie de estrategias y técnicas que lo aborden,

Capitulo VI: Conclusiones y recomendaciones.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

A través de múltiples quejas de gran escándalo o de bajo perfil se ha denunciado por medio de los medios de comunicación supuestos maltratos del gremio galeno hacia sus pacientes e incluso a los familiares de los mismos, los cuales alegan en sus denuncias que presuntamente son víctimas de actos de intolerancia, impaciencia o hasta mala praxis en algunos casos solo por ser atendidos rápido y salir del paso de los pacientes a la brevedad posible sin darles el trato humano que merecen.

Las quejas de la atención médica son tan antiguas como el ejercicio mismo. En las tablas sumerias del rey de Ur 4050 años AC se establecía una escala de pagos cuando se demostraban lesiones atribuibles al médico.

Luego en el Código de Hammurabi en el año 3750 A.C. los cirujanos pagaban incluso con la vida por los errores cometidos. En Egipto antiguo aparece una norma que cuando el ejercicio no se ajustaba a lo establecido al usar un tratamiento no convencional y el paciente moría, el sacerdote pagaba con su vida.

En la ley inglesa 1687 se define mala práctica cómo “...Una ofensa a ley natural (sea por curiosidad, experimentación o negligencia), que rompe la confianza que la comunidad coloca en el médico...”

Actualmente en Venezuela este tipo de quejas o denuncias de mala praxis o maltrato de parte del personal asistencial de la administración pública ha aumentado considerablemente, lo que levanta una alarma inquietante hacia que está sucediendo en los centros médicos que conlleve a este fenómeno.

Desde este punto de vista es preocupante observar en las salas de espera el descontento de los pacientes, las quejas ante que no son atendidos o no están satisfechos con la atención obtenida, lo realmente preocupante es el hecho de que estos indiquen que el personal médico-asistencial no se sensibilice ante la condición humana que estos están presentando.

Debido a esto se podría considerar múltiples factores que no vienen al caso recalcar (falta de insumos, retraso en el pago, desgaste físico, largas guardias, estrés laboral, entre otros.) como promotores a esta situación de insensibilidad, en donde el personal mantiene según las denuncias una actitud errante o poco asertiva en el ejercicio de sus funciones el cual en un posible estado de desmotivación realiza lo que puede y considera que esta en sus manos para la atención del paciente, sin más ni menos que sus alcances.

Pese a las variables antes expuestas, cabe destacar que el principal afectado es el paciente quien acude al centro asistencial con alguna dolencia o necesidad médica, el cual además de soportar largas horas de espera para poder ser atendido es víctima de maltratos e indiferencia por parte del personal que labora en el centro en algunos casos.

Esta problemática va más allá del hecho de una mala contesta o de una mala praxis en el ejercicio médico, radica en el hecho preocupante de que el galeno pierda el humanismo y empatía hacia el padecimiento del prójimo y se obtenga como

resultado en el futuro un grupo de médicos, enfermeras, camilleros y demás personas que laboran en los centros de salud insensibles, desinteresados al padecimiento ajeno y sin vocación características que no van de la mano con las funciones estos profesionales.

Las repercusiones negativas que tiene el maltrato sobre los pacientes inciden en su proceso de curación, pues además de sus afecciones, dolores y malestares, el paciente debe soportar ciertos maltratos, pudiendo demorarse en su restablecimiento o frustrarse definitivamente la chance de sortear el estado crítico que padece. Pero además se resiente la calidad del servicio, eficiencia y éxito de las organizaciones asistenciales.

Cabe destacar que el Hospital Dr. Miguel Malpica del municipio Guacara, estado Carabobo no escapa de este tipo de situaciones ya que en este se atiende una gran población que en consideración a su tamaño y número de personal no se da abasto, lo que da como resultado un ambiente de trabajo hostil donde el personal está expuesto a mucha presión y reacciona con facilidad ante cualquier diferencia que se tenga con el paciente.

En este centro el área de emergencia siempre está colapsada, y las quejas ante los supuestos maltratos los cuales se dan desde el personal de seguridad hasta el personal galeno son altas, tanto que algunos pacientes prefieren seguir esperando antes de ser atendidos por X doctor ya que quedan inconformes con su atención.

Este tipo de situaciones acarrear la mala reputación que el centro tiene en el municipio ante los constantes maltratos o falta de sensibilidad hacia el paciente, se entiende que el hecho de trabajar con una población alta y dígase de paso carecer de insumo desmotiva.

Estos no deberían de ser causantes de una mala atención porque ante todo se debe de mantener la empatía humana y mínimo garantizar un buen trato hacia el paciente el cual lidia con muchos contratiempos para poder ser atendido.

Una posible variante a esta problemática es que se inserte en los centros hospitalarios un equipo multidisciplinario el cual desarrolle técnicas y estrategias de sensibilización al personal que labore en el centro médico y que también esté capacitado para abordar y proteger la salud mental de estos, ya que la medicina solo se preocupa del bienestar físico y desplaza con gran facilidad las emociones y la psique, partes fundamentales del equilibrio de un ser humano.

Basándose en lo antes expuesto en el planteamiento del problema surgen las siguientes interrogantes:

¿Qué tan frecuentes son los maltratos que reciben los pacientes de parte del personal médico asistencial?

¿Es posible implementar un programa de orientación para la sensibilización en los centros de administración pública, considerando la realidad de los mismos?

¿Realmente la figura del orientador podría guiar a estos profesionales hacia la sensibilización?

¿De ejecutarse el programa de orientación se lograrían los objetivos propuestos?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Crear un programa de orientación destinado a la sensibilización del personal médico asistencial del Hospital Dr. Miguel Malpica Guacara, Edo. Carabobo.

### **Objetivos específicos**

1. Diagnosticar la necesidad de la creación de un programa de orientación destinado a sensibilizar al personal médico-asistencial que labora en el Hospital Dr. Miguel Malpica.
2. Determinar la factibilidad del programa de orientación.
3. Diseñar el programa de orientación que tenga como finalidad sensibilizar al personal médico-asistencial del Hospital Dr. Miguel Malpica.
4. Aplicar el programa de orientación diseñado.

### **Justificación**

Vivimos en un país que avanza aceleradamente hacia el crecimiento de pacientes que se preocupan por mejorar la calidad de vida de ellos mismos. La violencia en general y el maltrato del personal médico-asistencial a las personas enfermas con repercusiones directas en su salud física y mental cada día son más frecuentes.

Los pacientes tienen que sobrevivir por sus desventajas económicas y sociales a las dolencias y al maltrato recibido, este tipo de pacientes son los más vulnerables a este fenómeno ya que por sus características sociales deben recurrir al centro asistencial con mayor frecuencia y por ende en repetidas oportunidades se ven afectados, lo que les genera una predisposición a su próxima visita lo cual agrava el conflicto.

Mientras exista este tipo de conflictos la sociedad continuara quejándose y denunciando, buscando tomar las medidas más adecuadas para que este cese, aunque la tendencia es a que la incidencia del mismo aumente.

Para prevenir o aportar una posible solución a este conflicto se ha tomado la iniciativa de crear un programa de orientación dirigido a la sensibilización de este personal con el fin de disminuir la incidencia al maltrato a pesar de los múltiples factores que pueden ser generadores de esta conducta, ya que es evidente que el paciente se ve afectado por la falta de humanización del personal en los centros asistenciales.

En otro orden de ideas, cabe destacar que el orientador dentro de sus funciones está velar por el bienestar biopsicosocial del ser humano y establecer la mediación de conflictos sociales guiando un proceso a través de la puesta en práctica de diferentes técnicas e instrumentos los cuales son expuestos a evaluación para así garantizar que el objetivo de este se cumpla y de lo contrario poder realizar los cambios necesarios para que este se pueda dar.

En vista de esto se considera al orientador como pieza fundamental para poder mediar este tipo de conflicto desarrollando así el programa destinado a solventar el mismo, ya que este está en capacidad de ejecutar las técnicas necesarias que logren la sensibilización del personal médico asistencial hacia sus pacientes.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **Basamento Teórico Referencial**

En vista de que la deshumanización del personal médico asistencial se debe a factores emocionales, económicos y posiblemente una desmotivación laboral se toma como marco referencial la teoría humanista de Carls Rogers quien plantea que todos necesitamos encontrar nuestro yo real para llegar a ser tal persona y para aceptarnos y valorarnos por lo que somos.

La obra de Rogers se encuentra suficientemente representada en dos obras fundamentales, “Psicoterapia centrada en el cliente” (1952) y “El proceso de convenirse en persona” (1961).

Rogers comienza exponiendo algunas de sus convicciones básicas, de las que la más significativa es su defensa de la subjetividad del individuo “cada persona vive en su mundo específico y propio, y ese mundo privado es el que interesa a la teoría, ya que es el que determina su comportamiento”.

Todo individuo vive en un mundo continuamente cambiante de experiencias, de las cuales él es el centro. El individuo percibe sus experiencias como una realidad, y reacciona a sus percepciones. Su experiencia es su realidad.

En consecuencia, la persona tiene más conciencia de su propia realidad que cualquier otro, porque nadie mejor puede conocer su marco interno de referencia (a diferencia del individuo ignorante de sí mismo que suponía Freud).

Esto no implica que cada persona se conozca plenamente; pueden existir zonas ocultas o no conocidas que se revelarán en terapia, pero en ningún caso el terapeuta irá por delante del propio cliente en el conocimiento del mismo. Nadie tiene mejor acceso al campo fenomenológico que uno mismo.

El individuo posee la tendencia inherente a actualizar y desarrollar su organismo experienciante, (proceso motivacional), es decir, a desarrollar todas sus capacidades de modo que le sirvan para mantenerse y expandirse. Según este postulado, Rogers acepta una única fuente de motivación en la conducta humana: la necesidad innata de auto actualización (ser, ser lo que podemos llegar a ser, ser nosotros mismos, convertir la potencia en acto). Opina que no es relevante para una teoría de la Personalidad elaborar una relación de motivaciones puntuales (sexo, agresividad, poder, dinero, etc.). El hombre sólo está movido por su tendencia a ser, que en cada persona se manifestará de forma distinta.

En la tendencia a la actualización confluyen, por un lado, la tendencia a conservar la organización, obtener alimento y satisfacer las necesidades de déficit (aire, agua, etc.), y por otro, la tendencia a crecer y expandirse, lo que incluye la diferenciación de órganos y funciones, la reproducción, la socialización y el avance desde el control externo a la autonomía.

Se podría considerar que el primer aspecto guarda relación con el concepto tradicional de “reducción de la tensión” (equilibrio), mientras que la segunda parte implicaría otro tipo de motivaciones, como la búsqueda de tensión o la creatividad (desequilibrio que se resuelva posteriormente en un equilibrio más complejo y maduro).

Esta tendencia al auto actualización es considerada como una motivación positiva que impele al organismo a progresar, y que va de lo simple a lo complejo; se inicia en la concepción y continúa en la madurez. Tiene cuatro características básicas:

(1) es organísmica (natural, biológica, una predisposición innata),

(2) es activa (constante, los organismos siempre están haciendo algo, siempre están ocupados en su crecimiento, aunque no lo parezca),

(3) direccional o propositiva (intencional, no es aleatoria ni meramente reactiva), y

(4) es selectiva (no todas las potencialidades se realizan). “La meta que el individuo ha de querer lograr, el fin que, sabiéndolo o no, persigue, es el de volverse él mismo “. La evidencia que apoya esta motivación es la práctica clínica de Rogers, que le muestra que, incluso en los casos de depresión aguda, se aprecia la tendencia a continuar el desarrollo (se aprecia que “hay una persona intentando nacer”).

El niño interactúa con su realidad en términos de esta tendencia a la actualización. Su conducta es el intento del organismo, dirigido a un fin, para satisfacer la necesidad de actualización (de ser) en el marco de la realidad, tal como la persona la percibe (proceso conductual). La conducta supone una satisfacción de las necesidades que provoca la actualización, tal como éstas son percibidas en la realidad fenoménica, no en la realidad en sí.

Es la realidad percibida la que regula la conducta, más que el estímulo o realidad “objetiva”, (un bebé puede ser tomado en brazos por una persona afectuosa, pero si su percepción de esta situación constituye una experiencia extraña o aterradora, es esta percepción la que influirá en su comportamiento).

Así, la Psicología de la Personalidad ha de ser ante todo Psicología de la Percepción, que estudie de qué formas diferentes las personas forman su campo fenoménico.

La conducta es provocada por necesidades presentes, y no por eventos ocurridos en el pasado. Las únicas tensiones y necesidades que la persona intenta satisfacer son las presentes (sin negar que éstas tengan su origen en fenómenos pasados; se trata del énfasis existencialista en el "aquí y ahora").

Junto al sistema motivacional de auto actualización, existe un sistema valorativo o regulador igualmente primario. Desde la infancia, la persona está desarrollando permanentemente un proceso orgánico de autoevaluación que tiene como criterio la necesidad de actualización (el ideal de actualización, de ser él mismo).

Las experiencias que son percibidas como satisfactorias de esta necesidad se valorarán positivamente, y las no percibidas como satisfactorias se valorarán negativamente (proceso valorativo). En consecuencia, el niño evitará las experiencias valoradas negativamente y se aproximará a las positivas.

La teoría de la Personalidad de Rogers no se caracteriza precisamente por destacar los constructos estructurales, sino por su incidencia en los aspectos dinámicos y de cambio. Sin embargo, dos constructos, los conceptos de "organismo" y "self", tienen gran importancia en la teoría y pueden considerarse como los pilares sobre los que se asienta toda ella.

El organismo se define como una totalidad gestáltica (una organización, una forma), integrada por aspectos físicos y psíquicos que conforman la estructura básica de la personalidad (lo que somos realmente).

En este sentido, el organismo guarda cierta similitud con el “ello” freudiano, sin que se atribuyan al organismo las cualidades inconscientes e instintivas del ello. Para Rogers, el organismo es el centro y lugar de toda experiencia; en él reside el campo fenoménico (realidad subjetiva o marco de referencia individual), es decir, el conjunto total de las experiencias (percepciones y significados), tanto simbolizadas (conscientes) como no simbolizadas (no conscientes).

Estas últimas son consideradas por Rogers como experiencias que operan a un bajo nivel de conciencia; fenómeno que se denomina “subcepción”. Los procesos motivacionales, conductuales y valorativo-regulatorios vistos antes son propios del organismo.

El concepto de “self” o sí mismo es quizás más importante para el desarrollo de la teoría que el anterior. En su definición del “self”, Rogers lo describe como un todo gestáltico y organizado de percepciones relativas a uno mismo, accesible a la conciencia, y que alude a las propias características y capacidades, al concepto de uno mismo en relación con los demás y al medio, a los valores, metas e ideales, percibidos positiva o negativamente por la persona (lo que creemos ser).

En suma, el self es conceptualizado como una parte del campo fenoménico, que funciona como una Gestalt unificada, es consciente y está regido por las leyes de la percepción.

A medida que avanza el desarrollo de la persona, una parte de la experiencia del individuo es simbolizada como conciencia de existir y funcionar. Esta parte del campo fenoménico se aísla y se unifica funcionalmente (gestálticamente), constituyéndose en el self. De modo que Rogers defiende un "self" que es una configuración de experiencias y percepciones de uno mismo, expresadas simbólicamente como autoconcepto, y no un agente activo, responsable de ciertas actividades como pensar, recordar o percibir, como proponen otros autores (por ejemplo, Freud)

Además del concepto de sí mismo, tal como es percibido por el individuo en un momento determinado (self real), Rogers tiene en cuenta el concepto de self ideal, que representa aquello que quisiera ser y que está formado por percepciones especialmente significativas e importantes para la persona.

