

67  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

HOSPITALIZACIÓN:  
DISTRIBUCION SOCIOESPACIAL EN LA  
ESTANCIA DE LOS PACIENTES

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :

SUSANA ARACELI LOPEZ ESPINOSA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1991



## **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.

# I N D I C E

PAG.

CAPITULO I . . . . .	1
Psicología Ambiental; Breve Introducción.	
CAPITULO II . . . . .	11
Privacía, Espacio Personal Territorio y Hacinamiento.	
Privacía . . . . .	11
Espacio personal. . . . .	21
Territorio . . . . .	25
Hacinamiento . . . . .	31
CAPITULO III . . . . .	68
Hospitales.	
CAPITULO IV . . . . .	83
Conclusiones.	

## C A P I T U L O I

" PSICOLOGIA AMBIENTAL. BREVE INTRODUCCION "

## CAPITULO I

## PSICOLOGIA AMBIENTAL. BREVE INTRODUCCION

Desde los inicios de la historia del hombre, siempre han tenido interés en conocer el porqué de las cosas, de los animales, de su existencia etc.; es una curiosidad innata del ser humano que lo ha llevado por el camino de grandes descubrimientos, surgiendo así las ciencias, campos divididos de estudio; en este sentido, la psicología tuvo sus inicios en la "época de los filósofos griegos" y en el siglo XIX se establece ya como una ciencia, con la aplicación de métodos científicos a la "resolución de problemas referentes a la conducta humana" ( Whittaker, 1971 p. 9 ).

Actualmente, se concibe a la psicología como la "ciencia de la conducta" ( Whittaker, 1971, p.10) incluidas las conductas animal y humana. Conforme la psicología fué creciendo, se fueron dando áreas de especialización, como la psicofisiología, la psicología educativa o escolar, etc., y en estos cambios, el psicólogo descubre que el ambiente va más allá del mundo ascético y restringido de los "estímulos de laboratorio, del análisis compartamental o del complicado juego de influencias del medio social" (Almeida 1981, p. 515). En estos términos se empezó a reconocer que el creciente deterioro del ambiente físico era resultado predominante de la acción humana, la cual a su vez -

era influida por el primero; así, la psicología como "ciencia del comportamiento" se constituía en el contexto natural para un nuevo tipo de abordaje de las interacciones - hombre-ambiente, surge así la Psicología ambiental, siendo esta una vasta área de "investigación ecológica del comportamiento humano, de los estresores urbanos y de la diversidad de las limitaciones situacionales creadas por el propio hombre en su relación con el ambiente físico y social" (Almeida, 1981 p. 515). Hall (1981) menciona el hecho de que la cultura está en el hombre "hasta el fondo de su sistema nervioso, y es ella la que determina el modo que él tiene de percibir el mundo" (Hall, 1981 p. 231).

De esta forma empezó a crecer el interés por las relaciones que hay entre hombre y medio, natural o construido, saber cómo el hombre percibe y se adapta a ese medio, ya que "en general, cualquier ser humano responde al entorno físico con una alteración de su comportamiento" (Korman e Fiorentini, 1981 p. 45) como este le influye en su estado de ánimo o en su conducta, y cómo el hombre modifica al medio para crearse diversas situaciones que necesita o desea.

Es verdad que el estudio de las relaciones entre el comportamiento humano y el ambiente "sociofísico" (Almeida, 1981) se abarcan en un sentido amplio en todas las áreas de la psicología ( y en algunas otras ramas del saber), pero es en la psicología ambiental que "el estudio de problemas de comportamiento relacionados al medio ambiente, está más -

estratégicamente orientado al desenvolvimiento de soluciones" (Almeida, 1981 p. 515). Cambia entonces la visión de estudio de respuesta-estímulo "por una visión activa, propuesta por Lewin", donde el comportamiento se estudia en la situación total en que ocurre, con una forma de estudio "molar y multidimensional, englobando en diferentes niveles de análisis, las contribuciones de la ecología humana, de la sociología urbana, de la arquitectura, de la geografía, y de los diferentes conocimientos adquiridos al respecto, del manejo y utilización de los recursos ambientales por el hombre" (Almeida 1981, p. 515)

Respecto a los inicios de la Psicología Ambiental, Karman J. B. y Fiorentini (1981), mencionan en 1957 a Humphry - Osmond, en trabajos sobre la estructura del espacio aplicada a la arquitectura psiquiátrica, hablando de espacios "Happy" o "sociopetales", que inspiraban seguridad y espacios "sinlester" o "sociofugal" que daban sensación de inseguridad (Karman e Fiorentini, 1981, p. 46).

Para la formulación de una teoría, data de los años 70's una constante búsqueda de ésta, con ayuda de otras ramas - del saber (sociología, geografía, psicología social, etc.) surgiendo por ejemplo, la teoría del "estrés psicológico", que trata de entender el estrés generado por ruido, calor y otros. Las teorías de Milgram, Saegert, Mac. Kintosh y - West (1970-1975), para entender fenómenos de sobrepoblación privacía, libertad conductual, etc., quienes definen a la sobrepoblación p.e. como "un exceso de información social y sensora que sobrepasa la capacidad individual de proce -

sarlo" (Holahan 1982, p. 15). Otras teorías son las de Altman (1975), o Michelson (1976). Actualmente se continúa a la búsqueda de teorías y definiciones adecuadas a la psicología ambiental.

En este orden de ideas, cabe preguntarse, ¿Qué estudia la Psicología Ambiental? Proshansky, Ittelson y Rivlin, (citados por Heimstra y Mc Farling 1979) mencionan que "las ciencias ambientales" tienen la tarea de "estudiar los efectos que las manipulaciones ambientales tienen sobre el hombre" y definen a la psicología ambiental, operacionalmente, como : "psicología ambiental es lo que hacen los psicólogos ambientales" (Heimstra y Mc Farling 1979, p. 5). Y, como interés principal de la psicología ambiental: "la relación del hombre con el ambiente físico, más particularmente con el ambiente que él ha creado" (Proshansky, Ittelson y Rivlin, 1978, p.56).

Sobre el particular Holahan (1982), define a la psicología ambiental como "un área de la psicología que se enfoca en la investigación de la interrelación entre el ambiente físico, y la experiencia y conducta humana" (1982 , p.10) y Heimstra y Mc Farling hablan de la "psicología ambiental - como la disciplina que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento humano y el medio ambiente físico del hombre" (Heimstra y Mc Farling 1979, p.3).

También Karman y Fiorentini (1981) señalan que la psicología ambiental, es la que "estudia los efectos de ambiente



físico (científicamente) especialmente del espacio creado sobre el comportamiento humano " (1981, p. 44). Siendo esto importante debido a que "lo que la persona hace y siente depende de dónde se encuentra" (p. 44) formándose la personalidad "por el interanálisis de sucesivas relaciones con el ambiente en la integración de ambos, - espacio experimentado tiempo vivenciado" (p. 44). Ellos sugieren, como ya se mencionó, el "espacio-vida" de K. - Lewin, que ayudó a comprender el "comportamiento de una persona o grupo, estudiando su relación con las partes - de un determinado espacio" (Karman y Fiorentini, 1981, - p. 44).

Por otra parte, Canter y Craik (1981) dan una definición general, "Psicología Ambiental es esa área de la Psicología que lleva en sí conjunción y análisis de transacciones e interrelaciones de acciones y experiencias humanas con aspectos pertinentes de los alrededores sociofísicos" (Canter y Craik, 1981, p. 3).

En lo que respecta al medio, se le ha dividido en dos: - el "construido" o modificado por el hombre, y el "natural" (incluyéndose aquí amplias áreas geográficas) siendo de interés especial la relación hombre-medio construido y las influencias recíprocas que se dan entre éstos.

Del análisis de estas influencias, la psicología ambiental, ha encontrado dificultades, tal como la imposibili-

dad de aislar una característica del medio ambiente para estudiarla, debido a que, el "medio ambiente es una serie de subsistemas que interactúan e influyen en el comportamiento" (Heimstra y Mc Farling, 1979, p. 6), y por otro lado aislar características de un todo que es el comportamiento humano "serie casi ilimitada de actividades, que cambian, fluyen o se desvanecen" sabiendo que, el "comportamiento es cualquier forma de actividad que se observe con o sin instrumentos. (Heimstra y Mc Farling 1979, p.6).

A mayor abundamiento, Heimstra y Mc Farling (1979), mencionan que casi todo aspecto del medio ambiente natural o construido que se relacione con el hombre influye de alguna manera en él, y por tanto puede ser seleccionada como variable de estudio; que el hombre no sólo reacciona a ese ambiente, sino también a los otros hombres que están en su medio "y que este hecho puede modificar, incluso, los efectos de las otras variables ambientales" (Heimstra y Mc Farling 1979, p.17).

