

320825

12  
2 ej'

**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**

PLANTEL TLALPAN

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM



"NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAS QUE  
RESIDEN EN UNIDADES HABITACIONALES"

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**RICARDO TURRUBIARTES VARGAS**

**Asesor de Tesis:**  
**PSIC. ADELA SICILIA C.**

**MEXICO, D. F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1990**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

	pág.
- INTRODUCCION . . . . .	1
1- MARCO TEORICO . . . . .	3
1.1 - Antecedentes . . . . .	3
1.1.1 - Estudios sobre hacinamiento y demografía en especies animales . . . . .	3
1.1.2 - Estudios previos sobre el hombre y su relación con el medio ambiente . . . . .	9
1.1.3 - Estudios previos sobre el hombre y su interrelación con la vivienda . . . . .	16
1.2 - Bases Teórico - Conceptuales . . . . .	21
1.2.1 - Aportaciones teóricas en el marco de la salud pública . . . . .	21
1.2.1.1 El proceso de urbanización con- tra el decremento de la salud . . . . .	26
1.2.1.2 El hacinamiento como un problema de salud pública . . . . .	30
1.2.1.3 Urbanización y Salud Mental . . . . .	47
1.2.2 - Epidemiología de las enfermedades menta- les . . . . .	49
1.2.3 - Aportaciones teóricas de la psicología - ambiental . . . . .	57
1.2.3.1 Vivienda y Salud Mental . . . . .	63
1.2.3.2 La Sensopercepción y la vivienda . . . . .	72
1.2.3.3 El fenómeno de la territoriali- dad . . . . .	78

1.2.4 - Psiquiatría Comunitaria . . . . .	81
1.2.5 - La ansiedad desde el punto de vista clínico . . . . .	84
2- ASPECTOS METODOLOGICOS GENERALES . . . . .	91
2.1 - Problema de Investigación . . . . .	91
2.2 - Objetivo General . . . . .	92
2.3 - Hipótesis . . . . .	93
2.4 - Definición de Términos . . . . .	94
2.5 - Definición de Variables . . . . .	96
2.6 - Definición de la población y características de los sujetos . . . . .	100
2.7 - Definición de los Instrumentos . . . . .	102
2.8 - Diseño de Investigación . . . . .	108
2.9 - Procedimiento . . . . .	110
2.10 Análisis Estadístico . . . . .	112
3- RESULTADOS . . . . .	115
4- DISCUSION . . . . .	127
5- CONCLUSIONES . . . . .	135
6- ALTERNATIVAS, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS . . . . .	136
REFERENCIAS . . . . .	141
ANEXO . . . . .	148

## I N T R O D U C C I O N

En el mundo de hoy parecería importar muy poco o incluso ocupar un segundo plano lo que el hombre experimenta en las distintas esferas de su vida como consecuencia de los valores capitalistas predominantes en nuestros días. Consecuencias que se ven reflejadas en los diversos cuadros de enfermedad de la población, desde el orden biológico hasta el mental, sobre el cual, el estilo, las condiciones de vida, así como el deterioro de los principios humanos ejercen sus mayores repercusiones.

Actualmente encontramos en nuestras ciudades un panorama de salud mental bastante crítico, resultado de múltiples factores que no han recibido la atención que merecen por considerarse poco importantes e intrascendentes. En el presente, existen datos que demuestran la relación dinámica entre el medio ambiente y la salud mental de los sujetos que se encuentran en interacción constante con un determinado contexto. De esta forma se ha asociado que diversas psicopatologías se encuentran relacionadas con características medio ambientales. Así, por ejemplo, nos enfrentamos a un desarrollo urbano caótico que ha generado grandes asentamientos humanos con la consecuente carencia de viviendas.

En búsqueda de soluciones, que en el mayor de los casos no son sino meros paliativos, se ha dado prioridad a la construcción de grandes Unidades Habitacionales con espacios reducidos de las viviendas, así como carencias de espacio, las cuales se estudian en la presente investigación y que conllevan al detrimento de la salud mental. De esta manera, en la construcción de las unidades habitacionales no se toma en cuenta la problemática vigente respecto a la salud mental que prevalece en sus moradores como consecuencia de las características medio ambientales. La serie de condiciones que en dichas viviendas se presentan generan altos grados de ansiedad, desencadenando o configurando

las diversas psicopatologías.

Quizá resulte poco desconsolador y hasta alentador, mirar hilera tras hilera de altos y modernos edificios pero es, sin embargo, muy inquietante analizar y reconocer el nivel de salud mental y la calidad de vida de sus habitantes, en franco deterioro, tanto en el ámbito individual como el familiar y social. Por ahora, la determinación de normas suficientes para la construcción de viviendas es prácticamente nula al nivel de la salud mental. Por lo demás, esta falta de reglamentación obedece a que no se han realizado las investigaciones necesarias al respecto.

La presente investigación no pretende aportar dichas normas rigurosamente delineadas, pero sí pretende, en cambio, analizar una de las vertientes básicas del problema: La ansiedad generada por los reducidos espacios habitacionales que se presenta en las unidades habitacionales, aportando principios básicos en el marco de la salud mental, necesarios de tomarse en cuenta para la construcción de los grandes centros de patología que el hombre en sus afanes ha creado.

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1 ANTECEDENTES

#### 1.1.1 - Estudios sobre Hacinaamiento y Demografía en Especies Animales.

A pesar de las carentes investigaciones, podemos rescatar elementos de importancia en estudios realizados desde años anteriores, relacionados en cierta manera con el tema que nos ocupa; los cuales dan cuenta de la preocupación existente de algunos investigadores sobre las consecuencias de la sobrepoblación en el ámbito psicológico.

Uno de ellos son los experimentos de Calhoon, realizados en marzo de 1947. Inició su estudio de la dinámica demográfica en condiciones naturales, introduciendo 5 turones hembras salvajes fecundadas, en un aserradero de un cuarto de acre situado fuera de la construcción, sus observaciones duraron 28 meses. Observó que independientemente del alimento y a salvo de depredadores, la población no sobrepasó los 200 animales y se estabilizó en 150. En realidad podían haber procreado un promedio de 50 000 animales en condiciones normales, pero no existía espacio suficiente para tantos.

Calhoon (1950), observó que aún con 150 turones, en un encierro de un cuarto de acre, las conductas eran adversas a los cuidados maternos normales y que en esas condiciones pocos pequeños sobrevivían, además de que los turones no se esparcían al azar por todo el espacio disponible, sino que se habían organizado en 12 ó 13 diferentes colonias locales. Observó que 12 turones era el número máximo para poder vivir en armonía en un grupo natural y que incluso este número puede ocasionar estrés, con todos los efectos fisiológicos secundarios.

Calhoon (1950), trazó una serie de experimentos en que las poblaciones de

turones podrían aumentar libremente, en condiciones que permitían la observación detallada, sin influir en el comportamiento de los turones. Los resultados de estos experimentos son alarmantes y arrojan muchos datos acerca del modo en que los organismos se comportan en diferentes condiciones de hacinamiento, aportando información sobre el hecho de que el comportamiento social que acompaña al hacinamiento puede tener importantes consecuencias fisiológicas. En resumen, los experimentos de Calhoun deducen claramente que aún el turón, que es muy resistente, no puede tolerar el desorden y que, como el hombre, necesita cierto tiempo en que pueda estar solo. Probablemente en el hacinamiento en sí mismo no hay nada patológico que produzca los síntomas examinados, pero trastorna importantes funciones sociales y conduce a la desorganización y por consiguiente afecta también individualmente, produciéndose un desplome demográfico como un intento de controlar la situación desfavorable.

Las costumbres sexuales de los turones, a la vez, sufrieron trastornos y se hicieron endémicos, surgiendo el pansexualismo y el sadismo. La cría de los pequeños quedó desorganizada, se alteró el comportamiento social de los machos y apareció la conducta de morderse unos a otros como una expresión de agresividad, las jerarquías se hicieron inestables y nadie respetaba la territorialidad de los demás a menos que lucharan por ésta agresivamente. Las pruebas recogidas por Calhoun (1950), señalan evidentemente la inminencia de una crisis por sobrepoblación.

En un estudio de la patología del exceso de población, demostró Christian J. (1963), que las glándulas suprarrenales trabajan más en los animales subordinados que en los dominantes. Sus estudios demostraron que existe relación entre agresividad y distancia en los animales: Cuando la agresividad era



mucha la distancia media de interacción era menor, así como el número de interacciones, es decir, que cuando la agresividad aumenta, los animales necesitan mayor espacio y si tal espacio no existe, se inicia una reacción en cadena, en la que el exceso de población produce agresividad.

Una explosión de agresividad y actividad sexual conjuntamente con el estrés sobrecargan las glándulas suprarrenales, provocando el desplome demográfico debido a la disminución de la tasa de fertilidad; a la mayor susceptibilidad a las enfermedades y a una mortandad masiva. Todo esto provocado por el shock hipoglucémico. (Christian J. 1963)

Mc. Bride G. (1964), Profesor australiano en Economía Animal ha realizado detalladas observaciones del espacio de las aves domésticas y su función de dominancia, su teoría de "organización y comportamiento social", tiene como elemento principal el tratamiento del espacio. De esta teoría se desprende el que podamos referirnos a la distancia personal existente, tema del cual trataremos en otro apartado. Mc Bride afirma que existe en el reino de los vertebrados la utilización de dicha distancia.

Shafer W. (1956), Director del Museo de Historia Natural de Frankfurt, trató de comprender los procesos vitales fundamentales, fué el primero en estudiar el modo que tienen los seres vivos de manejar el espacio. Sus conceptos "espacio crítico" y "situación crítica" se desprenden de sus estudios.

Su investigación realizada en 1956, se distingue por dedicar su atención exclusivamente a la crisis de supervivencia. Observó que las sociedades de animales iban aumentando en número hasta llegar a una "densidad crítica", y para que la sociedad sobreviviera era necesario que superaran la crisis creada. Su contribución fué la clasificación de las crisis de supervivencia y el hallazgo de la norma en las diversas formas que han elaborado los orga-

nismos simples para tratar el hacinamiento provocado por la sobrepoblación. Analizó el proceso de control de población, con la solución de otros problemas importantes para la vida, aseverando que todos los animales tienen necesidad de un espacio mínimo, sin el cual no pueden sobrevivir, es el espacio crítico a cada organismo. Cuando la población aumenta tanto que ya no hay espacio crítico disponible aparece una situación crítica y el modo más sencillo de resolverla es suprimir algunos individuos a fin de mantenerse a un nivel donde haya espacio suficiente para cada individuo, de los restantes.

Tinbergen N. (1958), etólogo holandés, identificó una serie de operaciones conductuales del gasterósteo, entre ellas observó en situaciones experimentales, lo que sucede cuando existe un número alto de machos, y por lo tanto, un apiñamiento en los territorios individuales. Observó que en condiciones de hacinamiento verdaderamente graves, los machos se pelean entre ellos, hasta que mueren algunos; realizan también diversos tipos de actividades que permiten regular su reproducción: muriendo de hambre o produciéndose enfermedades. Conductas suicidas semejantes se han observado entre los conejos, que en épocas de grandes acumulaciones de población son seguidas de una mortandad masiva. Los indígenas de unas islas del Pacífico han visto ratas con comportamientos semejantes.

Tratando de dar una explicación científica convincente de dichos fenómenos, Christian J. (1964), un etólogo con estudios de patología, en 1950 propuso la tesis de que el aumento y disminución de la población entre los mamíferos estaban gobernados por mecanismos fisiológicos que respondían a la densidad. Presentó pruebas de que cuando el número de los animales aumenta en determinada región, se van formando tensiones estresantes hasta provocar una reacción endócrina que produce el desplome demográfico.

Es el caso de la Isla de James, a 22 kilómetros al oeste de Cambridge en Maryland, de una superficie de 113 hectáreas (una milla cuadrada); deshabitada ésta entonces, que en 1916 cuatro o cinco ciervos de Silka fueron dejados en este lugar. Criando libremente el rebaño fué aumentando hasta 280 ó 300 cabezas, es decir, dos animales por hectárea. Llegando a este punto era de esperarse un fenómeno como resultado. En 1950, mató Christian (1961), a 5 ciervos para realizar estudios histológicos de las glándulas suprarrenales, el timo, el bazo, la tiroides, las gónadas, los riñones, el hígado, el corazón, pulmones y otros tejidos. Christian pesó los ciervos, tomó nota del contenido de los estómagos, edad y sexo, así como el estado general, examinó la presencia de depósitos de grasa bajo la piel o ausencia de la misma, abdomen y músculos. Posteriormente, en 1958, murieron más de la mitad de los ciervos, recuperandose 161 cadáveres; el año siguiente murieron más ciervos y se produjo otros descenso demográfico. La población se estabilizó en 80 cabezas.

¿Cuál fué la causa que provocó la muerte de los animales?. No era de hambre porque había abundancia de alimento y los ciervos recogidos después del desplome demográfico y la estabilización. Tenían una estatura notablemente mayor a los recogidos anteriormente, había también importantes cambios en la estructura celular de las glándulas, con indicadores de gran estrés, aún entre los supervivientes se descubrieron dos casos de hepatitis que se consideraban consecuencia de una menor resistencia al estrés por demasiada actividad de las glándulas suprarrenales. El tamaño y el peso respondían igualmente al estrés.

Cuando los animales son estresados con demasiada frecuencia, las glándulas suprarrenales hacen frente a la emergencia aumentando la actividad (crecimien-

to, reproducción, defensas del organismo y tamaño).

Christian (1961), concluyó que la mortalidad, sin duda, se debió al shock producido como consecuencia de un grave trastorno metabólico, probablemente por una prolongada hiperactividad adrenocortical; a juzgar por el material histológico, no había muestras de infección, hambre ni alguna otra causa que explicara la masiva mortandad, solamente el hacinamiento y el consecuente estrés producido por éste.

Errington P. (1961), estudiando las almizcleras, observó que eran mucho más las que morían de enfermedad, visiblemente a consecuencia de la menor resistencia al estrés producido por el exceso de población.

Errington apoya que las ratas almizcleras comparten con el hombre la propensión a volverse salvajes en condiciones de hacinamiento estresante.

En años recientes ha predominado la tendencia a explicar las dimensiones drásticas de población por una "enfermedad de choque", relacionada de manera obscura con la hiperactividad del sistema suprarrenohipofisiario.

Ejemplo notorio de enfermedad por hacinamiento es la emigración en masa de los lemmings de Noruega, desde las cumbres de las montañas escandinavas (Proshanski, 1978). Tales emigraciones ocurren siempre que los lemmings empiezan a vivir hacinados, situación que se da cada 3 ó 4 años; la emigración de los lemmings noruegos fué de tales proporciones en 1960 y 1961 que un vapor que estaba entrando al Fiordo de Trondheim, empleó una hora en atravesar la multitud de unos tres kilómetros de largo de roedores que nadaban y se hundían.

Si bien, la naturaleza del estímulo inicial que compele a los lemmings a emigrar, no se entiende bien todavía, el hacinamiento es seguramente uno de sus aspectos. También encontramos que a medida que los roedores comienzan

a vivir más y más atestados, caen víctimas de una especie de psicosis masiva. Los animales no mueren ahogados, sino por trastornos metabólicos asociados por la tensión, comunmente se les ha encontrado lesiones en el encéfalo y las glándulas suprarrenales.

Cuando se observó a conejos en Minnesota, durante períodos de derrumbamiento morían característicamente de ataques convulsivos que comenzaban súbitamente, otros animales estaban letárgicos o comatosos..., este síndrome se caracterizó principalmente por la disminución de glucógeno en el hígado y por hipoglucemia que precedió a la muerte. (Proshanski, 1978).

Otros hallazgos frecuentes fueron hemorragias cerebrales petequiales o equimúcticos, congestión y hemorragia de las glándulas suprarrenales, tiroides y riñones; la razón es el hacinamiento que puede actuar como forma de estrés en la mayoría de las especies con sus consecuencias. El hacinamiento afecta a muchas otras características biológicas de la población animal.

Al igual que los autores descritos anteriormente, Aristide (1971) recientemente trata sobre las alteraciones orgánicas como producto del hacinamiento observadas en animales. Describe que los efectos de la sobrepoblación son negativos en algunas especies, produciendo estrés a un nivel que altera tanto su comportamiento como su fisiología gravemente, como el aumento de la adrenalina o deficiencia de ésta en algunas situaciones, así como variaciones en la estimulación y excitación de mecanismos centrales como la sobreestimulación del hipotálamo con repercusión hormonal y diversos efectos endócrinos.

#### 1.1.2 - Estudios previos sobre el Hombre y su relación con el medio ambiente.

El interés por los estudios sobre demografía y sus consecuencias surge ya más en forma, desde hace 20 años, cuando se solicitó a varios científicos, estudios que arrojaran bases elementales teóricas para el diseño de las insta-

laciones psiquiátricas, con una atmósfera terapéutica e influencia en las interacciones sociales de los pacientes, con lo que se facilitase el tratamiento de los pacientes internos. (Proshanski, 1978).

De dichos estudios se desprendieron una serie de hipótesis que también sustentan y fundamentan la presente investigación. Dichas hipótesis se describen más detalladamente en los siguientes apartados, por ahora, sólo mencionaremos elementos que dan pie a revisar los antecedentes que se desprenden de esta teoría. Podemos mencionar que se encontró que la libertad de elección conductual de los pacientes internos tienen límites definidos que están dados por el espacio físico. La conducta observada se consideró en función del medio físico inmediato en que dicha conducta ocurría. Las conductas que se manifestaban persistían a pesar del cambio continuo de la población de pacientes, igualmente cierto es que la población se conservó étnica y culturalmente homogénea. Lo que se puede deducir en general, es que el "ambiente físico" posee gran influencia en conductas muy diversas como lo observado en dichos pacientes psiquiátricos.

Howard (1920) y Hediger (1955), introdujeron en el campo de la conducta la idea del espacio personal con los estudios etológicos de la territorialidad. Los antropólogos notaron que la manera en que el ser humano utiliza el espacio era variable importante en el estudio de pautas culturales, Hall (1959) y Horwitz M.J. (1962).

Las observaciones clínicas, apoyadas en cuadros de interacción y en la cartografía fotográfica de la forma en que los individuos y grupos utilizan el espacio produjeron las predicciones de que:

- a) Debe haber cierta distancia reproducíble que las personas imponen entre sí mismas y los objetos u otras personas.

b) En ciertos pacientes esquizofrénicos esta distancia debe estar aumentada relativamente.

Para comprobar estas predicciones se establecieron cuatro situaciones experimentales, las cuales se describen de una manera general a continuación: (Proshanski, 1978).

#### EXPERIMENTO I.

##### "Distancia de Aproximación Frontal".

En el U. S. Naval Hospital de Oakland, se les comunicó a 19 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y a 19 miembros de las Fuerzas Armadas no esquizofrénicos, de edad, rango y antecedentes culturales semejantes, que se iba a estudiar su sentido de equilibrio. Se llevaron a cabo mediciones de la distancia que dejaban entre sí mismos y un objeto y una persona en el momento en que cesaban de aproximarse mientras cruzaban una habitación. La persona fué un miembro del personal del mismo sexo que el sujeto. Las instrucciones fueron las siguientes: "Camine hacia Smith, mientras comprobamos su equilibrio". Al cesar el movimiento, se anotó la distancia de los zapatos del sujeto a la base de un perchero y hasta los pies de la persona, en tres aproximaciones frontales consecutivas. El análisis de los resultados reveló que ambos grupos se aproximaban significativamente mucho más al objeto que a la persona. Los pacientes esquizofrénicos mostraron a menudo mayor variabilidad interindividual que los grupos testigo en cualquier experimento conductual, además el grupo de esquizofrénicos se conservó significativamente a mayor distancia promedio del objeto, que el grupo de "normales". En la aproximación a una persona no hubo diferencia significativa entre ambos grupos.

#### EXPERIMENTO II.

##### "Distancia de Aproximación Multidireccional".

El propósito del segundo experimento consistió en elegir dos grupos de mujeres con diferencia conocida en cuanto a sus relaciones con la gente, para determinar si también diferían en su sentido del espacio personal en torno de la circunferencia del cuerpo.

Los sujetos fueron un grupo de 10 esquizofrénicos del servicio para pacientes internos del Neuropsychiatric Institute de Langley Porter (San Francisco) y un grupo de 10 voluntarias que trabajaban en el Centro Médico de la Universidad de California (San Francisco). Se le pidió a las sujetos que se aproximaran, en ocasiones diferentes a tres objetos diferentes:

- a) Una percha.
- b) Un hombre.
- c) Una mujer.

Estas aproximaciones se repitieron en tres días diferentes en que los sujetos se acercaron a cada uno de los "objetos", de ocho distintas maneras:

- 1) Caminando hacia adelante.
- 2) Caminando por detrás.
- 3) Caminando por los lados.
- 4) Caminando en cierto ángulo con los objetos.

Hubo un total de 24 aproximaciones por sesión o un gran total de 72 aproximaciones por sujeto.

Las instrucciones fueron: "Este es un estudio sobre la manera en que camina la gente. Ustedes caminen sencillamente a su manera natural y nosotros las observaremos y tomaremos notas. Traten de relajarse, porque lo que nos interesa es su manera natural de caminar, después de que termine la prueba, podrán hacer preguntas sobre el propósito del estudio". "Póngase de pie y camine hacia el señor (ó hacia el objeto) y luego vuelva a su asiento". Cuando el

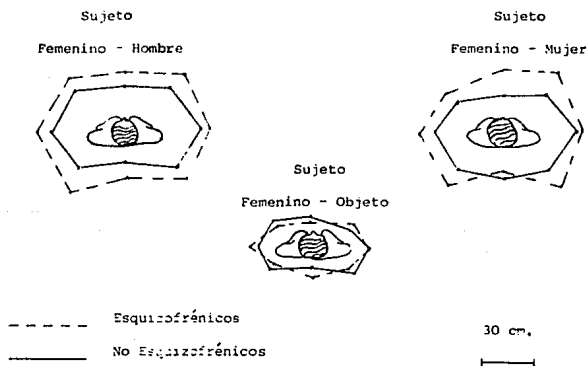


sujeto debía de moverse, se anotaba la distancia entre sus pies y los del "objeto".

Los resultados fueron los siguientes: Ambos grupos se aproximaron más al objeto inanimado. Además, al ser conectados estos ocho puntos formaron un polígono irregular alrededor del sujeto, figura a la que se le denominó "zona amortiguadora del cuerpo".

El grupo de esquizofrénicas tuvo un área amortiguadora significativamente mayor en la aproximación a personas en cada ensayo. Ambos grupos se aproximaron al objeto inanimado más que al hombre o a la mujer; en ningún grupo se encontraron diferencias significativas en las aproximaciones al hombre o a la mujer. Este fenómeno lo observamos en la figura 1.

Figura 1. Área Amortiguadora del Cuerpo entre  
Pacientes Esquizofrénicas y Sujetos Sanos.



Fuente: Proshanski et al, 1978. Environmental Psychology, Holt Rinehart and Winston Inc., pp. 288.

### EXPERIMENTO III.

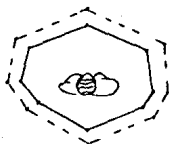
La técnica empleada en este experimento fué parecida a la utilizada en el Hospital Naval, sólo que con instrucciones modificadas que se adaptaran al tema de estudio: Los sentimientos acerca del espacio. Los sujetos fueron 10 hombres en servicio activo, a los cuales se les dijo que se acercaran a una persona conocida por ellos, hasta que comenzaran a sentirse incómodos con la cercanía. Se les instruyó, además, para que se acercaran o retrocedieran después de la aproximación hasta que llegaran a un punto en el que se sintiera menos presión.

Las aproximaciones fueron frontales desde los ocho ángulos iguales del cuerpo del hombre y la mujer.

La circunferencia del tamaño de los hombres se empleó para anotar con exactitud, con una cinta métrica, la distancia más corta del cuerpo, en cada uno de los ocho aspectos.

Los sujetos que emplearon como criterio la incomodidad personal dejaron distancias mayores entre sí mismos y el hombre, comparadas con las distancias respecto de la mujer. En el croquis (figura 2) obtenido del grupo de la zona amortiguadora del cuerpo demostró sorprendentemente contornos y diferencias regulares entre ambos sexos.

Figura 2. Promedio de Distancia de Aproximación del  
Sujeto a la Persona.



Medida = pulg<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_ Hombre - Mujer (Area 720 pulg<sup>2</sup>)

----- Hombre - Hombre (Area 1 200 pulg<sup>2</sup>)

Fuente: Proshanski (1978), Psicología Ambiental. México.

Algo sobresaliente en la figura es que las distancias de aproximación que no difirieron significativamente son los aspectos posteriores del cuerpo del sujeto en quien se inhibe parcialmente la conducta de mirar.

#### EXPERIMENTO IV.

"Autoestimación del Espacio Personal".

Para determinar si las autoestimaciones producían o no resultados semejantes a los que resultaron de los experimentos anteriores, se mimeografiaron separadamente en hojas, siluetas de una figura de hombre, sin descripción, vista desde arriba, frontalmente y de perfil. A 25 sujetos esquizofrénicos y a 25 sujetos "sanos", pertenecientes a las Fuerzas Armadas se les pidió que

dibujaran una línea alrededor de las figuras, con la que representasen la distancia que les gustaba conservar entre sí mismos y los demás en conversaciones o aproximaciones ordinarias. El área de zona se midió con un planímetro polar de compensación. El grupo de esquizofrénicos tuvo un área significativamente mayor en torno de cada silueta en comparación con el grupo de los "sanos".