El papel de la tendencia a la actualización es fundamental en el desarrollo del self y en la dinámica de la personalidad. Para explicar el proceso de la formación del self, a pesar de su monismo motivacional, Rogers introduce dos nuevas motivaciones, la necesidad de consideración positiva y la necesidad de autoestima, que se adquieren en el curso del desarrollo y que pueden entrar en contradicción con la tendencia innata hacia la actualización.

A medida que comienza a surgir la conciencia de sí mismo, el niño desarrolla una necesidad de recibir amor y afecto (necesidad de consideración positiva) por parte de las personas socialmente significativas. Esta necesidad posee una serie de características: es universal, persistente y recíproca (la persona percibe de forma igualmente gratificante y satisfactoria cuando él proporciona afecto a los demás que cuando lo recibe).

La necesidad de consideración positiva por parte de sus padres es una motivación poderosa, por lo que, para conseguir su satisfacción, el individuo puede llegar a descuidar experiencias positivas para su propia actualización y desarrollo. De esta forma, las motivaciones secundarias no necesariamente corren en la misma dirección que la motivación primaria, ocurriendo conflictos motivacionales o motivaciones competitivas.

Por asociación entre las propias experiencias y la satisfacción o frustración de la necesidad de afecto, se desarrolla una tercera motivación, la necesidad de autoestima o autoconsideración positiva.

El niño percibe que algunas de sus experiencias son aceptadas y evaluadas positivamente por sus padres que, en estas condiciones, le satisfacen su necesidad de amor, mientras otras experiencias merecen su reprobación.

En función de esto, el niño va aprendiendo a valorarse a sí mismo (autoestima) del mismo modo que lo hacen los demás, admitiendo aquellas acciones o sentimientos que han sido aceptados por sus padres y rechazando los desaprobados.

Hasta este momento, la parte valorativa del self estaba constituida por experiencias directamente vividas por la persona. Los criterios de valoración eran internos, “naturales” a la persona. Pero, a partir de ahora, en este proceso, el niño comienza a comportarse de acuerdo con unas condiciones de valor o mérito que ha incorporado a (introyectado en) su self por imposición de los otros, sin haber experimentado por sí mismo su carácter positivo o negativo (de esta forma, el niño siente que sólo será querido por los demás y por él mismo si deja de ser él mismo, y por este deseo de amor renuncia a su propia identidad y se disocia).

Así, a lo largo de la niñez, el self, originariamente formado por las experiencias subjetivas, se amplía y deforma, en cierto sentido, para dar cabida a estas condiciones o valores externos y ajenos a la propia experiencia. En consecuencia, el niño se estimará a sí mismo de un modo condicionado, según cumpla o no las condiciones de valor, que pasan así a convertirse en criterio de la propia conducta.

Este “añadido valorativo” extraño a la persona, no propio, natural ni experimentado va a generar una discrepancia con sus auténticas experiencias y su organismo, (por ejemplo, un niño cuya imagen es de un niño bueno, pero que al mismo tiempo disfruta pegando a su hermano menor, por lo que será censurado por sus padres, se verá obligado para mantener su imagen y conseguir la aprobación paterna a rechazar este sentimiento gratificante considerándolo como algo censurable, independiente de su experiencia subjetiva).

Una vez adquiridas las condiciones de valor e incorporadas al self, el niño comienza a percibir selectivamente sus experiencias internalizadas. Las que coincidan con estas condiciones de valor serán percibidas conscientemente y correctamente simbolizadas; por el contrario, las experiencias que no coincidan con ellas van a ser vividas como amenazantes para el self al indicar una incongruencia entre lo que la persona experimenta y su autoimagen; para reducir esta discrepancia y mantener un estado de congruencia con uno mismo, la persona tiende a distorsionar o negar dichas experiencias, mediante malas percepciones o subcepciones.

Así, el self se desgaja del resto del campo fenoménico y del organismo, por lo que el individuo no puede vivir ya como una persona total e integrada.

Las Gestalt en (formas, organizaciones, el self, el organismo) se deforman, se tuercen forzadamente por la incongruencia entre ambas.

El concepto de “incongruencia” puede ser entendido estructuralmente como una discrepancia entre el self y el organismo, de forma que el organismo incorpora experiencias que no están aceptadas por el self, y el self incorpora juicios sobre sí mismo, principios valorativos disonantes respecto a las necesidades del organismo. Pero también puede entenderse desde un punto de vista funcional, como el choque entre dos motivaciones contradictorias: la primaria motivación orgánica de autoactualización contra las secundarias de consideración positiva de los demás y de sí mismo.

Como consecuencia de lo anterior, se produce una incongruencia similar en la conducta del individuo: ciertas conductas responderán al concepto de self, mientras otras responderán a las experiencias del organismo no asimiladas en la estructura del self. Se trata de una discordancia, en último término, entre lo que la persona es y lo que cree ser, que será el germen de los procesos psicopatológicos, de los problemas psíquicos de la persona.

Cuando las experiencias simbolizadas que forman el autoconcepto reflejan fielmente las experiencias del organismo, Rogers supone que la persona ha alcanzado la madurez, funciona por completo y está bien ajustada psíquicamente. Sin embargo, en la práctica, todos estamos plagados de pequeñas incongruencias entre lo que creemos ser (self) y lo que realmente somos (organismo).

Si la incongruencia se hace especialmente grande aparecerá el trastorno patológico. En este caso, el estado de incongruencia genera en la persona una sensación de tensión y confusión interior, al tiempo que provoca rigidez perceptiva debido a la necesidad de distorsionar la realidad para adaptarla a un self artificial, percepciones erróneas causadas tanto por la distorsión como por la omisión de ciertos datos en la conciencia, y un modo de actuar regido más por unas creencias que por una confrontación adecuada con la realidad.

La persona no puede percibirse a sí misma como incongruente, por lo que cuando la experiencia le presente datos discrepantes con su self, tenderá a preservar la congruencia con la propia imagen aunque tenga que distorsionar sus propios sentimientos, experiencias y acciones. En este proceso, la experiencia discrepante es percibida, o mejor dicho, “subcebida”, como amenazante (y se simboliza mal) porque si tal experiencia fuera correctamente simbolizada pondría en peligro el propio concepto y la necesidad de la persona de afecto respecto a sí mismo (autoestima). Esta sensación de amenaza es la responsable de la ansiedad neurótica.

Los mecanismos de distorsión o negación de la experiencia son reacciones de defensa que impiden que esto ocurra. (Este esquema rogeriano de “sensación de amenaza “- “evitación de la incongruencia” guarda, formalmente aunque no de contenido, una gran semejanza con el esquema freudiano de ansiedad, protección del yo y mecanismos de defensa.

En ambos casos se postula la existencia de un proceso defensivo producido por una sensación emocional displacentera (Freud) o amenazante (Rogers) para el self o el autoconcepto, que se procura reducir mediante ciertos mecanismos defensivos que garantizan la supremacía del yo (Freud) o la congruencia del self (Rogers).

El desajuste psíquico viene determinado por la magnitud del proceso de incongruencia y del proceso de defensa. Sobre esta base, Rogers establece dos tipos de conductas patológicas:

- las conductas defensivas comprenden las conductas que habitualmente se conocen como neuróticas (racionalización, fantasía, proyección, compulsiones, fobias, etc.), así como ciertas conductas que han venido encuadrándose dentro del marco de las psicosis, como la paranoia y los estados catatónicos. El aspecto característico de las conductas defensivas es que el individuo consigue “ocultar” su incongruencia mediante una combinación de los mecanismos de distorsión y negación.

- las conductas desorganizadas son más graves y se corresponden con las conductas típicamente psicóticas, “irracionales” y “agudas”; responden a un grado de incongruencia tan importante y significativo que el mecanismo defensivo resulta ineficaz para controlarlo. Cuando una experiencia significativa pone repentinamente de manifiesto la incongruencia, es decir, se llega a percibir claramente, el individuo experimenta un estado de ruptura y desorganización provocado por el desmoronamiento del self.

En semejante estado, el organismo se conduce, a veces, de modo consistente con aquellas experiencias que habían sido negadas o distorsionadas, en franca oposición con su self; este tipo de comportamientos parece ocurrir en los “estados psicóticos agudos” donde conductas irracionales son frecuentes. En otros momentos, la conducta será acorde con el concepto de sí mismo (self).

Si el aspecto fundamental de la patología es el desarrollo de la incongruencia que conduce en su manifestación máxima a un estado de desintegración de la personalidad, el proceso terapéutico tendrá como objetivo primordial la reintegración de la personalidad, aumentando la congruencia entre lo que la persona experimenta y su correcta simbolización en la conciencia.

Para que dicho proceso sea factible es necesario que concurren ciertas condiciones, (1) reducir todo lo que se pueda las condiciones de valor ajenas a la persona e incorporadas al self durante la educación, y (2) aumentar la autoconsideración positiva (autoestima) no condicionada (ya que detrás de cada problema psíquico hay una persona que no se acepta como es, que se detesta).

Para conseguir estos objetivos, Rogers ha desarrollado su popular “client-centered therapy” (muy popular en los años 60-70 en EE.UU., y en la actualidad diluida en muchos enfoques variados). El primer aspecto que enfatiza esta terapia es el concepto de “no directividad”.

Supone Rogers que la persona lleva en su interior la solución de todos sus problemas, de forma que el terapeuta no debe dirigir la terapia, no debe dar consejos, no debe indicar a la persona qué debe hacer, sino que debe limitarse a eliminar los obstáculos que están impidiendo que la persona crezca (siguiendo la metáfora tan habitual de la `flowerpeople “: igual que el jardinero no “tira” de las plantas hacia arriba, sino que limpia e/jardín para que las plantas crezcan desarrollando su interior, todos los problemas de la persona se resolverán cuando consiga ser él mismo).

La “terapia centrada en el cliente” es ante todo una psicoterapia de la libertad y la responsabilidad de la persona. El hombre es libre y responsable de sí mismo, de forma que cuando los psicoanalistas o los conductistas dirigen el curso de la terapia están faltando al respeto a su cliente, considerándolo incapaz, inmaduro, no como una persona libre y capaz que lleva en su interior la solución de los problemas. Así, la relación terapéutica debe ser la “no relación”; el psicoterapeuta debe ser la “no persona”, de forma que el cliente, por primera vez en su vida, se encuentra con una situación en la que se dan las condiciones para que crezca libremente como persona.

El segundo énfasis de la terapia rogeriana está en la empatía. El terapeuta debe crear un clima en donde se produzca la unión de los campos fenoménicos del terapeuta y el cliente. Por tanto, el terapeuta debe tener la habilidad de renunciar por completo a su propio marco valorativo, a su propia forma de ver las cosas, y adoptar por completo el punto de vista del cliente.

El terapeuta debe convertirse en el cliente. (Para ello puede ayudarse de una serie de técnicas, la más popular de las cuales es la “técnica del reflejo del sentimiento” o “técnica del espejo”, mediante la cual el terapeuta se limita a reflejar lo que el cliente le está expresando, afín de que el cliente, viéndose en el otro (el terapeuta), obtenga un “insight”, una idea fiel de sí mismo. La técnica es tan simple que ha dado lugar a “terapeutas computarizados”)

La última de las claves de la terapia rogeriana, derivada de la anterior, consistiría en la aceptación incondicional del cliente. El terapeuta no debe juzgar ni valorar absolutamente nada del cliente, ni positiva ni negativamente. Se ha de aceptar a la persona tal y como es, independientemente de lo que sea.

No debe haber ni una crítica, ni una alabanza, la neutralidad debe ser total. El terapeuta debe limitarse a comprender, a querer al cliente tal y como es, sin ningún tipo de interpretación moral, de forma que la persona, por primera vez en su vida, se encuentra en una relación en la que no es juzgado, y en donde el amor (de una persona tan socialmente significativa como es el terapeuta) lo obtiene independientemente de juicios externos y de forma dependiente sólo de sí mismo.

A medida que avanza la obra de Rogers, el autor deriva hacia una concepción más artística y menos objetiva de la terapia. En su última etapa, Rogers enfatiza la relación terapéutica como el único motor de mejoría del cliente.

Esta relación debe tener tres características básicas: la autenticidad (o congruencia, el terapeuta debe ser sincero, sus no-juicios no deben ser fingidos sino auténticamente sentidos, no debe temer expresar sus propios sentimientos, sus propias debilidades; si no es así la terapia acabará fracasando), la consideración positiva incondicional y la comprensión empática (ambas comentadas arriba). Nótese que estas características de la relación terapeuta-cliente no son puntos de partida sobre los que después llevar a cabo la terapia, sino que son la propia terapia en sí.

Cuando esta terapia se lleva a cabo, las condiciones de valor externo que la persona estaba incorporando en su self se debilitan, de forma que se va reduciendo la discrepancia entre el self y el organismo, entre lo que el cliente es y lo que el cliente cree ser. Desaparece la sensación de amenaza, y la persona ya puede percibir correctamente lo que antes estaba distorsionado o sucedido.

La persona se descubre a sí mismo tal y como es, y además descubre que puede ser amado tal y como es. De esta forma, coincide la motivación hacia la autoactualización con las motivaciones hacia el amor, se restaura la totalidad gestáltica de la persona y nace una persona plena y completa.

La persona plena tiene como características estar abiertas a nuevas experiencias, mostrar autoestima y satisfacción no condicionada, estar libre de defensas y temores, mantener buenas relaciones con los demás y ser autosuficiente e individualista (el perfecto norteamericano).

De igual manera el aporte de Abraham Maslow (1908-1970) hacia el estudio del humanismo nos ayuda a entender esta conducta deshumana que presentan algunos médicos y enfermeras en las salas hospitalarias.

Su contribución más conocida tiene que ver con su “teoría jerárquica de la motivación”. Maslow entiende que la fuente de la motivación humana reside en necesidades que son comunes a toda la especie (aunque conductualmente se manifestarán en formas diferentes en cada cultura), y que llamó “necesidades instintoides” (no “instintivas”, para huir de las connotaciones etológicas o de Psicología comparada, que tratan al hombre como si fuera un animal). Estas necesidades tienen una raíz última de tipo biológico, pero en el hombre, a diferencia de otras especies, la biología es vencida casi totalmente por la libertad y el aprendizaje.

Maslow supuso cinco niveles de necesidades humanas, ordenadas de las más fuertes a las más débiles. Cuanto más baja en la jerarquía sea una necesidad, más fuerte será su influencia en la conducta.

Cuanto más alta en la jerarquía sea una necesidad, más distintivamente humana será (de hecho, los dos últimos niveles son estrictamente humanos).

Veamos los cinco niveles uno a uno:

- (1) necesidades fisiológicas básicas: la comida, el agua, el oxígeno, el descanso. Es la motivación más potente, que puede hacer que toda la vida de una persona gire a su alrededor en caso de carencia.
- (2) necesidades de seguridad: el bienestar físico, la seguridad y estabilidad psíquica, la vida estructurada. Se trata de necesidades predominantes en la infancia y parecen reconocerse en ciertos problemas psíquicos
- (3) necesidades de pertenencia y amor: la presencia de los amigos, de la familia, del amor y las personas amadas, la pertenencia a un círculo social en el que entretejer una relación afectiva. Se trata de necesidades que en la sociedad actual fallan muchas veces (de ahí tantos grupos de autoayuda, alcohólicos, etc.)
- (4) necesidades de estima: se dividen en dos; por un lado, necesidades de estima por parte de los otros, que se satisfacen cuando la persona se siente respetada y reconocida por lo que hace, y, por otro, necesidades de autoestima, de sentimiento de competencia, de capacidad, de valía y de respeto a los otros; por último están las
- (5) necesidades de auto actualización: sólo afectan a las pocas personas que tienen satisfechos los niveles anteriores (a diferencia de lo que Rogers pensaba). En ese caso, la persona se vuelve autoactualizante, y desea ser más y más, hasta ser todo lo que es capaz de ser, desarrollando todas sus potencialidades positivas.