Sobre el particular Wohlwil, citado por Heimstra y Mc Farling (1979), menciona que el hombre se relaciona con el medio ambiente físico de tres maneras:

- 1.- "El medio ambiente determina la clase de comportamiento que puede ocurrir en él.

- 2.- Ciertas cualidades asociadas con un medio ambiente - en particular, pueden tener gran efecto sobre el comportamiento y la personalidad del individuo.
- 3.- El medio ambiente sirve como fuerza motivadora de:
  - a) respuestas efectivas y de actitud frente a las -- características ambientales.
  - b) respuestas de acercamiento y evasión ante diferentes atributos del medio ambiente, y
  - c) adaptación a las cualidades ambientales". (Heimstra y Mc Farling 1979, p.7).

Así, se puede concluir, que las variables que la psicología ambiental puede estudiar son casi todos los aspectos del medio ambiente natural o construido que tienen relación con el hombre y pueden, por tanto, influir en su -- conducta. De interés especial ha sido el estudio de las respuestas de adaptación conductual y fisiológica del - hombre al medio, investigaciones realizadas principalmente en laboratorios. Dentro de la psicología ambiental, - hay diferentes métodos utilizados, como el experimental, el de observación natural, los estudios de campo, los - de pruebas y otros.

Respecto a la presentación de la variable independiente - (si no está presente), a los sujetos de estudio, Heimstra (1979), cita a Craik, quien habla de la "exhibición am-- biental" con tres métodos de presentación, que son: A) -

directa, B) representación, C) presentación por imágenes. Según Craik, hay conductas observables, conductas para medir con aparatos, y conductas para entrevistas y encuestas. De sentimientos, juicios, etc., nos dice que son "difíciles de evaluar" y les llama "respuestas descriptivas, respuestas globales, respuesta inferida, respuesta de actitud y respuestas preferenciales" (Heimstra y Mc Farling 1979, p. 21).

En cuanto a estudios en ambientes construidos, varios se han hecho en lugares "cerrados" en los que las personas deben permanecer ahí por determinado tiempo, debido a diferentes razones, Heimstra y Mc Farling (1979) los mencionan como "microcosmos en el que casi no hay influencia o control externo, los sujetos están reclusos o cautivos en un entorno físico o conductual, excepto por algunas visitas familiares o por sus experiencias anteriores, este aislamiento permite hacer cierto tipo de estudios donde se originan relaciones estables entre el hombre y su entorno facilitándose las observaciones de estas relaciones", (Heimstra y Mc Farling 1979, p.99).

En estos lugares, las precauciones tomadas deberán ser principalmente en cuanto a generalizaciones, ya que son de naturaleza específica y con un motivo específico para permanecer ahí.

Por lo que toca al ambiente, Proshansky, Ittelson y Rivlin (1978), al analizarlo, nos mencionan dos puntos -

de vista, uno como "observador" (científico) fuera del ambiente, y el otro como "primera persona" (individuo - participante del proceso); siendo dos enfoques teóricos: "objetivo" y "fenomenológico" y ambos necesarios para - comprender "integralmente la situación ambiental" (p.63).

Por otra parte, se han llevado a cabo estudios de medición de las actitudes, para lo cual se han utilizado - entrevistas o encuestas, p.e. PEQI (Perceived Environmental Quality Index), y el EQI (Physical Environmental Quality Index). (Bell ,Fisher y Loomis, 1978).

De este tema Bechtel, (citado por Bell, Fisher y Loomis, 1978), menciona que hay "muchas determinantes situacionales e individuales para la percepción ambiental, para que cualquier instrumento lo determine correctamente",- (p. 44).

Como se puede ver, el descubrimiento de lo que existe a - nuestro alrededor al cual afectamos y nos afecta, es reciente, mas ha ido avanzando de manera rápida, a tal grado, que ha habido necesidad (por parte de otras ciencias), de crear leyes de protección al medio ambiente, y por el otro lado, investigaciones constantes para buscar maneras de modificar a éste, de tal modo que, el ser humano pueda vivir satisfactoriamente, aprenda mejor, se recupere - prontamente, etc. Ya que hemos comprendido que el hombre - y su medio (natural y construido, y los seres vivos que - en ellos habiten) forman un interjuego en el que cada - "pieza" afecta a las otras de muchas maneras, y esta re -

lación es de ida y vuelta.

Hoy, el hombre sabe que el hecho de que escoja un color para su habitación, va a afectarle en su estancia en él, y que como acomode los componentes de ésta, proyectará partes importantes de su personalidad. Igualmente, los profesionales de diversas áreas de hoy y del futuro deberán conocer y manejar estas interacciones de forma tal que colaboren en la protección, y mejoramiento del ambiente y de quien lo usa u ocupa.

La Psicología Ambiental, como ciencia que estudia las relaciones entre el hombre y su medio, tiene un amplio campo de estudio, y un futuro prometedor.

Para concluir, es de mencionar que el presente capítulo -- proporcionó un breve bosquejo de lo que es, estudia y se ha hecho en la Psicología Ambiental.

CAPITULO II

PRIVACIA, ESPACIO PERSONAL

TERRITORIO, HACINAMIENTO

## CAPITULO II

## PRIVACIA, ESPACIO PERSONAL, TERRITORIO,

## HACINAMIENTO

El presente capítulo tiene como finalidad analizar los -- procesos de Privacia, Espacio Personal, Territorio, Hacina miento y estresores ambientales, desde sus definiciones, - hasta investigaciones realizadas y teorías al respecto.

## PRIVACIA

Sobre el particular varios estudiosos de la materia han de finido y estructurado con investigaciones este término, en este contexto, Marshal Nancy de acuerdo a una escala que - creó y aplicó en un colegio, le concede seis orientaciones agrupadas en dos: "retirada"; soledad, retraimiento e inti midad.

"control de información"; anonimato, re- serva, y no vecindario.

(Esser and Greenbie, 1978, p. 51- y Holahan, 1982, p. 237).

Por otro lado, Allan Westin (citado por Holahan, 1982), so bre el tema lo relaciona a la libertad del individuo, e - incluye también "retirada" ; derecho de estar solo y lejos de la observación de otros.



"control de informacion": derecho de re--  
serva, de no dar aspectos altamente personales.

(Holahan, 1982, p.240).

La define como "el derecho de controlar el tipo de informa  
ción sobre el o ella misma hacia otros " (Holahan, 1982, p.-  
240); habla de la importancia que tiene para permitirnos -  
"evaluar a nosotros mismos en comparación con otros en ---  
nuestra sociedad" (p. 245), asimismo, menciona(1967) que a  
yuda al desarrollo personal y a mantener una sensación de-  
"autonomía personal" (sentimientos de independecia, cam--  
bios de consciencia y libertad de ser manipulado por los -  
otros), de tal forma que pueda sentir que él "regula sus -  
contactos interpersonales" ( p.246).

Westin (1970) además, divide el fenómeno de la privacia en-  
cuatro tipos:

- a) soledad; la condición mas extrema
- b) intimidad;
- c) anonimato;
- d) reserva;

Y le atribuye cuatro funciones:

- 1.- autonomía personal; esencia del yo, autovalía, auto--  
identidad, autoindependencia.
- 2.- descarga emocional; relajamiento de los roles sociales,  
normas, etc.
- 3.- autoevaluación; integración de experiencias y planea--  
ción de futuras acciones, con una separación física de los  
otros.

4.- comunicación limitada y protegida; elección de estar con quién y platicar qué, con un balance de "apertura y cerramiento", (Altman, 1975).

Otra opinión sobre el tema es la de Sidney Jourard (Holahan, 1982), que menciona: " el deseo del individuo de apartarse -- del conocimiento de los otros, sus experiencias personales , acciones e intenciones" (Holahan, 1982, p. 240).

A mayor abundamiento está W. Ittelson y colaboradores (Holahan 1982) quienes enfatizan la "libertad de controlar la información" sobre uno mismo, hacia las otras personas, (p. 240).

Por su parte, Proshansky inicia las definiciones hablando de que no ha habido tiempo e investigaciones suficientes para -- sistematizar una teoría, él intenta hacerlo relacionando cuatro conceptos: privacia, espacio personal, territorialidad y hacinamiento. Propone como "enlace" entre los cuatro el "control interpersonal" o " límite de regulación interpersonal" -- con el cual la persona mantiene un apropiado y deseado nivel de interacción con el medio exterior, (Altman, 1975).

Refiere también, varios grados de privacia, que se obtienen -- por mecanismos conductuales; verbal, paraverbal y conducta ambiental, ya que pueden actuar juntos o separados, en un proceso dinámico de conductas y niveles cambiantes, de acuerdo a -- circunstancias variables. Vé al sistema social como relaciones ambiente--conducta, conducta--ambiente, en recíprocas influencias constantes, (Altman 1975).