De estos hallazgos surgen varias hipótesis:

- 1- Los individuos tienden a mantener una distancia característica entre sí mismos y otra persona y objetos inanimados.
- 2- Esta distancia es menor con objetos inanimados que con personas.
- 3- Estas distancias, especialmente en lo que toca a personas, tiende a ser mayor en los grupos de esquizofrénicos.
- 4- Existen métodos experimentales para estudiar la conducta espacial.
- 5- En torno de cada individuo aparece un área de espacio personal que parece ser reproducible y que puede considerarse una "zona amortiguadora del cuerpo" inmediata.

#### 1.1.3 - Investigaciones recientes sobre el hombre y la interacción con su vivienda.

Estudios recientes han demostrado una interrelación directa entre el hombre y la vivienda. Entre estos podemos mencionar los siguientes:

Harshbarger S. e Inman M. (1988), de la Universidad de Illinois, realizaron este estudio con el propósito de identificar en diversas familias que vivían en multifamiliares, las relaciones entre el estrés percibido y el clima social de la familia. Además se intentó comprobar el estado inicial de estrés de la familia en condiciones de hacinamiento y observar cómo los sujetos se fueron adaptando a las características de la vivienda.

El estudio unificó diversas variables, como la selección al azar, así como familias que vivieran en un mismo piso de diversos edificios. Las características de las familias eran las siguientes: 1. Matrimonio sin conflictos, 2. Al menos uno de los cónyuges estudiara en la Universidad. 3. Originarios de América. 4. Que las características de hacinamiento se iniciara en la primera etapa del ciclo vital.

Cada familia fué sometida a dos medidas diferentes:

FES Escala Ambiental.

FSI Inventario de Espacio.

El FES medía el clima social percibido por los sujetos y el FSI describía y aportaba información referente al índice del nivel de estrés percibido, así como sus estrategias adaptativas.

Los resultados del FES indicaron, en un estado inicial, una alta cohesión, alta expresividad y menores conflictos prevalectían en el clima familiar, dichas características se modificaron en condiciones de hacinamiento.

El resultado de la escala FSI indica que al inicio las familias percibían muy poco estrés, el cual se incrementó en situaciones de hacinamiento, presentándose lo mismo en la adaptación, realizando para tal fin mayores movimientos.

Otro de los autores que recientemente se ha preocupado en el estudio del presente tema es Chin Y. (1988). Estudió el grado de satisfacción de los residentes en relación a la vivienda, los resultados de dicho estudio fueron: 1. Los sujetos experimentaban cierto grado de insatisfacción en sus relaciones con los vecinos, existiendo un correlato con el grado de satisfacción de sus viviendas. 2. Existía un fuerte vínculo entre la percepción y relación con los vecinos, relacionada con la satisfacción. 3. Existía influencia del

medio ambiente sobre las relaciones sociales de los residentes, así como de la satisfacción experimentada.

Dichos resultados estaban influidos, en cierto grado, por el diseño del medio ambiente así como de las viviendas. Una de las sugerencias que se desprendieron de dicha investigación fué la necesidad de aprovechar el manejo del espacio para que los habitantes experimentaran mayor satisfacción, así como la necesidad de incrementar el espacio para que existiera menor grado de hacinamiento ó fenómenos semejantes.

Otro de los investigadores que podemos mencionar es Rohe W. M. (1982), quién se interesó por estudiar la influencia del medio ambiente sobre las personas, examinando específicamente la relación entre el sujeto y cómo éste experimenta su vivienda.

Los resultados demuestran que existe relación entre la vivienda y sus efectos sobre la satisfacción y la conducta de sus habitantes. Demostró que la vivienda en condiciones de alta densidad de población determina, en cierto grado, la salud de los habitantes.

Datos similares encontraron Weidemann S. y Anderson J. R., et al (1982), quienes propusieron como alternativa de la problemática implicada la modificación del medio ambiente a través del diseño físico para disminuir la delincuencia.

Otro de los autores que encontró una relación importante entre la incidencia de psicopatologías relacionadas con el medio ambiente y el tipo de vivienda, edificios altos, así como multifamiliares fué Edwards J., et al (1982), quién observó que viviendas múltiples en multifamiliares son asociadas con el deterioro psíquico y la aparición de diversas psicopatologías. Tales condiciones de los departamentos están asociadas con los conflictos matrimoniales, que se evidencian en lo frecuente de las riñas y agresiones entre ellos.

El tipo de vivienda demostró tener consecuencias adversas para los niños, quienes son más tendientes a experimentar enfermedades somáticas. Así mismo, los padres eran más susceptibles a golpear a sus hijos y mostrar irritabilidad, los cuales son síntomas de estrés.

Dichos datos parecen demostrar la relación entre la vivienda y como ésta afecta a sus habitantes en un estrés psicopatológico y significativamente relacionado principalmente en multifamiliares en donde existe alta densidad de población.

De la misma manera, se han realizado estudios en México que evalúan la percepción de la vivienda (Cruz Bermudez J. F. y Macías Gutiérrez G. 1988). Y la evaluación de la satisfacción de los residentes de viviendas pequeñas de interés social (Montero y López Lena, 1986).

El primero de estos estudios postula como la vivienda se percibe como un todo globalizado en donde existe una influencia constante sobre el hombre de diversos aspectos que en ella se presentan, tales como la privacidad, el hacinamiento, satisfacción e identidad influyendo diversos factores medio ambientales en la percepción de la vivienda.

Por otro lado, Montero y López Lena (1986) concluyen en su investigación que existe desagrado en los habitantes que viven en pisos altos, debido tal vez al estrés que se experimenta en el tipo de vivienda estudiada. Concluyen a la vez, que la vivienda tiene un impacto diferencial en sus moradores, debiendo poner importancia en todos aquellos elementos que estén influyendo para mejorar la calidad de vida de sus moradores.

De esta manera vemos que la colocación de las casas y departamentos guardan una relación mutua sobre las actitudes, conductas, relaciones familiares sociales, así como también con los estados biológicos y psíquicos del hombre,

sin embargo, no afirmando que éstos últimos dependen enteramente de la vivienda. (Proshanski, et al, 1978).

Las formas en que pueden encontrarse los efectos de la vivienda pueden ser: En primer término, en el sentido de que se considera a la vivienda como una extensión del propio Yo, como un factor capaz de aumentar o reducir la tensión, pudiendo determinar la buena o mala salud y como factor para experimentar satisfacción o no. (Chin 1988; Rohe 1982; Montero y López Lena 1986). Otro efecto es que las condiciones de la vivienda pueden influir en la privacía, en la práctica de crianza en los hijos, en los quehaceres domésticos, en los hábitos de estudio y en las relaciones conyugales o familiares. (Proshanski, et al 1978; Harbarger e Inman, 1988).

Por último, hay efectos que pueden resultar del vecindario o de la relación de éste con el resto de la ciudad. En realidad estos efectos no pueden dividirse como los anteriores.



## 1.2 BASES TEÓRICO - CONCEPTUALES

### 1.2.1 - Aportaciones Teóricas en el Marco de la Salud Pública.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, ha señalado que la salud "Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad; es un derecho y logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social en todo el mundo". (OMS/UNICEF, 1978).

El hombre es un ser dinámico en todos sus aspectos: social, biológico y psicológicamente, dicha concepción hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso, es un continuum en que un elemento no puede existir sin el otro.

El ser humano vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida que determinan en gran medida la salud-enfermedad. El proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes históricas fundamentales: El dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambas determinantes explican las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales. Las que a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y muerte. (Mc Kinlay, 1979).

Los logros resultantes de la capacidad productiva de la sociedad se han distribuido en forma desigual, por lo tanto, solo algunos sectores se han visto beneficiados. Cuando estos logros llegan a capas más amplias de la población y transforman sus condiciones de vida es cuando se dan los cambios más profundos en la salud.

Con lo anterior no se está afirmando que en la clase socioeconómica alta no se encuentren enfermedades, existen, pero también predominan las condicio-

nes medio ambientales favorables para poder desarrollar un grado óptimo de salud. Además, conjuntamente con la riqueza se dan otra serie de factores que competen al núcleo familiar, social y a la vez en el individuo, que producen desajustes psíquicos.

Mc Keown T. (1976), en un estudio realizado en Inglaterra, probó que las tasas de mortalidad de algunas enfermedades infecciosas tuvieron un decremento significativo antes de la incorporación de medicamentos, esto permitió afirmar que el decremento de la mortalidad era atribuible casi totalmente al mejoramiento del nivel de vida, circunscribiendo las conquistas médicas a un papel menor.

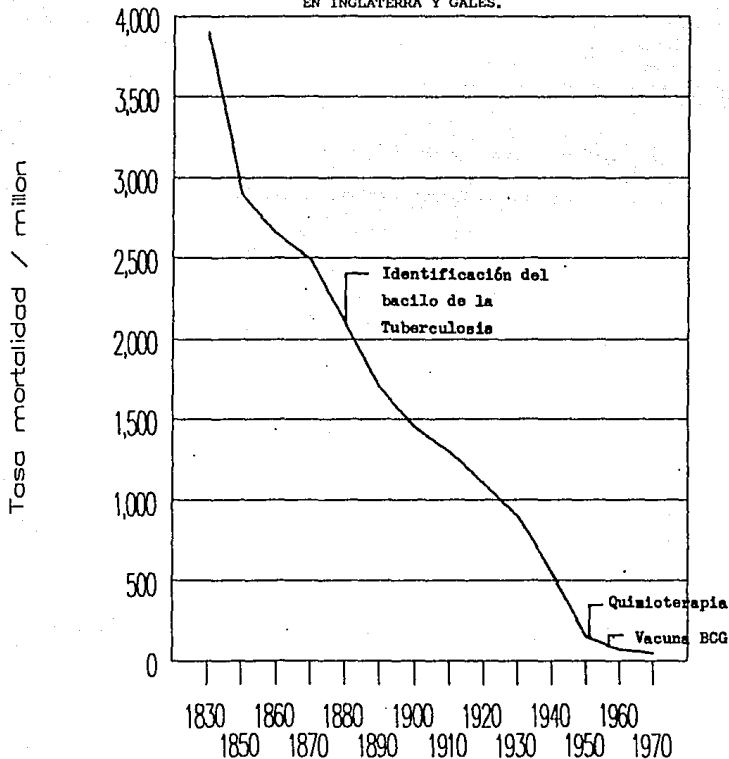
Mc Keown et al, ha verificado este señalamiento en otros países como Suecia, Francia, Hungría e Irlanda, (1972).

# GRAFICA 1

## TUBERCULOSIS RESPIRATORIA

TASA DE MORTALIDAD ANUAL MEDIA

EN INGLATERRA Y GALES.



Fuente: Mc Keown, T. y Lowe, C.R., Introducción a la Medicina

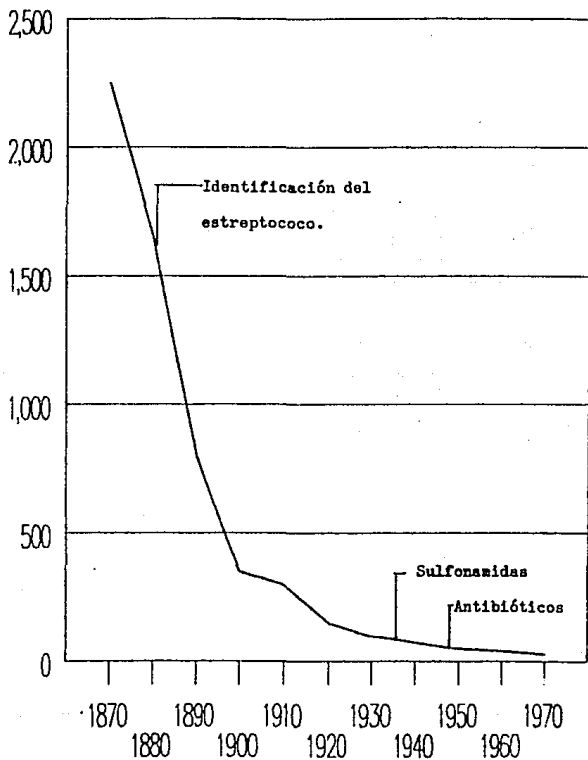
Social, México, Siglo XXI, 1981, p. 22.

## GRAFICA 2

### ESCARLATINA

TASA DE MORTALIDAD ANUAL MEDIA

EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS: INGLATERRA Y GALES.



Fuente: Mc Keown y Lowe. Introducción a la Medicina Social, México.

Siglo XXI, 1981, p. 22.

Como se puede observar en las gráficas 1 y 2, la tendencia al descenso de las tasas de mortalidad no se relaciona con el uso de ningún medicamento. Es notorio cómo en la gráfica 1 la tasa de mortalidad, desde 1830 hasta 1950, iba en notable disminución y que la aplicación de la vacuna no determinó la baja incidencia de la tuberculosis. Es el mismo caso en la gráfica 2, dónde se observa un decremento constante de la mortalidad sin haberse aplicado la asistencia médica directa como medida preventiva.

En México, el Doctor Kimate J. (1977), señaló que al igual que en Inglaterra la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas se inició mucho antes de aplicarse las medidas reconocidas como eficaces, incluyendo las campañas masivas de vacunación. Por lo anterior, se confirma que las medidas médicas específicas y la difusión de servicios médicos poseen efectos desfavorables en comparación con otra serie de medidas aplicables tales como el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población.

Fuchs R. V. (1974), utilizando comparaciones internacionales y regionales de la mortalidad ha sugerido que los cambios circunscritos a la dimensión cuantitativa de la atención médica no alteran sustancialmente el estado de salud de la población. Sus investigaciones sugieren que de continuar el modelo vigente de atención médica, resultará ineficaz para mejorar la salud en la población.

Siguiendo a Mc Kinlay (1979), se puede afirmar que la prevención de los daños a la salud por medio de una estrategia basada en medidas sociales y ambientales ofrece mayor impacto que ningún otro recurso disponible actualmente. Todavía hoy, en nuestros días, continua la atención médica individual en contraposición a la abundancia de estudios que revelan la importancia en la determinación del estado de salud en correlación con la pobreza, la migra-

ción, mala alimentación, carencia de viviendas y sus servicios básicos, niveles de desempleo, contaminación, hacinamiento, etc.

El proceso de salud-enfermedad, desde el punto de vista social, se determina por las condiciones de vida, las que a su vez, dependen del grado de dominio humano sobre la naturaleza y del grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ello deriven.

Es así como los servicios no personales de salud contribuyen a disminuir los riesgos de la enfermedad y de la muerte, las condiciones de vida y los factores educativos se encuentran en México desigualmente distribuidos entre la población. Los cambios favorables en los niveles de salud-enfermedad son diferentes entre los grupos de ésta.

Específicamente en México, existe la posibilidad de establecer nexos entre los problemas fundamentales de salud y el proceso de formación y crecimiento de las ciudades. (Coplamar, 1983).

La presencia de enfermedades que conforman el cuadro patológico nacional derivan en gran medida de las condiciones de vida de la población. (Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), 1983).

#### 1.2.1.1 - El Proceso de Urbanización contra el Decremento de la Salud.

En México, (Villanómez Y., 1986), el proceso de urbanización es relativamente reciente, pues no puede hablarse propiamente de ciudades industriales antes del Porfiriato, y aún durante esta época buena parte del poder económico era centralizado por las Haciendas y la aristocracia jugaba un importante papel político. A raíz de la Revolución de 1910 se empezó a producir un desarrollo industrial que fundamentalmente provenía del exterior, en virtud del cual las ciudades mexicanas se convirtieron en ciudades industriales y centros de comercio. Pero fué con la II Guerra Mundial y con el proceso

de sustitución de importaciones que se originó, no sólo en México, sino en toda América Latina, un esquema de desarrollo económico predominantemente industrial. Ello significó la ruptura definitiva de la estructura productiva agraria, basada en la hacienda y posteriormente en el ejido. Así pues, desde el gobierno de Manuel Avila Camacho, la política del Estado Mexicano ha sido de apoyo a la industria nacional y a la importación de tecnología y de capitales externos; mientras tanto, la producción en el campo ha quedado a la zaga, y ha sido supeditada a las necesidades del crecimiento industrial. De esta manera, la población rural, obligada a abandonar el campo, en virtud de las escasas posibilidades de sobrevivencia que éste ofrece en la actualidad, ha venido incrementando, sobre todo a partir de los años 40's, la extensión de la población en las urbes. (Salvat Mexicana de Editores, 1978). Este proceso, aunado al ya de por sí elevado índice de crecimiento natural de la población, ha conducido a las principales ciudades latinoamericanas, como la ciudad de México, a conocer un crecimiento desmesurado de las urbes lo que ha producido graves consecuencias sociales que afectan a la población que las habita. (Heer, 1973). Esta se ve inmersa en una dinámica caracterizada por el hacinamiento, insuficiencia o falta de servicios públicos, desempleo, analfabetismo y condiciones de vida que generan angustia en los individuos de la población, que se ve reflejada en el surgimiento de bandas, delincuencia, prostitución, farnacodependencia, alcoholismo y diversas enfermedades que convergen en el orden biológico y/o mental que surgen como un indicador de que el individuo no puede controlar a nivel de sus reacciones las contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de las condiciones de su existencia que prevalecen en la sociedad y en la familia. Actualmente existe en México

un alto porcentaje de población urbana que vive en condiciones desfavorables de salud. (Villagómez, 1986; Salvat Mexicana de Editores, 1978).

A raíz de la Segunda Guerra Mundial, la ciudad de México empezó a transformarse en una gran urbe. En 1940, ya se trataba de una ciudad de grandes dimensiones, contando con un millón 750 mil habitantes, de los cuales 175 mil eran obreros de la industria, es decir, el 10%. Pero en las décadas siguientes el crecimiento de la ciudad es realmente acelerado, alcanzando 8 millones 712 mil habitantes en 1970, (Bataillon C., 1972), dejando de ser considerada en ese momento únicamente como la ciudad de México, pues ya había absorbido los pueblos del Distrito Federal y algunos del Estado de México. Según el Censo de 1980, la aglomeración metropolitana (Distrito Federal y Estado de México) ya había sobrepasado los 16 millones de habitantes, lo que representa el 25% de la población total del país. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1980).

Este crecimiento natural no se debe únicamente al aumento natural de la población sino, sobre todo, a las corrientes migratorias atraídas por la industrialización creciente iniciada en la coyuntura de la guerra.

La ciudad, (Villagómez Y., 1986), construida sobre la base de antiguos pueblos mexicas, fué concentrando a los distintos sectores de la sociedad en áreas específicas. La aristocracia porfiriana dejó el viejo centro de la ciudad y se instaló en las nuevas zonas residenciales de las Lomas y el Pedregal, los pueblos de Tlalpan y Coyoacán. La clase media, formada por los inmigrantes que como profesionales y cuadros técnicos todavía lograron integrarse con ventaja en la vida urbana, se instaló en la parte central de la ciudad, exceptuando el primer cuadro, así como Lindavista. Un sector de la clase media con menos recursos ocupó las zonas de Azcapotzalco, Tacuba-



ya, el Norte y el Sureste de la ciudad, donde cohabita con los pobladores de las ciudades pérdidas y vecindades.

El último sector, el de los habitantes de las ciudades pérdidas y de las vecindades, es el que más ha crecido desde 1970 a la fecha. Sus asentamientos se mezclan con las habitaciones de las capas medias de la burguesía, con los de la pequeña burguesía e inclusive, se les puede localizar en barrios residenciales. A la vez, se han construido grandes unidades habitacionales que pertenecen a la clase media, media baja y clase baja alta, como medida e intento de solucionar los problemas de vivienda de la gran urbe.

En los últimos años, las masas de inmigrantes se han instalado en una extensa zona del oriente de la ciudad, perteneciente al Estado de México: como el municipio de Netzahualcóyotl, así como Naucalpan y las barrancas de las minas de arena de la Delegación Alvaro Obregón al poniente de la ciudad.

Es en las anteriores zonas descritas de este último sector, donde se localizan los problemas graves y masivos de enfermedad y consumo de drogas, como un intento de disminuir la ansiedad generada, es en ellas donde también se han concentrado los problemas más graves de vivienda, educación, empleo, servicios públicos y asistenciales, éstas condiciones de vida se traducen a un "panorama de salud" caracterizado por el predominio de enfermedades infecciosas como causas importantes de muerte. (Villagómez, 1986).

En general, la enfermedad se concentra entre los pobladores de estos medios urbanos y en especial la enfermedad mental. (Villagómez, 1986).

Tal es el carácter social del proceso de salud-enfermedad, entendido como un proceso dialéctico de distribución de la salud y de la enfermedad entre las clases sociales, pues en la medida en que éstas tienen acceso a condiciones de bienestar, lo tienen también de salud. Con todo lo anterior lo que

se está planteando es lo siguiente: No se descarta la gran importancia de los servicios personales de salud y lo necesario de ellos, sin embargo, para que una sociedad desarrolle un grado de salud óptimo no basta con la implementación de dichos recursos, sino que requiere de otra serie de elementos que son primordiales, como son: el mejoramiento de las condiciones de vida para que la población tenga acceso a la salud y esto está enmarcado dentro de la perspectiva de Salud Pública, la cual postula que las condiciones de vida de los individuos determina el proceso de salud-enfermedad. Siendo a la vez que en la sociedad aparece la enfermedad a nivel mental por la confrontación que existe entre la cada vez mayor dificultad de cubrir las necesidades básicas, en la que está incluida la vivienda; es así como surge la enfermedad, como un indicativo de las incongruencias, deficiencias y limitaciones de las estructuras sociales y económicas de un país. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983; López Acuña, 1982).

#### 1.2.1.2 - El Hacinamiento como un Problema de Salud Pública.

Estudios realizados en diversos países sobre la relación de la vivienda y la salud, muestran que hay una incidencia más elevada de morbilidad y de mortalidad entre los habitantes de viviendas inadecuadas. La tasa de mortalidad es de dos a tres veces mayor en los niños que habitan en hogares hacinados e insalubres que en el resto de la población. (Kleeven, 1966; Kunány M. y Vázquez, 1969).

En el Distrito Federal se presenta la cifra de densidad más alta que se registra, siendo ésta con 4,586 habitantes por kilómetro cuadrado, pero es en esta misma ciudad donde la mortalidad de niños alcanza una tasa de 1.6 por 1,000 niños. Las infecciones disminuyen en esta edad hasta representar el 36% de todas las causas, adquiriendo especial relevancia los acciden-

tes y las violaciones. Esto puede ser expresión de defectos educacionales del niño para enfrentarse a los múltiples riesgos de la vida moderna, y de un ambiente defectuosamente controlado que impide ubicarlos en áreas de seguridad. También puede ser consecuencia de las características urbanísticas de las ciudades, las cuales no ofrecen lugares adecuados de esparcimiento y los hogares, además de inseguros, son insuficientes para contener una población que por su edad requiere de espacios abiertos. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983).

Con lo anterior, bien se puede postular que en aquellos hogares en donde existen limitaciones de espacio en la vivienda, por lo reducido de ésta y por el número de personas que en ella habitan, exista un grado de ansiedad que rebasa los límites de la salud, y en dichas condiciones produzcan enfermedad en el individuo o individuos que en ella viven, produciéndose un problema epidemiológico importante. (Sheldon, 1989).

Existen enfermedades en la sociedad que señalan un síntoma de deterioro psicológico en que la sociedad en crisis de estructura y de valores mantiene a un número considerable de sus miembros.

La enfermedad mental y la enfermedad en general, son el reflejo del desequilibrio de la sociedad en su conjunto, pero si la sociedad genera violencia, esquizofrenia, farmacodependencia y muertes por enfermedades prevenibles, también es posible y responsabilidad de ella, encontrar los cauces que le permitan solucionar todos estos problemas, uno de ellos, mejorar las condiciones de vida de la población.

Se necesita no sólo de los servicios personales de salud, sino a la vez de medidas que conlleven al saneamiento del medio, sancamiento que repercuta en la no construcción de Unidades Habitacionales con las condiciones actua-

les, ya que éstas son ahora incubadoras y promotoras de enfermedad, y en este caso de enfermedad mental que puede iniciar con la ansiedad y sus factores que la generan, para posteriormente conformarse en diversas enfermedades psíquicas.

Es así como el panorama de la vivienda en México es realmente desfavorable. El hacinamiento y la falta de servicios básicos son las constantes ambientales que originan en la gran urbe una situación permanente de importancia para la salud.

En el Censo de 1970, encontramos que el 40% de viviendas tenían un solo cuarto, el 29% dos cuartos y el 13% tres cuartos, el 18% restante contaba con más habitaciones; podemos decir que la vivienda que ofrece el desarrollo óptimo de la salud es aquella que ofrece mayores espacios para sus habitantes, sin embargo, en la realidad nos encontramos que en los tres primeros grupos de casas vivía el 70% de la población, con un promedio de 6 habitantes por vivienda, situación habitacional generadora de trastornos psíquicos. (López Acuña, 1982).

De igual forma, de datos estadísticos más recientes se encontró que la situación se torna aún más crítica. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1980, 1984).

Para 1984 la población total del país se elevaba a 66'846,833; de éstos, 8'831,079 habitaban en el Distrito Federal, es decir el 13.2% de la población total. Contrastando lo anterior con la extensión territorial se tiene que existe una superficie total en la República Mexicana de 1'958 201 Km<sup>2</sup>, de éstos, el Distrito Federal cuenta con 1 479 km<sup>2</sup> de superficie, es decir, que nos referimos al .1% de la superficie del país, la cual agrupa al 13.2% de la población, situación extremadamente crítica.

Para ese mismo año el país contaba con 12'074,609 viviendas particulares con un total de ocupantes de 66'365 920. Específicamente en el Distrito Federal, éste contaba con 1'747 102 viviendas particulares que corresponde al 14.4% del total con 8'773 395 ocupantes.