Cuando las personas completan en su mayoría un nivel de necesidades pasan a estar motivadas para completar el siguiente nivel (con ciertas excepciones, como la del artista hambriento o la huelga de hambre). Una misma conducta puede satisfacer varios niveles de necesidades (por ejemplo, la conducta sexual).

Además, los cuatro primeros niveles se caracterizan por la motivación del déficit, es decir, por buscar reducir una tensión producida por una ausencia; se trata de conducta dirigida a metas concretas. Sin embargo, el último nivel se caracteriza por la motivación del crecimiento, que nunca termina de saciarse del todo, y la conducta está orientada al proceso de ser más que a la meta, aunque ello conlleve el aumento de la tensión.

A diferencia de tantos teóricos que han especulado sobre la personalidad humana estudiando a las personas aquejadas de trastornos, Maslow se ha caracterizado por su interés no por el lado enfermo del psiquismo, sino por su lado sano. Así, emprendió un estudio de la personalidad a través de la investigación de las personas más felices, sanas y maduras de su sociedad, seleccionándolas por dos criterios: la ausencia de trastornos psíquicos y la mayor auto actualización, es decir, el uso completo de sus talentos, potencialidades y capacidades. Así, seleccionó a 60 personas (cuyos nombres son confidenciales, aunque se han conocidos varios como James, Lincoln, Einstein, Schweitzer o Franklin) e hizo un estudio de caso “holístico” (humanístico, que él mismo reconoció falto de excesivo rigor) de cada uno de ellos.

Como conclusión, Maslow encontró quince características de la persona autoactualizada, que, en mayor o menor medida, todos sus sujetos presentaban. Estas características eran:

- (1) eficiente percepción de la realidad (juicios correctos de sí mismo y los otros) y buenas relaciones con ella
- (2) aceptación de sí mismo, de los otros y de la naturaleza (ausencia de preocupación por el perfeccionismo)
- (3) apreciación de los pequeños detalles cotidianos de la vida
- (4) espontaneidad, simplicidad y naturalidad en su conducta
- (5) compromiso con problemas suprapersonales que intentan resolverse
- (6) distinción ética entre medios y fines, entre el bien y el mal
- (7) capacidad de aislamiento de las circunstancias ambientales concretas (dormir entre ruidos, sonreír en momentos adversos)
- (8) necesidad y disfrute de la intimidad y la soledad
- (9) gran fuerza de voluntad y criterios propios, lo que les hace ser independientes en bastante medida de la cultura y las normas predominantes
- (10) punto medio entre conformismo y rebeldía (no están en vanguardia de la acción social, aunque saltan y se rebelan cuando se alcanzan ciertos límites)
- (11) deseo profundo de ayudar a la humanidad e identificación con el género humano
- (12) carácter igualitario y democrático
- (13) relaciones interpersonales profundas aunque limitadas en número
- (14) sentido del humor inteligente y no ofensivo; y
- (15) creatividad. Junto a estas características cabría señalar una más: las presencia de experiencias “cumbre”( " peak experiences")(momentos intensos y breves de plenitud, de admiración, de potencia o de éxtasis con motivo de un logro, un descubrimiento o algún suceso, que pueden llegar a cambiar la vida de la persona para siempre).

Las personas autoactualizantes también tienen imperfecciones, y así pueden ser en ocasiones tozudas, maleducadas, aburridas, olvidadizas, malhumoradas, orgullosas o nerviosas. Aunque casi todas las personas tienen atisbos de este nivel de auto actualización, sólo un 1% lo alcanza de manera clara.

Dentro de los diversos niveles desde los que se puede establecer una revisión crítica de la Psicología humanística, cabría empezar por señalar ciertas debilidades en la fundamentación empírica de sus propuestas teóricas.

Durante mucho tiempo, Rogers estuvo interesado en aportar evidencia empírica objetiva sobre ciertos constructos subjetivos. En comparación con otras escuelas dinámicas, su grupo realizó un gran número de investigaciones objetivas, razonablemente correctas para su época, que apoyaban su terapia (su práctica, no necesariamente las explicaciones propuestas para esos resultados).

Así, buena parte de la investigación se centró en validar externamente algunas de las proposiciones humanistas relacionadas con el concepto de self. Se trata de trabajos como los realizados por Raimy en los años 50.

En estos estudios se analizaban las grabaciones magnetofónicas de muchos pacientes durante el proceso terapéutico, comprobándose que las autorreferencias negativas, abundantes al inicio de la terapia, disminuían en el transcurso de la misma, al tiempo que aumentaban las autorreferencias favorables; estos datos Ounto con otros provenientes por ejemplo del abundante uso de la técnica Q de Stephenson, comparando las distribuciones de tarjetas con afirmaciones que identifican al self con las que identifican al self ideal en distintos momentos de la terapia, parecían validar el supuesto de que el self, fundamental en la teoría, se modifica como consecuencia del proceso terapéutico.

Así, los terapeutas rogerianos incorporan inadvertidamente ciertos principios conductuales diluidos en su práctica, los cuales pueden dar cuenta de cierta eficacia de la terapia de una forma más parsimoniosa que el recurso a la teoría rogeriana (los estudios sobre la efectividad de la “terapia centrada en el cliente” la colocan ligeramente por encima del placebo) (este es un caso en donde la terapia de conducta puede explicar la eficacia rogeriana y Rogers no puede explicar la eficacia de la terapia de conducta).

Por otro lado nos encontramos con un Humanismo Cristiano que es una técnica social que defiende una plena realización del hombre y de lo humano dentro de un marco de principios cristianos. Entre sus principales exponentes se encuentra Jacques Maritain

Efectivamente, la visión cultural —o filosofía política de inspiración cristiana— que Maritain desarrolló con extraordinaria precisión y profundidad en varias de sus obras, particularmente en Humanismo Fibril y en El Hombre y el Estado, que son el fundamento principal de lo que hoy llamamos 'Humanismo Cristiano', el que, a su vez, es una de las primarias del desarrollo mundial del estamento político demócrata cristiano, iniciado en América y en el Norte Latino en la primera mitad del siglo XX.

Cabe destacar aquí la importancia de dos conceptos fundamentales en dicha visión cultural: 'filosofía política' y 'humanismo fibril', porque sobre ellos descansa, en el orden filosófico, el Humanismo Cristiano contemporáneo.

**"El hombre del humanismo cristiano – dice Maritain – sabe que la vida política aspira a un bien común superior a una mera colección de bienes individuales... que la obra común debe tender, sobre todo, a mejorar la vida humana misma, a hacer posible que todos vivan en la tierra como hombres libres y gocen de los frutos de la cultura y del espíritu... aprecia la libertad como algo que hay que ser merecedor; comprende la igualdad esencial que hay entre él y los otros hombres y la manifiesta en el respeto y en la fraternidad; y ve en la justicia la fuerza de conservación de la comunidad política y el requisito previo que llevando a los no iguales a la igualdad, "hace posible que nazca la fraternidad cívica..."**

Maritain ha propuesto el ideal del Humanismo Integral o de la denominada Nueva Cristiandad: «Este nuevo humanismo, sin común medida con el humanismo burgués y tanto más humano cuanto no adora al hombre, sino que respeta, real y efectivamente, la dignidad humana y reconoce derecho a las exigencias integrales de la persona, lo concebimos orientado hacia una realización socio-temporal de aquella atención evangélica a lo humano que debe no sólo existir en el orden espiritual, sino encarnarse, tendiendo al ideal de una comunidad fraterna»

Esta teoría nos ayuda a fundamentar la importancia del buen trato hacia el prójimo y más aún si está en la condición de paciente desde un punto de vista teológico, valiéndose de la parte espiritual que sin duda envuelve a cualquier ser humano.

Además esta investigación se fundamenta en la teoría de aprendizaje de Piaget, quien propone un método humano para la construcción del aprendizaje individual, esto es debido a que se desarrollara un programa en el cual se otorgara estrategias y métodos al personal médico asistencial para el trato con el paciente.

## **Antecedentes de la Investigación.**

A través de los diferentes antecedentes nacionales como internacionales demostraremos la importancia de la aplicación de un programa de este tipo ya que se ha evidenciado que factiblemente está surgiendo esta necesidad dentro de la administración pública. Según Arias (1997). Plantea que los antecedentes de la investigación "se refiere a estudios previos y tesis de grado relacionadas con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con el problema en estudio" (p.38) Se refiere a los estudios previos relacionados con el problema a investigar. Por ejemplo la autora del trabajo de investigación "La violencia hacia los pacientes por parte del equipo médico", Patricia Barbado en Abril 2010 de Argentina expone lo siguiente:

Partiendo de la base de que la ética de la responsabilidad, de la solidaridad y del cuidado debe nutrirse de virtudes y de las más altas cualidades, los profesionales de la salud deben informar a los pacientes acerca de sus derechos, debiéndose humanizar las relaciones para lograr que la comunicación con ellos esté basada en la empatía y el respeto.

La calidad de la asistencia debe incluir la garantía de que se implementen los derechos de los pacientes, cuyo cumplimiento debe ser evaluado juntamente con la verificación de la calidad de la asistencia. Es importante introducir las medidas preventivas de manera inmediata cuando se identifican los riesgos de que puedan generarse comportamientos violentos, aun antes de que se manifiesten.

La prevención es una respuesta dinámica a la violencia, y se debe insistir en la supresión de los factores internos predisponentes de las conductas violentas y en la evaluación a largo plazo de cada intervención.

La experiencia indica que las medidas preventivas destinadas a mejorar el entorno y la organización del trabajo y las relaciones interpersonales tienen una eficacia que no debe ser desaprovechada.

Por otra parte Burgos y Paravic en septiembre del 2003 a través de su trabajo “la violencia hospitalaria en pacientes” explica que:

El paciente/usuario se presenta susceptible a todos los estímulos y relaciones que surgen en el contexto hospitalario, en una atención que se reconoce como despersonalizada y falta de privacidad, lo que puede convertirle en una potencial víctima de actos violentos. Por la importancia que reviste otorgar una atención en salud basada en el respeto y la dignidad hacia los usuarios, se hace necesario estudiar el fenómeno de la violencia que desde la óptica de los pacientes pudiera encontrarse en los centros de salud; con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la atención y cuidado que le es otorgado en los centros hospitalarios.

De igual manera Oseguera J. Del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Querétaro- México en el año 2006 por medio de su investigación “el humanismo en la educación médica” resume lo siguiente:

En los últimos 30 años se ha considerado, de forma creciente, el enfatizar el retorno al humanismo en medicina como una medida para contrarrestar el “corporativismo” que rodea a los sistemas de salud, ya que parece ser el responsable de la deshumanización en la atención médica que hoy se proporciona.

Como médicos educadores, nos encontramos preocupados por el impacto que las conductas profesionales de los médicos ejercen sobre el desarrollo de las actitudes y conductas humanistas de los estudiantes y residentes médicos, sin embargo, aún parece existir cierta confusión de lo que implica el término “humanista” en este ámbito.

De esto se deriva la necesidad de aclarar lo que entendemos por “humanismo médico” para lograr un acuerdo general que sustente la evaluación del humanismo en los médicos y estar en la posibilidad de plantear estrategias pedagógicas explícitas que permitan impulsarlo y fortalecerlo en el ámbito de la educación y la práctica médica. En este documento se revisa el concepto clásico de humanismo y su evolución dentro de la Medicina hasta considerarse como una forma de vida en la que se estima y se hace énfasis en el bienestar del ser humano y se posibilita la construcción de valores y normas.

De igual manera en Venezuela algunos autores se han preocupado por esta problemática como por ejemplo Enrique Cubero Castillo del Instituto de investigaciones científicas (IVIC) en el año 1918 explica:

Examinamos el desarrollo histórico de las normas y costumbres asociadas a los profesionales de la medicina en Venezuela y su percepción en la sociedad conforme a la ética y etiqueta de la época, desde el llamado renacimiento de la medicina en el siglo XIX. En este trabajo tratamos de indagar en los diversos documentos examinados, cómo la ética médica pasa de la etiqueta social a la etiqueta médica, de la caridad cristiana a la caridad filantrópica, de la ética de carácter a la ética de conducta, y por último, de la ética y moral filosóficas a la deontología, moral y ética médica.

## **Basamento Legal de la Investigación**

Según Franco Yaquelin. 2011; el basamento legal Comprende el conjunto de documentos de naturaleza legal que sirven de testimonio referencial y de soporte a la investigación que se realiza.

Tomando en cuenta esto la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999 en su Título III de los derechos humanos y garantías, y los deberes en el capítulo I disposiciones generales:

**-Artículo 19.** El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollen.

**-Artículo 23.** Los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas por esta Constitución y en las leyes de la República, y son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder Público.

**-Artículo 29.** El Estado estará obligado a investigar y sancionar legalmente los delitos contra los derechos humanos cometidos por sus autoridades.

### **El Capítulo III De los Derechos Civiles dice**

-**Artículo 43.** El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla. El Estado protegerá la vida de las personas que se encuentren privadas de su libertad, prestando el servicio militar o civil, o sometidas a su autoridad en cualquier otra forma.

### **El Capítulo V De los Derechos Sociales y de las Familias dice**

-**Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

-**Artículo 84.** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud

Por otro lado el código de deontología médica aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985. Expresa:

## **TÍTULO II Capítulo Primero de los Deberes Generales de los Médicos**

**-Artículo 1°.-** El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.

**-Artículo 4°.-** Los deberes del médico hacia sus enfermos, deberán ser observados siempre con el mismo celo y la elevada preocupación que el profesional otorga al ejercicio de sus propios derechos individuales, sociales y gremiales.

**-Artículo 5°.-** En todo momento, inclusive durante situaciones conflictivas, el médico deberá asegurar la atención de los enfermos graves o en condiciones de urgencia.

El código penal venezolano expresa en su artículo 409: "El que por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes e instrucciones, haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigado con prisión de seis meses a cinco años". Se trata del delito de homicidio culposo por negligencia médica o mala praxis médica.

Por último el juramento hipocrático que es un juramento público que hacen los que van a empezar sus prácticas con pacientes o se gradúan en medicina, tecnología médica, fisioterapia, logopedia, odontología o personal de enfermería, lo hacen igualmente otras personas del área de la salud.

Se hace ante los otros médicos, doctores y ante la comunidad. Su contenido es de carácter ético, para orientar la práctica de su oficio, es también el juramento que se basa a partir de la responsabilidad del ser humano y conciencia de ella. Y reza lo siguiente:

Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higias y Panacea, y por todos los dioses y diosas, a quienes pongo por testigos de la observancia del siguiente juramento, que me obligo a cumplir lo que ofrezco, con todas mis fuerzas y voluntad. Tributaré a mi maestro de medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna, y socorriéndoles si lo necesitasen trataré a sus hijos como a mis hermanos, y, si quisieren aprenderla ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro, y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determina la ley médica, y a nadie más.

Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni induciré a nadie sugerencias de tal especie; me abstendré igualmente de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa que entre no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos, librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras, y evitando, sobre todo, la seducción de las mujeres y jóvenes, libres o esclavos.

Guardaré secreto de lo que oiga o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos. Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria, 400 a.C.

### **Referentes conceptuales**

**Administración pública:** es un sintagma de límites imprecisos que comprende el conjunto de organizaciones públicas que realizan la función administrativa y de gestión del Estado y de otros entes públicos con personalidad jurídica, ya sean de ámbito regional o local.

**Emociones:** se denomina emociones a todas aquellas sensaciones y sentimientos que posee el ser humano al relacionarse con sus semejantes y con el medio en general.

**Enfermedad:** se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad. Estos desencadenantes se conocen bajo el nombre de noxas (del griego nósos).

El término proviene del latín infirmitas que significa “falta de firmeza” y consiste en un proceso que acaece a un ser vivo y altera su estado normal de salud.

**Enfermera:** es aquella mujer que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular. La enfermera o enfermero son personas que han seguido la carrera de enfermería, dictada dentro de las facultades de medicina y considerada una carrera universitaria a pesar de ser más corta e implicar menores conocimientos que la de medicina.

**Humanismo:** el concepto de humanismo tiene varios usos. Se trata, por ejemplo, de la doctrina que se basa en la integración de los valores humanos. A su vez, puede hacer referencia a un movimiento renacentista, a través del cual se propuso retornar a la cultura grecolatina para restaurar los valores humanos. El humanismo, en general, es un comportamiento o una actitud que exalta al género humano. Bajo esta concepción, el arte, la cultura, el deporte y las actividades humanas generales, se vuelven trascendentes. Dicha trascendencia podía conseguirse a través de la exaltación y la experimentación de las propias facultades.

Se trata de una doctrina antropocéntrica, donde el hombre es la medida de todas las cosas. La organización social, por lo tanto, debe desarrollarse a partir del bienestar humano. Esta corriente se opone al teocentrismo medieval, donde Dios era el centro de la vida.

El humanismo reconoce valores, como el prestigio, el poder y la gloria, que eran criticados por la moral cristiana e incluso considerados como pecados. Otra diferencia con las doctrinas religiosas es que el humanismo hace al hombre objeto de fe, mientras que, en la antigüedad, la fe era patrimonio de Dios.

**Maltrato** El maltrato es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar, echar a perder). El concepto está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas.

No hay una definición única y precisa de maltrato, ya que sus características dependen del contexto.

El maltrato puede abarcar desde un insulto ocasional a un vendedor al que el maltratador ni conoce hasta los golpes cotidianos que un abusador propina a su esposa. El maltrato más leve es aquel que se produce en una situación espontánea o esporádica y que suele estar relacionado con la falta de respeto y la agresión verbal.

Una persona que ingresa a una tienda a comprar y termina discutiendo e insultando al vendedor, lo estará maltratando. Ese tipo de situaciones, por lo general, termina de manera abrupta y sin mayores consecuencias.

Cuando el maltrato es cotidiano, en cambio, resulta mucho más grave, ya que puede dejar marcas físicas y psicológicas en la víctima. El maltrato infantil o la violencia de género que se produce en el seno de una familia es un problema social muy importante que incluso ocasiona numerosas víctimas fatales. Por lo general, aunque no de manera excluyente, el maltratador suele ser el hombre de la casa, quien hace uso y abuso de su fuerza física contra la mujer y los niños.

**Médico:** la palabra médico la usamos en dos sentidos. Por un lado, a través de ella se designa a todo aquello asociado o propio de la medicina, que es aquella disciplina que se ocupa del estudio del cuerpo humano, las afecciones que normalmente lo atacan y la manera tanto de curarlas como de prevenirlas. Y por otra parte, al individuo que se ejerce la mencionada actividad de la medicina se lo denomina médico.

Cabe destacarse que para desempeñarse como tal, la persona deberá haber cumplido satisfactoriamente toda la teoría y la práctica implicada en la carrera de Medicina dictada por tal o cual universidad.

El médico se preocupa especialmente por mantener la salud de sus pacientes y también de recuperarla en aquellos casos que se ve afectada o complicada. Para cumplir con ello el médico estudia cada caso en particular y normalmente se acompaña de: la examinación del paciente en cuestión y también indica estudios específicos de acuerdo a la dolencia que se manifiesta.

Una vez que reúne toda la información sobre la afección, el médico indicará un tratamiento a seguir para recobrar nuevamente el estado óptimo de salud. Dependiendo de cada situación y de la gravedad de los casos puede valerse de prácticas quirúrgicas, de prescripción de medicamentos, entre otras alternativas.

Cabe destacarse que el médico es uno de los profesionales que más requieren, por su comprometida actividad, una formación de tipo continuada, o sea, después de la formación de rigor estipulada, es necesario que el médico siga adquiriendo conocimientos sobre nuevas patologías, nuevos métodos de tratamiento para una enfermedad, entre otros. O sea, durante toda su vida profesional, el médico debe estar absorbiendo nuevos conocimientos en su materia, porque como sabemos la medicina avanza tanto como la tecnología y la ciencia. Uno de los sinónimos más populares de la palabra médico es el de doctor.

**Paciente:** del latín *patiens* (“padecer”, “sufrir”), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

**Programa:** el concepto de programa (término derivado del latín *programma* que, a su vez, tiene su origen en un vocablo griego) posee múltiples acepciones. Puede ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia; el temario que se ofrece para un discurso; la presentación y organización de las materias de un cierto curso o asignatura; y la descripción de las características o etapas en que se organizan determinados actos o espectáculos artísticos.

**Sensibilidad:** Del latín *sensibilĭtas*, la sensibilidad es la facultad de sentir (propia de los seres sensibles y animados). El término adquiere diferentes significados de acuerdo al contexto.

**Violencia** Del latín *violentĭa*, la violencia es la cualidad de violento o la acción y efecto de violentar o violentarse. Lo violento, por su parte, es aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo; que se ejecuta con fuerza, ímpetu o brusquedad; o que se hace contra el gusto o la voluntad de uno mismo. La violencia, por lo tanto, es un comportamiento deliberado que puede provocar daños físicos o psíquicos al prójimo. Es importante tener en cuenta que, más allá de la agresión física, la violencia puede ser emocional mediante ofensas o amenazas. Por eso la violencia puede causar tanto secuelas físicas como psicológicas

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

En este capítulo se presenta la metodología que permitió desarrollar el presente Trabajo Especial de Grado. Se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas y procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

#### **Naturaleza de la investigación**

Esta investigación va acorde con el paradigma cuantitativo el cual según Tapia (2002) y Hernández (2003)

El paradigma de investigación cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población.

Se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular. Desde un conocimiento extenso de una generalidad, para luego deducir el comportamiento acotado de una particularidad individual. Se basa en un modelamiento que define como se hace cada cosa, transformándolo en un enfoque más rígido, enmarcado en una cierta forma de hacer las cosas.

## **Nivel de investigación**

De acuerdo con el problema referido a la planificación de un programa de humanización dirigido al personal médico asistencial de la administración pública carabobeña, la investigación fue de tipo proyecto factible. Para UPEL (1998) “el proyecto factible consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnológicas, métodos o procesos”.

En atención a esta modalidad de investigación, se introdujeron 3 fases en el estudio, a fin de cumplir con los requisitos involucrados en un proyecto factible. En la primera inicialmente se desarrolló una evaluación de la atención recibida por el paciente de la administración pública, a fin de diagnosticar las necesidades de los mismos y de las personas que laboran en este campo. En la segunda fase del proyecto se verificó la factibilidad del programa de orientación. Y por último en la tercera fase y atendiendo a los resultados de la evaluación se diseñó el programa que dará respuesta a estas necesidades.

## **Diseño e instrumento de recolección de datos**

Sabino expone que un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos la información (.....) Los datos secundarios, por otra parte son registros escritos que proceden también de un contacto con la práctica, pero que ya han sido recogidos, y muchas veces procesados, por otros investigadores (.....)

suelen estar diseminados, ya que el material escrito corrientemente se dispersa en múltiples archivos y fuentes de información. (Sabino, 1996).

“La selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos implica determinar por cuáles medios o procedimientos el investigador obtendrá la información necesaria para alcanzar los objetivos de la investigación.” (Hurtado, 2000:164)

### **Estudio de campo:**

a. la observación es una técnica en la cual se lleva el proceso de recoger información sobre el objeto que se toma a consideración.

b. Dentro de la metodología descriptiva, la encuesta se presenta como el método más idónea para recolectar la información de un grupo heterogéneo de individuos que definirán el contexto donde se llevaría a cabo la experiencia y sobre las actitudes de los personas durante el trabajo.

c. La entrevista es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante la elaboración de preguntas abiertas o cerradas las cuales pueden estar previamente elaboradas o no de acuerdo a la naturaleza del caso, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto o grupo seleccionado en una muestra sobre un asunto dado.

d. La entrevista debe presentar las siguientes características: primero la interacción entre el investigador y los entrevistados debe ser impersonal ya que no es necesario mantener ningún tipo de relación para obtener la información requerida,

segundo la forma de aplicación debe ser por escrito y tercero el cuestionario es abierto y mixto donde el encuestado responde en base a una serie de respuestas alternativas.

e. un cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Aunque a menudo están diseñados para poder realizar un análisis estadístico de las respuestas en todos sus casos no es así.

El propósito de la aplicación de este instrumento es de recolectar información acerca del cómo se han visto afectados los pacientes del Hospital Dr. Miguel Malpica en cuanto al trato que recibe por parte del personal médico-asistencial y la importancia que para ellos puede tener la aplicación de un programa de orientación que sensibilice al personal . Por otro lado se introducirá la técnica de observación directa, no participante y sistemática.

## **Población**

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo y Tamayo, (1997), "La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación"(P.114)

El hospital Dr. Miguel Malpica está dispuesto para atender al total de la población que reside en el municipio Guacara la cual según el censo nacional del 2011 es de 175.168 habitantes aproximadamente, por lo tanto en una semana atiende por lo menos al 5% de esta población y algunos pacientes de municipios cercanos.

## **Muestra**

La muestra es la que puede determinar la problemática ya que es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso. Según Tamayo, T. Y Tamayo, M (1997), afirma que la muestra " es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico" (P38)

## **Tipo de muestra**

Muestreo aleatorio simple: la forma más común de obtener una muestra es la selección al azar. Es decir, cada uno de los individuos de una población tiene la misma posibilidad de ser elegido. Si no se cumple este requisito, se dice que la muestra es viciada. Para tener la seguridad de que la muestra aleatoria no es viciada, debe emplearse para su constitución una tabla de números aleatorios. La muestra escogida fue de cien pacientes seleccionados al azar, los cuales asistieron al área de emergencia y consulta por diferentes dolencias y fueron atendidos en este centro asistencial.

## **Validez**

Parella y Martins (2.006), aseguran que la mayoría de los casos se recomienda determinar la validez mediante la técnica de juicio de expertos, que consiste en entregarles a tres, cinco, siete expertos en la materia objeto de estudio y en metodología o construcción de instrumentos un ejemplar del instrumento con su respectiva matriz de respuesta, acompañada de los objetivos de a investigación, el sistema de variables y una serie de criterios para calificar preguntas. (p. 137) "La validez se define como la ausencia de sesgos. Representa la relación entre lo que se mide y aquello que realmente se quiere medir." (p. 138).

Para la validación del instrumento de recolección de datos, se entregó a tres especialistas en la temática y metodología uno profesor de la Universidad de Carabobo Facultad de Educación, otro Jefe del Departamento de Epidemiología del Hospital Dr. Miguel Malpica y la última jefa de enfermería del mismo centro médico, se les hizo entrega junto con: el problema, los objetivos (general y específicos), el cuadro de operacionalización de variables y el instrumento de recolección de datos; a través del cual se da una calificación específica a cada pregunta entre:

1: nada de acuerdo    2: indiferente    3: muy de acuerdo    4: no sabe

El primer evaluador fue, el Dr. Wilfredo Coronado jefe del departamento de epidemiología del Hospital Dr. Miguel Malpica este recomendó, aplicar este tipo de instrumentos en las primeras horas de la mañana ya que la afluencia de pacientes a esta hora es más constante y las emergencias son pocas además de que se encuentra mayor número de personal lo cual facilitara la observación.

La segunda evaluadora la Lcda. Moraima Sarabia jefa de enfermería del mismo centro asistencial indico que le parece algo generalizado el instrumento, sin embargo le parece que va directamente al grano, que las preguntas son fácil de comprender y responder lo cual es ideal para este tipo de investigación.

### **Confiabilidad**

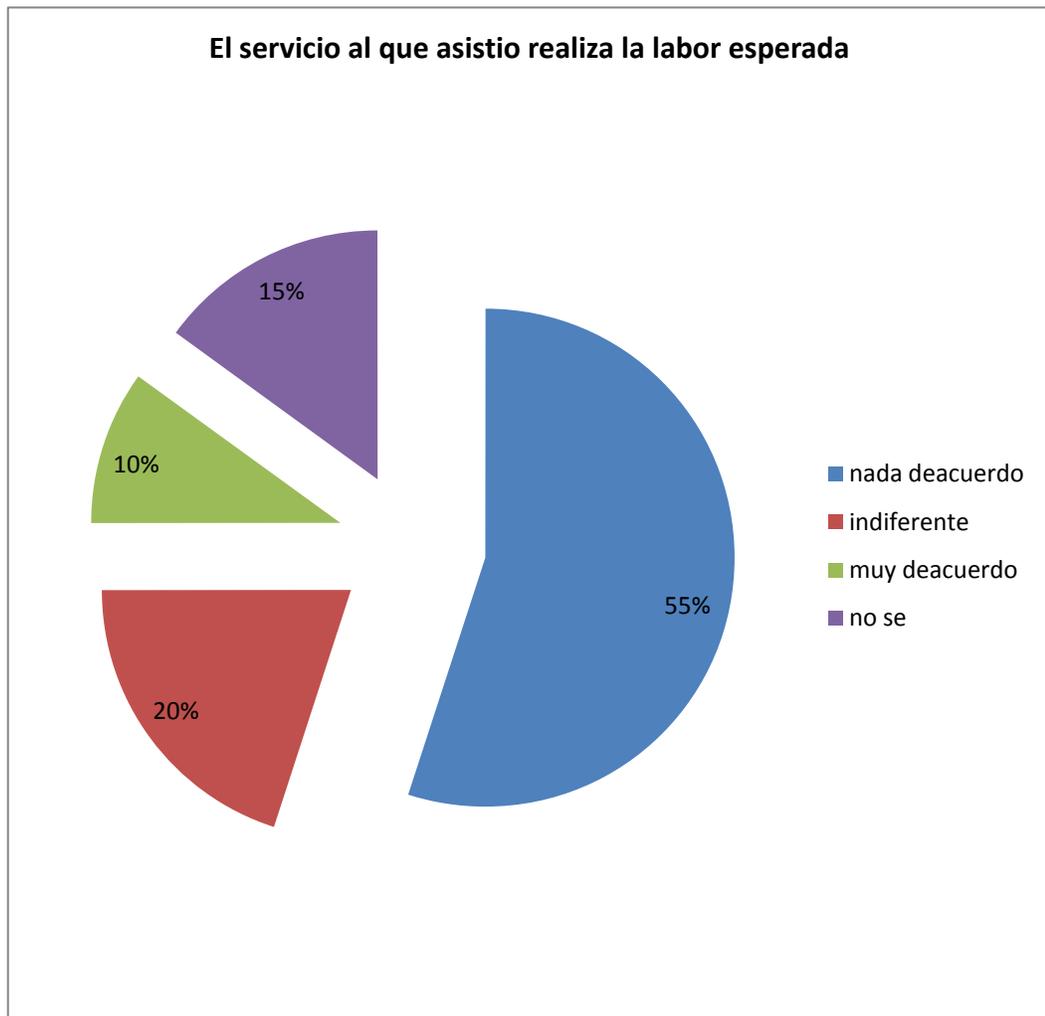
La confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos La ausencia de error aleatorio en un instrumento de recolección de datos representa para Palella y Martins (2.006) la influencia del azar en la medida; es decir, es el grado en el que las influencias del azar están libres de la desviación producida por los errores casuales.