Por otro lado, George Simmel (Holahan 1982), sobre el tema referido menciona como la "habilidad de controlar los estímulos que entran de las otras personas" (Holahan, 1982, p. 240).

Julian Edney y Michael Buda, (Holahan, 1982), proponen que intuitivamente unidos están privacía y territorialidad, ya que se ha demostrado (por ellos y por Altman, 1975, ---- Proshansky, Ittelson y Rivlin, 1976), que en varias ocasiones se presenta la territorialidad al servicio de la privacía.

Alexander Kira y Leo Kuper (Holahan, 1982), hablan de "restricción visual y de interacción auditiva" (p. 240), siendo esta una posición más simplista acerca del tema.

Para Holahan (1982), privacía sirve a dos funciones psicológicas:

- 1.- juega un rol en el manejo de las interacciones sociales, y
- 2.- ayuda a establecer una sensación de identidad personal.

Corroborando esta posición, se encuentra Ellen Bersheid (Holahan, 1982), mencionando las consecuencias de pérdida de privacía como "desindividuación"; pérdida de identidad y estar anónimo, lo cual puede provocar una "fase antisocial" (Holahan 1982, p. 247).

Proshansky, Ittelson y Rivlin afirman que la "privacia le permite a las personas maximizar sus opciones conductuales y mantener un alto nivel de control personal sobre sus actividades". (Holahan, 1982, p. 248).

Por su parte, Schwartz, respecto a no tener privacia, habla de "desnudez social" que sufren los pacientes mentales y presos al ser objeto de sobrevigilancia y control sobre sus objetos personales, tanto del personal como de otros pacientes o reclusos. (Holahan, 1982).

Ahora veremos una definici3n mas amplia del modelo de Irwin Altman (1975 y Esser et al, 1978): que propone el concepto de privacia central en el entendimiento de las relaciones ambiente -- conducta, los mecanismos a su servicio son: conducta territorial y espacio personal, que ayudan a obtener el deseado nivel de ésta. Habla de hacinamiento y soledad social como fracasos de éste proceso dinámico, que tiene niveles deseados que cambian de acuerdo a las situaciones.

Coinciden Altman (1975) y Esser et al (1978), al mencionar a la experiencia pasada, las posibilidades inmediatas, el estilo personal y la persona o grupo como variables importantes para lograr el grado de privacia deseado.

Esser y Greenbie (1978), refieren tambien al espacio personal (área inmediata alrededor del cuerpo) el cual se altera en distancia y orientaci3n para obtener éste nivel. Asimismo

a la conducta verbal, la no verbal, y las marcas de territorio, que se utilizan para obtener el mismo.

Altman (Esser et al 1978), hace mención a la adaptación que se dá por una situación de extrema o ausente privacia, presentandose un gasto de energía física y psicológica, en el intento de regular límites.

Para Altman, la privacia es un proceso de control de límites interpersonales que ejemplifica con la "permeabilidad de una membrana" (Esser et al, 1978, p.51), que abre y cierra de acuerdo a las circunstancias tratando de obtener la privacia necesaria, de lo contrario hay insatisfacción. Menciona tres funciones básicas de la privacia:

- a) control y manejo de interacciones personales;
- b) planes, roles, estrategias para proceder con los otros;
- c) rasgos de la autoidentidad. (Altman, 1975).

Tambien alude a un "control selectivo del acceso al yo o al grupo de uno" (Esser et al 1978, p.51), y menciona a la retirada como un mecanismo para restringir información. Habla de un "fuera de escena" especialmente necesario en la evaluación de situaciones nuevas (Holahan, 1982, p.246).

De manera similar, Wolfe (citado por Holahan, 1982), habla de "control personal" que el individuo puede ejercer, con tres tipos de éste:

- a) control sobre elección
  - b) control sobre acceso
  - c) control sobre estimulación,
- misimos que cambian con el tiempo, necesidades y roles sociales (Holahan, 1982, p. 240).

Por su parte, Rapaport (Altman, 1975) define a privacia como la habilidad de controlar interacciones y dar opiniones, con mecanismos para prevenir una intrusión no deseada.

Para Esser (1978), esta misma es una "demanda del yo de cuándo, cómo y que información es comunicada", con influencia directa del diseño ambiental, el cual puede controlar la fluidez o no de información, y dar seguridad en sus interacciones. Hace notar que la privacia "preserva la autonomía personal, fomentando el desarrollo de la individualidad" (Esser et al, 1978, pp.12-14), ayudando a la descarga emocional y a la autoevaluación.

Slater (Esser et al, 1978 p 83), se refiere a retirarse dentro de sí mismo "para evitar fuerzas invasivas".

En relación a lo anterior, consideramos que el énfasis que hacen W. Ittelson y colaboradores sobre "libertad de controlar información". engloba lo que se puede catalogar como -- privacia, es decir, el individuo por constantes enfrentamientos con el ambiente aprende que no debe mostrar su desnudez

(control de información somática), que en su hogar puede presentar ciertas conductas que no son propias en otros sitios (privacía y territorio relacionados, control de información de conductas): que en su privacía puede relajarse de tensiones externas, recostarse, desvestirse, etc.; se le permite tener cierto control sobre su ambiente (p.e. cambiar un mueble en su habitación), y aprende a ceder algo de su privacía de acuerdo a las condiciones ambientales (p.e. al dormir con parientes en otro dormitorio), tratando aún de mantener algún grado de ésta (este cajón es mío).

En este sentido, es importante reconocer que la privacía se encuentra ligada a otros factores, como la situación social, económica, educativa y ambiental. Mas aún a pesar de estas variables, todos necesitamos mantener diferentes grados de ella.

Respecto al tema tratado, a continuación se refieren dos investigaciones:

a) sobre espacios y control de accesos, practicadas en niños (Wolfe and Laufer, 1974, Laufer, Proshansky y Wolfe 1976, citados por Holahan, 1982), manifestaron que cuando se les invadió su privacía, sentirse terribles y muy trastornados.

En este sentido, algunos autores manifiestan que el invadir el sentimiento de privacía destruye el sentimiento de

autonomia personal, dejando así a las personas incapaces de controlar sus interacciones con el mundo social: - (Holahan, 1982).

b) Altman (Holahan, 1982), refiere un estudio de esposos que aunque tienen su área privada común, buscan áreas individuales ( clubes, cine, cafés, etc).

De lo anterior se deduce que privacia es tambien controlar que se quiere dejar entrar, es decir, es un control de información exterior; el aceptar a otras personas, -- oír las o tocarlas. En estas situaciones se pueden ocupar varias formas de expresión, azotar una puerta (conducta) gritar ¡no entres! (verbal), salirse de un area porque otra persona está ahí ( conducta) y disculpándose por salir (paraverbal).

Nota: las palabras en paréntesis son de acuerdo al modelo de Proshansky, (Altman 1975).

Por otra parte Westin ( Altman, 1975), menciona el lado contrario, si hemos estado en condiciones extremas de privacia, en soledad, entonces buscaremos excesos de contacto con el entorno.

Como podemos ver, la privacia es parte de nuestras vidas sin embargo es tan usual que no pensamos o hablamos de ella.



Respecto a macrogrupos, Margaret Mead (Esser et al, 1978) menciona a las grandes ciudades con un típico anónimato - pudiendo ser una forma de obtener un alto grado de privacia, pero también como una pérdida de comunidad y por tanto una debilidad, menciona que .las sociedades protegen - unas necesidades mas que las otras, y que privacia y comu- nidad no pueden ser maximizadas simultáneamente.

Para concluir, se resumen las diversas funciones otorga- das a la privacia, y son:

Para Westin (Holahan 1982 p. 246) "nos permite evaluarnos a nosotros mismos, en comparación con otros en nuestra - sociedad", ayuda a tener sensación de "autonomía personal" y es una forma de descarga emocional;

Para Holahan (1982) es importante para el "manejo de las- interacciones sociales", ayuda a establecer la " identidad personal" ( p. 243);

Proshansky, Ittelson y Rivlin opinan que permite "mantener control personal sobre sus actividades " .(Holahan 1982);-

Para Altman ( 1975) proporciona planes, roles y estrate-- gias, para proceder con los otros;

Para Esser y Greenble (1978) "fomenta el desarrollo de la individualidad" (p.12):

Y para Slater (Esser et al 1978, p.83) "evita fuerzas in- vasivas".

## ESPACIO PERSONAL

Por lo que toca al espacio personal, tuvo sus inicios con estudios de Edward Hall, antropólogo (1981) cuyas aseveraciones están basadas en la etología y de sus observaciones a seres humanos concluyó cuatro distancias para sus interacciones:

Intima, persona, social y pública; siendo un factor decisivo en el empleo de éstas "el modo de sentir de las personas, una respecto de la otra en ese momento" (Hall, 1981, - p. 140).