Analizando los índices estadísticos más detalladamente obtenemos los siguientes datos que se observan en el cuadro N° 1 y en las gráficas 3 y 4.

Cuadro 1. N° de Viviendas en relación con el número de dormitorios.

Número de Dormitorios por vivienda	Total de viviendas	Porcentaje
1 dormitorio	750 916	42.9 %
2 dormitorios	543 636	31.1 %
3 dormitorios	287 800	16.4 %
4 dormitorios	101 952	5.8 %
5 ó más dormitorios	46 478	2.6 %
Sin especificar	16 320	.9 %
TOTAL:	1'747 102	100.0 %

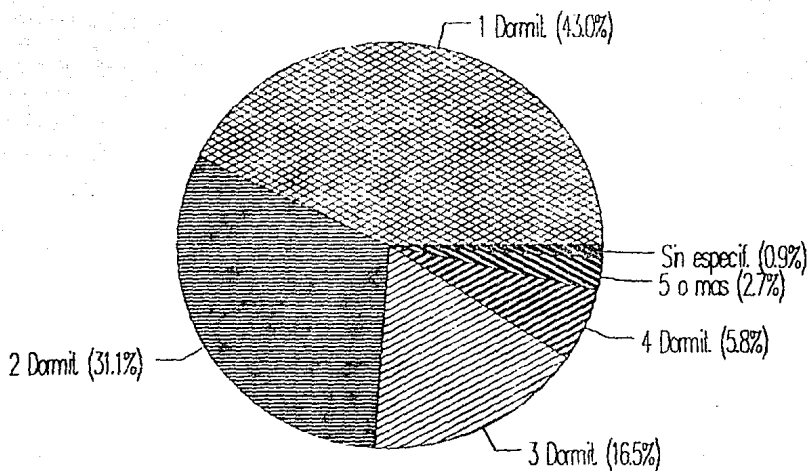
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (1984).

Es decir, que el 90.4% de viviendas particulares contaba solamente con 3 o menos cuartos. Correlacionándolo con el total de población y éstos distribuyéndolos en promedio, obtenemos que 7'931,103 personas habitan en 3 ó menos cuartos.

## GRAFICA 3

VIVIENDAS PARTICULARES EN EL DISTRITO FEDERAL

DE 1 A 5 CUARTOS

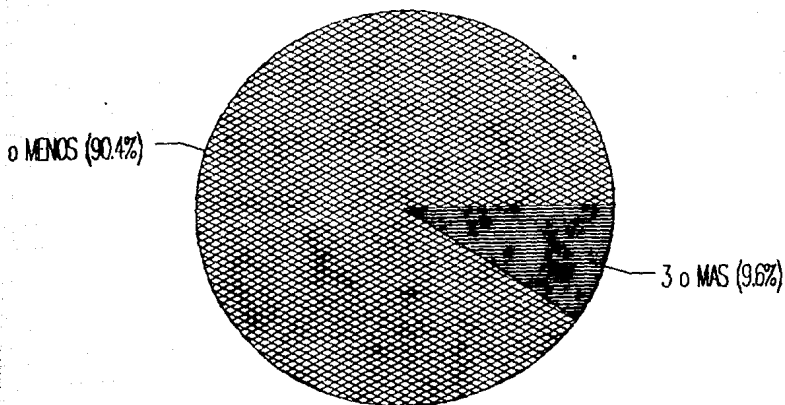
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1984.

Como se puede observar en el cuadro N° 1 y en la Gráfica 3 el mayor número de concentración de viviendas son las que cuentan con un sólo cuarto (42.9%) yendo en decremento natural hasta las que cuentan con 5 o más dormitorios (.9%). La diferencia existente de porcentajes entre las viviendas de un cuarto y las que cuentan con 2 habitaciones es de casi un 10%, diferencia más grande se muestra entre éstas últimas y las que poseen 3 dormitorios. Agrupando las viviendas de acuerdo al número de habitaciones (Gráfica 4) es clara la diferenciación y contrastante entre las que cuentan con 3 o menos cuartos (90.4%) y las que poseen más de 3 habitaciones (9.6%).

## GRAFICA 4

TIPOLOGIA COMPARATIVA DE VIVIENDAS PARTICULARES EN EL DISTRITO FEDERAL

CON MENOS O MAS DE 3 CUARTOS.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1994.



Cuadro 2. Número de Habitantes y Número de Viviendas en las Delegaciones del Distrito Federal.

Delegaciones	Habitantes	% Habitantes del Total	Viviendas Particulares	% Viviendas del Total
Alvaro Obregón	639 213	7.2	122 236	6.9 %
Azcapotzalco	601 524	6.8	116 479	6.6 %
Benito Juárez	544 882	6.1	133 973	7.6 %
Coyoacán	597 129	6.7	117 467	6.7 %
Cuajimalpa	91 200	1.0	15 446	.8 %
Cuauhtémoc	814 983	9.2	198 530	11.3 %
Gustavo A. Madero	1'153 360	13.0	280 251	16.0 %
Iztacalco	570 377	6.1	105 103	6.0 %
Iztapalapa	1'262 354	14.2	224 903	12.8 %
M. Contreras	173 105	1.9	31 178	1.7 %
Miguel Hidalgo	543 062	6.1	117 359	6.7 %
Milpa Alta	53 616	.6	9 407	.5 %
Tláhuac	146 923	1.6	24 242	1.3 %
Tlalpan	368 974	4.1	69 747	3.9 %
V. Carranza	692 896	7.8	141 654	8.1 %
Xochimilco	217 481	2.4	39 127	2.2 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1984

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

Las cifras anteriores nos dan un panorama amplio de las limitaciones de espacio en las viviendas en el Distrito Federal y se observan con mayor

claridad en las Gráficas 5 y 6 .

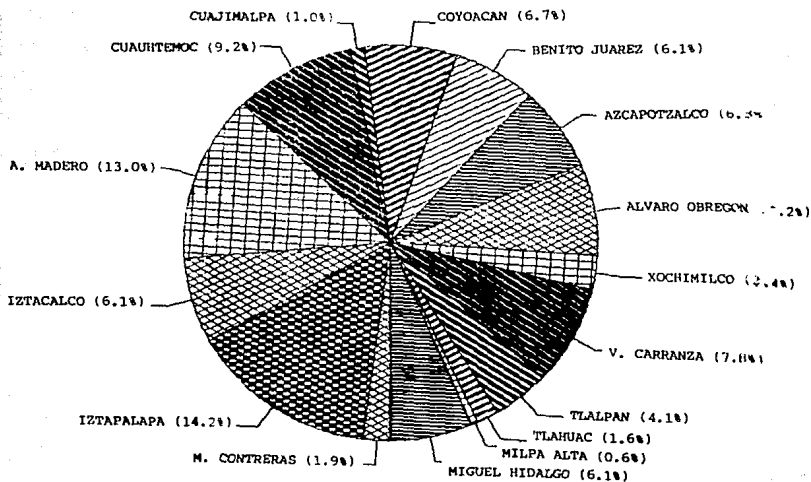
Se puede observar en el cuadro 2, en la columna de porcentajes de habitantes que la cantidad de éstos varía de Delegación a Delegación, registrandose el índice más alto en la Delegación Iztapalapa, seguido por la Delegación Gustavo A. Madero y por la Delegación Cuauhtémoc, siendo Milpa Alta la que menor número de habitantes concentra (Gráfica 5 ). Es en esta última donde se pueden apreciar mayores espacios verdes y menor concentración demográfica, sin en cambio, estas cifras nos hacen suponer la existencia de sobrepoblación en las Delegaciones que registran mayor cantidad de habitantes.

De igual manera, comparando los datos anteriormente descritos con el porcentaje de viviendas por Delegación (Gráfica 6 ), observamos que de alguna manera se correlacionan los datos equiparablemente. Por ejemplo, en la Delegación Azcapotzalco que concentra a 6.8 % de habitantes y 6.6 % de viviendas, lo que no es igual en la Delegación Iztapalapa, ya que como se mencionó anteriormente existe en ésta mayor número de habitantes pero no la mayor concentración de viviendas, correspondiendo este lugar a Gustavo A. Madero con el 16.0 %.

No obstante dicha similitud entre el número de habitantes y número de viviendas en la mayor parte de las Delegaciones, podemos inferir ante los datos del cuadro 2, una alta concentración demográfica en el territorio del Distrito Federal, ya que si bien existe la diferencia equiparable mencionada, no sucede lo mismo en la extensión territorial de cada Delegación, presentandose así, en algunas Delegaciones, mayor concentración de habitantes de acuerdo a su extensión territorial.

## GRAFICA 5

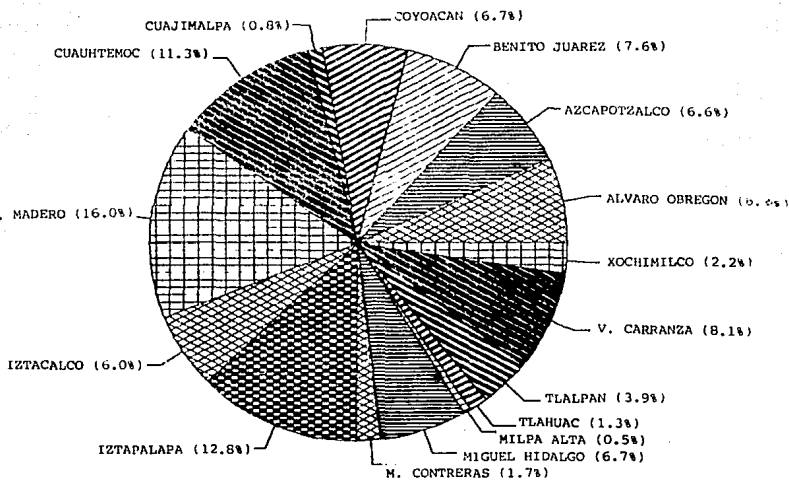
HABITANTES POR DELEGACION EN EL DISTRITO FEDERAL



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1984.

## GRAFICA 6

VIVIENDAS POR DELEGACION EN EL DISTRITO FEDERAL



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1984.

Por otro lado, otras de las cifras que ayudan a analizar la problemática aquí expuesta, es el análisis comparativo entre el crecimiento de la población rural y la población urbana (Cuadro 3 y Gráfica 7). En estos datos es notorio como en los años de 1900 a 1950 la población rural del país sobrepasaba a la población que se concentraba en las áreas urbanas, diferencia que se va haciendo cada vez menor con el transcurrir de los años debido al crecimiento desmedido de las urbes, siendo ya para 1960 donde ambas poblaciones se unen y para 1980 la población urbana sobrepasa grandemente a la rural. Es en 1940 donde se observa que la población urbana inicia su crecimiento incontrolable debido a las políticas que regían al país.

Cuadro 3. Población Rural y Urbana de la República Mexicana.

Población Urbana	%	Población Rural	%	Población Total del País	%	Año
3'892 876	28.	9'714 396	71.	13'607 272	100	1900
4'351 172	28.8	10'809 197	71.2	15'160 169	100	1910
4'465 504	31.1	9'869 276	68.8	14'334 780	100	1921
5'540 631	33.4	11'012 091	66.5	16'552 772	100	1930
6'896 111	35.	12'757 141	64.9	19'663 551	100	1940
10'983 483	42.5	14'807 534	57.4	21'791 017	100	1950
17'705 118	50.6	17'218 011	49.3	34'923 192	100	1960
28'308 556	58.0	19'916 682	41.2	48'225 238	100	1970
44'299 729	66.2	22'547 104	33.7	66'846 833	100	1980

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1984.

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

A través de las cifras anteriores se puede observar fácilmente como los aumentos significativos de población se dan en las áreas urbanas, las que a su vez presentan mayores problemas de enfermedad. Aunado a lo anterior, observamos que el crecimiento natural del país para 1980 es de 1'993 163 habitantes, de los cuales 741 524, es decir, el 12 % corresponde al Distrito Federal, el cual es el más alto en esta área, situación que continua para 1981 ya que se registraron para dicho año 2'106 388 como crecimiento natural, de los cuales 238 353 corresponden al 11.3 % siendo también para el Distrito Federal el porcentaje más alto de crecimiento. (X Censo General de Población y Vivienda, 1980).

Sumado a lo anterior tenemos que el total de inmigrantes en el país es de 7'254 633 correspondiendo también al Distrito Federal la cifra más alta que es de 1'494 745, es decir del 20 %.

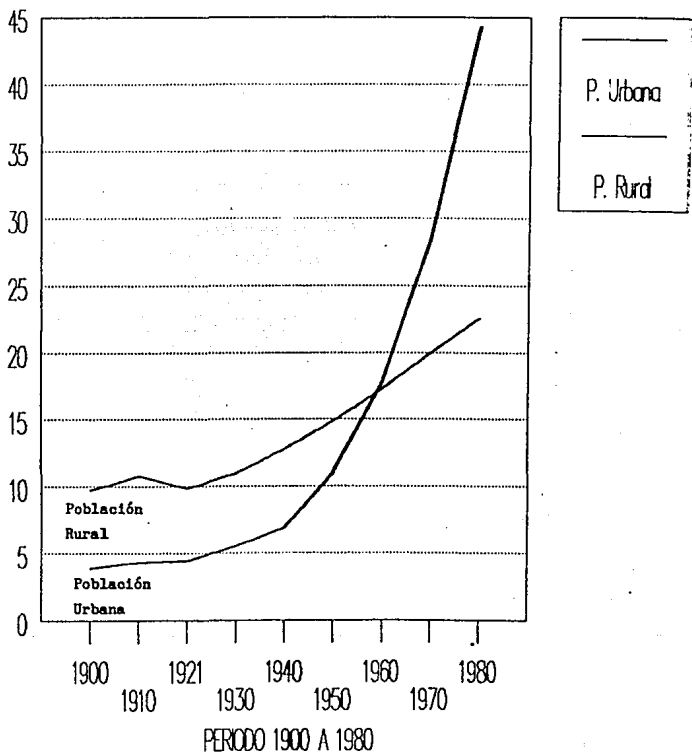
Conjuntando todos los datos estadísticos anteriores, se percata fácilmente que la situación para las áreas urbanas y mayormente para el Distrito Federal es muy crítica en cuestión de vivienda y población, lo que se refleja, como ya hemos venido tratando, en el panorama de salud-enfermedad del país, situación en la que se tiene que hacer algo para dar soluciones efectivas al problema. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983).

# GRAFICA 7

ANALISIS DE CRECIMIENTO ENTRE LA POBLACION RURAL Y URBANA EN LA REP. MEXICANA

(PERIODO DE 1900 - 1980)

HABITANTES ( millones )



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1984.

Los distintos aspectos de la estructura y la dinámica de la población que afectan a la salud requieren ser revisados en forma particular. Constituyen el escenario humano en el que acontecen los fenómenos de salud-enfermedad y deben determinar las formas de organización sanitario asistencial que se adoptan en una sociedad. En algunos momentos esta organización deja de ser sujeto de los hechos que aquí se analizan y se involucran con los problemas de otro orden hasta convertirse en daños a la salud o en características del proceso colectivo salud-enfermedad.

Uno de los muchos factores a revisar de la salud-enfermedad son los problemas demográficos, en la distribución urbano rural de los habitantes y los centros de población que da origen a un problema simultáneo de dispersión y concentración.

Cuando se aplica el criterio de clasificación de Calderón (1975, 1976), basado en los índices de dispersión y concentración de la población, el país puede dividirse en 5 regiones cuyas diferencias son altamente contrastantes. Así, al dividir a las poblaciones en muy rurales, rurales, semiurbanas, urbanas y muy urbanas, se aprecia que las dos primeras regiones han tenido un crecimiento demográfico de menos del 50% en los últimos lustros, mientras que las tres últimas tienen un porcentaje de crecimiento, en los últimos lustros, que va del 100 % al 200 %. También se observa que en los núcleos rurales que comprenden el 84.3% del territorio nacional reside el 52% de la población, cuando los núcleos urbano y suburbano que abarcan el 15.7% de la superficie del país cuenta con el 48% de los habitantes.

Un segundo punto significativo para la salud es el incremento demográfico. La población de México, estimada oficialmente al 30 de junio de 1979, era de 69'381 000 habitantes, cuando en 1930 era sólo de 16'552 000. Es decir,



en menos de 40 años la población del país se ha cuadruplicado, lo que revela un vertiginoso crecimiento demográfico que de no ser modificado llevará al país a tener una población de 135'000 000 habitantes para el año 2000 y de no hacer cambios, el 48 % de esta población se concentrará en el territorio urbano, que es mínimo. Por otro lado, la tasa de crecimiento del país experimentó un cambio significativo a partir de la década de los 20's y, desde 1960 se mantiene alrededor del 3.5 % anual.

Al ritmo del crecimiento actual, que es uno de los mayores no sólo en América Latina sino también de África y Asia, en el año 2000 seremos uno de los diez países del mundo con mayor población. Sólo serán mayores que nosotros la URSS, la República Popular China, la India, Indonesia, Brasil, los Estados Unidos de Norteamérica, Bangladesh y Pakistán, y tendremos una población más grande que Japón y Nigeria.

En México, el dato oficial de 1975 reveló una tasa de crecimiento natural de 3.3 %, por otro lado, la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976, realizada por la Dirección General de Estadística, estimó una natalidad para ese año de 40 por cada mil habitantes y una tasa de crecimiento de 3.2 %. Recientemente se ha señalado, según las estimaciones del Consejo Nacional de Población, que en 1978 la natalidad descendió a 38 por cada mil habitantes y que, en consecuencia, el incremento natural de la población se redujo al 2.9 % o al 3 %, (C.F.G. Cabrera, 1978-1982).

Los anteriores descensos aparentes tienen todavía que ser confirmados y esclarecidos por completo. Hay que desentrañar aún lo que haya de carga política en esa información, pues bien podría obedecer a la necesidad de justificar públicamente que se alcanzara la difícil meta de 2.5 % de crecimiento anual para 1982, fijada por la administración de López Portillo.

Un tercer factor de importancia, que sirve para conjugarse con los dos anteriores y obtener un perfil demográfico de utilidad para explicarnos la situación de salud, es la estructura de la población desde esta visión. En 1970, el 46.22 % de la población estaba constituida por menores de 15 años y únicamente el 13.58 % eran personas mayores de 45 años. En 1971, en cambio, el 39 % de la población era menor de 15 años y el mismo porcentaje que en 1970 rebasaba los 45 años. Esto significa un rejuvenecimiento de los habitantes, altos índices de natalidad y escasos porcentajes de población que alcanza edades avanzadas.

La situación en México no es nada satisfactoria. En 1973, tuvimos la segunda tasa más alta de fecundidad en América Latina y una de las más elevadas del mundo, sin dejar de tomar en cuenta que lo anterior se traduce a un panorama de salud. (Cabrera, 1978-1982).

En suma, padecemos una alarmante explosión demográfica y a esto se agrega, como consecuencia de la migración proveniente del campo, un elevado ritmo de crecimiento de las áreas urbanas y una multiplicación de la enfermedad y cinturones de miseria, con la consiguiente subsistencia infrahumana y carencia de recursos y servicios de sus pobladores.

La ciudad de México solamente concentra el 50 % de la migración total del país. Con lo anterior, las diferencias urbano rurales en los índices de muerte son muy pronunciadas, y en desventaja para el campo y para los cinturones de miseria. No basta con visualizar la dimensión cuantitativa general de estos indicadores, como hacer versiones oficiales, sino que también deben analizarse los aspectos específicos y la dimensión cualitativa que indica el grado real de desarrollo en el área de la salud.

Como se ve claramente, el crecimiento de la población constituye un problema

de importancia al que debe darse respuestas eficaces, no paliativos, construyendo las encubadoras de enfermedad mental, las unidades habitacionales que si bien resuelven el problema del espacio habitacional, no es así en los desajustes emocionales provocados por dicha reducción de espacio y no lo es en la salud de sus habitantes.

La tendencia más significativa de los programas modernos de salubridad es la intensión educativa y el considerar al individuo como una entidad fisico-psíquica en relación permanente y variable con su mundo circundante. La vida mental, es decir, la actividad psíquica no es el producto exclusivo del cerebro, órgano relacionador interno y externo por excelencia, sino que emerge del funcionamiento integrado del organismo en relación con su medio ambiente. La salud física y mental están estrechamente relacionadas con el contexto ambiental. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983).

#### 1.2.1.3 - Urbanización y Salud Mental.

La necesidad de desarrollar planes de higiene mental ha resultado evidente por la magnitud que están alcanzando las enfermedades mentales en los países industrializados con grandes urbes. En muchos de ellos, el número de camas de hospitales ocupadas por pacientes psiquiátricos es tan grande como el requerido para todas las otras enfermedades en conjunto. Esto sin considerar a los enfermos tratados en hospitales generales, muchos de los cuales padecen trastornos que en mayor o menor grado son de origen psicológico. Tampoco se consideran las alteraciones mentales menores, que generalmente no se hospitalizan y que son la mayoría, como sucede en la psiconeurosis. Parece razonablemente seguro que las alteraciones menores de este tipo representan una carga tan pesada para la familia y para la sociedad, como el total de las otras alteraciones no hospitalizadas.

Las desadaptaciones emocionales menores interfieren seriamente con la eficiencia, determinan inasistencia al trabajo, fomentan los accidentes industriales y son causa de complicaciones familiares.

Las estadísticas disponibles indican un aumento de las enfermedades mentales que afecta particularmente a las ciudades urbanizadas, el aumento está relacionado también con la extensión de la vida media que es un hecho efectivo. Allí donde vive más gente aumentan los problemas de las enfermedades crónicas y de la ancianidad, y en consecuencia, de los trastornos mentales seniles. Sin embargo, el aumento de los trastornos mentales afecta también a la juventud, suficientes ejemplos es la delincuencia juvenil. (Calderón N. G., 1982).

Hay muchos expertos que piensan que el estado de salud mental en las regiones poco desarrolladas es mejor que en las regiones prósperas e industrializadas. Se utiliza como razón, que la industrialización rápida produce tensiones emocionales completamente nuevas para una población que estaba acostumbrada a las formas simples de vida agrícola. Los cambios producirían conflictos psicológicos en la población que se traducirían en psiconeurosis, enfermedades psicosomáticas, delincuencia y otros trastornos de la esfera mental. En comparación con países en los que la población es uniforme y pobre el problema de las enfermedades mentales y de aquellos países desarrollados donde existen grupos económicamente diversificados y se presenta en mayor proporción el problema. (Hernan, 1981)

Existen cambios de salud mental de las poblaciones sometidas a ambientes diversos. La salud mental no es una condición estática, sino está sujeta a variaciones e influenciada por factores tanto biológicos como sociales. Es, al igual que en el caso de la salud física, una manifestación ecológica

de la relación individuo-ambiente. El concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico social o de contribuir a él de modo constructivo; implica la capacidad de obtener satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos potencialmente en conflicto; implica además, que un individuo que ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar expresión armoniosa para realizar sus potencialidades. (Dirección General de Educación para la Salud, 1983).

#### 1.2.2 - Epidemiología de las Enfermedades Mentales.

Uno de los enfoques actuales del problema de las enfermedades mentales es epidemiológico, consiste en una búsqueda de las causas de los trastornos de la mente del individuo enfermo y de las constelaciones sociales que pueden haber contribuido al desarrollo del proceso patológico, incluye además, todo lo relacionado con el tratamiento y prevención de los trastornos. La idea de que la enfermedad depende solo de la suerte resulta insostenible en vista del conocimiento de que la aparición de cada tipo de enfermedad sigue un patrón bastante característico. (Bastide R., 1983)

En general, los intereses mayores de la epidemiología son: (Fox J., et al, 1984)

1º El descubrir los factores esenciales o contribuyentes para la ocurrencia de la enfermedad, y

2º El desarrollar métodos para la prevención de la enfermedad.

La epidemiología se originó con motivo de las grandes enfermedades epidémicas. Sin embargo, su alcance abarca ahora a todas las enfermedades. Los

padecimientos crónicos y no infecciosos son progresivamente objeto de estudio epidemiológico cada vez más frecuente.

La investigación de una enfermedad se inicia con la descripción de su aparición, lo que a su vez permite el reconocimiento de la población con mayor riesgo. El patrón de ocurrencia por analogía con otras enfermedades de etiología conocida, o por asociaciones sugeridas, provee la base para la hipótesis sobre la causalidad de la enfermedad, de esta manera las hipótesis son probadas mediante estudios de observación o experimental.

Una forma de describir el nivel de salud mental de una población, hablando ya propiamente de la epidemiología de las enfermedades mentales, es a través del número de enfermos mentales admitidos en los hospitales psiquiátricos de alguna región o ciudad, siendo entre dichas enfermedades la neurosis la forma más frecuente que es del 5 % de la población. (Hernán, S. M., 1981).

Se piensa que una proporción considerable de la población mundial sufre de disturbios emocionales debidos a desadaptaciones sociales. Parece que psicológicamente el hombre no ha cambiado tan rápidamente como la organización social; el ambiente moderno se ha complicado extremadamente y el hombre no ha cambiado emocionalmente en la misma relación.

Muchos psicólogos y psiquiatras piensan que las enfermedades mentales constituyen un problema insondable y que no pueden prevenirse porque su epidemiología no es bien conocida. Esto es cierto en cuanto a la etiología de muchas enfermedades mentales que no están aún bien esclarecidas, pero es evidente que hoy sabemos y debemos saber más que en el pasado. Medio siglo atrás se creía que las enfermedades psíquicas eran de carácter hereditario. Hoy día se piensa diferente. Los biólogos, psicólogos, sociólogos y psiquiatras

han enseñado que tres tipos de factores intervienen en la etiología de las enfermedades mentales: constitucionales, individuales y ambientales. Estos últimos son muy importantes porque actúan permanentemente sobre los otros produciendo conflictos y tensiones emocionales.