Además, si la precisión de una medida es lo que asegura su repetitividad (si se repite, siempre da el mismo resultado).

## **CAPITULO IV**

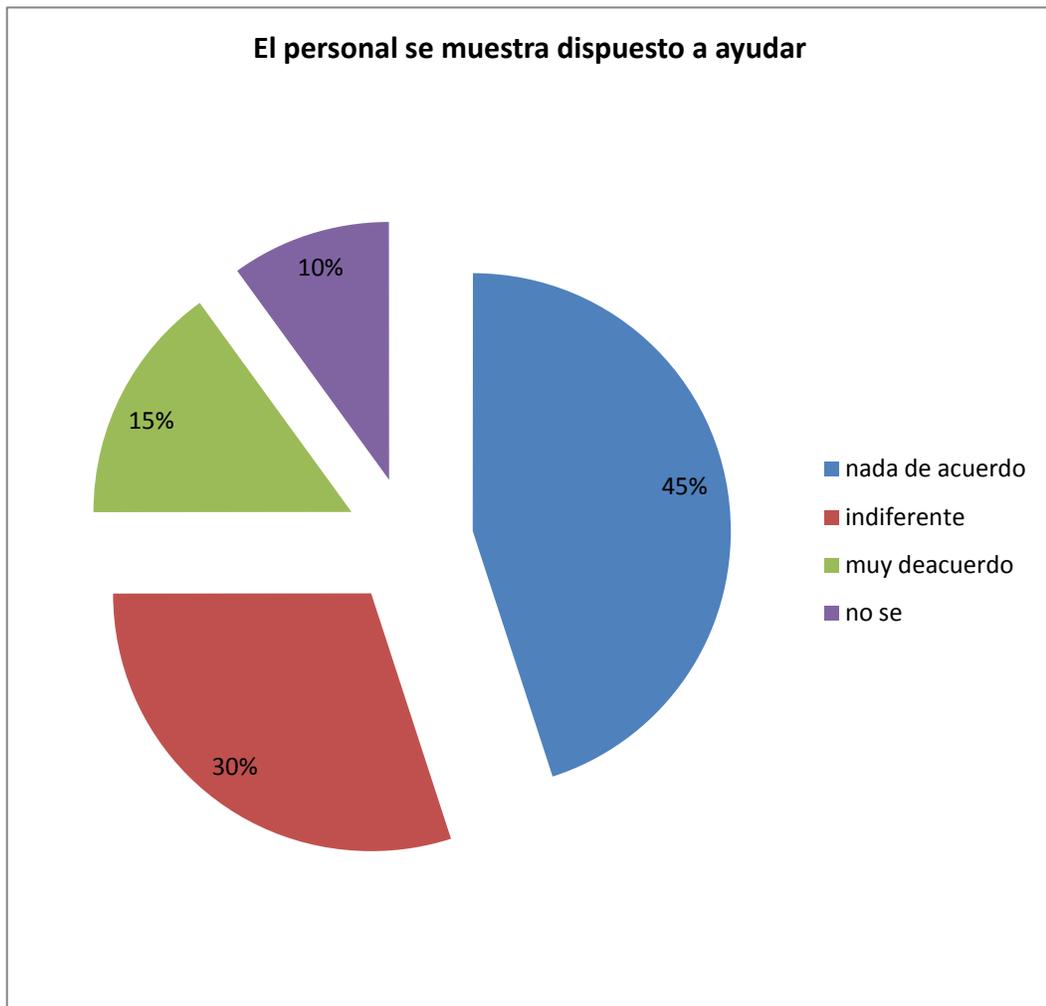
### **PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se demostrara los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento que se utilizó para recolectar los mismos, los cuales serán interpretados y analizados con el fin de poder obtener de estos las conclusiones de esta investigación.



**Grafico # 1** En esta pregunta de 100 personas encuestadas, 55 indican que el servicio al que asistió no realiza la labor que el espera, por ende se retira del centro médico insatisfecho esta respuesta corresponde a más del 50% de la población encuestada y solo un 10% indica que la atención fue la esperada.

Se relaciona este grafico con la teoría de Maslow ya que al no cubrirse una necesidad emergente la persona no puede sentirse satisfecha y por ende no logra la autorrealización esperada



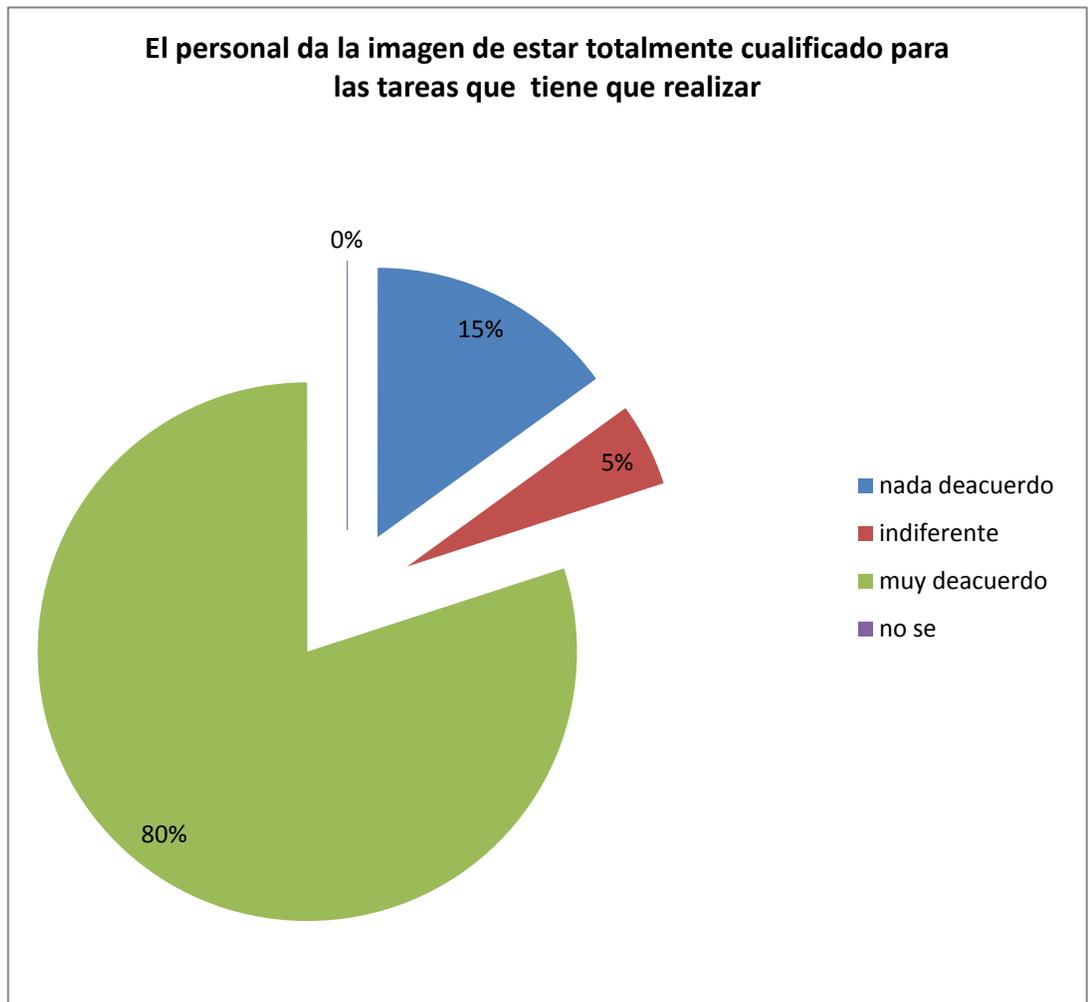
**Grafico # 2** En esta grafica se observa una tendencia muy similar a la anterior ya que casi la mitad de la población encuestada indica que el personal no está dispuesto a ayudar lo cual aporta un grado más a la insatisfacción del paciente el cual no encuentra respuesta a sus necesidades.

Esta grafica se relaciona con la teoría centrada en el paciente de Rogers ya que si la persona no siente empatía, ni un buen trato por el personal que lo asiste este no demostrara una mejoría y la insatisfacción puede agravar su malestar.

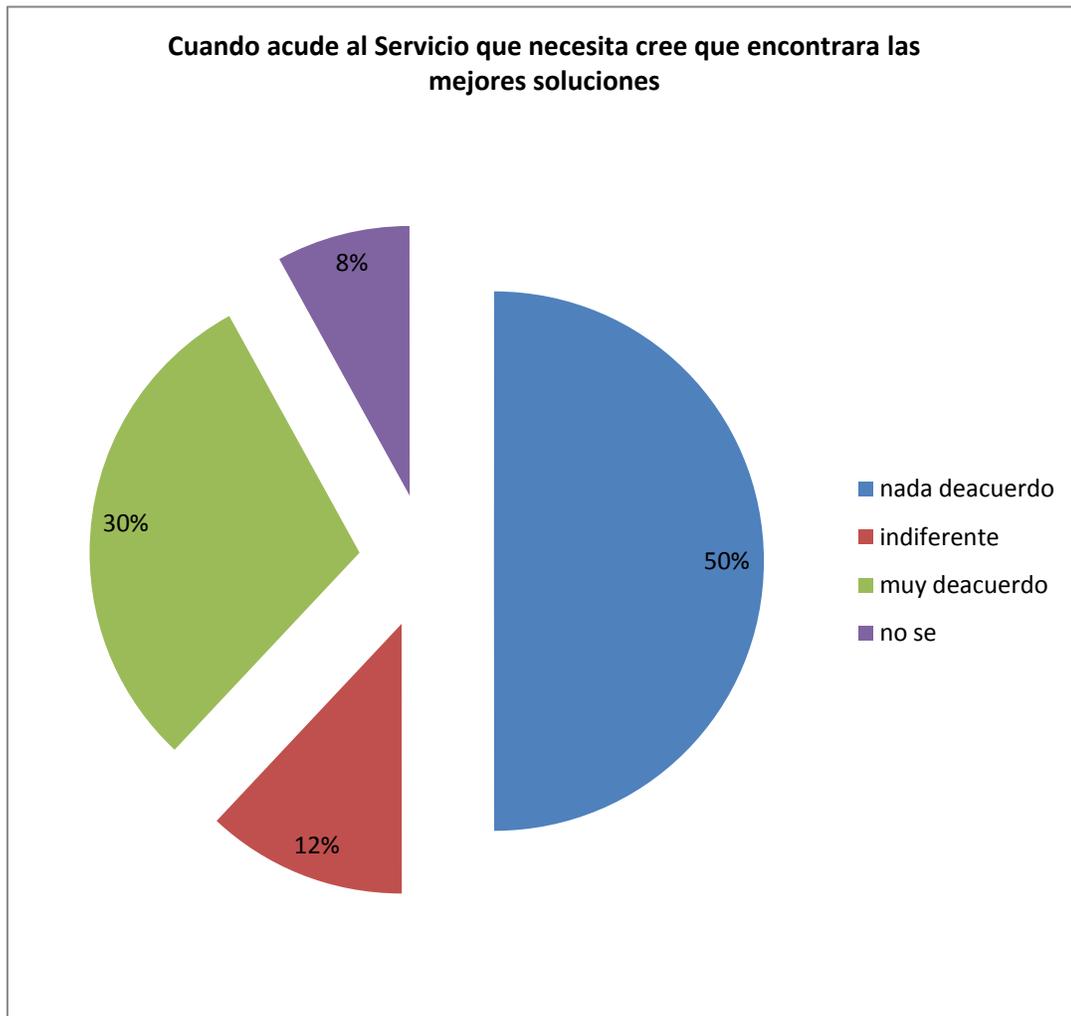


**Grafico # 3** En esta grafica se mantiene la tendencia hacia el descontento y la insatisfacción sobre el trato y atención recibida por parte del personal médico asistencial observándose nuevamente que más de la mitad de población están inconforme con los servicios prestados.

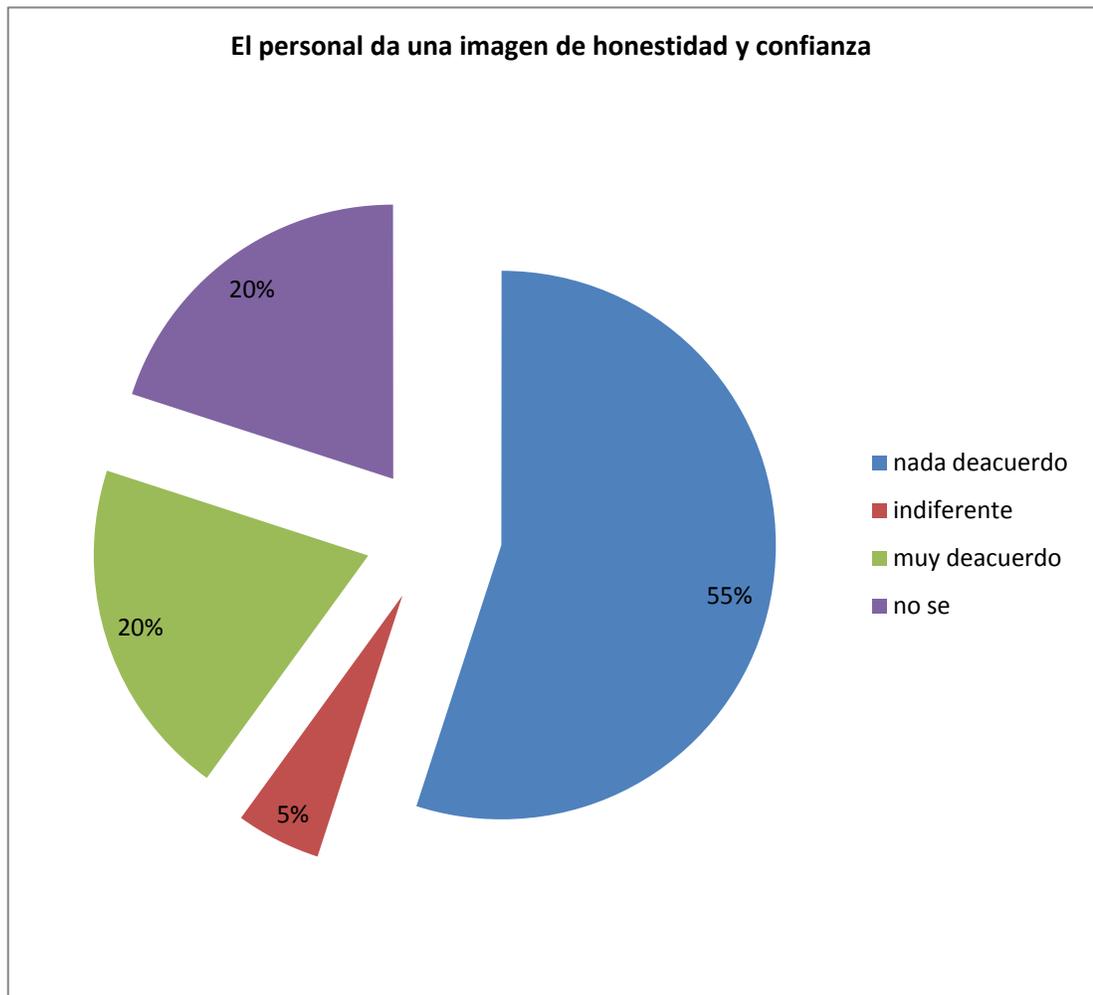
Esta grafica se relaciona igual que la anterior con la teoría de Carl Rogers.