Para Hall (1981), a) la distancia íntima es "cuando la presencia de otra persona es inconfundible y a veces puede -- ser molesta" (p.143) debido a la excesiva afluencia de datos sensorios;

b) la distancia pública "va de los 3.5 metros a los 9" , generalmente usada por personajes públicos;

c) la distancia personal es el "espacio normalmente mantenido entre animales que no han intimado - relaciones con otros" (Holahan, 1982, p.274), refiriendose a las especies de no contacto, formando una "esfera o burbujita protectora"(Hall, 1981, p. 146).

d) la distancia social "es el punto en el cual el animal empieza a sentirse incómodo, por que -

está fuera de contacto con su propio grupo" (Holahan.--- 1982, p.274), suele ocuparse para asuntos impersonales.

Hediger (Hall, 1981) contribuye con el concepto de "distancia de huida" del animal, la cual Hall compara con la reacción de huida del esquizofrénico cuando siente demasiada cercanía de otros sujetos.

Konrad Lorenz (Hall, 1981) por su parte, menciona a la agresión como necesaria para la subsistencia, debido a - que conduce "al debido espaciamento entre los animales, para que no sea tan grande su número que destruya su medio y se destruyan con él" (Hall, 1981, pp 11-12).

Por otro lado Holahan (1982), se refiere al espacio referido como la "zona alrededor de un individuo en la cual otras personas no pueden traspasar" (p.275). Es un límite invisible y variable, de acuerdo a las diferencias individuales, circunstancias cambiantes y relaciones interpersonales particulares, que se mueve a donde el individuo va.

Menciona una distinción entre "espacio personal", "privacia" y "territorialidad":

a) espacio personal; para referirse a espacial, distancia entre dos personas que puede funcionar como mecanismo para obtener privacia. Le atribuye la función de auto-pro-

tección de amenazas físicas y emocionales de otras personas al yo.

b) privacia; que indica con mayor amplitud el control de acceso entre el yo y los otros, envolviendo múltiples mecanismos conductuales.

c) territorio; que es un área determinada y visible.

Para apoyar sus conceptos, Holahan (1982) cita a diferentes investigaciones previas, en las que se ha confirmado que el contacto visual y la orientación del cuerpo, son empleados para mantener el espacio referido, y que las personas cuyo espacio es invadido, responden con una compleja variedad de patrones conductuales.

Las investigaciones son las siguientes:

Fué un estudio de método de estimulación y observaciones de la conducta interpersonal, se mostró que los individuos con alto grado de ansiedad mantuvieron distancias interpersonales mayores que los de menor grado de ansiedad, (Bailey, - Hastnet y Gibson 1972).

Otra investigación, se llevó a cabo con niños y adolescentes con disturbios emocionales, los cuales presentaron respuestas semejantes al anterior, (Laura Weinstein 1965)

En prisioneros con historia violenta, A.F.Kinsél, investigó

el caminar repetidamente hacia el sujeto desde varias direcciones hasta que éste manifestó incomodidad, encontrándose que el promedio de los límites de espacio personal de prisioneros violentos fué cuatro veces mas grande que en los no violentos. Las mayores diferencias fueron cuando el experimentador se presentó por atrás del investigado.

Otra aportación es la de Higgens y Asoc., quienes en investigaciones con estudiantes de un colegio con dificultades socioeconómicas, usando una medida de simulación, encontraron que los estudiantes con pobre ajuste social marcaron mayor distancia entre figuras, a diferencia de los socialmente bien adaptados. Se especuló que reflejaban el mal ajuste entre los estudiantes y sus madres.

(investigaciones citadas  
por Holahan, 1982).

Perspectivas teóricas del espacio personal.-

A continuación se mencionan las mas representativas; Edward Hall's, Darhl Pedersen y Loyda Shears (Holahan, 1982); lo visualizan como un medio de comunicación no verbal con el que transmitimos sentimientos positivos o negativos hacia los demás.

Por otro lado, el modelo de "Estrés" habla de mantener un adecuado espacio como un mecanismo adaptativo, que reduce el nivel de estrés que puede experimentar el organismo humano (Holahan, 1982).

También, el sistema "modelo" de Argyle, se refiere al espacio como "un sistema para mantener un nivel óptimo de intimidad entre personas".

Karman y Fiorentini (1981), asemejan los "límites de tolerancia" de los animales a la "distancia crítica" y a la "distancia social", que si se traspasa provoca agresión, le atribuyen significados económicos y psicológicos y sugieren para medirlas el "sociograma". Citan a R. Sommer quien habla de la comunicación verbal como influenciada por la distancia y posición interpersonales.

#### TERRITORIALIDAD

Existen estudios que determinan similitud entre la territorialidad humana y la de los animales, explicando que la agresión entre las personas por tierra y propiedades, está biológicamente determinada. Los psicólogos ambientales han observado que este término juega un papel importante en nuestras vidas, y es relevante en la agresión interpersonal y el estatus social, (Holahan, 1982).

#### Definición.-

Holahan (1982); nos refiere a varios autores con diferentes perspectivas, por ejemplo hay quienes la definen en términos de "área geográfica, personalizada y defendida de intrusiones", (Becher, 1973, Becher y Mayo 1971, Sommer 1969, - Sommer y Becher 1969) ;

Pastalan (Holahan 1982); la visualiza como el "uso y defensa de un área espacial por una persona o grupo, para su exclusiva preservación" (Holahan, 1982, p. 256):

Un tercer grupo afirma que la "territorialidad" es " el exclusivo uso de un área u objeto por personas o grupos" (Altman y Haythorn, 1967, Altman, Taylor y Wheler, 1971) (citados por Holahan, 1982.p.256), señalan que esta área es un-- "patrón de conducta asociada con la propiedad u ocupación - de un lugar o área geográfica por un individuo o grupo y - puede envolver personalización y defensa de intrusiones" - (Holahan, 1982, p.256).

Al respecto Altman, habla de que tan "central" en la vida -- de una persona o grupo, es ese territorio, y la duración que ellos tienen en esa área, define territorios:

Primarios; p.e. casa; Secundarios; p.e. club social; Públicos;camiones, parques, etc., (Holahan 1982 p 257).

Por otro lado, Hall (1981 p.14), dice de la territorialidad- que es un concepto básico en el estudio del comportamiento - humano, y que éste es "el comportamiento mediante el cual un ser vivo declara característicamente sus pretenciones a una- extensión de espacio, que defiende contra los miembros de su propia especie" (Hall, 1981 p.14).

**Funciones Psicológicas de Territorialidad.-**

1.- Holahan (1982, p. 258) hace referencia al término mencionado, que ayuda a organizar la vida diaria del individuo y sus grupos sociales, sin el las actividades diarias tendrían constantes interrupciones inmanejables, no sabríamos donde encontrar a unos y cómo evitar a otros. También refiere que nos ayuda a desarrollar "mapas cognitivos", de los tipos de conducta que se pueden esperar en determinados lugares, y conocer anticipadamente donde están éstos, promoviendo la planeación de nuestras vidas.

Sobre el particular hay un estudio de Altman y colegas (Holahan 1982) , en que se vió que las parejas que tenían que estar juntas, si se organizaban sobre que silla usar o que lado, etc., mostraban mayor efectividad en todas sus funciones.

2.- Otra función de territorialidad es desarrollar y mantener la organización social de acuerdo al estatus social o de dominancia de sus miembros. En estudios realizados con jóvenes se encontró entre los mas dominantes altos niveles de referencia.(Holahan, 1982).

3.- La territorialidad, tambien sirve como una base para el desarrollo de la sensación de identidad, personal y grupal. Edney(Holahan, 1982); hace notar que la sensación de identidad grupal puede emerger simplemente por que los individuos-comparten un mismo lugar. Compartiendo un territorio, las -



personas tienen experiencias y conocimientos comunes, creándose ligas sociales entre los mismos, que actúan como los otros, simplemente porque viven en el mismo barrio.

**Perspectivas Teóricas sobre Territorialidad.-**

Teoría Sociobiológica de Edward Wilson's y Donald Campbells (Hollahan, 1982); creen que la conducta humana puede explicarse en términos biológicos y de herencia genética, por su evolución pasada. Estudian conductas de animales para entender a la humana, en base a una historia biológica común.

El Imperativo Territorial, de Robert Ardrey's (Holahan, 1982) quien arguye que la conducta social de las personas, en particular territorialidad y agresión interpersonal, tienen su base en la historia de la evolución. Menciona a la conducta territorial como instintiva y a los humanos como a los animales defendiendo su territorio, siendo ésto una predisposición genética, y la agresión interpersonal como una tendencia natural.

Carpenter (Holahan 1982) apoya esta posición, tanto en animales como en humanos, que demarcan un territorio.