Cuando se logra distribuir la frecuencia de las enfermedades mentales en la población, se observa que la distribución no es uniforme, sino que hay relación con la condición económica y cultural y con el ambiente en que se vive. (Bastide R., 1983). Es muy probable que exista una epidemiología de las enfermedades mentales y de los trastornos emocionales asociada con las condiciones de vida de la población. A través de diversos estudios se ha logrado esclarecer, hasta cierto punto, que la enfermedad aparece más frecuentemente en los grupos económicos más bajos y en los distritos de viviendas hacinadas y de mala calidad.

Por otro lado, la epidemiología de las neurosis no es bien conocida, los estudios estadísticos sugieren que las neurosis son menos prevalentes que las psicosis, aún cuando la observación común parece mostrar lo contrario. Los estudios de prevalencia indican un promedio permanente entre uno y dos por ciento de neurosis en la población. Los clínicos encuentran en general un uno por ciento de neuróticos en la población controlada. Hay buenas razones para pensar que la conducta neurótica en los niños está relacionada con las neurosis posteriores del adulto. Parece que esta situación se origina con los primeros problemas y experiencias en el hogar y en la escuela.

En la actualidad se necesitan en México programas de higiene mental que impacte no sólo actividades directas con la población, sino que logre mejoras ambientales que le permitan al individuo obtener un desarrollo mental

y el equilibrio emocional necesario. (Calderón N., 1982)

En relación con estos propósitos, la salud mental se ha encontrado hasta ahora en situación de inferioridad con respecto a la higiene en general. En primer lugar, la prevención de las enfermedades mentales supone casi siempre un proceso bastante complicado que suele ser demasiado lento para poderlo confiar a personas sin un alto grado de especialización. (Calderón N., 1982).

Si bien, toda medida que atenua el efecto de los factores etiológicos puede considerarse como preventiva, es preciso reconocer que no siempre basta eliminar una causa de trastornos para hacer desaparecer alteraciones secundarias patógenas. Además, los conocimientos etiológicos en que se basan las enseñanzas sobre salud mental no son siempre tan exactos como se necesitaría. La mayoría de los trastornos mentales tienen causas múltiples no siempre bien conocidas, lo que abre el campo a teorías diversas y a veces contradictorias.

Existe además, una ciencia que ayuda a la obtención de mayores conocimientos y que nos amplía el panorama de el problema aquí planteado, ésta es la ecología. La Ecología, como sabemos, estudia las relaciones entre los hombres en la medida en que estas relaciones se encuentran influenciadas por el habitat, es decir, que no considera las relaciones sociales propiamente dichas, sino relaciones bióticas.

Ahora bien, una de las nociones más importantes que esta ciencia nos pone en claro es la segregación y por consiguiente la localización de enfermedades mentales como consecuencia de la lucha de los hombres por la vida de la población en áreas separadas, barrios burgueses y barrios de obreros, zonas de inmigrantes y suburbios. Dichas áreas ecológicas no pueden conside-



rarse fijas. Un fenómeno observado es la expansión del centro de la ciudad, centros comerciales y diversiones hacia los barrios residenciales, que arrastra consigo el abandono de inmuebles, la caída de rentas, la creación de una zona móvil de hoteles, de cuartos amueblados, de suburbios condenados a la destrucción, lugar de encuentro de prostitutas, del hampa, de los inmigrantes recién llegados, etc. En suma, toda una zona de desorganización familiar y social. Si la tesis sociológica es válida en psiquiatría, debería ser allí, sobre todo, donde encontraríamos el mayor número de enfermos mentales.

Basándose en diversas observaciones en las áreas urbanas se pueden distinguir 5 áreas concéntricas, partiendo del centro: (Bastide R., 1983)

- 1- Zona de comercio o zona central.
- 2- Zona de transición, invadida poco a poco por la primera y a la que hemos denominado zona de desorganización.
- 3- Zona de las residencias modestas.
- 4- Zona de residencias de clase alta.
- 5- Los suburbios.

"La Escuela de Chicago" ha puesto en claro la ley de distribución de los fenómenos patológicos en relación con estas zonas concéntricas, es decir, su concentración máxima en la segunda área y su disminución progresiva a medida que uno se aleja de ella.

Bastide R., (1983) muestra la diversidad de los tipos de familias de un área a otra: "Familias emancipadas por encontrarse aisladas y escapar al control social de la zona de transición; familias paternas, familias igualitarias de las áreas de habitación de la clase media, familias maternas donde la madre reina en ausencia del padre que no vuelve hasta tarde".

También es evidente que la desorganización de la familia, con los fenómenos de deserción conyugal y divorcio, sigue la misma ley de disminución progresiva desde el centro de la ciudad hacia la periferia.

Reckles W., (Bastide R., 1983), distingue por lo que respecta a la prostitución, un área de burdeles en la zona de transición, un área de prostitución clandestina.

Como los ejemplos anteriores, existen una serie de datos que lo que ponen en evidencia y en conclusión es la ley de decrecimiento progresivo de los hechos patológicos a medida que nos alejamos del centro. Lo anterior podría verse como un fenómeno contrario a los planteamientos anteriores, en que el nivel y condiciones de vida de la población estaba directamente correlacionada con las enfermedades, se podría suponer entonces, qué condiciones de vida desfavorables crean enfermedad y esto se encuentra en las periferias de las urbes, lo cual es cierto y se confirma dicha tesis, sin embargo, el otro comportamiento de patologías de acuerdo a las zonas planteadas, en que ponen de manifiesto que a medida que se acercan al centro de la urbe existe mayor patología no contradice lo anterior, por la razón que se entiende por condiciones de vida todo lo que sucede en el medio ambiente circundante. Así, en el centro de las urbes acontecen una serie de hechos que caracterizan las condiciones de vida también desfavorables para la salud, una de estas características de dicha zona es la contaminación, hacinamiento, limitación de espacios, etc. que repercuten en el ser humano y que caracterizan las condiciones y nivel de vida.

Faris y Dunham (1934), establecen basándose en las primeras admisiones en los Hospitales Psiquiátricos públicos y privados, que a partir del centro y yendo hacia el sur, la ley de decrecimiento progresiva parece válida,

sin embargo, un análisis más detallado muestra que la ley posee mayor exactitud para la esquizofrenia, las psicosis maniaco depresivas no presentan la misma regularidad de distribución, sino que se reparten en otras condiciones en las diversas áreas.

La esquizofrenia alcanza su más alto porcentaje en la zona de desorganización social, pero sus diversas formas se localizan en barrios diferentes: La forma conocida como paranoide y la hebefrénica se ubican en los lugares en que la población es más móvil. La esquizofrenia catatónica en las áreas de inmigrantes y negros. Las psicosis de origen orgánico se distribuyen con la misma regularidad que las psicosis funcionales o las psicosis alcohólicas o debidas al uso de estupefacientes decrecen del centro a la periferia, la parálisis general presenta sus cifras más elevadas igualmente en la zona de desorganización.

Una distribución así, una tal regularidad no puede ser efecto del azar, sino que tienen sus elementos causales en las características y modo de vida. Diferentes análisis muestran también que es en los barrios de departamentos vetustos, los que proporcionan las cifras más altas de enfermedades mentales y de estas zonas hacia los barrios residenciales volvemos a encontrar la ley de decrecimiento. (Bastide R., 1983).

Faris y Dunham (1934), piensan haber encontrado una verdadera ley, no puede admitirse en su totalidad que la pobreza sea la causa principal de esta distribución pues si así lo fuera, debería haber una distribución análoga para todas las enfermedades y hemos visto que cada tipo tenía su barrio preferido.

Serían pues, las condiciones de vida de ciertas áreas las responsables de los trastornos de la personalidad por la ruptura de los vínculos familia-

res, el aislamiento forzado de los individuos o motivado por la sobreconcentración de habitantes, la ansiedad generada por las condiciones que se presentan, en suma, habría allí zonas urbanas que fomentan la enfermedad mental.

El estudio mencionado de Paris y Dunham (1934) ha sido el punto de partida de toda una serie de trabajos en los Estados Unidos de América, unos confirmando su tesis y otros debilitándola, pero sobre todo, no existiendo en nuestro país un estudio detallado de tales fenómenos.

Diversos estudios demuestran la relación existente entre los desordenes mentales y el medio ecológico, no encontrándose de manera uniforme en cada una de las localidades, sino obedeciendo a las características propias de la urbe.

Europa se ha interesado también por los estudios de las comunidades que por los estudios ecológicos.

Chombart de Lauwe (Bastide R., 1963), ha mencionado que los trastornos psíquicos se reagrupan en ciertos barrios, ya sea en las zonas de mezcla, de aculturación y de cuartos amueblados en las zonas bajas económicamente hablando.

En Bordeaux, los niños con trastornos caracterológicos se concentran también en los barrios bajos, mientras que los niños delincuentes se concentran en los barrios de antiguas casas de alquiler sobrecargadas de inquilinos de nivel económico bajo.

Tenemos pues, tanto en Europa como en los Estados Unidos de Norte América, barrios urbanos de carácter patológico favorecedores de los trastornos mentales. El factor ecológico que aparece como el más importante en los estudios recientes es el de la concentración de habitantes.

Es así como vemos que las condiciones ecológicas pueden desempeñar un papel importante para explicar la abundancia de enfermedades mentales.

### 1.2.3 - Aportaciones Teóricas de la Psicología Ambiental.

La Psicología Ambiental se centra principalmente en la relación del hombre con su ambiente físico y más particularmente con el medio físico que ha "creado". En el último siglo el hombre ha trastornado la naturaleza y su medio ambiente, aunado a dicha transformación viene la destrucción del ser humano al desarrollarse las urbes y los problemas que esto acarrea. Es evidente que en la interacción humana con su ambiente, el individuo responde y son evocadas diversas respuestas en forma de sentimientos, actitudes, estados psíquicos, valores, expectativas, deseos, etc.

Uno de los análisis de como el hombre responde a su ambiente y como éste es experimentado fué hecho por Koffka (1935), en su concepto de "ambiente conductual" que fué desarrollado posteriormente por Lewin en su teoría de campo en su concepción del "espacio vital". (Cuelli J., et al 1983). La Teoría de Campo no representa un sistema nuevo de psicología, limitado a un contenido específico, sino que es un conjunto de conceptos por medio de los cuales se puede representar la realidad psicológica.

Las características de la teoría de campo pueden resumirse como sigue:

- a) La conducta es una función del campo que existe en el momento que esto ocurre.
- b) El análisis se inicia con la situación como una totalidad, a partir de la cual se diferencian las partes componentes.
- c) La persona concreta en una situación concreta puede representarse en forma matemática.

Lewin, (Cuelli et al, 1983), también reconoce fuerzas internas determinantes

de la conducta que expresan una preferencia por la descripción del campo en conceptos psicológicos más que en términos físicos o fisiológicos.

Un campo se define como la totalidad de factores coexistentes concebidos como mutuamente interdependientes. Define a la persona como una entidad localizada dentro de un área mayor, conceptualizándole dos propiedades:

1. Separación del resto del mundo por medio de un límite continuo que le da la entidad.
2. Inclusión al mismo tiempo en un área mayor.

También maneja el concepto de "Ambiente Psicológico", entendiéndolo como todo aquello que rodea al sujeto, capaz de influir de manera directa sobre él, combinándolo al mismo tiempo con el "espacio vital" y que contiene la totalidad de los posibles hechos que son capaces de determinar la conducta del individuo, es decir, que la conducta está en función del espacio vital, de esta manera la tarea de la psicología dinámica es explicarse la conducta de un individuo a partir de la totalidad de los hechos psicológicos que existen en el espacio vital en un momento determinado.

El hecho de que el espacio vital esté rodeado por el mundo físico, no quiere decir que tal área sea parte del mundo físico sino más bien que el espacio vital y el espacio más allá de éste, con regiones diferenciadas y separadas de una totalidad mayor, pero no por eso carecen de influencia.

Lo que en resumen postula es que aquello que rodea al individuo con ciertos límites inmediatos posee una influencia sobre la conducta y sobre los mismos procesos psíquicos del ser humano.

conducta no surge de las propiedades objetivas del mundo del estímulo exterior sino de este mundo transformado en un mundo interior o ambiente psicológico y dicha transformación la hace un organismo cognocente por

naturaleza.

La comprensión del ambiente psicológico en sí requeriría por lo menos estudiar la manera como este ambiente penetra en el individuo, los procesos dentro de los cuales el individuo percibe, conoce y crea, y más críticamente, la función desempeñada por el ambiente físico en todos estos procesos, así al tratar de conceptualizar el ambiente humano, una de las tareas primordiales debe ser de incurrir la relación entre el mundo físico de la persona y el mundo que ésta construye a partir del primero, así como la relación que hay entre este último y la conducta y experiencias psíquicas. (Cueli et al, 1983).

De esta manera entendemos que la conducta humana y sus procesos psicológicos pueden ser modificables a través del ambiente que le rodea.

Por otro lado, existen diversas hipótesis que se derivan de un estudio realizado en un Hospital Psiquiátrico (Proshansky, H. M. et al, 19780, continúan con la misma línea de postulaciones, las cuales son:

1. La conducta humana en relación con el medio físico es duradera y consistente con respecto al tiempo y la situación, por consiguiente es posible identificar las pautas características de conducta que corresponden a ese medio.
2. Se obtuvo la conclusión de que la conducta que observaron se consideraba en función del medio físico inmediato en que ocurría.

Cualquier ambiente físico, ya sea una sala de psiquiatría, una casa de departamentos, un salón de clases, un vecindario, etc., forman parte de un medio físico que es más grande y abarca más, que es influido y, por consiguiente influye también. Los ambientes físicos y las estructuras más amplias que los abarcan, son de por sí, expresiones de sistemas

sociales correspondientemente inclusivos y correlacionados.

3. El medio físico que define y estructura una situación concreta no es un sistema cerrado.

Las propiedades físicas de un cuarto están en función no sólo de su decoración sino también del número de personas que se hallan en él. Si un medio físico es un sistema abierto, caracterizado simultáneamente por el cambio y la estabilidad, entonces su organización es dinámica. La conducta de las personas que se encuentran dentro de ese campo y el ambiente en que la conducta ocurra son interdependientes.

4. La conducta, en relación con un medio físico, está organizada dinámicamente; un cambio en cualquiera de sus componentes ejerce efectos de variación sobre los demás elementos de ese medio.
5. Pueden inducirse cambios en las pautas de conducta características de un medio físico, cambiando las estructuras físicas, sociales o administrativas que definen ese medio.
6. Aunque el individuo no se percate la mayor parte del tiempo de sus inmediaciones, dentro del proceso ambiental estos alrededores continúan ejerciendo influencia considerable en su conducta.

Se analizaba anteriormente, en los antecedentes de la presente tesis, la existencia de una zona amortiguadora del cuerpo, en el que se estudiaban las mediaciones del espacio personal y la zona inmediata que envuelve al individuo.

Las observaciones clínicas apoyan el supuesto de que debe haber cierta distancia reproducible que las personas imponen entre sí mismas y los objetos, distancias necesarias para desarrollar niveles óptimos de salud mental.



De los hallazgos de este estudio surgieron varias hipótesis que ahora debemos recordar:

1. Los individuos tienden a mantener una distancia característica entre sí mismos.
2. Esta distancia es menor en objetos inanimados, que no amenazan, que con las personas.
3. En torno de cada individuo aparece un área de espacio personal que parece ser reproducible y que puede considerarse una "zona amortiguadora del cuerpo".

Dichos espacios no se dan exactamente en los departamentos pequeños de las unidades habitacionales, además de que éstos son violados continuamente. Podemos ver de esta manera, que los estados psíquicos y conducta del individuo es en buena parte producto del espacio inmediato en donde el hombre habita.

Freud decía (1927): "El yo es ante todo un yo del cuerpo, no es una mera entidad de superficie sino la proyección de una superficie".

Muchos psicólogos han comentado la importancia que tiene el desarrollo de la imagen del cuerpo para la formación del yo primario. Bender y Schilder, (Proshansky, et al, 1978), consideraron que hay un concepto interno de la organización espacial del mundo que forma parte de la imagen del cuerpo.

Al estudiar la zona amortiguadora del cuerpo inmediata como faceta distinta de la imagen del cuerpo, habría que considerar que la imagen corporal comprende no solo una proyección interiorizada del contorno y la posición del cuerpo, sino también una proyección sensibilizada del área inmediata que rodea al cuerpo. De esta manera, percibimos como si nos extendieramos

en el medio ambiente contiguo.

La idea de zona amortiguadora del cuerpo sugiere que el concepto que se tiene del yo puede extenderse también al espacio inmaterial.

Esta faceta de la zona amortiguadora, perteneciente a la imagen del mismo, es decir, del cómo se configuran, pudiera depender de varios factores: De los individuos cercanos y de las actitudes propias hacia ellos, casi como de los derivados de pulsiones internas como son las necesidades de dependencia oral y de conflictos agresivos.

Así pues, el tamaño, la forma y la penetrabilidad dependería de acontecimientos interpersonales inmediatos, así como de los estados del yo y de la motivación presente del individuo.

Correlacionando todo lo anterior con el hacinamiento se puede comprender como éste provoca enfermedades, pestilencia y diversas actitudes de los individuos que están envueltos en ello, como pueden ser conductas desajustables.

Las urbes, con sus grandes unidades habitacionales, y por consecuencia la limitación del espacio habitacional, trae enfermedades mentales o simplemente estados psíquicos desfavorables para la salud, todo esto en contraste con las áreas rurales que bien pueden fomentar la salud y la libertad.

Recordemos las consecuencias de la industrialización en nuestro país, que repercutió en el amontonamiento de casas, acompañado de incrementos en las tasas de morbilidad y mortalidad, los brotes epidémicos y las formas crónicas de enfermedades, constituyendo hasta nuestros días los problemas más arduos de la salud.

Las comunidades industrializadas han caído en una trampa de infección, resultante del aumento en los contactos humanos.

Es así como el hacinamiento ejerce varios efectos: Facilita la propagación de los agentes infecciosos, la forma en que el hombre responde a la presencia de estos agentes afecta la respuesta del individuo en diversas dimensiones y al cuerpo social. Afecta a la vez, el funcionamiento biológico del individuo, como por ejemplo, la anestesia por barbitúricos se ve afectada por la densidad de población. La toxicidad de los estimulantes del sistema nervioso central, como la anfetamina, se intensifica notablemente. La hipertensión aumenta también con el hacinamiento y la arterioesclerosis coronaria evoluciona más rápida e intensamente. (Proshansky, et al, 1978). Resultante también de la reducción de espacio son los estados patológicos o anormales de ansiedad que a su vez evocan diversas respuestas. Lo anterior caracteriza, en parte, el marco de salud-enfermedad que presentan las unidades habitacionales.

#### 1.2.3.1 - Vivienda y Salud Mental.

Aunque parezca extraño, se sabe muy poco acerca de la influencia directa e incluso determinante de la relación del hombre con la vivienda. Al igual que los animales en su conducta territorial, (Aristide, 1971), el lugar de refugio del ser humano y donde pasa la mayor parte de su tiempo en su casa, la cual mantiene efectos constantes en la salud mental del hombre y en general en todo su comportamiento. Recientemente, gracias al creciente desarrollo de la psicología ambiental se ha estudiado dicha correlación, aportándose conocimientos valiosos que señalan la casa como un importante elemento medio ambiental capaz de proveer un ambiente ideal para el hombre, existiendo factores psicológicos que se encuentran en relación directa con el ser humano. (Werner, 1987).

Actualmente en México, se vive una situación crítica con respecto al hacinamiento (como ya se analizó anteriormente), características que se presentan en las viviendas con su consecuente carencia de espacio, características que determinan, en buena medida, la salud mental de quienes residen en dichas circunstancias.

Chombart de Lauwe, (Bastide, R., 1983), ha encontrado entre los niños de multifamiliares un umbral peligroso de sobrepoblación, esto hace recordar los límites de población entre los animales, en los que existen alteraciones a nivel conductual y orgánico provocando una baja demográfica brusca cuando existe sobrepoblación. Es así como Chombart marca entre 2. y 2.5 personas por habitación (refiriéndose a una superficie de 8 a 10 m<sup>2</sup> por persona).

En base a sus estudios Chombart encontró las siguientes cifras. (Cuadro 4 y gráfica 8).

Cuadro 4. Trastornos Psicológicos en Multifamiliares.

<u>Trastorno</u>	Más de 8 a 10 m <sup>2</sup> por persona	Menos de 8 a 10 m <sup>2</sup> por persona
	Grupo 1	Grupo 2
Agresividad	35.2 %	64.8 %
Trastornos Antisociales de la personalidad	33.3 %	66.7 %
Nerviosismo	43.0 %	57.0 %
Trastornos Psicomotores	49.0 %	51.0 %

Fuente: Bastide, R. (1983). Sociología de las Enfermedades Mentales.

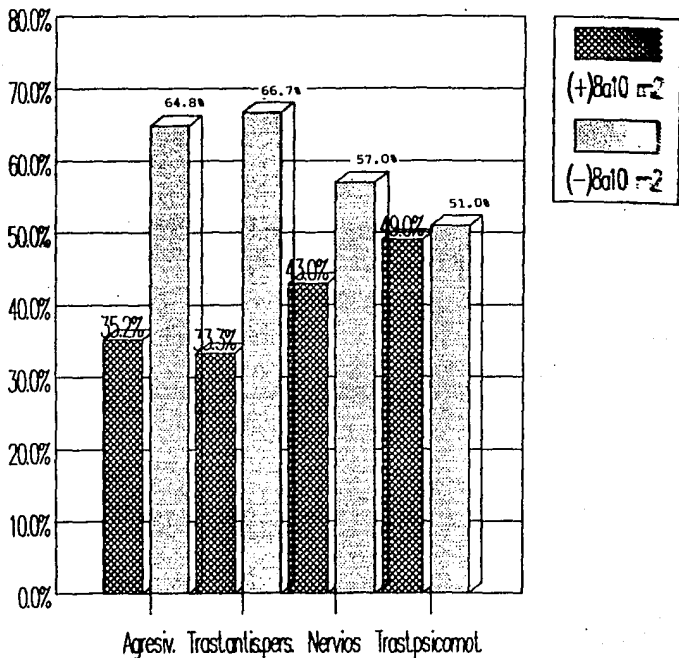
Flammarion Ed. París.

# GRAFICA 8

## TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN LOS MULTIFAMILIARES

DE ACUERDO A LOS M2. POR HABITANTE.

PORCENTAJES



### TRASTORNO

Fuente: Bastide, R. (1983). Sociologie des Maladies Mentales, Flammarion, Editeurs Paris.

Como se puede observar en el cuadro 4 y en la gráfica 8, existen diferencias notables entre los habitantes que residen en hogares con más de 8 a 10 m<sup>2</sup> y los que viven con espacios de menos de 8 a 10 m<sup>2</sup> por persona, siendo en estos últimos en donde se presentan mayores índices de trastornos. Es en los trastornos antisociales de personalidad donde se concentra el mayor número de casos (66.7 %), diferencia contrastante con el primer grupo, ya que es esa misma entidad la que se presenta con menor proporción. El mismo fenómeno lo observamos en los casos de agresividad, siendo para el grupo 2 (64.8 %), el segundo trastorno en índice de incidencia, en comparación con 35.2 % de la misma entidad para el grupo 1. De esta manera observamos que para el grupo 2 las entidades más altas encontradas son la agresividad y trastornos antisociales de la personalidad y en el grupo 1 estas mismas entidades son las que en menor proporción se presentan, siendo el nerviosismo y trastornos psicomotores los más altos, pero sin embargo no alcanzan los índices de incidencia cuando los metros cuadrados por persona son menores de 8 a 10 m<sup>2</sup>.

De acuerdo a los datos anteriores, es comprensible que el niño que encuentra limitaciones de espacio en el apartamento manifieste mayores trastornos psíquicos.

Junto a este umbral peligroso existe un umbral de equilibrio, donde los trastornos psíquicos poseen una baja incidencia. Esta noción de umbral peligroso puede generalizarse también a los adultos, ya que requieren al igual que los menores de edad de un espacio que les ofrezca el mínimo de elementos para su bienestar. (Bastide, R. 1983).

En los departamentos de las Unidades Habitacionales de la actualidad se carece de elementos básicos para ofrecer a sus moradores un habitat favora-

ble para la salud mental, (Findlay, R. 1981), ya que en ellos se carece de la intimidad y la privacidad porque forzan a convivir tan de cerca con los vecinos invadiéndose constantemente el espacio personal o su territorialidad, experimentándose impotencia ante tal evento. (Proshansky, 1978). El primer vínculo que se establece entre los vecinos es por medio del oído ya que continuamente se escuchan sonidos del exterior. El mismo diseño de las casas fomenta este íntimo vínculo auditivo, pues los departamentos son de muros compartidos que no aíslan los sonidos y que son de muy poco espesor, de esta manera, la incapacidad de controlar el propio espacio produce incomodidad e incluso ansiedad.

Otro de los elementos que se encuentra presente es el vínculo visual, debido al diseño y la forma como están distribuidos los edificios uno con otro. Estos y otra serie más de diversos aspectos provoca la sensación de invasión continua del territorio, lo que provoca una amalgama de la propia familia que a su vez, repercute provocando mayor invasión emocional y menor espacio disponible dentro de casa, unido con lo limitado del espacio del departamento más los muebles con que éste cuenta. Situación constante que provoca estados crecientes de ansiedad, despertando y poniendo en acción diversos mecanismos psíquicos como un intento de controlar la situación desfavorable y que el fracaso de estos mecanismos provoca diversas psicopatologías.