**Grafico # 4** A diferencia de las otras graficas en esta se evidencia que a pesar de los posibles maltratos los pacientes reconocen casi en su totalidad que el personal ofrece una imagen de que si saben cuáles son sus funciones y que están capacitados para realizarlas solo un 15% piensa lo contrario

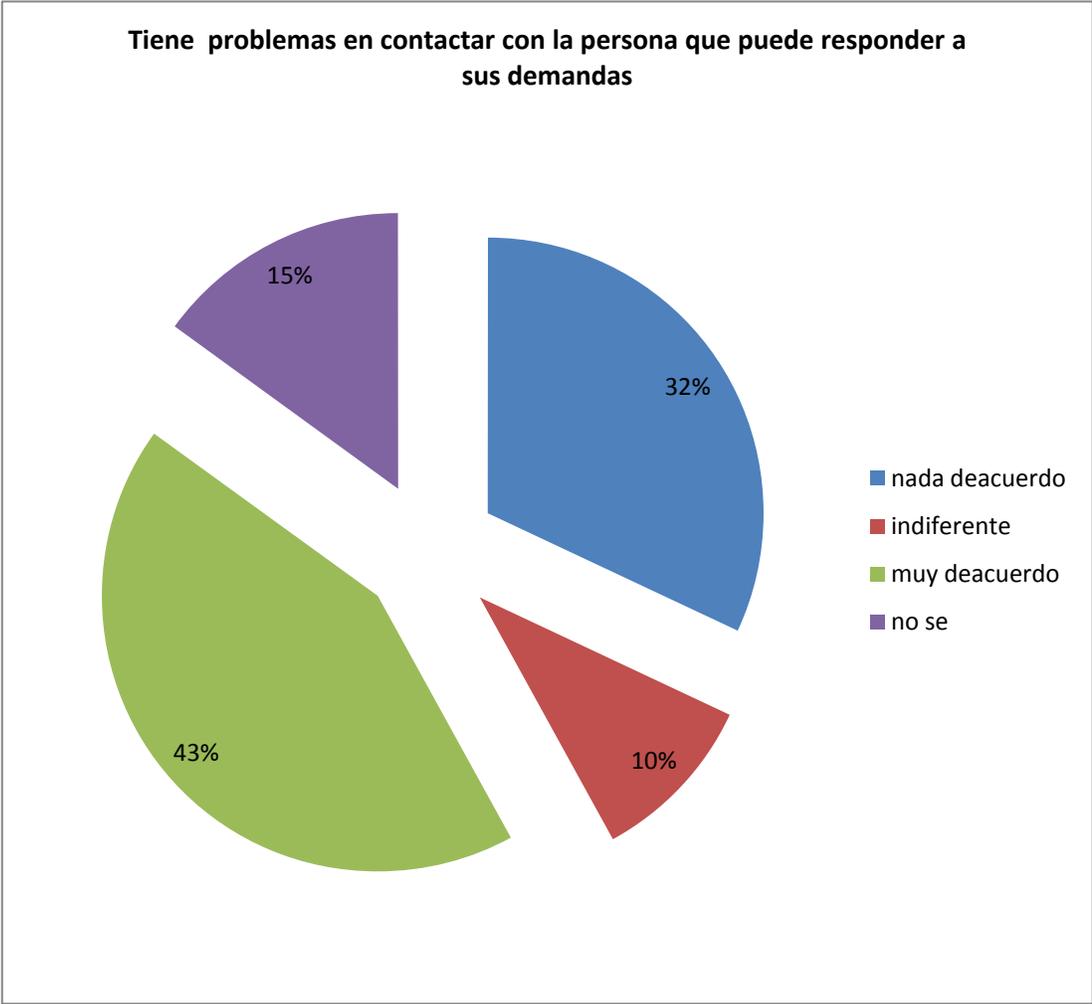


**Grafica # 5** En esta grafica se mantiene la tendencia hacia la insatisfacción por parte de los pacientes por la atención recibida la mitad de la población encuestada manifiesta que tal vez no encontrara las mejores soluciones, mientras que un 30% indica que si obtiene respuestas a sus solicitudes y se marchan satisfechos.

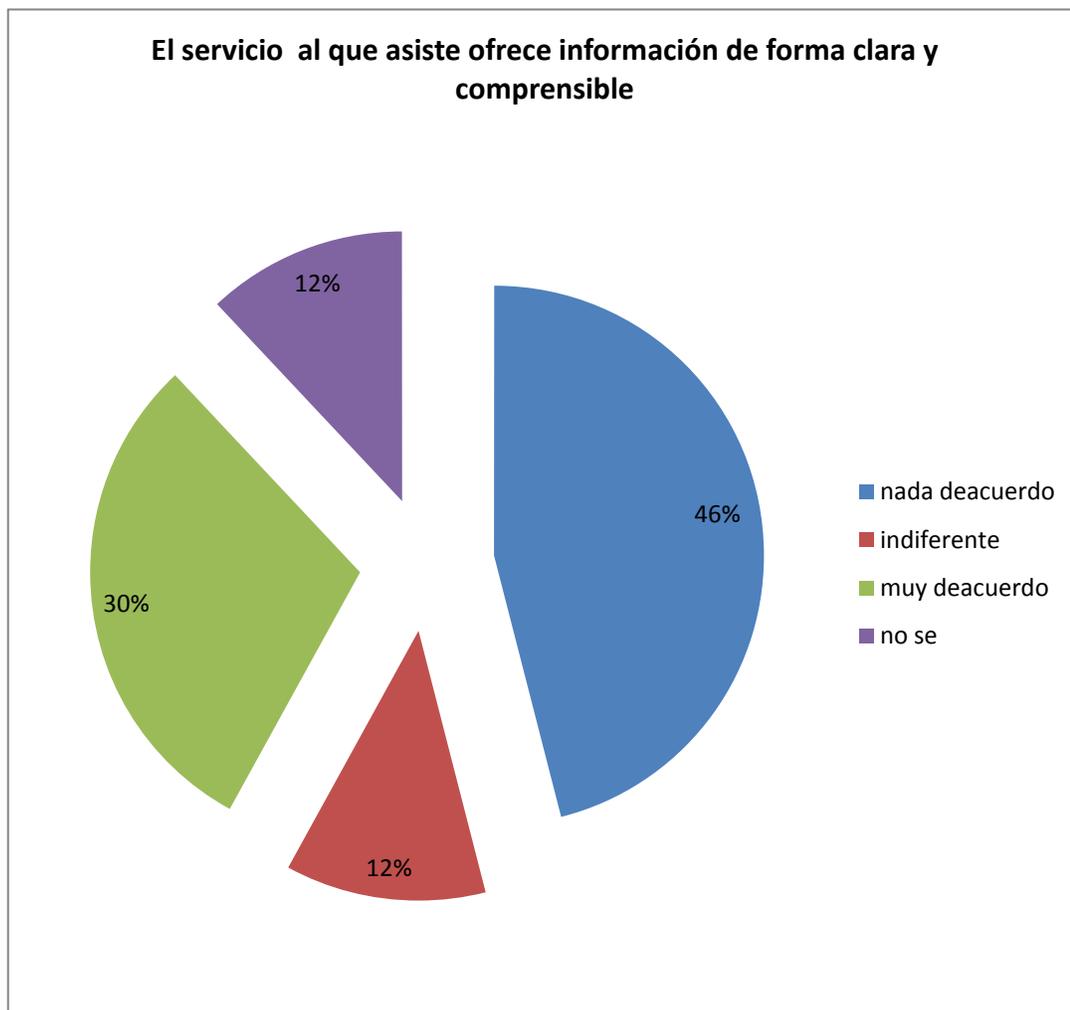


**Grafica # 6** Gran parte de los pacientes en esta grafica demuestran que no sienten o ven en sus médicos una imagen de confianza por lo que se podría decir que no se sienten cómodos al ser tratados, mientras que un 20% de la población si se siente cómodos con sus médicos.

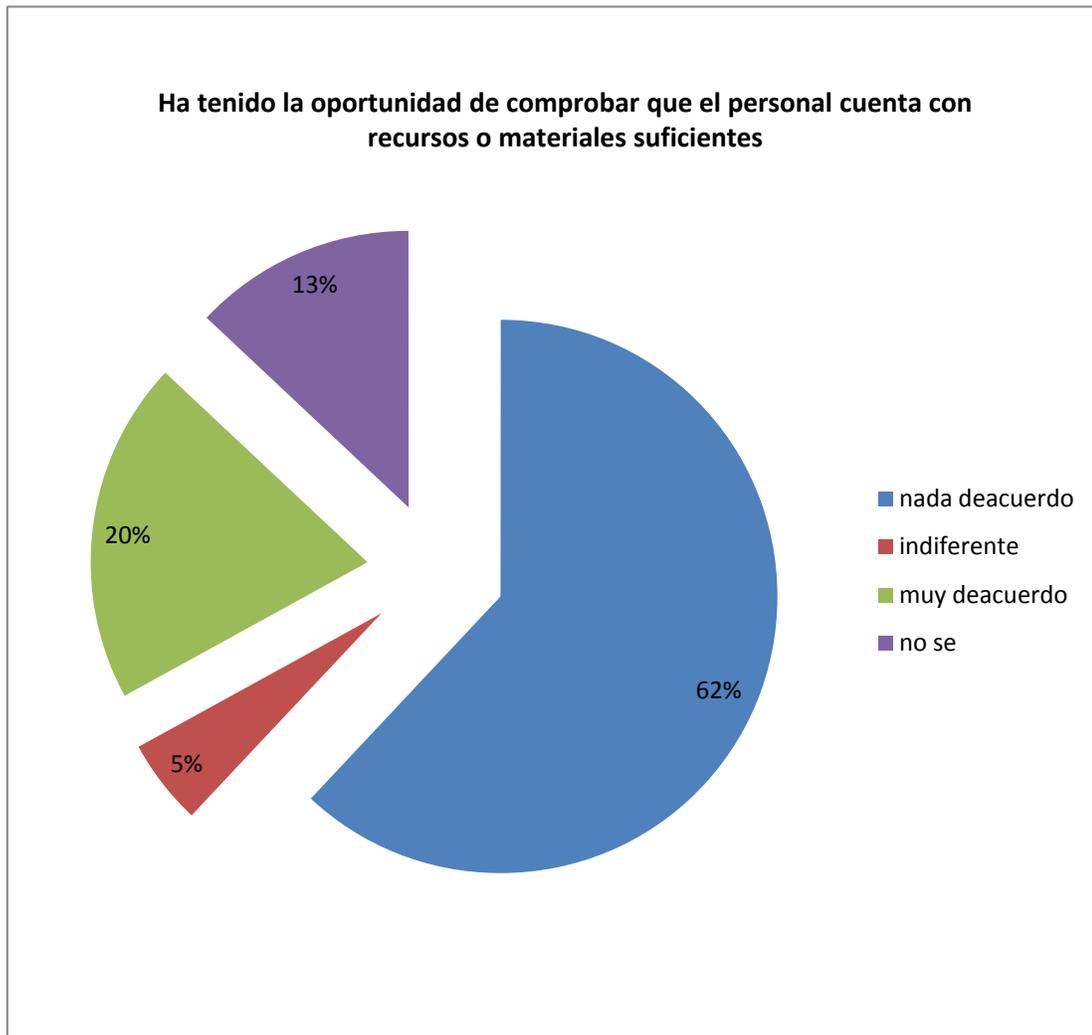
En esta grafica se relaciona con la teoría centrada en el paciente ya que si este no tiene confianza en su doctor no podrá expresar su malestar completo y por ende la mejoría no se logra satisfactoriamente.



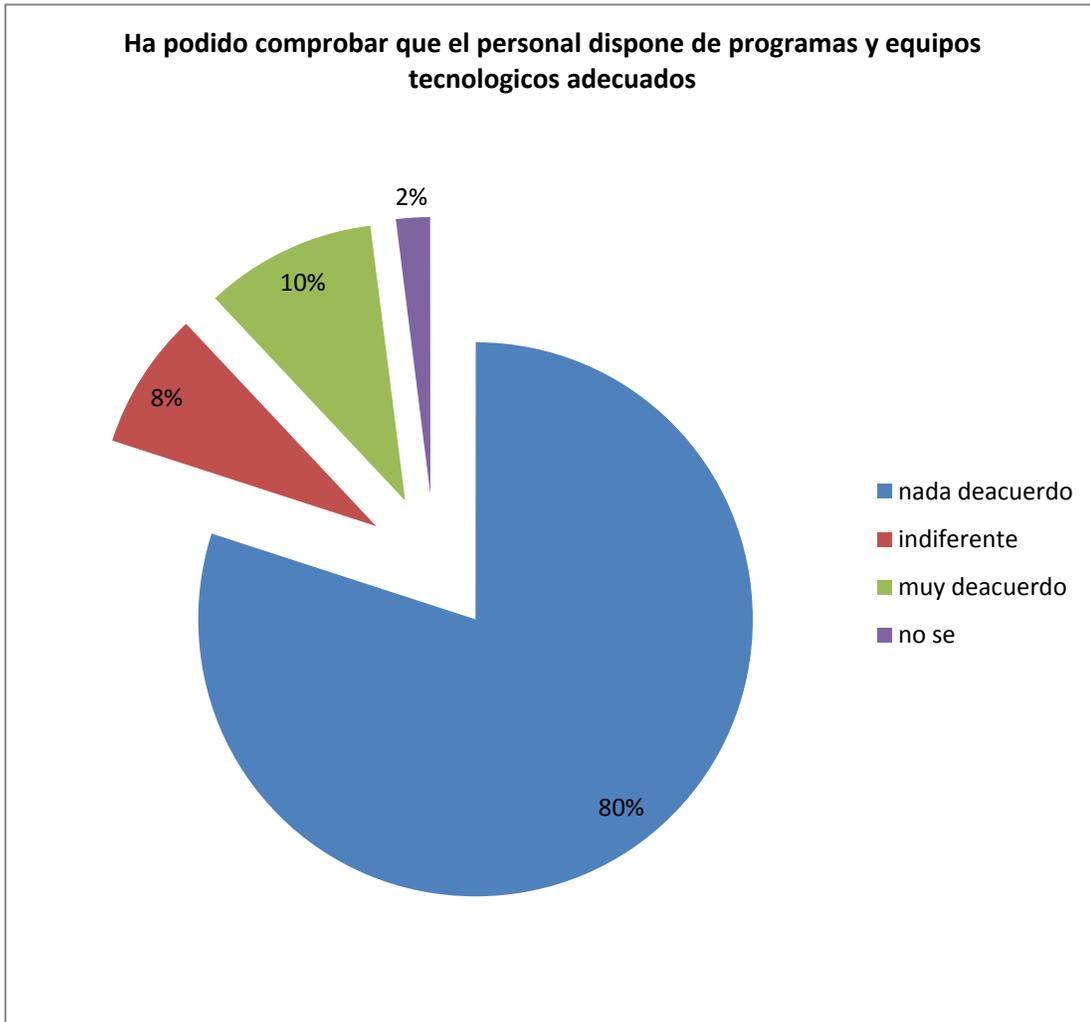
**Grafica # 7** En esta grafica se observa a un 43% de la población encuestadas la cual afirma presentar inconvenientes para contactar al personal que puede resolver su necesidad, mientras que por otra parte se evidencia un 32% de la población quienes afirman no presentar este tipo de conflictos para dar respuesta a su necesidad.