Hediger (Hall, 1981), estudioso de la conducta animal, opina que proporciona lugares para aprender, jugar y ocultarse. - Coordinando actividades colectivas y manteniendo unión entre los grupos. Si hay peligro "el animal que está sobre el terreno de su residencia puede aprovechar sus reacciones automáticas y no tiene que perder su tiempo en pensar donde se ocul-

tará". "El hombre también es territorial y ha inventado muchos modos de defender lo que considera suyo" (Hall, 1981 - pp 15-17).

Teorías Socioculturales.- Estas visualizan la territorialidad como función del aprendizaje social y de influencias culturales, y hacen diferencia total de los animales. Refieren también tipos de defensa de éste, mas no como centrales en la definición de territorialidad (Holahan 1982).

Territorialidad en ambientes institucionales.-

Al respecto se ha comprobado que el control del territorio ayuda a los individuos a desarrollar una sensación de identidad personal y facilita la organización social. De aquí que la sensación de territorialidad en ambientes institucionales pueda producir beneficios psicológicos y terapéuticos, proporcionando seguridad y territorio a los usuarios de modo que puedan retirarse del bullicio y actividad exterior. --

El costo psicológico de la vida institucional se podría reducir si además personalizaran tales espacios, añadiendo sus propias decoraciones, significados o colores individuales, lo cual redundaría en sensación de satisfacción y utilidad personal.

Sobre el particular, Karman y Fiorentini (1981). opinan que "el entorno físico puede ayudar a los enfermos retardados, perturbados e idos a mejorar y ser mas felices" (Karman e Fiorentini, 1981, p.44).

privacia, espacio personal,  
TERRITORIO y hacinamiento.

30

Y añaden que "para que un espacio tenga cualidades terapéuticas, debe ser topográfico, tridimensional y físico, no bastando ser apenas psicológico y social" (p.44). En éste orden de ideas, "la sucesión de espacios topográficos que van desde el espacio mas simple al mas complejo, lleva a la integración espacial uno de los componentes esenciales del comportamiento, de ahí la importancia y necesidad de posesión de un espacio, de un territorio y su personalización".

El territorio puede ser natural o artificial, proporcionando seguridad y una "posición ventajosa con condiciones de defensa" (Karman e Fiorentini, 1981, p44).

Margaret Calkins (1988); haciendo referencia al término, en instituciones, específicamente de pacientes con síndrome de Alzheimer's y sus demencias relacionadas, sugiere se satisfaga esta necesidad en ellos, ya que es una "manifestación de la autoimagen de la persona" y el hecho de que puedan personalizarlo "añade familiaridad a su mundo, manteniendo su identidad personal" (M.Calkins, 1988, pp 25-26).

En la vida diaria usamos territorios, aunque no lo pensemos así, como se puede notar, las palabras territorio y privacia se presentan juntas en algunas investigaciones, llegando a parecer sinónimas, y es que en nuestro territorio grupal o individual, es donde podemos tener privacia, es algo que personalizamos y defendemos, un mecanismo para lograr la misma, sin olvidar que ésta se puede tener sin territorio. (p.e. un baño público).

### HACINAMIENTO Y DENSIDAD

Aquí se analizarán las palabras densidad, densidad interior, densidad exterior, densidad social y hacinamiento, mismas - que están relacionadas o se llegan a usar como sinónimos - entre sí.

densidad exterior: se le toma como un gran número de personas en una urbe o población, se mide principalmente en estudios correlacionales y estadísticos, p.e. censo.

densidad espacial: se refiere a la cantidad de espacio insuficiente para el número de personas.

densidad interior: se le vé como un número de personas en un área determinada p.e. dormitorio.

densidad social: gran número de personas en un determinado lugar (teoría de sobrecarga de información).

hacinamiento: suele usarse como sinónimo de densidad social, o como la experiencia subjetiva al percibir ésta.

Se ha comprobado que la densidad social (alta o baja), se relaciona con el estrés psicológico y estos dos con privacia, presentándose el hacinamiento cuando se fracasa en la obtención de niveles deseados de privacia (Esser and Greenbie, 1978, Altman, 1975).

Dentro de las definiciones que deben destacar por su importancia podemos observar las siguientes;

Hacinamiento: "excesiva estimulación de factores sociales"- J.A.Desor (Holahan, 1982, p.217)

Según Aristide Esser (Holahan 1982) El hacinamiento resulta de la "sobrecarga de información inapropiada y no familiar" (p.217), pudiendo interrumpir los ciclos de acción, y haciendo impacto sobre los sentimientos de comunidad y privacidad, "disrumpiendo las comunicaciones y despertando sentimientos de estrés". (Esser et al 1978 p. 68)°, también señala que es una "experiencia subjetiva" de las condiciones de alta densidad. Mencionando a la última "como una condición de limitación de espacio" (Esser et al 1978 p. 90).

Añade que el hacinamiento es "una experiencia estresante asociada con la presencia de mucha gente" notando que hay factores que influyen esa experiencia, como son: espacio, antecedentes culturales, estructura de grupo, necesidades personales y espacio personal, (Esser et al 1978, p.160).

Por otro lado Hall (1981), opina que "probablemente en el hacinamiento en sí no hay nada patológico, pero trastorna importantes funciones sociales, por lo que conduce a la desorganización, y en definitiva, al desplome demográfico o las grandes mortandades" (Hall, 1981,p.45).

Señala que los aumentos de población provocan que las acciones recíprocas se intensifiquen y las tensiones aumenten.

Otra opinión del hacinamiento es la de Amos Rapaport, quien menciona que es causado por "alta estimulación sensorial o social" (Holahan, 1982 p.218).

También, la teoría del "constreñimiento conductual" se refiere al hacinamiento debido a la "alta densidad social y espacial" (Holahan 1982, p.218).

por su parte Proshansky y colegas ( Citados por Holahan, 1982) mencionan que el hacinamiento se presenta cuando "el número de personas en un lugar restringe la libertad de elección del individuo" (Holahan, 1982, p.219).

Aitman (Holahan, 1982) hace referencia al hacinamiento cuando los " mecanismos de privacía fallan" y "sentimos que hay una gran cantidad de contactos sociales mas altos de lo que desearíamos", (Holahan, 1982 p. 219).

La teoría "reactancia psicológica", habla de que cuando "se impide la libertad de elección de las personas por la alta densidad social" se presenta la " reactancia psicológica de hacinamiento" (Holahan, 1982, p.220).

Holahan (1982), propone densidad para referirse a "aspectos espaciales o físicos" de un lugar (número de personas por área espacial), y hacinamiento refiriéndose a " factores subjetivos o psicológicos de una situación " (p.198), (percepción individual de las restricciones espaciales).

Altman, Sundstrom y Stokols, (Holahan, 1982) acuerdan en diferenciar densidad y hacinamiento. De éste modo la densidad es necesaria mas no suficiente para sentir hacinamiento y - como ejemplo tenemos las personas en un estadio football--i quienes pueden no sentirse hacinadas; de modo que factores-sociales y personales deberán estar presentes para tener esta sensación.

Una forma de que las personas reporten hacinamiento es cuando las condiciones espaciales interfieren socialmente, p.e. competición de individuos en un lugar o interferencia en -- sus posibilidades de realizar actividades sociales coordinadas.

Amos Rapaport (Holahan, 1982), propone que densidad también puede verse en términos subjetivos, la define como " una experiencia perceptual", en que el individuo percibe el número de personas en un lugar, el espacio disponible, y la forma de organización del espacio, siendo una " percepción directa del espacio aprovechable" y hacinamiento "una evaluación subjetiva de la percepción de que el espacio existente es inadecuado" (Holahan, 1982, p.199).

Jonathan Freedman (Seidel y Danford 1979), cree que el hacinamiento no se debe restringir a la percepción subjetiva, - ni a la cuenta objetiva de espacio aprovechable por persona, pudiendo ser una experiencia negativa o positiva, de acuerdo a las circunstancias en las que suceden.

privacia, espacio personal,  
territoriõ, hacinamiento.

35

Respecto al estudio de la densidad, Holahan (1982), para --  
densidad social: varía el número del grupo social en un lu  
gar de tamaño constante y para la  
densidad espacial: investiga un grupo social de constante-  
tamaño en lugares de varias dimensiones.

Ambas densidades pueden ocasionar diferentes reacciones psi  
cológica, p.e. si la persona se siente incómoda por la pre  
sencia de muchas personas (densidad social) puede reaccionar  
culpando a los otros por interferir con él. Si está incómodo  
por el pequeño espacio ( densidad espacial) puede culpar  
al diseño ambiental y tener menos sentimientos negativos ha  
cía los demás.

En este sentido se han realizado algunas investigaciones y  
aunque el interés en la psicología, es básicamente por la -  
conducta humana, también se ha experimentado en diversas g-  
caciones con animales, haciendo comparaciõnes en laborato--  
rios y en contextos naturales.