Diversas investigaciones recientes (mencionadas al inicio de la presente investigación), demuestran la relación existente entre el hombre, deficiencias de la vivienda y consecuencias en la salud mental o alteraciones conductuales de sus habitantes. (Rehe, 1982; Lewis, B. 1985).

Harshbarger (1988), encontró que familias que vivían en multifamiliares

experimentaron cambios bruscos al intentar adaptarse, provocando al interior de la familia conflictos importantes y mayor estrés en situación de hacinamiento.

Edwards (1982) observó que viviendas de multifamiliares son asociadas con el deterioro psíquico y aparición de diversas psicopatologías de sus moradores, así mismo, conflictos conyugales y aumento en la agresividad. Los datos que Edwards encontró demuestran claramente como la vivienda puede llegar a afectar a sus habitantes, principalmente con un estrés psicopatológico y que en mayor proporción este fenómeno se presenta en residentes de multifamiliares.

Datos similares fueron descritos por Aiello, J. (1986) al demostrar los efectos negativos de la sobrepoblación en las viviendas. Así como Finlay (1981) al estudiar la existencia de deficiencias medioambientales de las casas, observó que las viviendas no cumplen con criterios básicos arquitectónicos favorables, provocando insatisfacción en los habitantes, principalmente cuando existe demasiada gente en condiciones de hacinamiento.

Otro de los efectos encontrados de la vivienda es el grado de satisfacción o la ausencia de ésta, de acuerdo a ciertos elementos de la misma, es así como Chin, Y. (1988) demuestra dicha correlación al igual que Rohe, W. M. (1982), quien señaló la importante influencia del medio ambiente y como la vivienda principalmente puede determinar la forma como ésta se experimenta para que sus habitantes vivan sensaciones de satisfacción o insatisfacción.

Estudios similares han sido desarrollados en México, es el caso de Montero y López L. (1986) concluyendo que existe desagrado en los residentes que viven en pisos altos, conjuntamente con el alto estrés que se presenta



en las personas, al evaluar la satisfacción en residentes de viviendas pequeñas como las del Infonavit. Es así como varios autores estudian al respecto la vivienda, entre otros se encuentran: Anderson, R.; Weideman, S. (1980); Francescato, G. (1980).

Por otro lado, Kinney, J. (1985) hace notar la importancia de como la vivienda amplia aporta mayor sentido de satisfacción a sus residentes, ya que en éstas pueden remarcar su territorialidad, no así en departamentos pequeños y más poblados, los cuales provocan estrés e insatisfacción a sus moradores, desapareciendo la conducta de adornar la vivienda como forma de señalar el territorio.

Haciendo un análisis de la vivienda y el porqué ésta tiene correlatos con los trastornos ya mencionados, de una forma tan trascendental es porque se considera que la vivienda es interiorizada al propio "Yo" y es a la vez extensión de éste, es decir, como una prolongación de la propia persona ya que el hombre compone su espacio más allá de su propio cuerpo. (Bennett, C. 1977).

Los psicoanalistas escriben "Me parece que en nuestra cultura hay un consciente desentenderse de la importancia del ambiente no humano que existe simultáneamente con una exagerada dependencia, en gran parte inconsciente con respecto a ese ambiente. Yo creo que la importancia real de ese ambiente para el individuo es tan grande que no se atreve a reconocerla. Se le percibe, no como un conglomerado muy importante de cosas extrañas al Yo, sino también como una parte grande e integral de ese Yo". (Searles, H. 1960).

Fraud, (1927), decía que el Yo no es una mera entidad de superficie sino la proyección de una superficie".

Al correlacionar específicamente los efectos de la vivienda con la ansiedad, encontramos que ésta afecta, incrementando o disipando la tensión y la ansiedad que genera a sus moradores. (Proshansky, et al 1978).

Como ya antes se describió, Harshbarger, S. e Inman (1988), confirmaron dicho postulado al igual que Edwards (1982) relacionó los multifamiliares con cuadros sintomatológicos, los cuales aportan información valiosa de la alta ansiedad que los residentes experimentan en sus departamentos, afectándose considerablemente la salud mental al presentar niveles psicopatológicos de ansiedad.

De igual manera, Tegnoli J. y Fiddle D. (1987) hablan de las alteraciones conductuales provocadas por una invasión de la privacidad en el hogar, produciéndose una experiencia de estrés y ansiedad, vinculando la disonancia cognoscitiva con el tipo de vivienda, cuando ésta no cumple con algunas funciones primordiales como la privacidad, seguridad, refugio, posesión, etc.

Así mismo, Sheldon (1989), aborda la problemática del hacinamiento o la limitación del espacio habitacional como resultado de la alta densidad en la casa, mencionando que uno de los efectos negativos que se presentan como consecuencia de dicha condición, es el estrés o la ansiedad. De esta manera una de las formas para reducir los efectos negativos psicológicos es reduciendo la alta densidad de la población.

Al demostrarse la importancia del hacinamiento para la salud mental se ha intentado medir de diversas maneras, entre éstas ya mencionamos a Chombart de Lauwe (Bastide, R. 1983). Otro de los estudios ha sido el cómputo de personas por cama que empleó Gran Bretaña en el siglo XIX y que ahora es anacrónico.

El estudio más acertado al respecto, que encontramos con cánones confiables y específicos es el realizado por la American Public Health Association, que a pesar de haber sido realizado en 1950 posee elementos valiosos por rescatar. Dicha asociación estableció los requisitos de espacios mínimos en metros cuadrados, el cual es:

37 m<sup>2</sup> por persona

70 m<sup>2</sup> para dos personas

93 m<sup>2</sup> para tres y así sucesivamente

De no respetarse o preverse a los habitantes de viviendas de dichos espacios, se experimentarían alteraciones psíquicas importantes y consecuentes a la salud mental de quienes las habitan.

Es así como en el ejercicio clínico psicoterapéutico, ante las evidencias mostradas en la práctica cotidiana, no se puede ignorar y desentender como el espacio influye en el hombre con consecuencias patológicas.

Como un intento de poner este fenómeno a favor de la salud mental del ser humano, se ha desarrollado la práctica psicoterapéutica a través del manipuleo espacial, es decir, dentro de las diversas técnicas psicoterapéuticas una de ellas es la "terapia espacial" (Proshansky, et al 1978).

Por otro lado, el ser humano tiene derecho a estar sano mentalmente, entendiéndose como salud mental al "estado de balance biopsicosocial, que permite el óptimo desarrollo físico, intelectual y emocional del individuo, en forma compatible con el desenvolvimiento semejante de otros individuos y que tal ajuste le permite al hombre experimentar sentimientos de bienestar y la realización de sus propias capacidades y potencialidades" (Wolman, B. 1984; Dirección General de Educación para la Salud, 1983).

La principal característica de la salud mental de un individuo es la capa-

cidad para establecer relaciones interpersonales con otros individuos interacción apropiada, aceptada y considerada como positiva por la comunidad.

Una segunda condición es aquella que considera como necesario el que el desenvolvimiento del individuo armonice con las características de la sociedad a la que pertenece. Es decir, una adaptación tal que le permita experimentar sentimientos de bienestar para la puesta en marcha de sus potencialidades. Sin embargo, la realidad a la que nos enfrentamos es que encontramos que el hombre tiene que enfrentarse constantemente contra agentes y diversos problemas que amenazan a la salud mental, entre éstos la vivienda.

Los problemas psicológicos y las precarias condiciones de vida que afectan a la humanidad en nuestros días son de tal importancia que el individuo ha tenido que ir modificándose bajo el efecto de los mismos, tratando de escapar, muchas veces sin éxito, de un torbellino que tiende a arrastrarlo hacia el abismo de la enfermedad mental.

En conclusión, es reconocible que la estructura económico-social del país, ejerce una determinación en el sistema de vivienda de la población y esto a su vez ha repercutido en el nivel de salud e índice de enfermedades y trastornos tanto psicológicos, conductuales como orgánicos, por lo que es importante revisar algunos aspectos de la vivienda y que se vinculan a diversos factores ecológicos que favorecen a la enfermedad mental.

#### 1.2.3.2 - La Sensopercepción y la Vivienda.

Por otro lado, podemos analizar los fenómenos sensoriales a los que el hombre en su espacio ambiental está expuesto.

El aparato sensorial del hombre se divide en dos categorías:

a) Los receptores de distancia, relacionados con el examen de los objetos distantes, es decir, los ojos, los oídos y la nariz.

b) Los receptores de inmediación empleados para examinar lo que está contiguo o pegado a nosotros, esto es lo relativo al tacto, las sensaciones que recibimos en la piel, las mucosas y los músculos. (Hall, E. 1983).

Refiramonos ahora a lo concerniente al espacio visual y auditivo. En éste la cantidad de información recogida por la vista no ha sido calculada con precisión en comparación con el oído. En sujetos normales y vigilantes es probable que la vista sea mil veces más eficaz que el oído en acopiar la información. Por su parte, el oído puede abarcar con eficacia hasta 6 metros, a esta distancia el oído es eficiente, a unos 30 metros es posible la comunicación verbal en una sola dirección. El ojo sin ayuda recoge una cantidad de información dentro de un radio de cerca de 100 m. y todavía es muy eficiente para la interacción humana a 1.5 kilómetros. (Harvey, 1981).

Es espacio visual tiene un carácter diferente del auditivo, la información visual tiende a ser menos ambigua y a concentrarse más que la auditiva. La percepción del espacio no solo es cuestión de lo que puede percibirse, sino también de lo que puede eliminarse, excluir información es importante. Si dos piezas son del mismo tamaño pero una elimina el sonido y la otra no, la persona sensible tratando de concentrarse se considerará menos apretada en la primera, porque se siente menos invadido, en base a esto es el por qué la tendencia de los últimos años en la construcción de automóviles último modelo que aislan el sonido del exterior ya que no es lo mismo recorrer la ciudad en uno de estos coches en dichas condiciones, que en otro en el que todo el ruido del exterior es percibido, incluso

el del motor; el grado de estrés en estos autos tiende a ser mayor. Este factor viene a ser un problema más que se presenta en las Unidades Habitacionales, lo pequeño de los apartamentos obliga a sus habitantes a sobrecargar el espacio de objetos, sumado a esto, el ruido y sonidos de los apartamentos contiguos es claramente perceptible pues se pueden escuchar las pláticas, murmullos, movimientos de los vecinos o incluso las discusiones. (Proshansky, et al. 1978).

Refiriendonos al sentido del olfato, vemos que es uno de los medios fundamentales de la comunicación, su índole es básicamente de naturaleza química y sirve para diversas funciones, no sólo diferencia a los individuos sino que permite, a la vez, la evocación de recuerdos, la identificación del estado emocional de otras personas, sirve de guía y proporciona un medio de demarcar el territorio. A la vez, sirve para la comunicación y para enviar señales o mensajes y últimamente se ha dado a conocer la interacción existente entre la ofación (exicronología) y los reguladores químicos del organismo (endocrinología). (Hall, 1983).

Existe una respuesta de estrés, de acuerdo al funcionamiento y mensajes del sistema endócrino. Los enfermos mentales esquizofrénicos emiten un olor característico. Las olfaciones de cierto tipo pueden dar una sensación de huida, los cambios y las transiciones no sólo contribuyen a localizar a uno en el espacio, sino que añaden a la vida cotidiana un aliciente satisfactorio.

Con respecto a los receptores inmediatos, como la piel y los músculos podemos analizar que buena parte del éxito de Frank Lloyd Wright en arquitectura se debió a su entendimiento de los muy diferentes modos que tiene la gente de sentir el espacio.

Los japoneses parecen haber comprendido algo de la relación recíproca que hay entre la experiencia cenestésica del espacio y la experiencia visual. Los japoneses por el número de habitantes que tienen en un territorio tan reducido y experimentando la falta de grandes espacios abiertos y hacinamiento, aprendieron a aprovechar al máximo los pequeños espacios. Fueron ingeniosos en el agrandamiento del espacio visual mediante la exageración de la participación cenestésica. Un ejemplo de esto son sus jardines, en los que ponen en juego, paso a paso, a todo el individuo porque a cada paso se puede contemplar un nuevo paisaje. Igualmente en el empleo del espacio interior, dejan despejados los rincones de las habitaciones porque todo sucede en medio. Los europeos, en cambio, aglomeran los muebles a las paredes y es por eso que las habitaciones se ven menos espaciadas y más revueltas. En los Estados Unidos la idea común del lugar que necesitan los empleados de oficina se limita al espacio que se requiere estrictamente para desempeñar el trabajo, todo lo que pase de la necesidad mínima puede considerarse superfluo, esto mismo sucede en nuestro país.

En realidad podemos medir con una cinta métrica si un hombre puede o no alcanzar un objeto pero debemos aplicar una serie diferente de normas para apreciar la validez de la sensación de apertura que un individuo experimenta.

En las oficinas norteamericanas existen tres zonas ocultas: (Hall, E. 1983).

- 1) La zona inmediata al trabajo con escritorio y silla.
- 2) Una serie de puntos al alcance de la mano y fuera de la zona 1.
- 3) Espacios marcados como límite alcanzado cuando uno se aparta del escritorio para alejarse del trabajo pero sin llegar a levantarse.

La oficina que permite el movimiento en la zona 1 se siente todo un encierro, en la zona 2 parece pequeña y en la zona 3 se considera suficiente y en algunos casos amplia.

El espacio cenestésico es un factor importante en la vida cotidiana de la vivienda. Los hoteles norteamericanos, la mayoría de los cuartos parecen pequeños porque uno no puede moverse sin tropezar con algún objeto, el cuarto que parece mayor es aquel que permite mayor variedad de movimientos. En México, la forma de experimentar los espacios dentro de la vivienda son con poca posibilidad de movimiento, lo que sumado a los diferentes factores de hacinamiento incrementa más la problemática. (Hall, 1983). Lo que uno puede hacer en un espacio dado, determina su modo de sentirlo y en parte, el estado emocional. Una habitación que puede atravesarse de uno a dos pasos proporciona una experiencia muy distinta de la que requiere mayor número de pasos. Una habitación cuyo techo se puede tocar es una experiencia muy distinta a la de aquella cuyo techo está más alto. En los grandes espacios exteriores la sensación de espacio que uno percibe depende de que se pueda o no recorrer a pie unido a la distancia que uno alcance con la vista.

Refiriendonos ahora a los receptores inmediatos podemos mencionar que la piel es uno de los principales sentidos, una de sus funciones es la percepción del espacio. Los nervios propioceptores dan información al hombre de lo que sucede cuando pone en movimiento sus músculos, éstos permiten la retroactividad que impulsa al hombre a mover su cuerpo suavemente y ocupan una sola posición clave en la percepción cenestésica del espacio, es decir, que no solo nos damos cuenta y obtenemos información del medio ambiente a través de la vista, oídos y olfato sino también a



través de la piel. (Harvey, 1981)

El hombre está dotado para enviar y recibir mensajes relativos a su estado emocional por medio de cambios en la temperatura de la piel de diversas partes del cuerpo. Los estados emotivos se reflejan, a la vez, en la afluencia de la sangre a diferentes partes del organismo. El aumento de calor en el organismo se descubre con detectores termales de la piel si los dos sujetos están suficientemente cerca uno del otro por la intensificación de la interacción olfativa y por el examen de la vista.

Es así que cuando una persona próxima a otra experimenta cambios emotivos o cierto grado de angustia, dicho estado lo perciben quienes lo rodean, influyendo de esta manera en los estados emotivos de las personas que lo perciben. Esto es aplicable a los habitantes de departamentos hacinados en sus relaciones interpersonales, las cuales llegan a ser muchas veces conflictivas. (Hall, E. 1983)

A la vez, la temperatura tiene mucho que ver con el modo en que una persona se siente apretada. Una reacción en cadena se pone en movimiento cuando no hay espacio suficiente para que se disipe el calor y la información que se transmite por el conglomerado de gente.

Para que dichos estados no se presenten se necesita un mayor espacio habitacional. Son muchos los datos que llegan al sistema nervioso por los ojos y a un ritmo mucho mayor que por el tacto o por el oído. Suele considerarse a la vista como el medio principal que tiene el hombre para recoger información y a la vez transmitirla. (Harvey, 1981)

Es así como podemos considerar a la visión como un sentido que nos ayuda a sintetizar la información, ésta es llave del entendimiento humano. Debemos reconocer que en ciertos puntos críticos, el hombre sintetiza la expe-

riencia, es decir, que el hombre aprende a ver y lo que aprende influye en lo que ve; como consecuencia del aprendizaje la percepción se altera, esto promueve la adaptación del hombre y la utilización de experiencias pasadas.

Al desplazarse por el espacio el hombre cuenta con los mensajes recibidos de su organismo para estabilizar su mundo visual, sin esta retroalimentación del organismo mucha gente pierde el contacto con la realidad y padece alucinaciones.

Por otro lado, Piaget (1956), puso de relieve la relación del organismo con la visión y dijo que los conceptos espaciales son acción interiorizada, es por eso que el espacio habitacional posee gran influencia en el ser humano.

No hay dos personas que vean exactamente la misma cosa cuando emplean activamente su vista en una situación natural, es desagradable para muchas personas porque implica que no todas las personas se relacionan del mismo modo con el mundo que los rodea.

La distancia entre los mundos perceptuales varía según la cultura del individuo y de todas las maneras pueden existir problemas.

#### 1.2.3.3 - El Fenómeno de la Territorialidad.

Estudios en las especies animales arrojan datos importantes que pueden apoyar el tema a tratar, pues en ellos se observan los cambios del comportamiento que siguen a las variaciones en el espacio que tienen disponible, datos que han sido citados y que podemos analizar en los antecedentes del presente trabajo. De éstos se obtiene que existe un fenómeno conductual de los seres vivos llamado territorialidad, (Aristide, 1971), y que suele definirse como el comportamiento mediante el cual el ser vivo declara

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

característicamente sus pretensiones a una extensión de espacio que defien-  
de contra los miembros de su propia especie. Este concepto fué descrito  
por el ornitólogo inglés Howard H. E. en 1920.

Hediger (1961), psicólogo animal, describió los aspectos más importantes  
de la territorialidad y expuso los mecanismos con que opera. Expone que  
la territorialidad garantiza la propagación de la especie, regulando la  
densidad de población. Proporciona el marco dentro del cual se hacen las  
cosas, ya sea aprender, jugar, ocultarse, etc. Coordina así las activida-  
des colectivas y mantiene unidos a los grupos. Un animal con territorio  
propio puede crear toda una serie de reacciones reflejas a los accidentes  
del terreno.

Cuando llega el peligro, el animal que está sobre el terreno de su residen-  
cia puede aprovechar sus reacciones automáticas y no tiene que perder  
tiempo en buscar dónde ocultarse, es decir, le brinda seguridad.

El hombre es territorial y ha inventado muchos modos de defender lo que  
considera su tierra, su cuerpo, su espacio y hace una distinción entre  
propiedad privada, pública y territorio de grupos, y al igual que los  
animales, demarca su territorio con diferentes tipos de señalamientos  
medio ambientales. (Brown, B., Warner, M. 1985; Moran, R., Dolphin, C.  
1986).

La territorialidad es un sistema básico del comportamiento característico  
de los seres vivos, entre ellos el hombre, en donde puede expresar sus  
conductas, pero a la vez dicha territorialidad puede influir o determinar  
el tipo de conducta que se de. (Hall, 1983; Aristide, 1971).

Dentro de este espacio territorial existen diversas conductas que se pueden  
delimitar de acuerdo a diversas distancias, una de ellas es la distancia

de huida, referente a esto, cualquier persona ha observado que un animal salvaje deja al hombre o a otro enemigo potencial acercarse hasta determinada distancia antes de huir o en su caso atacar. Hediger (1961) se refirió a dicho mecanismo de espacio interespecífico como distancia de huida.

La fuga es el mecanismo fundamental de supervivencia para los animales dotados de movimiento; es importante analizar que antes de la conducta de huida debe existir cierto grado de ansiedad o angustia para despertar dicho mecanismo. En realidad, los límites de una persona están más allá del cuerpo, los psicoterapeutas indican que la aparición de uno mismo, tal y como lo conocemos, se encuentra íntimamente relacionada con el proceso de declarar con precisión los límites del medio ambiente que nos rodea. (Hall, 1983).

Existe también lo que se llama la "distancia crítica", la distancia o zona crítica abarca la angosta zona que separa la distancia de huida de la distancia de ataque. Hediger (1961) refiere que la distancia crítica en los animales se conoce tan exactamente que puede medirse en centímetros. Relacionado a lo anterior se encuentra otro concepto llamado la "distancia personal", ésta es invisible y rodea al organismo. La organización social es un factor que interviene en la distancia personal.

Distancia social es la distancia en la que un animal perdería contacto con su grupo, es una distancia psicológica básicamente, si se le traspasa el animal empieza a ponerse visiblemente nervioso. Esta distancia varía según la especie.

Con estos postulados de los autores mencionados, podemos deducir que el hombre es un ser que requiere de la delimitación clara de dichos espacios en sus viviendas, si estos espacios no son delimitados por diferentes

factores o no se respetan y se alteran, sin poder el ser humano contar con ellos o controlarlos, es lógico suponer que existirán alteraciones psíquicas y conductuales y entrarán en juego otro tipo de mecanismos para lograr la estabilidad emocional y la supervivencia.

#### 1.2.4 - Psiquiatría Comunitaria.

Se requiere entonces de un cambio de conceptualización del como brindar mayor grado de salud en la población, cambio de estrategias como las planteadas al inicio del presente apartado.

Dicho cambio de conceptualización ha permitido que en las últimas décadas la misma psiquiatría abandone sus patrones tradicionales - sin embargo no innecesarios - y trate de integrarse a la salud pública, la que constituye en la actualidad uno de sus más sólidos pilares estructurales. (Calderón, H. 1982).

La transformación ha sido definitiva en el campo de la salud mental, la prevencción es ahora la meta básica, sus técnicas deben despalzarse al seno de la comunidad, buscando la detección temprana de los casos para su prevención y/o tratamiento oportuno. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983).

La salud mental es el marco en el que se estructura el equilibrio emocional y la conducta del ser humano, el funcionamiento adecuado de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino de bienestar y de lograr la expresión de sus potencialidades en relaciones armoniosas interpersonales, que le permitirán funcionar en forma adecuada como un de las piezas del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere.

Lo anterior depende básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio

armónico de sus funciones intelectuales, afectivas y conativas. Para tal logro es necesario el saneamiento del contexto en donde el individuo se mueve. (Coplamar, 1983).

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial apareció en todos los países un movimiento llamado "Psiquiatría Comunitaria". Nuevos programas de investigación y de servicio fijaron las bases de ese movimiento que consideró de importancia los siguientes aspectos: Transformación de los hospitales psiquiátricos, incremento en la capacidad de internamiento de afecciones psiquiátricas, creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial, organización de Centros de Salud Mental comunitarios y por último y no el menos importante, la integración de programas de salud mental en relación a la salud pública para el saneamiento de las comunidades. (Hernán, 1981).

Caplan (en Calderón, N. G. 1982), define a la Psiquiatría Comunitaria como el conjunto de los conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los profesionistas que participan en los programas organizados en las comunidades para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos. En forma sencilla, la psiquiatría comunitaria, a través de la utilización de todos los recursos, procura el alcanzar el máximo de salud mental de sus propios integrantes.

De acuerdo a los postulados de la Medicina Moderna, al integrarse la salud mental a los programas de salud pública, deben fijarse como objetivos principales las actividades de tipo preventivo a todos sus niveles, es decir, a nivel primario, secundario y terciario. (López Acuña, 1962).

La prevención primaria tiene como finalidad disminuir la tasa de trastornos emocionales en la comunidad a través de acciones en contra de los factores nocivos que pueden originar enfermedad mental mediante una actuación efectiva y oportuna. Es aquí en donde podemos ubicar la no construcción de las Unidades habitacionales en sus características actuales de carencias y deficiencias tales que provocan desajustes psíquicos y que caracterizan el estilo de vida de los habitantes, siendo éstas, encubradoras de enfermedades y provocando altas tasas de patologías mentales.

Así mismo, entendemos por prevención secundaria la identificación temprana de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Esta actividad permite el tratamiento oportuno de los mismos.

La prevención consiste en actividades que, si bien evolucionan continuamente con los cambios de los conocimientos, la tecnología y los valores sociales mantienen las metas de reducir los trastornos psiquiátricos y las condiciones que causan incapacidad y malestar psíquico y pérdida de la función social. La prevención no puede considerarse fuera de su contexto. Se debe considerar dentro del contexto del nivel de desarrollo de todo el programa nacional de atención de la salud, lo que a su vez, debe analizarse dentro de la estructura de servicios a las personas y la calidad general de vida en las comunidades. (Mc Keown y Lowe, 1981)

Se requiere además, sistemas de acopio de datos nacionales y locales que reflejen los niveles básicos de salud en la población y que puedan indicar los cambios que vayan ocurriendo. Lo ideal sería que esos sistemas de datos contengan información acerca del estado de salud mental de la Nación o de un Distrito, junto con índices relativos a la eficacia de los diver-

sos programas de atención de la salud.

En el mundo en desarrollo nos vemos obligados a considerar los indicadores negativos del bienestar, entre ellos los de mortalidad, tomando poco en cuenta los que se refieren a la salud mental, y menos aún aquellos indicadores positivos que reflejan la calidad de vida y desarrollarlos para un auténtico estado de salud que le permita a cada ser humano crecer, desarrollarse y realizarse en todos sus aspectos y potencialidades para lograr el derecho al que debe tener acceso, la salud mental.