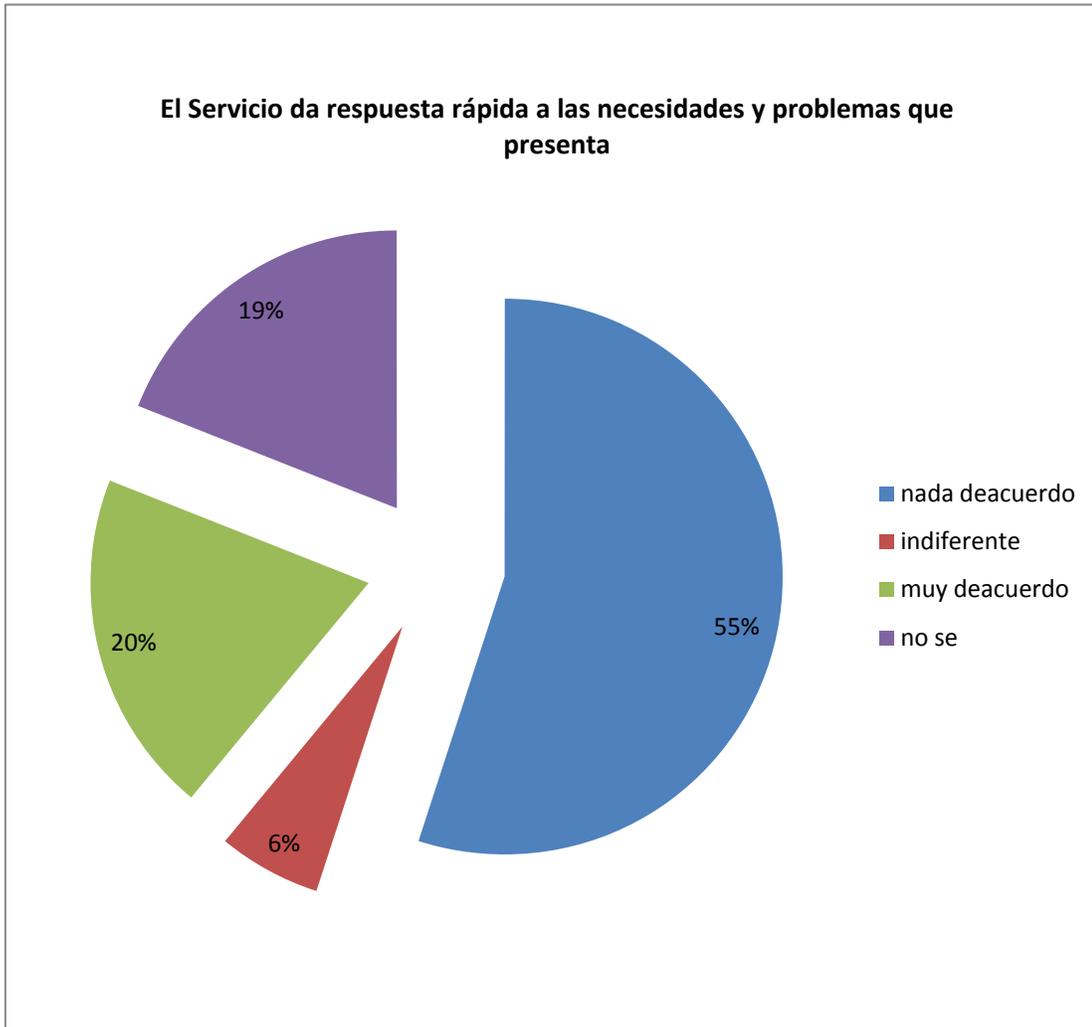
**Grafica # 8** En esta grafica una gran mayoría (46%) expresa que no recibe una información clara y comprensible por parte del personal médico asistencial, mientras que un 30% expresa que sus dudas si son respondidas y aclaradas



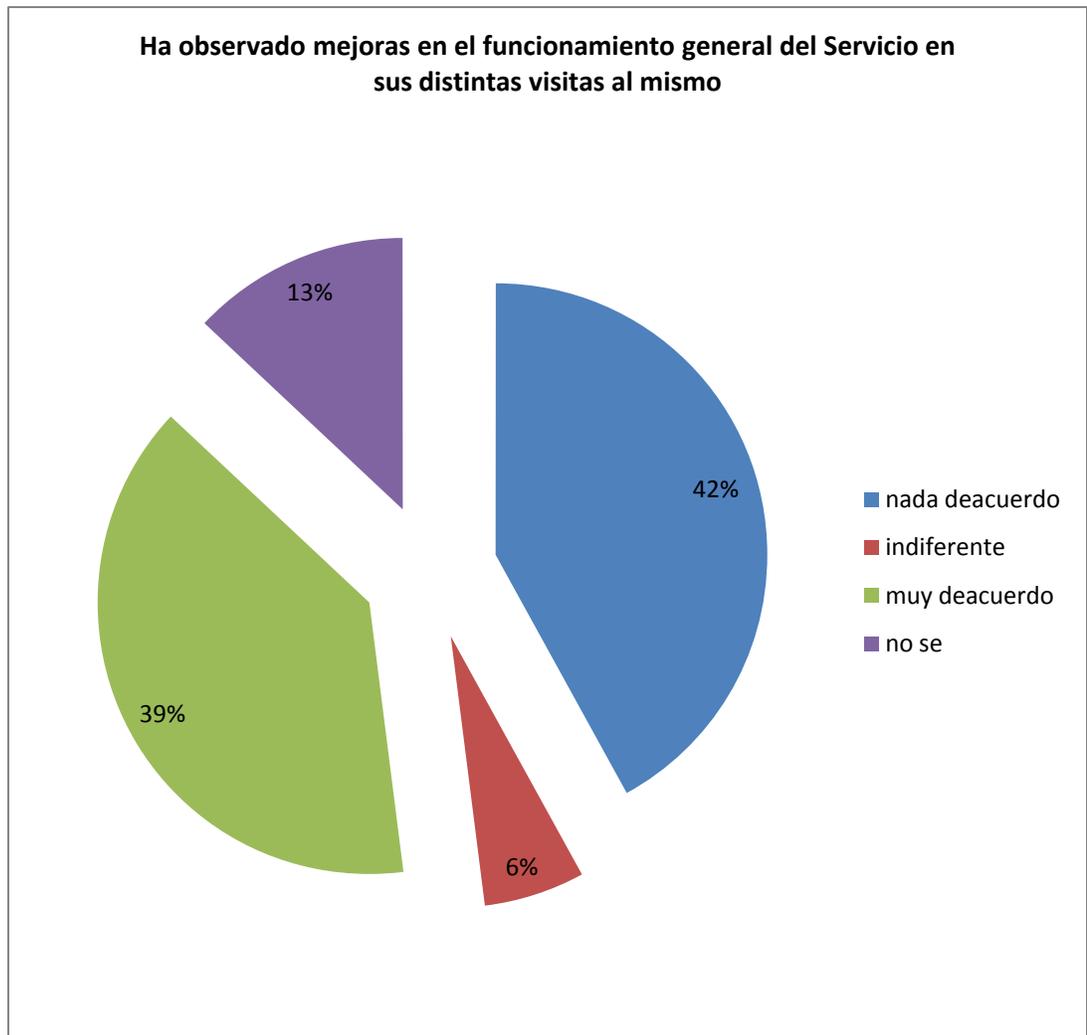
**Grafica # 9** Acá se puede evidenciar que la mayoría de la población (62%) esta consiente que el personal carece de los materiales suficientes para realizar sus funciones, mientras que un 20% indica que si cuentan con estos, mientras un 13% se muestra indiferente ante esta situación.



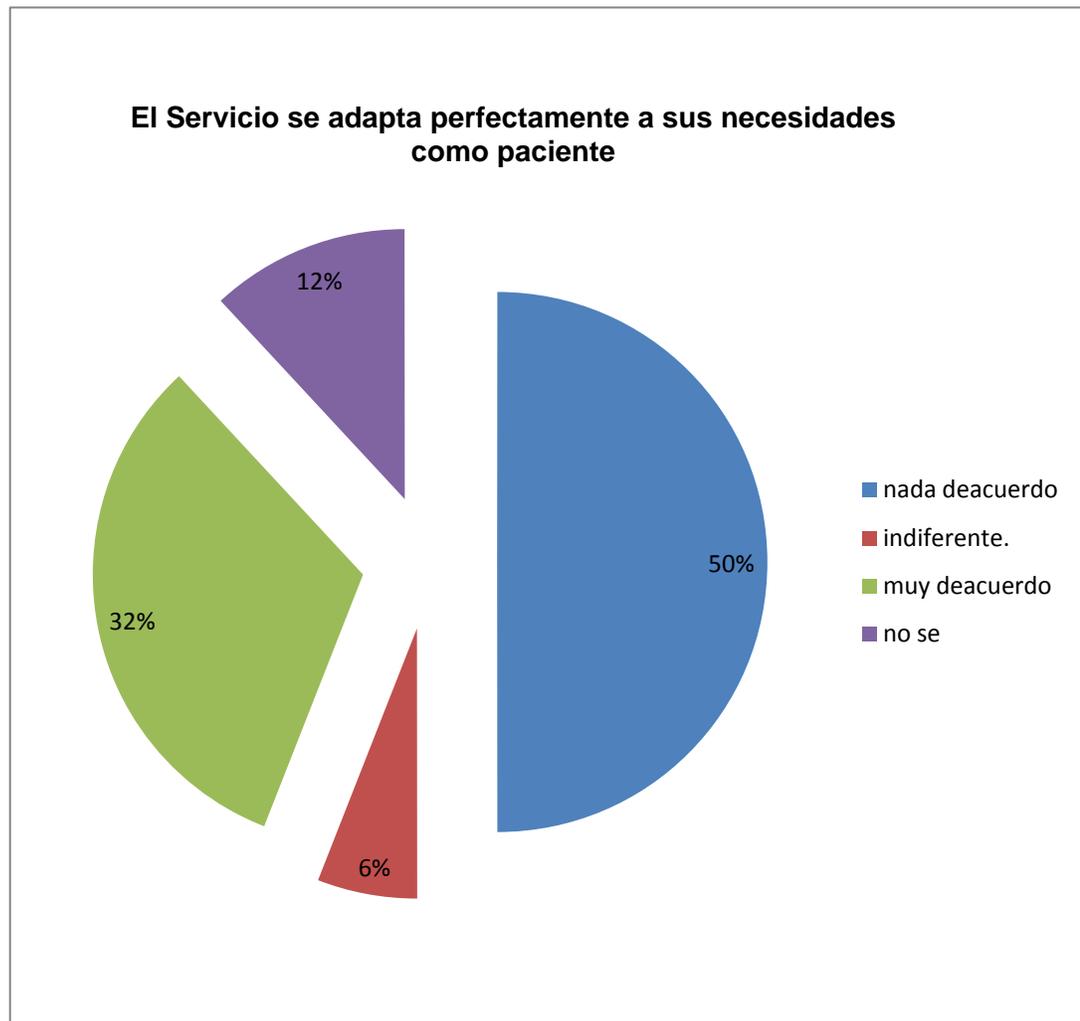
**Grafica # 10** A diferencia de la gráfica anterior, un 80% de la población encuestada reconoce que el personal médico-asistencial no cuenta con los equipos tecnológicos más adecuados para cumplir sus funciones, mientras que solo un 10% le parece que si los tiene



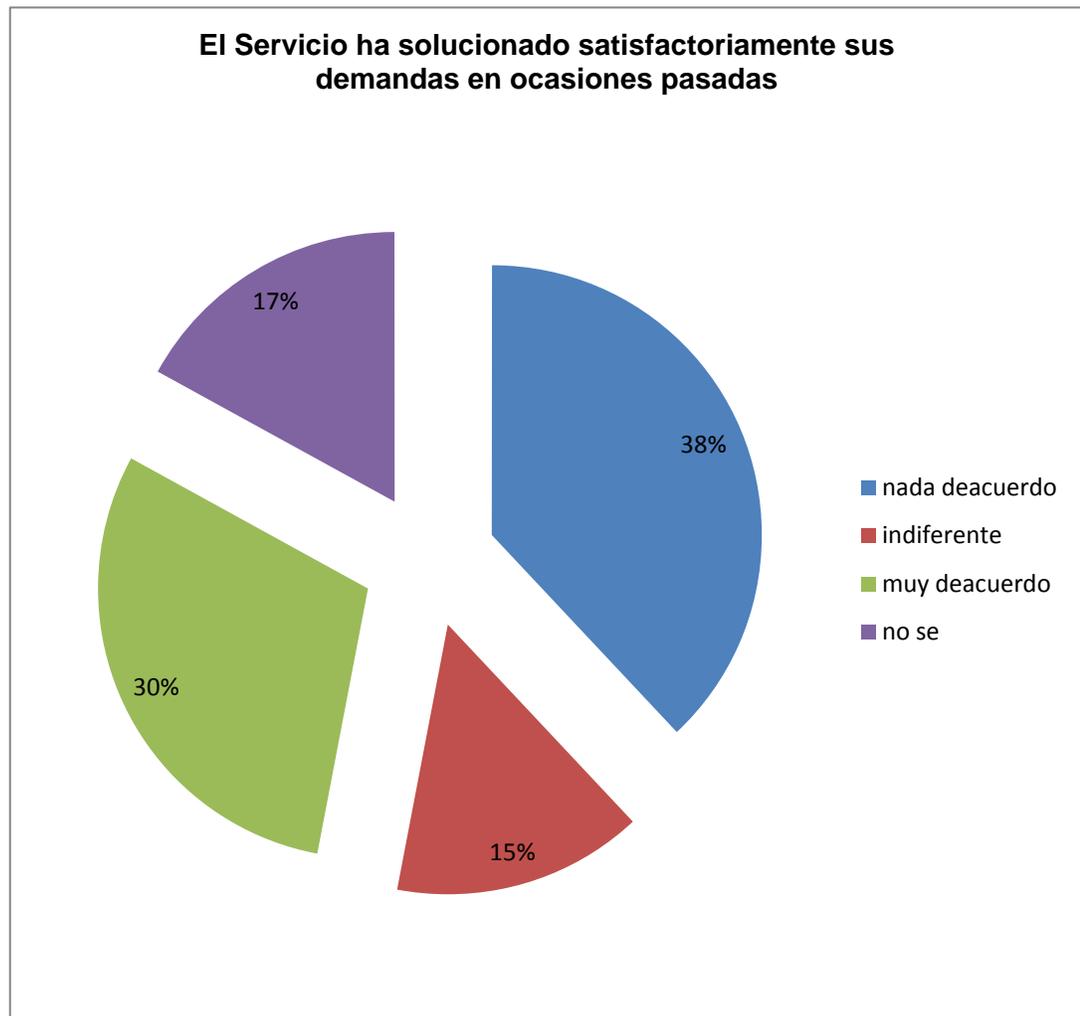
**Grafica # 11** En esta grafica se mantiene la tendencia hacia la insatisfacción con el servicio, un 55% de la población encuestada expresa que no se les da la respuesta rápida a sus problemas, mientras que solo un 20% indica que si obtienen las respuesta a tiempo.