Los resultados han mostrado que la alta densidad social ---  
puede causar anomalías en las funciones fisiológicas tí  
picas de los animales, tales como, secreciones glandulares-  
y cambios en los ciclos de reproducción; también se han prg  
sentado cambios sociales y conductuales de efectos negati--  
vos, como la desorganización social, agresión entre especies  
decrementos de aprendizaje y reducción de conducta explorã



toria, sin embargo no se han considerado resultados suficientes para interpretar, que la densidad tenga efectos negativos, pudiendo intervenir otras variables tal como la especie, el sexo, la situación y estructura social del grupo.

Llevando estos resultados hacia la conducta humana, se ha supuesto, que si la densidad actúa como estresor psicológico (como en los animales), debería provocar en el hombre reacciones fisiológicas posibles de medir.

Al respecto Gary Evans (Seidel et al 1979) demostró como la tasa de latidos y la presión sanguínea se incrementaron con la alta densidad espacial.

Por su parte Aiello, De Risi, Epstein y Karlin, (Holahan, 1982), mostraron también como la alta densidad induce al excitamiento fisiológico, medido en sudoración.

Heshka y Pylypuk (Holakan 1982), en un gremio de obreros del sexo masculino, la actividad adrenocortical tendió a incrementarse junto con la alta densidad.

Resultados semejantes tuvieron Lundberg (1976), Novado, Stokols, Campbell y Stokols (1979), D'Atri (1975), Paulus, Mc.Cain y Cox (1978) (citados por Seidel et al 1979).

Actualmente, se cree que el hacinamiento es un elemento importante en la explicación de enfermedades físicas y mentales, a pesar de que ésta es influenciada por un amplio rango de otros factores ambientales y personales.

Otros investigadores como Michelson 1976, Mitchel 1971, Schmitt 1963, 1966, Levy y Herzog 1974, Draper 1974, Winsborough 1965, (citados por Holahan 1982), han concluido que la relación entre hacinamiento y enfermedad en humanos esta fuertemente influenciada por la forma en que la gente ha aprendido a enfrentarse con el primero, tanto individual como socialmente.

Sobre este tema, los investigadores, Langer y Michael 1963, Sainsbury 1956 y Schmid 1955 (citados por Holahan, 1982); - han encontrado correlación entre densidad exterior y el grado de suicidio.

En otros estudios de correlación, (Schmid, Shmitt, Shaw, y Mc. Kay, citados por Holahan, 1982) han reportado asociación entre hacinamiento y otras formas de patología social, tales como crimen y delincuencia juvenil, encontrando que el más alto grado de crimen se presenta en ciudades centrales a diferencia de suburbios menos densos popularmente.

Sobre el particular, Galle Gove y Mc Pearson en 1972 (citados por Holahan, 1982), también reportó relación entre delincuencia juvenil y densidad interior (personas por cuarto).

Feedman en 1975, y Kirmeyer 1978, (citados por Holahan 1982) por el contrario, mostraron que cuando influencias alternativas cómo el estatus socioeconómico han sido controlados, la relación desaparece.

A mayor abundamiento, Winsborough 1965, Freedman, Heshka y - Levy 1975, (citados por Holahan, 1982), corroboraron que controlando el nivel económico y grupos étnicos, la densidad no tuvo correlación significativa con patología.

Por otra parte, Holahan (1982), nos refiere a varios estudios conducidos en laboratorios y lugares confinados, los que indican que la alta densidad causa, en hombres, más agresividad y competencia, lo que no sucede con las mujeres, que se tornan más positivas y amistosas. Concluyeron que las diferencias se debían a las normas que hay para cada rol sexual en la sociedad.

En otras investigaciones se ha corroborado que, al incrementarse la densidad, la gente se inclina a retirarse socialmente de los otros.

Hutt y Vaizey 1966, Loo 1972 y Mc. Graw 1970, (citados por - Holahan 1982), lo demostraron en estudios con niños, y Eric - Sundstrom (Esser et al 1978), en colegio de hombres. Baum, - Harpin y Valins 1975 ; (Holahan 1982), en estudiantes de universidad, Ittelson, Proshansky y Rivlin (Holahan 1982), en dormitorios de hospitales psiquiátricos,

También, Esser y Greenbie (1978), mencionan estudios en laboratorios. demostrando que surgen sentimientos negativos - (de ánimo y humor), y sentimientos de ansiedad al incrementarse la densidad social.

Lou Mc. Leland y Nathan Auslander (citados por Seidel et al 1979), encontraron que los sentimientos no placenteros de - alta densidad social varían de acuerdo al contexto.

Por otra parte, Esser y Greenbie (1978), hablan de hacinamiento en grandes grupos y extensiones y citan una investigación de Davis, quien hizo 300 entrevistas. concluyendo que "cuando la gente cree que una situación está en hacinamiento ésto es real, en consecuencias fisiológicas y sociológicas" (Esser et al, 1978 p.70).

También mencionan que aunque al hombre le afecte la densidad como a los animales, éste tiene mayores posibilidades-- de adaptación por lo que ellos sugieren que se estudien los costos de esa adaptación, más que los efectos directos de - la estimulación ambiental adversa.

Respecto a medidas fisiológicas y psicológicas en el hombre está el estudio de la Universidad Rutgers, (Esser et al, 1978) (Evans, 1982), que comparó estudiantes de ambos sexos en dormitorios triples y dobles, considerando a los primeros como-

de mayor densidad.

Los resultados fueron; los de recámara triple mostraron incrementos de cortisona en la orina, a diferencia de los de cuartos dobles; empero, las diferencias no fueron significativas estadísticamente. Los de la recámara triple a diferencia de los de la doble, mostraron mayor excitación durante las ejecuciones cognitivas y bajas calificaciones. Las mujeres de recámara triple (medido con el Cornell Medical Index) tuvieron mayores problemas físicos y psicológicos que las de dobles y que los hombres de triple y doble cuarto.

También mostraron mayor inestabilidad, siendo que al menos una de las tres dejaba la habitación al finalizar el semestre. (Esser et al 1978 y Evans 1982).

Esser (1978) menciona su "tipología de hacinamiento" con el supuesto básico de que el incremento en la demanda de espacio, no solo es respuesta a las restricciones espaciales sino también a " circunstancias sociales que sensibilizan al individuo a problemas potenciales por la continua proximidad con los otros " (Esser et al 1978 P.90).

Habla también de "amenazas neutrales o personales, y de ambientes primarios o secundarios", (Esser et al 1978 p.90-92), las amenazas son : interferencias impuestas por la proximidad con los otros, de las que el individuo busca escapar -- pretendiendo mayor control del ambiente espacial y social.

El ambiente primario se refiere a: lugares donde la persona pasa mayor tiempo (casa, trabajo), y secundario: a lugares-transitorios (transportes, comercios, etc).

Respecto a éste mismo tema Knight, Zimring y Kent (citados-Esser et al 1978 ) hacen referencia a los diseños ambientales y factores situacionales como elementos que pueden afectar a la conducta y lo ejemplifica en los siguientes términos:

--prolongada interacción social		--irritabilidad
--ausencia de espacios de soledad	necesidad de	-preferencia por - ciertos espacios
exhausto físico	privacía	-retirada de la - interacción so-- cial
--diseños de circulación pobres		-zona de espacio- personal incre-- mentada.

Explicando que, cambios en el lado izquierdo, incrementan-- o decrementan la necesidad de privacía, lo cual puede alterar las conductas del lado derecho, (Esser et al 1978,p.170).

Estos investigadores sugieren que si se dá sensación de control al individuo (de acuerdo a la jerarquía de espacios)se reduce su estrés de hacinamiento, y la dimensión de su zona

privacia, espacio personal,  
territorio, hacinamiento.

42

de espacio personal se reduce, provocando un incremento en su interacción social y mejorando la formación de mapas -- cognitivos de cada persona (organización personal de su -- mundo).

Por último, proponen que el ambiente debe proveer de niveles moderados de excitación para que se presente una adecuada ejecución de conductas.

Respecto a la alta densidad, Altman (Holahan, 1982), menciona que ésta incrementa la posibilidad de que "nuestro territorio sea invadido, nuestras actividades interferidas y los recursos deseados, bloqueados" (Holahan 1982, p. 219), por lo cual, entran en juego mecanismos de regulación de límites (conductas verbal, para-verbal, no verbal, espacio -- personal y territorio).