#### 1.2.5 - La Ansiedad desde el punto de vista clínico.

- Ansiedad-Estado. Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (Díaz Guerrero, R., et al 1975). Se considera que la reducción del espacio habitacional provoca dicha ansiedad-estado.

- Ansiedad-Rasgo. Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado. Como concepto dentro de la Psicología, la ansiedad-rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los "motivos" son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las "disposiciones conductuales adquiridas", de acuerdo con Campbell, involucran resi-



duos de experiencia pasada que predisponen al individuo, tanto a ver al mundo en forma especial como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes". (Díaz Guerrero, R., et al 1975).

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos. La ansiedad-estado se refiere a un proceso de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La ansiedad-rasgo indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción, una cierta fuerza a ser potencialmente liberada si la dispara una fuerza apropiada. La ansiedad-rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad-estado. Se podría anticipar, en general, que quienes califican alto en ansiedad-rasgo, exhibirán elevaciones de Ansiedad-estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en ansiedad-rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. El hecho de que las personas que difieren de A-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en A-Estado, depende del grado en que la situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada del individuo.

Ahora bien, refiriendonos a la ansiedad y estudiandola de una manera general, podemos analizar que la ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida y todas aquellas situaciones que atentan a las gratificaciones de las necesidades básicas. La ansiedad es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de vida que requiere de una adaptación continua. (Salomon, P., et

al, 1976).

La ansiedad normal prepara al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio y crecimiento de la personalidad y principio adaptativo. Como contraste, la ansiedad excesiva no sólo hace ineficaz al individuo sino que tiene un efecto de deterioro sobre el funcionamiento psíquico.

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo conciente diferencialmente descrita como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por diversas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos. En la teoría psicoanalítica, el término ansiedad tiene un sentido adicional más abstracto. En este sentido puede decirse que es inconsciente lo mismo que más abstracto. En este sentido puede decirse que es inconsciente lo mismo que consciente y tiene su base en la psicodinamia del individuo. La experiencia de la ansiedad es descrita en forma diferente por distintos individuos, pero su característica esencial es la anticipación desagradable de alguna clase de desventura, peligro o pérdida. Esta aprensión va acompañada por tirantez, inquietud y la sensación de que debe hacerse algo. Cuando la ansiedad es persistente, conduce a un sentimiento de desamparo y temor al colapso. La gente ansiosa, por lo general tiene sensaciones desagradables en su cuerpo, la mayor parte de ellas pueden ser atribuidas a mecanismos psicofisiológicos. El individuo puede o no reconocer que sus síntomas físicos son debidos a causas emocionales, si no lo reconoce, decide en forma característica que está físicamente enfermo y fundamenta en los síntomas la base de su temor y preocupación.

La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable e incier-

ta, puede inquietarse o permanecer quieta e inmóvil, puede ser excesivamente dependiente y demandante y tener dificultades en su calidad de juicio y sostenimiento de la atención. Es factible que hable en exceso, duerma mal y generalmente el interés y función sexual están alterados.

La ansiedad intensa limita el alcance de las actividades cotidianas del individuo y disminuye su productividad en el trabajo. Puede alterar la concentración, memoria, raciocinio abstracto, la habilidad para calcular, la eficacia psicomotora y las relaciones interpersonales. La ansiedad está asociada con una gran variedad de alteraciones funcionales, cuando éstas provocan síntomas físicos son generalmente llamadas alteraciones psicósomáticas.

Las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad son: (Salomon, Ph., et al 1976).

1. Respiración excesiva.
2. Tensión Musculoesquelética; cefalalgia, tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa y dolor de espalda.
3. Respiraciones suspirantes.
4. Síndrome de hiperventilación: Disnea, vértigo, parestesias.
5. Trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, náusea, bulimia, distensión, diarrea, constipación, sensación de vacío en el estómago.
6. Irritabilidad cardiovascular: hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento.
7. Disfunción genitourinaria: Frecuencia urinaria, disuria, dolor pélvico en las mujeres y frigidez.

El individuo para escapar de la ansiedad intenta una serie de maniobras para recuperar el equilibrio psíquico, de esta manera el sujeto aprende a reaccionar ante claves mínimas de ansiedad con una reacción defensiva constructiva con la que se elimina la ansiedad. Pero cuando las defensas fallan, la ansiedad puede alcanzar niveles en los que ya no puede ser eliminada y por lo tanto, difícilmente manejables, es entonces donde se desencadena una serie de reacciones sintomáticas difusas e indiferenciadas, surgiendo toda una serie de respuestas y funcionamiento psicológico desorganizado y como resultado pueden surgir psicopatías graves.

La aparición de la ansiedad es el pivote fundamental del desencadenamiento de los diversos mecanismos defensivos que configuran la totalidad de los cuadros psicopatológicos; la depresión suele ser uno de los componentes manifiestos o subyacentes en cada uno de ellos, por tal motivo la ansiedad y la depresión ocupan un lugar central en la psicopatología y por ello merecen atención especial en el estudio de la psicodinamia y diversos factores que la componen y desencadenan. (Feedman, et al 1984).

La ansiedad ante la realidad es una reacción del yo ante un peligro exterior (Wolman, 1984). La anticipación de la ansiedad puede desarrollarse de una de las dos maneras siguientes: se repite una experiencia previa que señala peligro, llamada desarrollo de la ansiedad o se experimenta nuevamente el peligro pasado que ejerce un efecto paralizador en el individuo. La ansiedad neurótica se manifiesta de tres maneras. La primera es la neurosis de ansiedad, que característicamente se experimenta como una aprensión generalizada y como una sensación de desastre inminente. La neurosis de ansiedad es causada habitualmente por la existencia de una excitación que no se ha descargado cuando el bloqueo de la energía libídi-

nosa se ha transformado en un estado de ansiedad. La ansiedad neurótica también se manifiesta en la histeria y en otras neurosis.

Freud (1920), originalmente consideraba que la ansiedad era el resultado del bloqueo de los impulsos sexuales. Se suponía que la combinación de la libido insatisfecha y la excitación no descargada era la causa de ciertas neurosis de ansiedad y se creía que la libido frustrada se transformaba en un estado de ansiedad.

Tres años después de haber presentado su teoría estructural (1923), Freud introdujo una nueva teoría de la ansiedad. La nueva teoría no descartaba la antigua pero reducía el alcance de su significado a casos particulares. De acuerdo con esta nueva teoría (1926), la ansiedad se origina a partir de la incapacidad de una persona para dominar el exceso de excitaciones, provenientes en gran medida del exterior. La estimulación excesiva puede volverse traumática y crear así estados de ansiedad.

La ansiedad se considera patológica cuando:

1. Parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa conocida.
2. Cuando es extraordinariamente intensa y persistente. La cronicidad de la ansiedad es evidencia de que la misma ya no sirve más como señal de peligro sino que se ha convertido en un peligro y en una carga por sí misma. (Salomon, Ph., et al 1976).

Existen diferencias constitucionales en la tendencia a convertirse en ansioso, con base genética o al menos congénita. Además, cada individuo tiene su propia historia de experiencias de desarrollo psíquico. Por otro lado, la teoría psiquiátrica dinámica sostiene que a un individuo se le puede volver ansioso con toda clase de estímulos externos.

Existen diferentes líneas teóricas que procuran dar una explicación del origen de la ansiedad y su semiología, cada una de ellas atribuyendo a causas diferentes el origen de ésta. Sin embargo, en algo que si se está de acuerdo es que multitud de factores como los ya antes enumerados pueden repercutir en el origen, desarrollo y fomento de la ansiedad, y que ésta, siempre se encuentra presente de manera manifiesta o latente en la configuración de la totalidad de los cuadros psicopatológicos, haciéndose, por lo tanto, necesario el estudio de todos aquellos elementos que se encuentren presentes para su atención en la prevención y el tratamiento. (Freedman y Kaplan, 1984; E. y H. 1980).

## 2. ASPECTOS METODOLOGICOS GENERALES

### 2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cómo influye la reducción del espacio habitacional en los residentes de las Unidades Habitacionales para el desarrollo de diferentes grados de ansiedad (rasgo-estado)?.

**2.2 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la reducción del espacio habitacional en el desarrollo de diferentes grados de ansiedad (rasgo-estado), en los residentes de las Unidades Habitacionales.



### 2.3 HIPOTESIS

Las hipótesis de trabajo de la presente investigación son:

1. A menor espacio habitacional mayor grado de ansiedad rasgo.
2. A menor espacio habitacional mayor grado de ansiedad estado.
3. A mayor espacio habitacional menor grado de ansiedad rasgo.
4. A mayor espacio habitacional menor grado de ansiedad estado.
5. Los residentes de las Unidades Habitacionales con reducción en el espacio habitacional, en comparación con sus moradores que cuentan con mayor espacio habitacional, presentan diferencias significativas en cuanto al grado de ansiedad-rasgo.
6. Los residentes de las Unidades Habitacionales con reducción en el espacio habitacional, en comparación con sus moradores que cuentan con mayor espacio habitacional, presentan diferencias significativas en cuanto al grado de ansiedad-estado.

Las hipótesis 5 y 6, son conceptualizadas en términos estadísticos como hipótesis alternas ( $H_1$ ); las siguientes son sus correspondientes hipótesis nulas ( $H_0$ ).

7. No existen diferencias significativas en el grado de ansiedad-rasgo, entre los residentes con mayor o menor espacio habitacional en las Unidades Habitacionales.
8. No existen diferencias significativas en el grado de ansiedad-estado, entre los residentes con mayor o menor espacio habitacional en las Unidades Habitacionales.

#### 2.4 DEFINICION DE TERMINOS

- **Espacio Habitacional.** Se definirá operacionalmente como la cantidad en metros cuadrados con que cuenta un sujeto dentro de su vivienda (casa habitación).

La American Public Health Association Comitte the Hygiene of Housing (1950), establece los requerimientos de espacio mínimo en metros cuadrados con que una persona debe contar en su casa habitación para que ésta ofrezca niveles óptimos de Salud Mental los cuales son de  $37 \text{ m}^2$  por persona.

- **Reducción del Espacio Habitacional.** Se definirá operacionalmente y se referirá a cuando una persona cuente con menos de  $37 \text{ m}^2$  dentro de su casa habitación, es decir, cuando el número de metros cuadrados por persona, dentro de su vivienda, sea menor al que establece la American Public Health Association, Comitte the Hygiene of Housing (1950).

- **Ansiedad-Estado.** Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos concientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (Díaz Guerrero, R., Spielberger, D., 1975). Se considera que la reducción del espacio habitacional provoca dicha ansiedad-estado.

- **Ansiedad-Rasgo.** Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado. Como concepto dentro de la Psicología, la ansiedad-rasgo tiene las

características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los "motivos" son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las "disposiciones conductuales adquiridas", de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo, tanto a ver al mundo en forma especial como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes". (Díaz Guerrero, R., Spielberger, D., 1975).

Ambos conceptos, tanto Ansiedad-Rasgo como Ansiedad-Estado son considerados al igual como el Instrumento IDARE los conceptualiza.

## 2.5 DEFINICION DE VARIABLES

- Variable Dependiente. Nivel de ansiedad (rasgo ó estado) experimentado por los sujetos y que se medirá a través del instrumento IDARE.
- Variable Independiente. El espacio habitacional en metros cuadrados con que cuentan los sujetos en su casa habitación de la Unidad Habitacional Lomas de Plateros, sección 'F'.
- Variables Controladas.
  - Edad.
  - Ocupación.
  - Nivel Socioeconómico.
  - El espacio habitacional con que cuentan los habitantes de los departamentos de las muestras I y II que corresponde a  $65.52 \text{ m}^2$ .
  - Número de habitantes por departamento dependiendo de cada una de las muestras. Siendo para la muestra I más de 4 sujetos en un sólo departamento y para la muestra II de 4 o menos habitantes.
  - Composición Familiar.
  - Ubicación en la Familia.
  - Todos los sujetos a los que se les aplicó el instrumento pertenecían a familias nucleares específicamente.
  - Nivel Escolar.

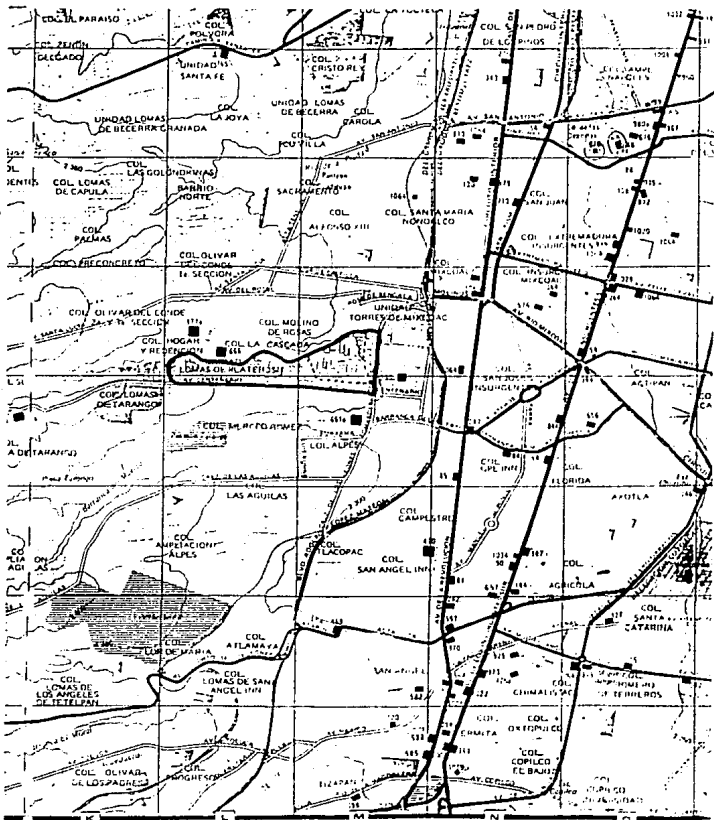
Así mismo, el control de variables se llevó a cabo de la siguiente forma: Se eligieron 67 sujetos para la realización del presente estudio, los cuales fueron seleccionados al azar y divididos en 2 muestras aplicandoseles el instrumento de "Identificación de la Muestra".

El espacio habitacional fué controlado al escoger una sección de departa-

mentos de la Unidad Habitacional Plateros, los cuales son iguales en su diseño arquitectónico, distribución espacial así como el tamaño en metros cuadrados, el cual consta de una superficie de  $65.52 \text{ m}^2$  y se compone por una estancia, comedor, dos recámaras, una cocina y un baño; las características generales del departamento es de espacios reducidos.

En el plano N° 1 se muestra la ubicación de la Unidad Habitacional objeto del presente estudio.

En el plano N° 2 se muestra el diseño arquitectónico y distribución espacial de los departamentos.



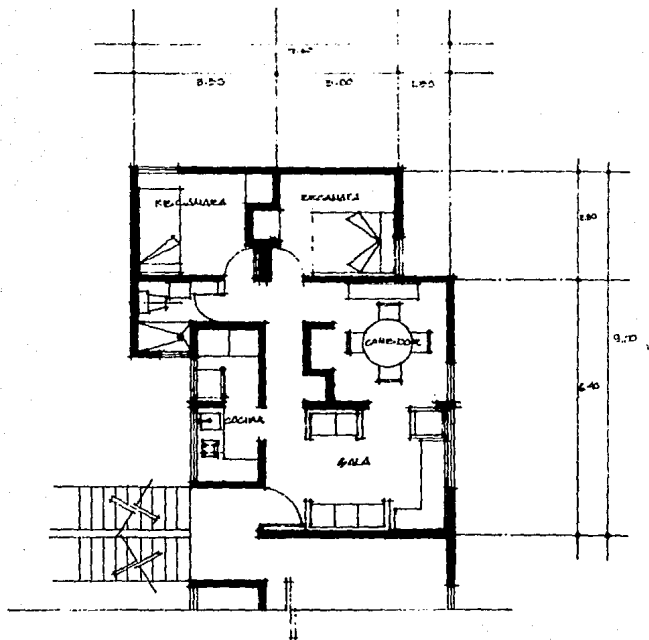
PLANO

NO

1

PLANO Nº 2. DEPARTAMENTO TIPO DE LA UNIDAD HABITACIONAL

LOMAS DE PLATEROS.



Planta Escala 1:100

1 cm. = 1 m. Acot. Mts.

## 2.6 DEFINICION DE LA POBLACION Y CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

La población se encuentra dividida para fines de estudio en dos muestras. Ambas muestras son de la Unidad Habitacional Lomas de Plateros, Sección 'F', ubicada al sur del Distrito Federal en la Delegación Alvaro Obregón, colindando con las colonias Merced Gómez, La Cascada, Molino de Rosas, Torres de Mixcoac, Los Alpes y Las Águilas.

La Unidad está compuesta por un total de 51 edificios de la sección 'F', cada uno de los edificios varía en su número de entradas, existiendo algunas que cuentan desde una sola hasta seis entradas, existiendo de esta manera, un total de 118 entradas y un gran total de 2,120 departamentos. La superficie por departamento es de 65.52 m<sup>2</sup>. (Notaría N° 52, Escrituras N° 55844, 1987).

I- Los sujetos que integran la muestra I, residen con reducción del espacio habitacional de acuerdo al número de m<sup>2</sup> que les corresponde a cada una de las personas que viven en el departamento, tomándose menos de 16.3 m<sup>2</sup> por persona, lo que equivale al 50% del espacio que marca la "American Public Health Association, Comité de Higiene de Vivienda" como espacio mínimo necesario para un nivel óptimo de salud mental. Es decir, que en cada departamento habitan más de 4 sujetos.

II- Esta muestra está compuesta por sujetos de la misma Unidad pero que cuentan con mayor espacio habitacional en relación con la primera muestra. Tomándose como más de 16.3 m<sup>2</sup> por persona, es decir, 4 habitantes o menos por departamentos.

El número de sujetos para la muestra I es de 37 y de 30 sujetos para la muestra II. En ambas, los sujetos fueron elegidos al azar y con un rango



de edad entre los 15 y 25 años, de ambos sexos y de nivel socioeconómico medio. Todos los sujetos de las muestras son integrantes de familias nucleares, en donde existen padre, madre e hijos, tomando los sujetos a estudio el rol de hijos, todos ellos solteros y estudiantes de nivel de preparatoria o universitario.

## 2.7 DEFINICIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

El instrumento a utilizar en la investigación y que se considera el apropiado es el "IDARE", Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Elaborado por el Dr. Spielberger Ch. y el Dr. Díaz Guerrero R., et al (1975).

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, es la versión en español del "STAI" (State Trait Anxiety Inventory), y se encuentra constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad. Una, la llamada Ansiedad-Rasgo (A.-Rasgo) y otra, la llamada Ansiedad-Estado (A.-Estado).

La escala A-Rasgo del inventario consiste de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se siente generalmente.

La escala A-Estado, también consiste de 20 afirmaciones, pero las instrucciones para sus respuestas son diferentes.

La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen su disposición en responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos a la escala A-Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos, o bien, como un índice del nivel de pulsión.

Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala de A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

La escala A-Estado es un indicador sensitivo al nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que

ocurren en diversas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala de A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Aplicación. El IDARE fué diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicado individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de cada una de las escalas. El inventario no tiene límite de tiempo.

Aún cuando mucho de los reactivos tienen validez de contenido como medidas de ansiedad, el examinador no utiliza este término al aplicar el inventario, por el contrario, deberá referirse al inventario como "Inventario de Autoevaluación".

En el proceso de estandarización del IDARE se aplicó primero la escala A-Estado y enseguida la escala A-Rasgo, este orden se recomienda cuando ambas escalas sean aplicadas juntas.

La mayoría de las personas que tienen habilidad para leer y los alumnos de 5º y 6º grado de primaria, responden espontáneamente a todos los reactivos sin necesidad de recibir instrucciones especiales o ayuda.

La aplicación para fines de la presente investigación se realizó individualmente con cada sujeto de ambas muestras conforme al procedimiento estandarizado.

Calificación. La dispersión de posibles puntuaciones para el inventario de autoevaluación del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 en puntuaciones naturales, tanto en la escala de A-Estado como en la escala de A-Rasgo.

Existen cuatro categorías de autoevaluación para los reactivos, para la escala de A-Estado son: 1. No en absoluto. 2. Un poco. 3. Bastante.

4. Mucho. Las categorías para la A-Rasgo son: 1. Casi nunca. 2. Algunas veces. 3. Frecuentemente. 4. Casi siempre.

Algunos de los reactivos se formularon de tal manera que un valor de cuatro indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formularon de tal manera que una valoración de cuatros indica muy poca ansiedad. El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las variaciones altas indican gran ansiedad, son los mismos representados por el número correspondiente. Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad el valor numérico de la calificación es inverso.

Para reducir la posible influencia de una respuesta indiscriminada a los reactivos se balancearon las escalas. La escala de A-Estado, está balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. En cambio, en la escala A-Rasgo tiene 7 reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa.

Si un sujeto omite uno o dos reactivos, en cualesquiera de las escalas, la calificación de toda la escala puede ser obtenida a través del siguiente procedimiento:

1. Determinar la calificación media para los reactivos a los cuales el sujeto ha respondido.
2. Multiplíquese ese valor por 20.
3. Ajuste el producto al número entero inmediatamente superior que corresponda. Sin embargo, si tres o más reactivos son omitidos la validez de la escala debe considerarse dudosa.

Desarrollo del Inventario. La construcción del IDARE se inició en 1964

con la meta de desarrollar una sola escala que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación, tanto de la ansiedad-estado como de la ansiedad-rasgo. Durante el curso del desarrollo del inventario los hallazgos producto de la investigación llevaron a cambios importantes en nuestras concepciones teóricas de la ansiedad y especialmente en nuestras suposiciones respecto de la naturaleza de la A-Rasgo. A medida que la concepción de la ansiedad cambiaba, la meta de la construcción del inventario y los procedimientos utilizados resultaron modificados.

En la mayoría de los reactivos se logró llenar los criterios de validación para cada una de las dos escalas. Existen 5 reactivos que han incluido tanto en la escala de A-Rasgo como en la escala A-Estado. Tres de éstos han sido expresados exactamente en la misma forma en cada escala y dos contienen los mismos términos claves. Los restantes 15 reactivos de cada escala son suficientemente diferentes en contenido y/o connotación, como para ser considerados como reactivos independientes.

Confiabilidad. Las correlaciones del test-retest para la escala A-Rasgo fueron bastante altas, variando desde .73 para un intervalo de 104 días a .86, mientras que las correlaciones para la escala de A-Estado fueron relativamente bajas, variando desde .16 a .54 con una mediana para las correlaciones de sólo .32 para los grupos.

Los coeficientes Alfa para las escalas fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20, con la modificación introducida por Cronbach utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad variaron de .83 a .92 para A-Estado y para A-Rasgo de .86 a .92, los cuales se consideran bastante altos. Así pues, la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena.

Validez. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos para la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario, a fin de poder ser conservados para la evaluación y validación. La evidencia de la validez concurrente está representada en el siguiente cuadro N° 5.

Cuadro N° 5. Validez del IDARE en correlación  
con otras Escalas de Ansiedad

Escala de Ansiedad	Mujeres Universitarias N=126			Varones Universitarios N=80			Pacientes NP N=66	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT
IPAT	.75			.76			.77	
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83	.84
AACL	.52	.57	.53	.58	.51	.41	-	-

Fuente: Díaz Guerrero, et al, 1975.

Así mismo, se aplicó un Instrumento (\*) para la identificación de la Muestra, piloteándose primeramente con 15 sujetos y estructurándose posteriormente con los siguientes reactivos:

1. Muestra.
2. Dirección.
3. Número de miembros que viven en casa.
4. Número de metros cuadrados que corresponden por persona (Cálculo realizado por el examinador).

(\*) Anexo

5. Datos familiares como: Número de miembros, Roles en la familia de cada uno de los miembros, edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

## 2.8 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño apropiado para la presente investigación es el de tipo ex post facto. (Kerlinger, F. 1975). Que es definida como una búsqueda sistemática empírica en la cual el científico no tiene el control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus modificaciones o por ser estrictamente no manipulables, sino que se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables independientes y las dependientes sin una intervención directa a partir de la variación concomitante entre las variables.

En ese caso de las investigación que nos ocupa, los niveles de ansiedad ya se están dando por una variable independiente, es decir, el fenómeno ya aconteció y sólo nos queda analizarlo de una manera retrospectiva. Se han elegido dos tipos de muestras, una en donde las condiciones de vida se caracterizan principalmente por la reducción del espacio habitacional, dicha población es nuestra muestra a comprobar sus niveles de ansiedad; y la otra muestra, en donde las condiciones de vida son diferentes, es decir, en donde el espacio habitacional es mayor. A partir de esto se medirán los niveles de ansiedad en las dos muestras, estableciendo las diferencias existentes en la variable dependiente.

Se ha considerado que el paradigma apropiado para la investigación es el siguiente:

$x_1$	$y_1$
$x_2$	$y_2$

La muestra 1 es aquella que experimenta reducción en su espacio habitacio-



nal.

La muestra 2 es aquella que cuenta con mayor espacio habitacional.

En este caso  $x_1$  es la muestra de la población elegida al azar con reducción en el espacio habitacional.

$x_2$  es la muestra de la población elegida al azar que cuenta con mayor espacio habitacional.

$y_1$  es la medición de los niveles de ansiedad de la población 1.

$y_2$  es la medición de los niveles de ansiedad de la población 2.

Tanto  $y_1$  y  $y_2$  se miden después de que el fenómeno ya ha ocurrido.

## 2.9 PROCEDIMIENTO

La aplicación del instrumento fué en forma individual y respetando las instrucciones estandarizadas, no existiendo límite de tiempo para su contestación.