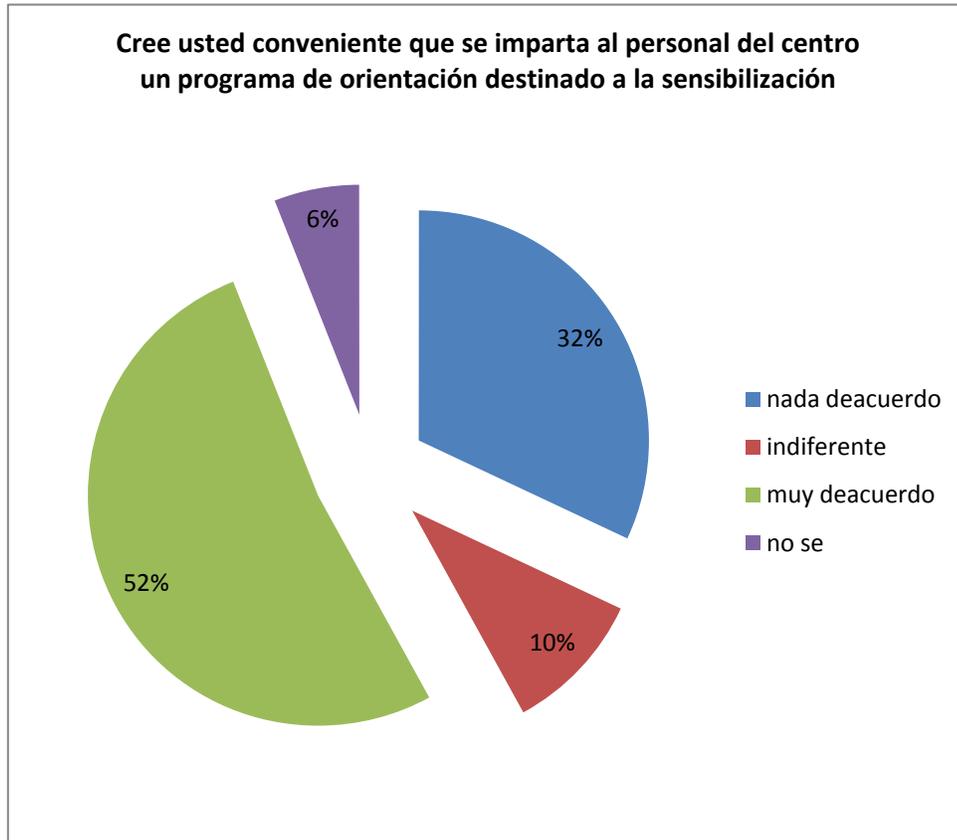
**Grafica # 12** En esta grafica un 42% de la población expresa que no observa mejoras en los servicios a través de sus distintas visitas, mientras que un 39% de la población indica que si ha observado mejoras en algunas de sus visitas



**Grafica # 13** En esta grafica se observa a un 50% de la población encuestada la cual indica que el servicio no logra adaptarse a sus necesidades, mientras que un 32% le parece que este si se adapta a sus requerimientos



**Grafica # 14** En esta grafica los pacientes expresan en un 38% que nunca han solucionado sus demandas de manera satisfactoria, mientras que un 30% indica que en ocasiones pasadas si les han resuelto sus demandas satisfactoriamente, mientras que un 17% no sabe si en el pasado sus demandas fueron solucionadas dentro del centro medico



**Grafica # 15** En esta grafica se observa que por lo menos un 52% de la población está de acuerdo con se realice un programa de orientación destinado a la sensibilización al personal médico-asistencial del centro médico, mientras que un 32% no está de acuerdo con la propuesta.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN



## PROPUESTA

### **Programa de sensibilización al personal médico-asistencial de un centro médico público**

“Sensibilizándome al dolor de mi paciente, logramos una recuperación efectiva”

**Tutores:** Jonathan Fernández

**Autores:** Alexandra Nieves

Néstor Avilan

Lusana Moreno

Valencia, Junio de 2.014

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA**

#### **Sensibilización al personal médico-asistencial de un centro médico público**

##### **Programa de orientación asistencial**

El orientador debe de ampliar su visión laboral y arriesgarse a ser pionero en otras áreas además de la educativa, y una buena opción es a través del desarrollo de programas que estimulen hacia el crecimiento personal o colectivo de una variada gama de necesidades que se presenten en el área elegida.

En el campo médico-asistencial podría ser de gran utilidad la presencia de la figura del orientador, ya que este mediaría en ciertos conflictos que surjan entre los diferentes profesionales que interactúan en este medio o entre los profesionales y sus pacientes, además podría guiar y ofrecer apoyo en circunstancias difíciles que deba de afrontar el paciente junto a su familia para que así se ofrezca una atención a la salud más completa y aumente el estado de bienestar del paciente.

Por estas razones surge la necesidad de crear un programa de orientación que se abogue a la sensibilización del personal médico asistencial para que de esta manera fluya de mejor manera las consultas y el paciente logre irse satisfecho con el servicio ofrecido.

## **Justificación del programa**

Debido a la gran cantidad de denuncias y quejas que expresan los pacientes que asisten a centros médicos pertenecientes a la administración pública se plantea la iniciativa de crear este programa de orientación el cual a través de variadas técnicas y estrategias buscara mejorar las relaciones médico-paciente y viceversa lo que posiblemente dé como resultado un ambiente laboral para el profesional menos estresante y los pacientes esperen su turno con mejor disposición.

Por consiguiente mediante este programa se busca atender a la necesidad que se planteó en el diagnóstico inicial, tomando en cuenta la factibilidad del mismo y la eficacia o impacto que cada una de las técnicas a ejecutar podrían tener en la población beneficiada.

Por estas razones se muestra el programa como un proyecto factible, donde la figura del orientador es vital y se busca el bienestar pleno del paciente y la satisfacción de una buena atención en el personal médico asistencial.

## **Definición del programa**

La propuesta de un programa de orientación destinado a la sensibilización del personal médico-asistencial: se refiere a la planificación de un terminado grupo de contenidos los cuales serán abordados a través de diferentes técnicas que tienen como principal finalidad mejorar las relaciones médico-paciente y pacientes-medico lo que le da un carácter de interdisciplinaridad ya que se busca la integración armoniosa de los implicados en la problemática.

## **Criterios de orientación del programa**

Basándonos en que la orientación es una ciencia holística que busca el bienestar completo del ser humano por medio de diferentes técnicas y estrategias previamente planificadas y que dan respuesta a una necesidad diagnosticada, este programa se apega a lo antes expuesto buscando cumplir una serie de objetivos expuesto los cuales se evaluarán si se logran o no relacionándolo de forma directa a la problemática expuesta.

### **Principios del programa**

Prevención: implica: investigación, conocimiento de la realidad, reflexión, planificación, precaución, evaluación, trabajo en equipo, visión de conjunto, enriquecimiento de nuestros conocimientos, redimensionamiento o cambio de dirección, iniciativa, creatividad.

Salud: es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su constitución aprobada en 1948.

Emociones: se denomina emociones a todas aquellas sensaciones y sentimientos que posee el ser humano al relacionarse con sus semejantes y con el medio en general.

Sensibilidad: Del latín *sensibilītas*, la sensibilidad es la facultad de sentir (propia de los seres sensibles y animados). El término adquiere diferentes significados de acuerdo al contexto.

### **Misión del programa**

Sensibilizar a la población medico- asistencial de la administración pública para que ofrezcan un servicio de calidez humana, afectivo y armonioso.

### **Visión del programa**

Lograr por medio de la aplicación de este programa un grupo de profesionales avocados a una atención humana y empática hacia sus pacientes garantizando el bienestar integral del mismo.

### **Fases del programa:**

1- Diagnóstico: Se realizó una entrevista con la directora del Hospital para ponerla al tanto de las intenciones del programa. Luego se hizo una observación directa en las diferentes áreas de atención a los pacientes del centro médico. Por último se aplicó un cuestionario diagnóstico para corroborar la necesidad obtenida por medio de las observaciones.

2- Evaluación: Se analizarán los resultados del diagnóstico para plantear la problemática existente.

3- Planificación: Se determinarán las estrategias y los planes de acción que se aplicarán en las ejecuciones con el fin de dar respuesta a la problemática encontrada.

4- Propuesta: Se elabora la propuesta del programa de orientación dirigido a la sensibilización del personal médico-asistencial.

### **Factibilidad del programa**

El programa propuesto tiene una gran factibilidad ya que da respuesta a una necesidad detectada por medio de un instrumento para la recolección de datos, la cual mediante variada observaciones directas o indirectas se ha comprobado que una gran cantidad de pacientes tienen que lidiar con maltratos por parte del personal del hospital y además no son atendidos adecuadamente lo que puede o no empeorar su estado de salud.

Además las técnicas propuestas no generan ningún costo al hospital lo cual es ventajoso ya que este es una institución de la cual los recursos proceden del estado.

De igual manera las técnicas propuesta están bien planificadas ya que por ser un centro asistencial no se puede destinar mucho tiempo a la aplicación de las misma ya que los recursos humanos se necesitan constantemente activos en sus funciones, para la aplicación de las técnicas se aprovecharan los descansos y cambios de guardia diurnos.

Por otra parte la aplicación de este tipo de programas les da a las autoras una ventaja de poder explorar en un campo poco conocido para ellas, y de esta manera adaptaran sus conocimientos a esta área la cual es casi que ignorada por su profesión.

En vista a lo ante expuesto las posibilidades de aplicación de este programa son altas y es aceptable ante la directiva de este centro médico y los profesionales que aquí laboran.

## **Objetivos del programa**

### **Objetivo general**

Sensibilizar al personal médico asistencial del Hospital Dr. Miguel Malpica Guacara, edo. Carabobo a través de unas técnicas y estrategias programadas.

### **Objetivos específicos**

1. Diagnosticar las necesidades del personal médico-asistencial que labora en el Hospital Dr. Miguel Malpica.
2. Diseñar un grupo de técnicas y estrategias que den respuesta a estas necesidades
3. Aplicar las técnicas y estrategias diseñadas.
4. Evaluar la efectividad de estas técnicas y estrategias aplicadas

### **Estrategias metodológicas**

Este programa ofrece una serie de estrategias que ayudaran a mejorar las relaciones entre el personal-medico asistencial y sus pacientes, ya que buscan la mediación del conflicto a través de la comunicación, y la puesta en práctica de la empatía, se propone técnicas como el sociodrama en donde se abre el proceso de “ponerse en el lugar del otro”, y se utiliza el mensaje reflexivo para lograr una comprensión de los actos en busca de la mejora.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Un buen trato podría ser la diferencia entre una recuperación satisfactoria o no, el mantener un clima de confianza y empatía con el medico podría asegurar una descripción mas exacta del malestar lo cual, garantiza un tratamiento mas eficiente para tratar la afección que presenta un paciente.

Cabe destacar que el estado anímico del convaleciente influye en el desarrollo de la enfermedad, ya que la salud es un estado integral del bienestar por lo tanto no se puede descuidar la parte emocional y mental como garantes de una recuperación rápida y eficaz en el paciente.

El programa busca el buen trato entre el medico y su paciente, que garantice un trato humano lo cual beneficia al profesional galeno y a la institución en la que este trabaja, por lo que mas pacientes satisfecho de la atención y tratamiento garantiza éxito en el ejercicio de la profesión.

## **Recomendaciones**

- ✓ Evaluar el desarrollo de las técnicas propuestas
- ✓ Al aplicar las técnicas que se adecue al horario de los médicos.
- ✓ Las técnicas aplicadas deben ser flexibles y cortas.
- ✓ Se recomienda un grupo pequeño de participantes para así lograr un mayor acercamiento.

## **ANEXOS**



OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DIMENSIONES	INDICADO	ITEMS
<p>Crear un programa de orientación destinado a la sensibilización dirigido al personal médico asistencial del Hospital Dr. Miguel Malpica Guacara, edo. Carabobo.</p>	<p>Programa de orientación</p> <p>Sensibilización del personal médico – asistencial</p>	<p>acción planificada encaminada a lograr unos objetivos con los que satisfacer unas necesidades</p> <p>Los recursos humanos son el asesor de la cabecera de dirección general de la organización en lo relativo al factor humano en la empresa. Sensibilizar a este factor es aclarar, proponer y participar en la implantación de las acciones de corto y largo plazo que aseguran la existencia operativa de los valores sociales; como la honestidad, lealtad, colaboración mutua y de un clima de confianza para la organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación</li> <li>• Estrategias</li> <li>• Evaluación</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de grupos</li> <li>• Aplicación de técnicas</li> <li>• Logros</li> <li>• Evaluación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de trabajo</li> <li>• Redacción de objetivos</li> <li>• Recursos</li> <li>• Asistencia</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión</li> <li>• Empatía</li> <li>• Buen trato</li> <li>• Mejor atención</li> </ul>	



El siguiente instrumento tiene por finalidad cuantificar una serie de parámetros los cuales se les especificara más adelante con la finalidad de evaluar los resultados obtenidos. Cabe destacar que este instrumento tiene solo un fin pedagógico y se mantendrá la confidencialidad de las respuestas siendo este, un instrumento anónimo, por ende se le agradece que responda de manera objetiva y con el mayor grado de sinceridad.

De antemano gracias por su colaboración.

Instrucciones:

- a) Lea cuidadosamente cada una de las interrogantes
- b) Llene cada uno de los campos con una equis o tilde según su elección de respuesta
- c) Guíese por la siguiente escala de satisfacción para responder:
  - 1 = nada de acuerdo
  - 2 = indiferente
  - 3 = muy de acuerdo
  - 4= Señale NS/NC si no tiene un juicio formado sobre la pregunta realizada

**Guía de respuesta:**

**1: nada de acuerdo    2: indiferente    3: muy de acuerdo    4: no sabe**

Pregunta	1	2	3	4
1. El servicio al que asistió realiza la labor esperada				
2. El personal se muestra dispuesto a ayudar				
3. El trato del personal con los pacientes es considerado y amable				
4. El personal da la imagen de estar totalmente cualificado para las tareas que tiene que realizar				

5. Cuando acude al Servicio que necesita cree que encontrara las mejores soluciones				
6. El personal da una imagen de honestidad y confianza				
7. Cuando acude al servicio que necesita, tiene problemas en contactar con la persona que puede responder a sus demandas				
8. El servicio al que asiste ofrece información de forma clara y comprensible				
9. Ha tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos o materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo				
10. Ha podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos informáticos adecuados para llevar a cabo su trabajo				
11. El Servicio da respuesta rápida a las necesidades y problemas que presenta				
12. Ha observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en sus distintas visitas al mismo				
13. El Servicio se adapta perfectamente a sus necesidades como paciente				
14. El Servicio ha solucionado satisfactoriamente sus demandas en ocasiones pasadas				
15. Cree usted conveniente que se imparta al personal del centro un programa de orientación destinado a la sensibilización				