Perspectivas teóricas sobre hacinamiento.-

Teoría de "Sobrecarga de Información": cuándo hay convivencia con muchas personas en un lugar determinado, el individuo puede tratar de mediar el exceso de información haciendo selecciones de lo que sucede a su alrededor, pudiendo -- provocar un rompimiento (breakdown), en formas de conducta social que a su vez causa interferencia en la ejecución de tareas, (Seidel et al 1978).

privacia, espacio personal  
territorio, hacinamiento

43

Teoría de "Sobrecarga en la ciudad" (1970); Milgram (Holahan 1982), se basa en Louis Wirth y George Simmel, para esta teoría, que menciona a las grandes urbes con una sobrecarga de información por la alta densidad de población y la heterogeneidad de ésta.

La información excede las entradas y la capacidad de procesarla. La adaptación a la sobrecarga se dá cerrando entradas (antisocial), o asumiendo diversas conductas.

Teoría de "Interferencia conductual": visualiza a la alta densidad como necesaria mas no suficiente para el estrés de hacinamiento. Si la alta densidad (social o espacial) interfiere en los accesos del individuo a los recursos o a la comunicación verbal entre personas, o a la obtención de metas, entonces se presenta el estrés de hacinamiento, el cual incrementa los costos de tiempo, esfuerzo y energía:(Seidel et al 1978).

Teoría de "Reactancia psicológica", de Stokols (Holahan 1982); si la alta densidad ( social o espacial), restringe la libertad conductual, se inicia la "reactancia psicológica", que es "un estado de motivación que envuelve sentimientos de violación y esfuerzos por reestablecer la libertad amenazada, pudiendo utilizar estrategias cognitivas o perceptuales para alterar la forma en que la situación hacinada es vista o entendida", - (Holahan 1982, pp 220-221).



privacia, espacio personal,  
territorio, hacinamiento.

44

Habla de amenazas personales o neutrales, de ambientes primario y secundario, y de respuestas tales como retirada, agresión, soledad pasiva e improvisación de organización con otros.

Modelos Ecológicos; Para grandes grupos sociales, hace referencia al "agregado social" más que al individuo, y a la "distribución y uso" de material y recursos sociales. ----- (Holahan 1982, p. 221).

Teoría de "sobrecarga" (overmanning): Alan Wicker (Holahan 1982), refiere que la alta densidad ocasiona estrés psicológico, el cual se busca mitigar mediante control conductual (modificar el evento amenazante), menciona también la importancia de la sensación de "control personal" sobre el ambiente, apoyándose en diferentes investigaciones en que se ha demostrado que la alta densidad y el no control sobre el ambiente provocan en el individuo respuesta de desamparo aprendido (learned helplessness), en la que hay reducción en la motivación de persistir en una tarea.

De lo anterior se deduce que debemos procurar no sobrecargar los ambientes al grado que no se puedan manejar los contactos con los otros y si esto se dificulta proporcionar sensación de control para minimizar el estrés.

privacia, espacio personal,  
territorio, hacinamiento.

45

Respecto a las limitaciones espaciales, igualmente se ha -- comprobado que propician efectos conductuales negativos, - como la retirada de la interacción social, el deterioro en ejecución de tareas, y otras conductas patológicas, (Esser, et al 1978).

Por otro lado Altman (Holahan 1982), añade que los enfrenta mientos sucesivos con el estrés de hacinamiento, o sobrepoblación pueden, en un período extenso de tiempo acumular -- costos psicológicos y menciona que éstos estresores inter-- personales disturban la ecología natural del organismo (René Dubos y John Cassel, son de la misma opinión). Sintetiza de ésta manera: estimulación social--> respuestas de enfrenta-- miento inicial--> estrés psicológico---> esfuerzos de enfren-- tamiento--->costos eventuales. Asimismo menciona a la retira da social y a la agresión, como respuestas al fenómeno de so brepoblación.

De las investigaciones que apoyan esta posición son las de - De Long, en 1970, en pacientes de edad encontró estas res--- puestas: Paulus en 1978 en celdas colectiva, además de éstas encontró la tasa de mortandad y medidas de estrés incremen ta das, (Evans, 1982).

Altman también se refiere a las facilidades o dificultades - que impone el diseño ambiental a las interacciones sociales- y a otras funciones psicológicas, incluida la percepción de-

control sobre el ambiente "si el diseño interactúa con un-- sistema social implacentero, interacciones patológicas como en las prisiones ocurren y la autoevaluación saludable se - dificulta" , (Evans, 1982, p.160).

Por su parte Baron y Rodin (Evans, 1982), mencionan que ambos extremos, hacinamiento y soledad son fallas de control- el cual si se tiene, muestra personas más felices, que desarrollan mejor sus actividades y se sienten menos molestos - aún en condiciones de hacinamiento u otros estresores, por lo que sugieren, para otorgar sensación de control, una bien diferenciada jerarquía de espacios, adecuada al lugar de in- teracción.

Zimring (Evans 1982)\* sobre el diseño ambiental indica: que es un sistema" físico social, en el que elementos físicos - interactúan en complejos caminos con la estructura social y con las metas y necesidades del individuo", (Evans. 1982 - p.151), y sugiere entre otras cosas que el arquitecto manipule espacios, sistemas de circulación y el lugar de la --- construcción para el óptimo desarrollo de ésta.

Margaret Calkins (1988), sobre éste tema refiere que "el ambiente físico es un agente que está ahí para ser usado por- quienes sepan hacerlo" (Calkins, 1988, p. xiii), por lo que

se debe mostrar a los usuarios como obtener el mayor provecho de éste.

Evans (1982), comprobó que el estrés por hacinamiento se puede reducir al incrementar el tamaño de las habitaciones, decrementar la brillantez de la luz y proveer separación de áreas. Respecto a la jerarquía de espacios, se refiere a la necesidad de señalamientos e indicaciones, especialmente al habituarse a situaciones nuevas ya que también ayuda a mitigar el estrés por hacinamiento, evitando ansiedad y pánico, y define al estrés como "cualquier demanda o amenaza, sería de desafiar la habilidad adaptativa del individuo", (Evans 1982, p.15).

Habla de límites precisos en los diferentes espacios y control sobre las interacciones que ahí se presenten. Estos límites pueden ser marcas imaginarias ( p.e. en un restaurante), o marcas físicas (cubículos de oficina).

Por último comenta que, especialmente, en personas de edad avanzada el no tener señalamientos de función y lugar de los espacios, les incrementa el estrés.

Margaret Calkins (1988), también habla de la necesidad de orientar a las personas, haciendo referencia especial a quienes padecen síndrome de Alzheimer's y demencias relacionadas con él, sugiere que la persona sepa en donde está y cómo ir a donde desee, promoviendo con esto " sentimientos de autonomía, independencia y auto-suficiencia" (Calkins, - 1988 p.22).

Estrategias de investigación para hacinamiento.-  
(según Holahan, 1982).

Los efectos psicológicos de densidad pueden ser estudiados-  
igual que otros estresores ambientales, con medidas somáti-  
cas, conductuales y subjetivas.

De particular interés han sido los constantes incrementos -  
en la sofisticación de estrategias de investigación para es-  
tudiar el hacinamiento, como los de tipo correlacional, los  
de laboratorio o los de pequeña escala, mismos que en segui-  
da se detallan;

a) Estudios correlacionales basados en datos de censo.-  
La primera estrategia de investigación fué para estudiar --  
consecuencias humanas de hacinamiento en relación con pato-  
logía social, basandose en datos de censo y otros registros  
archivados, (estadísticas de crimen, hospitalización, etc.).

Esta estrategia se introduce en 1920, envolviendo amplias -  
comparaciones de áreas geográficas extensas. Tales estudios  
rebelaron que la patología social de varios tipos fué más -  
grande en ciudades centrales altamente densas que en subur-  
bios de poca densidad.

En este sentido, Altman (Holahan, 1982), nota que por su na-  
turaleza correlacional es imposible concluir que la densi--

dad cause patología social, habiendo otras variables que influyen, tales como estatus económico, nivel educativo y calidad de los servicios públicos. Este tipo de estudios a menudo fallaron en su definición de densidad, limitados por los índices de densidad externa y la no mención de los correspondientes niveles de densidad interior, tendiendo a ignorar los procesos sociales, tales como la cualidad en la interacción de grupo, que en un momento dado podrían mediar los efectos de la sobrepoblación sobre la patología social.

Desde 1960, se han empezado a corregir estas limitaciones, intentando control estadístico de los efectos de influencias externas en el funcionamiento social de las personas.

b) Estudios experimentales en laboratorio.- datan de 1960, los primeros dirigidos a animales, p.e. ratas (Calhoun 1962b 1967), después se hicieron con humanos, para investigar atracción interpersonal, agresión, retirada, ánimo o humor, y ejecución de tareas, entre otras.

c) Estudios de hacinamiento en pequeña escala, en campo.- Los cuales pueden emplear una diversidad de medidas psicológicas, como las observaciones conductuales, las entrevistas, las encuestas, la ejecución en tareas sociales y cognitivas, e índices de respuesta psicológica con largas exposiciones a la alta densidad, en complejas "realidades de la vida". Estos estudios han permitido una precisa definición de hacinamiento

miento y densidad, y un aumento en las medidas psicológicas sofisticadas.