El examinador llegó directamente a tocar a las puertas de las casas habitación estableciendo el primer contacto con los sujetos examinados, presentandose e infundiendoles completa confianza, estableciendo el rapport que trata de disminuir cualquier variable extraña y tratando de evitar la resistencia y o manipulación del inventario procurando obtener la mayor cooperación de los examinados.

El examinador se refirió al instrumento como el "Inventario de Autoevaluación".

Una vez establecido el contacto y que el sujeto accedió a cooperar, se les daba la instrucción de acomodarse en la sala, que existiera el mayor silencio y se estuviera a solas durante la aplicación.

Se aplicaba primeramente el formato de Identificación de la Muestra y posteriormente el IDARE.

Las instrucciones para responder a cada una de las escalas son las impresas en los encabezados de los protocolos y fueron leídas en voz alta por el examinador, a la vez que eran leídas en silencio por los sujetos a los que se les aplicó.

La entrevista inició con una serie de items que integraron datos para la obtención de la muestra.

Posteriormente se aplica la escala A-Estado y en seguida la escala A-Rasgo, el examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada

de los reactivos del protocolo.

De esta forma las condiciones ambientales en las que se aplicó el estudio es el mismo departamento donde residen los sujetos, procurando eliminar cualquier evento extraño que pudiera alterar el estudio.

## 2.10 ANALISIS ESTADISTICO

Una de las pruebas estadísticas elegidas en la presente investigación, por la naturaleza de los datos obtenidos, es la prueba de  $\chi^2$  ( $x^2$ ), la cual se consideró útil para la demostración de las hipótesis 5 y 6, 7 y 8.

1. La prueba de  $x^2$ . Dicha prueba es adecuada y recomendable para analizar datos que se clasifican en diferentes categorías. (Siegel, 1983).

La técnica es el tipo de bondad del ajuste que puede usarse para probar la existencia de una diferencia significativa entre el número observado de eventos de cada categoría y el número esperado, basado en la hipótesis de nulidad.

La prueba de  $x^2$  es una prueba de bastante confiabilidad de los datos que arroja. (Siegel, 1983).

Método: Una vez aplicado el instrumento IDARE se procedió a su calificación, manipulando dichos datos estadísticamente para obtener la media en cada una de las subescalas de ambas muestras. De esta forma se obtuvieron 4 valores numéricos correspondiendo a las medias de Ansiedad-Rasgo (SXR) y Ansiedad-Estado (SXE) de las muestras I y II. De dichos valores se aplicó la prueba de  $x^2$  para determinar las diferencias significativas o no entre ambas muestras.

La prueba de  $x^2$  puede aplicarse mediante la fórmula siguiente:

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

donde  $O_i$  es el número observado de casos clasificados en la categoría de  $i$ .

$E_i$  es el número esperado de casos en la categoría de  $i$  conforme a  $H_0$ .

$\sum_{i=1}^k$  señala la necesidad de sumar todas las categorías.

Cabe señalar que la distribución muestral de  $\chi^2$  conforme  $H_0$ , calculada con la fórmula, sigue la distribución de  $\chi^2$  con grados de libertad igual a  $k$  menos uno ( $gl. = k-1$ ).

2. Otra función estadística aplicada a los datos obtenidos de la investigación, a través del IDARE, fué la correlación "Producto momento de Pearson". (Kerlinger, 1975; Brown, 1976).

Se aplicó con el fin de analizar el grado de relación de las variables espacio habitacional y ansiedad rasgo y ansiedad estado y comprobación de las hipótesis 1,2,3, y 4.

La función estadística de "Producto momento de Pearson" es una medida de relación con índices comparativamente directos de relaciones, en el sentido de que a partir de ella se obtienen datos objetivos acerca del grado de covariación de las variables.

Como meta en el análisis estadístico en la presente investigación, es comprobar las medidas de la significación de una relación de variables, a través de la prueba de  $\chi^2$  y a la vez verificar la magnitud de la relación a través de la correlación "Producto momento de Pearson".

Dicho coeficiente de relación se calculó mediante la fórmula:

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{nx^2 - (\sum x)^2} \sqrt{ny^2 - (\sum y)^2}}$$

Una vez obtenidos los puntajes del IDARE de cada sujeto, se aplicó la fórmula correspondiente, definiendo la correlación existente entre las variables implicadas, acentuando los valores del coeficiente de correlación de ambas muestras.

3. Se analizó el comportamiento de los puntajes del IDARE uniéndolos en un continuo. El procedimiento fué el siguiente:

En cada muestra se subclasificaron los sujetos de acuerdo al número de metros cuadrados de espacio habitacional, (ya que el departamento es de 65.52 m<sup>2</sup>, si vivían 9 personas en el, correspondía a 7.2 m<sup>2</sup> por sujeto), agrupandose los sujetos de acuerdo a dicho espacio, obteniendo sus puntajes posteriormente, de cada una de las escalas del IDARE y obteniendo una media del subgrupo, realizando lo anterior con cada uno de éstos y uniendo los puntajes mediante una línea continua. De esta manera, al final se obtuvieron 2 gráficas correspondientes a las muestras I y II con dos tipos de puntajes, concernientes a las escalas SXE y SXR.

### 3. RESULTADOS

De la aplicación de la encuesta inicial y el instrumento IDARE se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro 6. Medias Obtenidas en las Escalas de  
A-Rasgo y A-Estado de ambas muestras.

	MUESTRA I		MUESTRA II	
	SXE	SXR	SXE	SXR
$\bar{x}$	61.78	47.05	26.17	31.83
s	29.50	29.54	22.19	27.13

SXE: Ansiedad Estado.

SXR: Ansiedad Rasgo.

En el cuadro 6 se pueden observar los resultados producto de la aplicación del Instrumento, en donde se obtuvieron resultados promedio en la escala SXE de 61.78 y 26.17 para las muestras I y II respectivamente, así mismo en la escala SXR el dato arrojó las cantidades de 47.05 y 31.83 en cada una de las muestras.

Por otro lado, se observan las desviaciones estandares, que corresponden a 29.50 en SXE y 29.54 en SXR para la muestra I y para la muestra II de 22.19 en SXE y 27.13 en SXR.

Es observable en el cuadro 6, amplias diferencias en cuanto a la media obtenida en la ansiedad-estado comparando ambas muestras, sin embargo, dicha diferencia no es tan marcada en la ansiedad-rasgo comparativamente entre las dos muestras.

En la gráfica 9 (página siguiente), se observan los datos de la media ya antes descrita. En esta gráfica se puede notar con mayor objetividad las diferencias en los índices de las escalas del instrumento IDARE, entre ambas muestras, donde es observable una puntuación mayor de SXE de la muestra I, la cual es la mayor puntuación de la gráfica. Comparativamente es notoria la baja puntuación de la misma escala en la muestra II. Entre ambos puntajes es observable las diferencias significativas, siendo en la gráfica la menor puntuación la de la muestra II en dicha escala, sin embargo, en la escala SXR la diferencia no es tan marcada entre ambas muestras, no obstante la puntuación más alta se observa en la primera muestra.

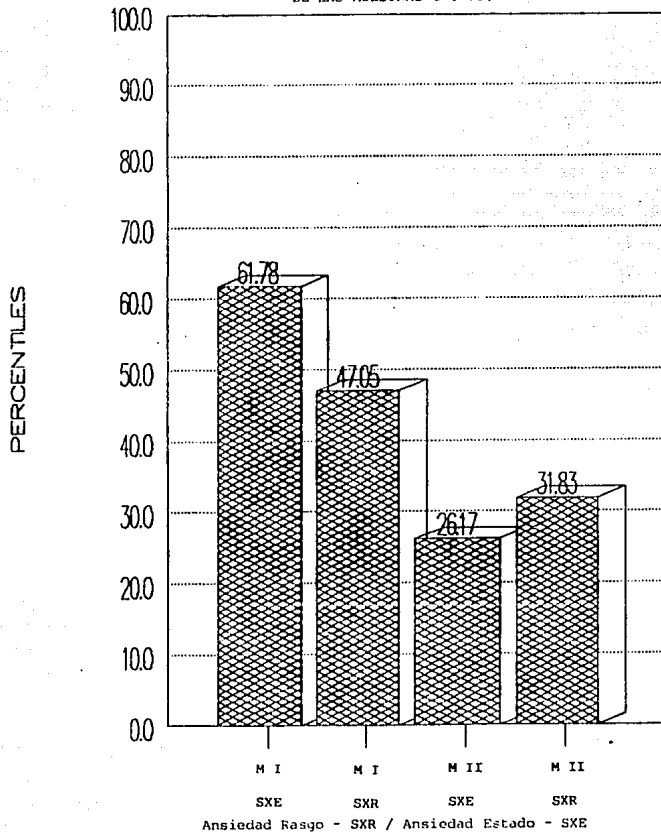


# GRAFICA 9

RESULTADOS IDARE

MEDIAS OBTENIDAS DE LAS ESCALAS DE ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD-ESTADO

DE LAS MUESTRAS I Y II.



Cuadro 7. Media Obtenida entre  $m^2$  por persona y Niveles de Ansiedad en ambas Muestras.

$m^2$ por persona	M U E S T R A I Nivel de Ansiedad		M U E S T R A II Nivel de Ansiedad	
	$\bar{x}$ SXE	$\bar{x}$ SXR	$\bar{x}$ SXE	$\bar{x}$ SXR
6.5	100.0	100.0	-	-
7.2	100.0	100.0	-	-
8.1	98.0	96.0	-	-
9.3	93.0	71.3	-	-
10.9	68.6	53.1	-	-
13.1	47.3	36.3	-	-
16.3	-	-	25.9	28.0
21.8	-	-	27.2	36.0
32.7	-	-	24.0	38.0

En el presente cuadro comparativo (Nº 7), se observa la Media obtenida de acuerdo a los  $m^2$  por persona en una casa habitación y las escalas del instrumento IDARE en ambas Muestras.

En la Muestra I, los  $m^2$  por persona abarcan de 6.5 a 13.1  $m^2$  que corresponden al número de habitantes en un departamento, tomando como base la medida de éste que es de 65.52  $m^2$ . Recordemos que en la Muestra I se estudiaron aquellos casos en donde habitaban más de 4 personas por departamento.

Así mismo, para la Muestra II, que corresponde a 4 o menos habitantes por departamento, los  $m^2$  por habitante abarca desde 16.3  $m^2$  a 32.7  $m^2$ . Estos datos se observan con mayor objetividad en las gráficas 10 y 11

en donde se ve claramente el comportamiento de los puntajes entre los percentiles de cada una de las escalas del instrumento IDARE y la Media encontrada de acuerdo a los  $m^2$  que corresponden por habitante en un departamento.

En los datos encontrados se hace notorio en la muestra I el nivel de ansiedad creciente conforme se disminuyen los  $m^2$  por persona, dicho comportamiento se observa en ambas escalas de ansiedad, sin embargo, no sucede lo mismo en la muestra II en donde los sujetos cuentan con mayor espacio habitacional y los valores numéricos presentan comportamientos diferentes, esto es observado en la gráfica 11.

En las gráficas 10 y 11 se muestran los mismos datos concentrados del cuadro 7, correspondiente a resultados de las muestra I y II en donde se concentraron los sujetos en diferentes categorías, de acuerdo a los  $m^2$  por persona en su departamento, obteniendo posteriormente la  $\bar{x}$  de cada grupo y observando de esta manera el comportamiento de los puntajes en cada una de las escalas en ambas muestras.

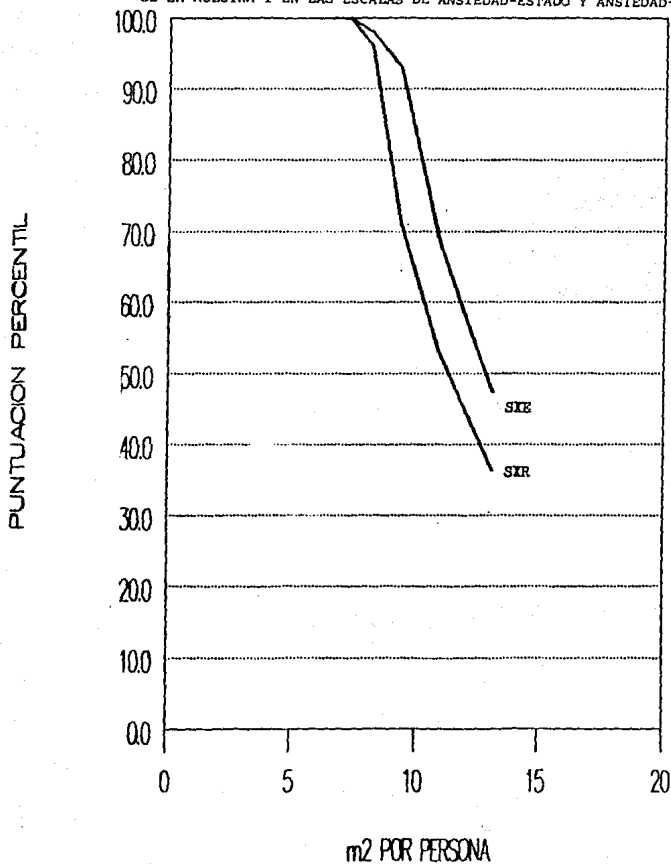
En la gráfica 11, es notorio dicho comportamiento lineal, ya que a medida en que cuentan los sujetos con más metros cuadrados, menos niveles de ansiedad se experimentan en ambas escalas, siendo menor en la escala SXR. Un comportamiento lineal de los puntajes se observa en la muestra II (gráfica 11), en que los niveles de ansiedad alcanzan una media de 25.9 en SXE y 28.0 en SXR. Continuando la tendencia hacia la baja de la línea si unimos los datos de manera continua entre la muestra I y la muestra II entre los  $13.1 m^2$  y  $16.3 m^2$  por persona correspondientemente. Sin embargo, se observa una ligera alza en los  $21.8 m^2$  por persona tendiendo a una inclinación hacia arriba muy ligera en los  $32.7 m^2$  en SXR, no así

en SXE en donde los niveles de ansiedad tienden a bajar de nuevo.

Una de las características que llaman la atención en las gráficas 10 y 11 es que en la primera muestra los puntajes más altos son para SXE, mientras que en la muestra II la misma escala posee los puntajes más bajos y la escala SXR es superior en los niveles de puntuación.

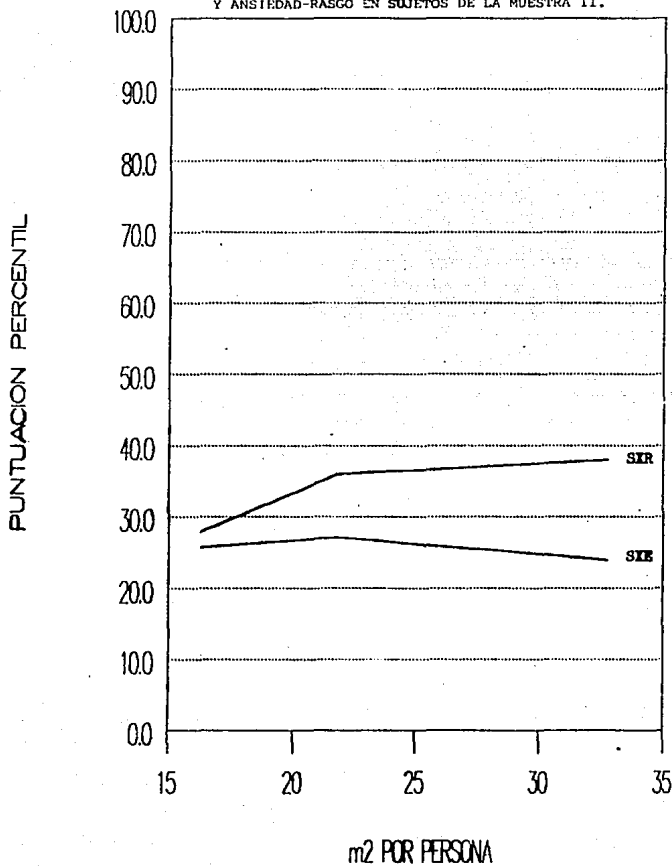
# GRAFICA 10

MEDIA OBTENIDA ENTRE LOS M2 POR PERSONA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN SUJETOS DE LA MUESTRA I EN LAS ESCALAS DE ANSIEDAD-ESTADO Y ANSIEDAD-RASGO.



**GRAFICA II**

MEDIA OBTENIDA ENTRE LOS M2. POR PERSONA Y NIVELES DE ANSIEDAD-ESTADO  
Y ANSIEDAD-RASGO EN SUJETOS DE LA MUESTRA II.



Cuadro 8. Correlación "Producto Momento de Pearson" entre las variables  $m^2$  por persona y escalas de ansiedad SXR y SXE en las Muestras I y II.

	x	y	Correlación	Grado de Significancia
MUESTRA I	SXE	$m^2$	-.58	.01
	SXR	$m^2$	-.57	.01
MUESTRA II	SXE	$m^2$	.012	.05
	SXR	$m^2$	.13	.05

En el cuadro N° 8 se observan los resultados de la correlación "Producto Momento de Pearson", realizada entre cada una de las escalas del instrumento aplicado y los  $m^2$  que corresponden por persona en un departamento, obteniéndose los resultados de ambas muestras. Dichos índices de la correlación explican el comportamiento de los puntajes de las gráficas 10 y 11.

En la muestra I se observa una correlación negativa de  $r = -.58$  y  $r = -.57$  en SXE y SXR respectivamente, siendo ésta con valores significativos, no así en la muestra II en donde los valores de correlación no son significativos correspondiendo a  $r = .012$  para SXE y un poco más alta en SXR de  $r = .13$ . El comportamiento de la correlación en ambas muestras es diferente y las variables directamente relacionadas es la misma.

Ante dichas correlaciones se comprueban las siguientes hipótesis:

1. A menor espacio habitacional mayor grado de ansiedad rasgo.
2. A menor espacio habitacional mayor grado de ansiedad estado.
3. A mayor espacio habitacional menor grado de ansiedad rasgo.
4. A mayor espacio habitacional menor grado de ansiedad estado.

Así mismo, en la aplicación estadística de la prueba de chi cuadrada se consideró un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de .01 y grados de libertad = 1, correspondiendo una región de rechazo de 6.64.

A partir del valor probabilístico del total de sujetos estudiados se espera una  $\bar{x}$  de ansiedad rasgo de 39.44 y ansiedad estado de 43.98 en cada una de las muestras.

De esta manera, a través de la prueba de chi cuadrada se comprobaron las siguientes hipótesis:

Hipótesis 5: "Los residentes de las Unidades Habitacionales con reducción en el espacio habitacional, en comparación con sus moradores que cuentan con mayor espacio habitacional, presentan diferencias significativas en cuanto al grado de Ansiedad-Rasgo".

La hipótesis anterior se considera como la hipótesis alterna ( $H_1$ ) en la metodología estadística, siendo la hipótesis nula ( $H_0$ ) la siguiente:

Hipótesis 7: "No existen diferencias significativas en el grado de ansiedad rasgo, entre los residentes con mayor o menor espacio habitacional en las Unidades Habitacionales".



Cuadro 9.  $\bar{x}$  de Ansiedad Rasgo encontrada en las Muestras I y II.

	MUESTRA I	MUESTRA II
Valores Observados	47.05	31.83
Valores Esperados	39.44	39.44

$$\underline{\underline{\chi^2 = 2.94}}$$

Conclusión:

El valor observado (2.94) es  $<$  al valor esperado (6.64), por lo tanto, se acepta  $H_0$  y se rechaza  $H_1$ , por lo que no se confirma positivamente la hipótesis 5 y se acepta la hipótesis 7 ( $H_0$ ).

Cuadro 10.  $\bar{x}$  de Ansiedad Estado encontrada en las Muestras I y II.

	MUESTRA I	MUESTRA II
Valores Observados	61.78	26.17
Valores Esperados	43.98	43.98

Hipótesis 6: "Los residentes de las Unidades Habitacionales con reducción en el espacio habitacional en comparación con sus moradores que cuentan con mayor espacio habitacional, presentan diferencias significativas en cuanto al grado de Ansiedad-Estado".

Dicha hipótesis se considera como la hipótesis alterna ( $H_1$ ), siendo por lo tanto, la hipótesis nula ( $H_0$ ):

Hipótesis 8: "No existen diferencias significativas en el grado de ansiedad estado, entre los residentes con mayor o menor espacio habitacional de las Unidades Habitacionales".

$$\underline{\underline{x^2 = 14.41}}$$

Conclusión:

El valor observado (14.41) es  $>$  al valor esperado (6.64), por lo tanto, se acepta  $H_1$  y se confirma la hipótesis 6, rechazándose consecuentemente la hipótesis 8 ( $H_0$ ).

#### 4. DISCUSION

Ante los resultados obtenidos en la presente investigación, mismos que se analizarán a continuación, se puede deducir que el espacio habitacional con que cuentan las personas, en relación a los metros cuadrados, es importante y determinante para experimentar niveles altos de ansiedad, existiendo una relación entre ambas variables.

Dentro de las hipótesis confirmadas se encuentran las siguientes:

1. A menor espacio habitacional mayor grado de ansiedad rasgo.
2. A menor espacio habitacional mayor grado de ansiedad estado.

Por lo tanto:

3. A mayor espacio habitacional menor grado de ansiedad rasgo.
4. A mayor espacio habitacional menor grado de ansiedad estado.

Las hipótesis anteriores se sometieron a prueba mediante la correlación "Producto momento de Pearson" haciendo un cruzamiento de datos entre los valores de ambas variables, es decir, entre las escalas Ansiedad-Rasgo (SXR) y Ansiedad-Estado (SXE) del instrumento IDARE, cada una en correlación con los metros cuadrados por habitante en los departamentos de las Unidad Lomas de Plateros.

Encontrando que los valores de  $r = -.57$  y  $r = -.58$  en las escalas SXR y SXE respectivamente en la muestra I (Cuadro 8). Correlación que se interpreta como significativa e inversamente proporcional, es decir, a medida que disminuyen los metros cuadrados por habitante, la ansiedad rasgo y la ansiedad estado aumentan de valor, y viceversa, a medida que se aumentan los metros cuadrados por residente los niveles de ansiedad en ambas escalas disminuirán de valor, a tal grado que llegando a ciertos valores de espacio habitacional por persona, la ansiedad tenderá a mantenerse mas estable

y a niveles más óptimos de salud y tolerable para el individuo. Este análisis es confirmado, a la vez, con los datos de la misma correlación en la muestra II, donde encontramos valores de  $r = .012$  en SXE y  $r = .13$  en SXR, valores no significativos y carentes de relación entre ambas variables, pero que sin embargo arrojan un dato muy importante, ya que si se aumentan los  $m^2$  por habitante los valores significativos de la correlación desaparecerán. Recordemos que la muestra II se encuentra compuesta por sujetos que cuentan con mayor espacio habitacional que las personas de la muestra I, quienes se encuentran con reducción en dicho espacio. La variable modificada es el espacio habitacional y ante este cambio, los valores de la correlación se ven transformados.

Estos resultados son similares a los encontrados primeramente en especies animales, por diversos autores, mismos que demuestran la relación existente entre el hombre y múltiples reacciones como consecuencia de la disminución crítica del espacio o debido al exceso de población en una reducida área disponible. Entre estos investigadores se encuentran:

Calhoun (1947); Parkes y Brunce (1961); Christian J. (1963); Mc Bride (1964); Shafer W. (1956); Tinberger N. (1958); Errington P. (1961). Mismos que demuestran y dan a conocer alteraciones en las conductas en general, así como orgánicamente, provocando finalmente un decremento brusco en la demografía, procurando la existencia de mayor espacio y el control de la situación desfavorable prevaleciente. Entre dichas conductas emergentes se encuentran agresividad, cuidados maternos anormales, comportamiento social adverso, conducta sexual trastornada, autoagresividad, sensibilidad mayor a enfermedades y mortandad masiva, conductas suicidas, efectos secundarios fisiológicos, alteraciones importantes en la estructura celular

de las glándulas suprarrenales, así como trastornos metabólicos. Todo esto producto del estrés provocado por una alta densidad en la población, en donde la característica común era la carencia de espacio disponible. En la presente investigación se ha demostrado que la carencia de espacio o la reducción de éste, provoca altos niveles de ansiedad como en la muestra I en donde el espacio habitacional disponible abarca de los  $6.5 \text{ m}^2$  a los  $13.1 \text{ m}^2$ , situación desfavorable para la salud como lo marca la "American Public Health Association" (1950) la cual estableció que cada persona requiere de  $37 \text{ m}^2$  en promedio.

Por otro lado, otra de las hipótesis confirmadas es la siguiente, la cual postula:

Hipótesis 6: Los residentes de las Unidades Habitacionales con reducción en el espacio habitacional, en comparación con sus moradores que cuentan con mayor espacio habitacional, presentan diferencias significativas en cuanto al grado de ansiedad-estado.

Consecuentemente, su hipótesis alterna se desconfirmó, lo cual afirma la inexistencia de dichas diferencias.

De la misma manera, la hipótesis 5 no se comprobó, la cual postula:

Hipótesis 5: Los residentes de las Unidades Habitacionales con reducción en el espacio habitacional, en comparación con sus moradores que cuentan con mayor espacio habitacional, presentan diferencias significativas en cuanto al grado de ansiedad-rasgo.

Comprobándose su hipótesis alterna que plantea:

Hipótesis 7: No existen diferencias significativas en el grado de ansiedad-rasgo entre los residentes con mayor o menor espacio habitacional de las unidades habitacionales.

Para analizar los resultados anteriores es necesario recordar y retomar puntos básicos de las definiciones de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, estos estados de ansiedad pueden ser susceptibles a variación y fluctuar dependiendo de las características del momento. (Díaz Guerrero, et al 1975).

Así mismo, la Ansiedad-Rasgo se refiere a la propensión a la ansiedad, es decir, la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado. (Díaz Guerrero, et al 1975).

El hecho de que las personas que difieren entre ansiedad-rasgo muestren o no diferencias correspondientes en Ansiedad-estado, depende del grado en que la situación actual y específica es percibida por el individuo como peligrosa.

Ante la puesta a prueba de las hipótesis 5 y 6 se puede concluir que lo que intensifica la ansiedad en los habitantes de la Unidad Habitacional estudiada es el estado en que viven, es decir, la situación prevaleciente en sus condiciones de vida, la cual se caracteriza por la reducción del espacio habitacional o limitación de éste, ya que entre la muestra I y II presentaron diferencias significativas en cuanto a la ansiedad-estado, no así en la ansiedad-rasgo en donde se obtuvo por resultado la carencia de dichas diferencias.

Es decir, que cada una de las muestras son similares en su propensión a la ansiedad rasgo (SXR), sin embargo y no obstante dicha similitud, que haría suponer elevaciones concomitantes en la ansiedad estado, ambas muestras difieren significativamente en la ansiedad estado, siendo la

muestra I la que presentó valores más altos de SXE.

Reafirmandose entonces, que lo que intensifica la ansiedad significativamente en los habitantes de la Unidad Habitacional "Lomas de Plateros" es la reducción del espacio habitacional, no influyendo, incluso, las experiencias pasadas de cada uno de los individuos o las propensiones adquiridas en la historia personal.

Lo anterior posee una trascendencia mayor a la que podemos suponer y se le debe dar la importancia que merece, ya que hasta el momento no se le dado al permitirse construir departamentos en Unidades habitacionales en las condiciones actuales, en donde pareciera que la salud mental de sus habitantes se soslaya y que el factor que en la presente investigación es objeto de estudio pareciera no importar.

Es así como desde un punto de vista epidemiológico de la enfermedad mental debe llamar la atención el índice de ansiedad que se presenta en los residentes de Unidades Habitacionales, ya que representan focos epidemiológicos que desencadenan o favorecen diversos cuadros psicopatológicos, existiendo patrones característicos ante la constante de las condiciones de vida. (Bastide, R. 1983). Es así como dichas condiciones de la vivienda son responsables de los trastornos mentales en determinadas áreas urbanas entre éstos los trastornos de ansiedad (Freedman y Kaplan, 1984), condiciones que se caracterizan por sobreconcentración de habitantes (así como en multifamiliares con umbrales con exceso de población (Faris y Dunham, 1934; Chombart, 1965; Benjamín, B., 1953; Brett G., 1957; Mc Millan, 1957). De la misma forma, lo anterior es confirmado por estudios recientes, entre éstos se encuentra el realizado por Harshbarger S., e Inman, M. (1988), quienes al igual que en la presente investigación demostraron la relación

existente entre hacinamiento y altos niveles de ansiedad.

Es precisamente en las Unidades Habitacionales donde se desarrolla epidemiológicamente el trastorno mental de la ansiedad, siendo ésta un área geográfica la que contribuye a la alta incidencia de neurosis que se presenta en las áreas urbanas como lo plantea Hernan, S. (1981).

La vivienda, espacio territorial del ser humano (Aristide, 1971) es amenazado por un umbral peligroso de sobrepoblación, exitiendo la consecuente limitación del espacio habitacional con sus correlatos en trastornos mentales, careciendo de elementos necesarios para proveer a sus residentes de salud mental (Findlay, 1981).

Los resultados obtenidos demuestran la importancia de la vivienda para el hombre y trascendente como elemento medioambiental (Proshansky, et al, 1978) y ante las deficiencias de ésta se ven reflejadas en alteraciones en la esfera de la salud mental. (Rohe, 1982; Lewis, B. 1985).

En concordancia con Edwards (1982) se confirma que las viviendas en multifamiliares son asociados con el deterioro psíquico y aparición de diversas psicopatologías de sus moradores, presentandose éstas, principalmente por el estrés psicopatológico como también lo planteó Aiello, J. (1986) en su investigación reciente.

Es así como numerosos estudios demuestran la relación existente e innegable de el hombre con la vivienda y que en dicha relación se presentan modificaciones conductuales o a nivel psíquico y orgánico que aportan evidencias incuestionables. Entre estos estudios se pueden mencionar los siguientes autores en investigaciones contemporáneas: Chin, Y. (1988); Rohe, W. (1982); Cruz, B. y Macías, G. (1988); Montero y López, L. (1986); Proshansky, et al (1978); Werner, (1987); Weideman, S. (1980); Francescato,



G. (1980), Kinney (1985); Tegnoli y Fiddle, D. (1987). Todos estos autores concuerdan de alguna y otra manera con la presente investigación, abordar la problemática del hacinamiento o la limitación del espacio habitacional como resultado de la alta densidad en la vivienda, encontrándose entre los efectos principales el estrés o la ansiedad acompañada por manifestaciones y alteraciones conductuales. De esta manera, bien se puede asegurar al igual que Sheldon (1989) que una de las formas de reducir los efectos negativos psicológicos es reduciendo la alta densidad de habitantes en las viviendas.

La Salud Mental no es una condición estática, sino que está sujeta a variaciones de factores medioambientales, una manifestación ecológica de la relación individuo - ambiente.

Los países industrializados están experimentando las consecuencias de su "desarrollo" ya que en el crecimiento desmesurado de la población urbana se ven en la necesidad de proveer de vivienda a sus habitantes, conglomerando en las Unidades Habitacionales que se convierten finalmente en focos epidemiológicos de psicopatías, transformándose en la problemática a nivel de Salud Pública. (Villagómez, 1986; Salvat Mexicana de Editores, 1978; Herr, 1973; INEGI, 1980; Sheldon, 1989; Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983; López Acuña, 1982).

El ser humano requiere, entonces, de un espacio de territorio que pueda considerarlo como propio y le de sensaciones de seguridad y le proporcione estabilidad emocional (Aristide, 1971) ya que este espacio representa el "yo" proyectado hacia una superficie y ésta forma parte del mismo "yo" del individuo, como parte integral, proyectando sus límites más allá de su cuerpo. (Searles, 1960; Freud, 1927), como también lo afirman

Bender y Schilden en Proshansky, et al, 1978.

Ahora bien, todos los fenómenos que se presentan como parte de dicho espacio vital, el hombre debe lograr organizarlos al percibirlos a través de los sentidos, dándoles coherencia e ir procesandolos, dichos elementos deberán ayudarlo a estructurarlo psíquicamente. (Cueli, J. 1972).

Cuando estos caracteres no cumplen su función, como en la Unidad Habitacional ya estudiada, el estado psíquico del hombre es alterado al ser sometido a una sobreintensidad de estimulación capaz de desequilibrar psíquicamente, siendo más probable en sujetos que no pudieron desarrollar un "yo" más estable y fuerte. (Hall, E. 1983; Piaget, 1956; Gibson, J. 1950; Osmond, 1959; Harvey, 1981).

Es, por lo anteriormente planteado, imperiosa la implementación de acciones preventivas que protejan al hombre de daños contra su salud mental, estrategias basadas en las mejoras medio ambientales. (Mc Kinlay, 1979). Se requiere así del saneamiento de las comunidades, (Hernán, 1981), principalmente en las Unidades Habitacionales, siendo necesario que los conocimientos psiquiátricos y psicológicos se desplacen al seno de las comunidades, transformando las condiciones desfavorables de vida, buscando la detección temprana de los casos para su prevención y mejoras oportunas. (Calderón, N. 1982; Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983; Coplamar, 1983; Hernan, 1981; López, A. 1982)

Lo anterior se debe considerar dentro del contexto del nivel de desarrollo del programa nacional de atención a la salud. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983; Mc. Keown y Lowe, 1981).

## 5. CONCLUSIONES

Al hacer un análisis de todos los elementos anteriores, es evidente concluir que la Unidad Habitacional 'Plateros' ha caído en una trampa epidemiológica, donde se presentan niveles altos de ansiedad, guardando una interrelación directa entre el espacio habitacional reducido con los estados de ansiedad de sus habitantes.

De esta manera, dicha limitación de espacio ejerce varios efectos, fundamentalmente como agente disparador de la ansiedad, lo que conlleva a la propagación de agentes epidemiológicos y diversos cuadros de enfermedad del orden biológico, pero con base psíquica, así como de entidades psicopatológicas que afectan al individuo en diversas dimensiones de su vida y al cuerpo social en su conjunto.

Lo anterior caracteriza, en gran parte, el marco de salud-enfermedad, que presenta esta Unidad Habitacional, en constante decadencia y detrimento de la salud mental.

Ante dicho panorama son apremiantes las soluciones que deben plantearse para modificar las condiciones de vida que prevalecen en las Unidades Habitacionales. Para tal fin, son necesarios los esfuerzos ilimitados y la designación de recursos que se dispongan para la realización de diversas investigaciones en la misma línea que la presente, para la postulación de principios y bases que se apliquen para resolver la problemática planteada en la presente investigación.

## 6. ALTERNATIVAS, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Ante la problemática analizada en la presente investigación, se ve la necesidad de un cambio de conceptualización y estrategias que brinden mayor grado de salud en la población, principalmente a aquellos que viven en las Unidades Habitacionales.

En la actualidad se necesita en México, la destinación de recursos para desarrollar programas de higiene mental que logren, entre otras cosas, mejoras ambientales que permitan al individuo obtener un desarrollo mental y equilibrio emocional necesarios. La prevención de las enfermedades mentales debe ser una meta básica. Las técnicas y recursos deben desplazarse al seno de la comunidad, buscando la detección temprana en la población de alto riesgo para aplicar acciones preventivas y/o tratamiento oportuno.

Recordemos que la salud mental es el marco en el que se estructura el equilibrio emocional y la conducta del ser humano, el funcionamiento adecuado de todos los aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino de bienestar y de lograr la expresión de sus potencialidades en relaciones armoniosas interpersonales que le permitan al individuo funcionar en forma adecuada como una de las piezas del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere.

Lo anterior depende de dos aspectos básicos: De la capacidad del individuo para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales, afectivas y conativas; así como del saneamiento del contexto en donde el individuo interactúa dinámicamente. Para tal fin son necesarias actividades que se enmarcan en la prevención primaria, la cual tiene como finalidad la disminución de la tasa de trastornos mentales en la comuni-

dad, a través de acciones que reduzcan los factores nocivos que originan o favorecen las psicopatologías, mediante una actuación efectiva y oportuna. Es aquí donde podemos ubicar la no construcción de las Unidades Habitacionales en sus características que predominan en la actualidad, con carencias y deficiencias que repercuten en los desajustes psíquicos ya estudiados. Dicha necesidad se debe considerar para que se determinen estrategias del Programa Nacional de Atención a la Salud.

Para tal fin es necesario conocer el comportamiento epidemiológico de las psicopatologías. En este sentido es recomendable realizar diversos estudios, en la misma línea de la presente investigación, en los que se profundice sobre el tema y se conozca estratificadamente los trastornos psicológicos que se presentan en la ciudad del Distrito Federal y Zona Metropolitana y los factores que están relacionados con dichos índices de enfermedades mentales.

Dentro del diseño arquitectónico y de la construcción de los departamentos de las Unidades Habitacionales, podemos considerar diversas propuestas para ofrecer mejores condiciones de vida de los pobladores. Entre estas podemos mencionar las siguientes:

- 1) Que los departamentos cuenten con aislamientos acústicos así como visuales.
- b) Aislamientos térmicos.
- c) Un diseño arquitectónico que contemple modificaciones en la distribución espacial.
- d) Plantas de distribución arquitectónica que contemple un área de servicios múltiples, la parte íntima de espacio y la parte social como sala y comedor.

- e) Propuestas arquitectónicas que permitan adaptar el número de habitantes y de la familia al departamento. Creando una modulación del requerimiento espacial. Desarrollando el principio de que sea el espacio el que se adapte a las personas y no las personas al espacio. Realizándose un trabajo similar al realizado por Fath Hassan (1973), en el que trabajó individualmente con cada familia para integrar sus necesidades al diseño de su habitación en particular.
- f) Diseños que consideren necesidades individuales de las personas que habitan el departamento, así como necesidad de privacidad, individualidad y necesidad de propiedad, respetando la territorialidad y la proximidad.
- g) Que el diseño espacial de los departamentos tome en cuenta principios que guarden un equilibrio entre sí, como comunidad contra privacidad. Es decir, si todos los espacios confluyen entre sí en un espacio mayor, podríamos suponer que las interacciones forzadas por la confluencia permitirán la realización del principio de comunidad -a expensas de privacidad- y la hipótesis contraria, si los subespacios de un sistema arquitectónico disfluyen, en vez de confluir, entonces los beneficios sobre las cosas se lograrían consigo mismo. La disfluencia exaltaría el valor de la privacidad, prevaleciendo sobre el bien de la comunidad, puestos estos ejes autonomía-heteronomía y comunidad-privacidad, procurando un equilibrio en los diseños espaciales. (Hernández, R. y Mochkifsky, R. 1977).

La solución de diseño no consistirá en la destrucción de los términos contrarios, sino en hallar el equilibrio entre ellos, una relación superior que modifique su forma sin alterar su contenido, en un sistema que conserve los principios a la par que los transforma.

h) En la creación espacial dar oportunidad a que exista una especialización y diferenciación del espacio, dentro del departamento, ya que se requiere que los espacios no sean violados en su función y especialización. Cuando existe una difusidad espacial existe por consecuencia interferencia funcional del espacio.

i) Diseño de espacios habitacionales que permitan y favorezcan interacciones sanas entre las familias, de tal manera que ayude a que una familia posea estructura sana y que respete dicha estructura. Procurando que el espacio y las características del departamento no provoquen lo contrario, es decir, que force a sus habitantes a desarrollar cierto comportamiento e interacciones que desarrollen psicopatologías con etiología en la disfunción familiar.

La tarea, entonces, del arquitecto consistiría en:

- 1) La definición tipológica de un espacio.
- 2) Dar significado a lo material que define lo topológico.
- 3) Realizarse todo con principios como los revisados en la presente investigación, para el diseño arquitectónico, para ofrecer mayores gratificaciones de experiencia sensoperceptiva espacial, manipulando favorablemente todos los elementos implicados.

Para poder alcanzar logros como los anteriores es indispensable realizar estudios, así como plantear alternativas interdisciplinarias, en donde exista un trabajo desarrollado en equipo, a través de la participación de diversos perfiles profesionales.

Por otro lado, en la presente investigación se enfrentaron limitaciones que no permitieron profundizar más en la misma. Una de ellas fué el número de sujetos estudiados en las muestras, así como el control de variables,

tales como el conocer con mayor exactitud la dinámica familiar de los sujetos, así como su historia personal.

Algo ideal al trabajar sería ampliar el estudio, investigando las diversas psicopatologías que se presentan en un alto índice en las Unidades Habitacionales. Así mismo, un análisis de las condiciones de vida, en una investigación en la que participen diferentes perfiles profesionales, para poder plantearse alternativas y estrategias interdisciplinarias para ofrecer a los habitantes de las Unidades Habitacionales mejores condiciones que permitan y favorezcan la Salud Mental.



R E F E R E N C I A S

- Aiello, J. R. (Ed.). (1986). Residencial crowding and desing. E. U . A. American Public Health Association. (1950). Comite on the Hygiene of Housing. Planing the home for occupancy. Chicago: Public Administration Service.
- Anderson, J. R. (1981). Resident's satisfaction: A concept for theory and application. Edra, 12, 385.
- Aristide, H. E. (1971). Behavior and environmental. New York: Plenum Press.
- Bastide, R. (1983). Sociologie des maladies mentales. Paris: Flammarion Editeur.
- Bennett, C. (1977). Spaces for people. New Jersey: United States of America.
- Brown, E. B. y Werner, M. C. (1985). Social cohesiveness territoriality an holiday decorations. Environmental and Behavior, 17 (5).
- Brown, F. G. (1976). Principios de medición en psicología y educación. México: Manual Moderno.
- Cabrera, C. F. G. (1982). Política Demográfica en México. Ciencia y Desarrollo, 26 48-55.
- Calderón, E. (1975, Sep. oct.). Cinco regiones de México: Un análisis comparativo. Dirección General de Planeación Educativa: Secretaría de Educación Pública.
- Calderón, E. 1976, Enero). Cinco regiones de México: Un análisis comparativo. Dirección General de Planeación Educativa: Secretaría de Educación Pública.
- Calderón, N. G. (1982). Salud mental comunitaria. México: Trillas.

Calhoun, S. W. (1950). The study of wild animals under controlled conditions. Annals of the New York Academy of Sciences, 51, 113-122.

Calhoun, S. W. (1962, Febrero). Population, density and social pathology. Scientific American, 206, 193-196.

Chin, Y. (1988). Resident's perceptions of neighbors in married students: An Empirical test of a conceptual model. Edra, 19, 179.

Chombart, L. P. (1959). Famille et habitation. Editions du Centre Nacional de la Recherche Scientifique, 2, 41-54.

Christian, J. (1963, Julio). The pathology of overpopulation. Military Medicina, 128 (7), 571-603.

Christian, J. y Denid, E. (1964, Diciembre). Social and endocrine factors ar integrated in the regulation of growth of mamalian population. Science, 148, 1550-1560.

Christian, J., Vang, F. y Denid, E. (1961). Factors in mass mortality of a herd of sike deer. Chesapeake Science, 1 (2), 79-95.

Claude, B. (1972). La ciudad y el campo en el México central. México: Siglo XXI.

Coplamar. (1983). Necesidades esenciales en México (Vol. 4. Salud. 2a ed.). México: Siglo XXI.

Cruz, B. J. F. y Macías, G. G. (1986). Percepción de la vivienda en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Psicología Social en México, 11, AMEPSO, 110-114.

Cueli, J. y Reidl, L. (1983). Teorías de la personalidad. México: Trillas.

Díaz, G. R. y Spielberger, C. (1975). Inventario de ansiedad rasgo - estado

(IDARE). México: Manual Moderno.

Dirección General de Educación para la Salud. (1983). Educación para la salud. México: Secretaría de Salud.

Dirección General de Estadística. (1970). IX Censo general de población y vivienda. México: Autor.

Edwards, J. N., Booth, A. y Klobus, E. P. (1982). Housing type: Stress and family relations. Social forces, 61 (1), 241-257.

Errington, P. (1961). Muskrats and marsh management. E. U. A.: Harrisbury Staekpole.

Faris, R. y Warren, D. (1934). Mental disorder in urban areas. Chicago.

Findlay, R. (1981). Housin adjustment theory and arquitectural desing. Edra, 12.

Fox, J., Hall, C. E., y Evelback, L. (1984). Epidemiología (2a. Ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.

Francescato, G. (1981). Satisfaction guaranteed or your money back: Problems, oportunities and use fulness in me asuring residencial satisfaction. Edra, 12.

Freedman, M. A., Kaplan, I. H. y Sadock, J.B. (1984). Compendio de Psiquiatría. México: Salvat.

Freud, S. (1927). Ego and Id. Londres: Hogarth.

Fuchs, V. R. (1974). Who shall live?. New York: Basic Books.

Guerra, P. R. (1987). Escritura Notarial 55844. (Notaría Nº 52,) México, D. F.

- Hall, E. T. (1959). The silent language. Nueva York: Doubleday.
- Hall, E. T. (1983). The hidden dimension (Blanco, F. trad.). E.U.A.: Anchor Books.
- Harghberger, S. e Inman, M. (1988). Environmental stress resulting from crowding in multi-family dwellings. Edra, 19, 190.
- Harvey, R. S. (1981). La percepción sensorial. México: Limusa.
- Hediger, H. (1955). Studies of Psychology and Behavior of captive animals in zoos and circuses. New York: Chiterion Books.
- Hediger, H. (1961). The evolution of territorial behavior. Anthropology, 31.
- Hernán, S. M. (1981). Salud y Enfermedad. (4a ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Herr, D. M. (1973). Sociedad y Población. México: D.F.
- Horwitz, M. J. (1963). Graphic communication: Study of interacción painting with schizophrenics. American Journal of Psychotherapy, 117, 230-237.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1980). X Censo general de población y vivienda. México: "Autor".
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1984). Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México: "Autor".
- Kerlinger, F. (1975). Investigación del comportamiento: Técnicas y Metodología. México: Interamericana.
- Kinney, J. (1985). Personalization of private spaces in congregate housing for older people. Edra, 16, 194-200.

Kieckhefer, J. W. (1966) Re-housing and infections by soil transmitted helminths in Singapore. Singapore Medical Journal, 17, 12-29.

Kofka, K. (1935). Principles of gestalt psychology. New York: Harcourt, Brance.

Kourany, M. y Vázquez, M. A. (1969). Housing and certain socioenvironmental factors and prevalence of enteropathogenic bacteria among infants with diarrhoeal disease in Panamá. American Journal of tropical Medicine and Hygiene, 18, 936-941.

Kumate, J. (1977 enero). Las enfermedades infecciosas en el hombre: Evolución, civilización y adaptación. Gaceta Médica de México, 113 (6).

Lewis, B. (1985). The stigmatized house. Edra, 16, 184-188.

López, A. D. (1982). La salud desigual en México. (3a ed.). México: Siglo XXI.

Mc Bride, G. (1964). A general theoria of social organization and behavior. St. Lucía Australia: University of Queensland Press.

Mc. Keown, T. (1976). The Modern rise of population. Londres: Edward Arnold.

Mc. Keown, T., Brown, R. G. y Record, R. G. (1972). An interpretation of the modern rise of population in Europe. Popul Stud, 25, 345.

Mc. Keown, T. y Lowe, C. R. (1981). Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI.

Mc. Kinlay, J. B. (1979). Epidemiological and political determinantes of social policies regardin the public health. Social and Medicine, 13a, 541-558.

Montero, E. y López, L. (1986). Evaluación de la satisfacción residencial

- en viviendas de interés social. Psicología Social, 1, AMEPSO, 164-170.
- Moran, R. y Dolhin, C. (1986). The defensive space concept. Environmental and Behavior, 18 (3).
- Piaget, J. Barbel, I. (1956). The child's concept of space. Londres: Routledge.
- Proshansky, H., Ittelson, W. H. y Riulin, L. (1978). Psicología Ambiental. México: Trillas.
- Rohe, W. M. (1982). The response to density in residential settings: The mediating effects of social and personal variables. Journal of Applied Social Psychology, 12 (4), 292-303.
- Salomon, P. y Patch, V. (1976). Manual de Psiquiatría. México: El Manual Moderno.
- Salvat Mexicana Editores. (1978). Historia de México (Vol. 11 y 12). México: Autor.
- Schafer, W. (1956). Der kritische raum un die Kritische situation in der tierischen sozietat. Frankfurt: Kramer.
- Searles, H. (1960). The nonhuman environment in normal development and in schizophrenia. New York: International University Press.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1983). Plan Nacional de Salud (Vol. 11). México: Autor.
- Sheldon, C. (1989) Behavior, health and environmental stress. E. U. A.
- Siegel, S. (1983). Estadística no paramétrica. México: Trillas, Biblioteca Técnica de Psicología.

Tegnoli, J. y Fiddle, D. (1987). Disruptions to house hold and home: Varieties of adaptation and adjustment. Edra, 18.

Thinbergen, N. (1958). Corius naturalists. Nueva York: Basic Books.

Villagómez, Y. (1986). Salud, desarrollo urbano y toxicomanías. Centro de Integración Juvenil.

Weidermann, S., Anderson, J. R., Butterfield, D. I. y O'Donnell, P. M. (1982). Resident's perceptions of satisfaction and safety. Environment and Behavior, 14 (6), 695 - 724.

Werner, C. (1987). Home interiors, a time and place for interpersonal relationships. Environmental and Behavior. 19 (2), 169 - 179.

Wolman, B. (1984). Diccionario de las ciencias de la conducta. México: Trillas.

A N E X O



## FICHA DE IDENTIFICACION DE LA MUESTRA

Muestra: \_\_\_\_\_

Dirección: Edificio \_\_\_\_\_ Entrada \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_.

Número de Miembros que viven en Casa: \_\_\_\_\_

Número de m<sup>2</sup> que correspondan por persona: \_\_\_\_\_

Nº de Miembros	Edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Escolaridad	Ubicación familia.

## Inventario de Autoevaluación por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urtaza, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se *siente ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO				
	1	2	3	4	5
1. Me siento calmado	( )	( )	( )	( )	( )
2. Me siento seguro	( )	( )	( )	( )	( )
3. Estoy tenso	( )	( )	( )	( )	( )
4. Estoy contrariado	( )	( )	( )	( )	( )
5. Estoy a gusto	( )	( )	( )	( )	( )
6. Me siento aliviado	( )	( )	( )	( )	( )
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	( )	( )	( )	( )	( )
8. Me siento descansado	( )	( )	( )	( )	( )
9. Me siento inseguro	( )	( )	( )	( )	( )
10. Me siento cómodo	( )	( )	( )	( )	( )
11. Me siento con confianza en mí mismo	( )	( )	( )	( )	( )
12. Me siento nervioso	( )	( )	( )	( )	( )
13. Me siento agitado	( )	( )	( )	( )	( )
14. Me siento "a punto de explotar"	( )	( )	( )	( )	( )
15. Me siento reposado	( )	( )	( )	( )	( )
16. Me siento satisfecho	( )	( )	( )	( )	( )
17. Estoy preocupado	( )	( )	( )	( )	( )
18. Me siento muy excitado y aturdido	( )	( )	( )	( )	( )
19. Me siento alegre	( )	( )	( )	( )	( )
20. Me siento bien	( )	( )	( )	( )	( )

# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>