Sobre lo anterior Altman (Holahan 1982) señala que todas -- las estrategias tienden a complementarse y que para tener un completo entendimiento del fenómeno de hacinamiento, se requerirán de las ventajas que cada método de investigación ofrece, y las explica así:

Los estudios correlacionales dan un cuadro importante de la relación entre hacinamiento, y salud mental y física, en lugares del mundo real, no dan información causal.

Los estudios de laboratorio dan claras relaciones causales-- más no fácilmente generalizables.

Los estudios en pequeña escala dan la posibilidad de incorporar en una investigación aspectos de la riqueza natural de estudios correlacionales y la medida precisa de estudios de laboratorio, balanceando los requerimientos de validez interna y externa.

Por otro lado, Evans (1982), distingue dos estrategias que se utilizan para medir efectos del hacinamiento.

1.- los de correlación ecológica, "como modo típico de investigación", (Evans, 1982 p.136) cuyo ejemplo es Prior---- 1970-- que en grandes poblaciones encontró relación entre =

hacinamiento y delincuencia juvenil, crimen y mortalidad, y Freedman, Heshka y Levy--1975-- que encontraron relación entre alta densidad y el incremento de hospitalización psiquiátrica (Evans, 1982, p.136).

2.- las entrevistas, que se pueden ejemplificar con el estudio de Mitchel (Hong Kong) en viviendas donde había 400 piés cuadrados para 10 o más personas, es decir, 40 o menos piés cuadrados por persona, (menos de la mitad de los 85 piés -- cuadrados por persona considerados como el mínimo necesario "para que los ocupantes estén normalmente sanos", Comité de Higiene de Vivienda, Evans, 1982, p.136).

Encontrándose evidencia de déficit en la salud emocional, relacionado con densidad, también comparó viviendas de alta densidad pero en diferentes niveles de edificios, encontró que los que vivían en pisos más elevados tenían estados de enfermedad emocional más altos que los de pisos bajos, porque concluyó que en los pisos bajos había la posibilidad de salirse de la vivienda y acudir a jardines y patios, mientras que los de los pisos altos tenían " menos posibilidad de elección en su exposición a los nocivos aspectos de la sobrepoblación." (Evans 1982, p.137).

Otro estudio mostró que la experiencia pasada en lugares de alta densidad, influye en la forma de responder posteriormente a situaciones similares, generalmente con menos estrés,-



que quienes no han tenido experiencia anterior en lugares densos.

#### ENTORNOS DE CONFINAMIENTO

De entre los entornos investigados, están los de confinamiento, que presentan la situación de tener a personas recluidas por determinado tiempo; éstos ambientes tienen en común, entre otras cosas que restringen la libertad del individuo y sus niveles de privacidad, (hospitales, casa-hogar, prisiones, barcos a la mar y últimamente naves espaciales).

La entrada en sí a estos ambientes poco familiares es estresante y conforme se añaden variables tales como la limitación de la privacidad, la sobrepoblación, o la poca posibilidad de tener territorio, el estrés aumenta.

Al respecto se sabe que la restricción de la libertad en diferentes lapsos, según el nivel de tolerancia de cada persona puede inducir a la pérdida de control de la percepción, a la reactancia psicológica, al desamparo aprendido y a otros. Limitar la privacidad puede ocasionar efectos similares, "consecuentemente, los ambientes de confinamiento inducen a las conductas mal adaptadas" (Bell, Fisher y Loomis, 1978, pp -- 248--250).

Es importante recordar que el ser humano tiene grandes posibilidades de adaptación, pero durante ésta se presentan diferentes conductas de desadaptación y desajuste que conllevan

privacia, espacio personal,  
territorio, hacinamiento.

53

van altos costos psicológicos y físicos.

Estos entornos, por su naturaleza, son limitados en su capacidad de proveer un amplio espectro de recompensas, lo que facilitaría una conducta de adaptación positiva. Generalmente, estos lugares son espacios grandes con alta densidad social, aislamiento del ambiente normal, sobrecontrol de la conducta y confrontan áreas de trabajo, recreación, alimentos, etc., en un mismo lugar.

En este sentido Bell, Fisher y Loomis (1978), mencionan que en lugares de confinamiento son comunes tres conductas de mala adaptación:

1.- retirada; La presencia de otros internos, las reglas y regulaciones típicas de sobrecontrol, pueden ocasionar "confinamiento conductual" lo cual propicia la retirada; La privacidad, controlada por el personal, es mínima, y si la privacidad se niega, el sujeto también responde con retirada o agresión como maneras de recobrar el control sobre la situación si esto no resulta, se presenta el desamparo apre-ndido (Bell et al 1978 p. 248) .

Cómo muestras de investigación que corroboran estas respuestas son:

a) Sommer (Bell et al 1978) observa la retirada en hospitales de personas de edad avanzada y en asilos de ancianos.

b) Snyder y Ostrander (Bell et al 1978) comprobaron que el proporcionar mayor grado de control sobre las rutinas diarias de la persona, provoca conductas sociables, evitando la retirada.

c) Snyder (Bell et al 1978) en otro estudio encontró que los cuartos grandes con muebles en filas eran poco usados, cuando se les dió libertad de movimiento, se congregaron en pequeños y privados lugares, lo cual ayudó a recuperar la sensibilidad de privacía y control propiciando mayor interacción social.

d) Ittelson, Proshansky y Rivlin (Bell et al 1978), estudiaron a pacientes y comprobaron que cuando cierto grado de privacía y control se restaura, la retirada social llega a ser la conducta adaptativa menos frecuente.

2.- "conducta antisocial"; otra respuesta a la sobrepoblación y al sobrecontrol es la agresión.

Quiénes lo apoyan son:

a) Kitt y Hawk (Bell et al 1978) encontraron peleas graves entre marineros blancos y negros en un portaaviones (1972).

Comprobando que las tensiones interfaciales se agravaron debido al confinamiento y el sobrecontrol en que se encontraban.

b) Glazer (Bell et al 1978), observó la agresión en prisiones, debido a las carencias de privacia.

3.- "enfermedades psicosomáticas"; la mala adaptación a lugares confinados también puede desembocar en "enfermedades inducidas por estrés " (Bell et al 1978 p. 250), al haber mucha población las enfermedades rápidamente se propagan, tanto por el contacto físico como por el estrés que ello produce.

a) D'Atri, (Bell et al 1978 y Evans, 1982), usó lecturas de la presión arterial como indicador del estrés psicosomático, (1975) buscando relación con el hacinamiento en prisiones - (celdas compartidas), encontró que quienes estaban hasta en el más pequeño de los dormitorios, presentaban mayor estrés que los de celdas individuales, concluyó que el estrés por hacinamiento se presenta en alto grado en las prisiones y que adaptarse a ellas tiene un alto costo (Bell et al 1978- y Evans 1982).

b) Mc. Cain, Cox y Paulus (Bell et al 1978 y Evans 1982); - encontraron que más enfermedades se presentan cuando se permanece en dormitorios que en celdas individuales, comproba-

privacia, espacio personal  
territorio, hacinamiento

56

ron que las enfermedades eran psicológicamente inducidas--- por la mayor cantidad de estrés, ocasionada por enfrenta--- mientos con la alta densidad social.

c) Paulus, Mc Cain, Cox y Chandler en 1975 (Bell et al, 1978) verificaron que los que tenían dormitorios mostraban mayores sentimientos negativos y menos sensación de privacia que los de celdas individuales.

d) Tarsan y Appleby (Bell et al 1978), en estudios con niños en hospitales y casas--hogar, concluyó que teniendo más privacia y libertad de explorar el ambiente presentan un mejor desarrollo social e intelectual.

Diferentes Modelos para entender el Hacinamiento.-

Hacinamiento en relación a la obtención de metas:

en cualquier lugar el hacinamiento incrementa la incompatibilidad de metas, creándose conflictos. Si el ambiente se satura, los recursos escasean y las actividades de una persona interfieren con las de otra, se violan las normas espaciales incrementándose la excitación y la incomodidad.

En este sentido, cuando el logro de metas se vé impedido de diferentes maneras, el individuo puede sentirse amenazado, por lo que intenta hacer frente usando conductas que ha ---

aprendido y son compatibles con la cultura de donde proviene (Evans 1982).

En esta percepción y enfrentamiento a la situación, el modelo propone:

- a) un "avalúo personal" de la severidad de la amenaza
- b) una estructuración de la forma de obtención de metas en ese grupo; competitiva o cooperativa.
- c) el uso de recursos naturales de que el individuo puede disponer para enfrentar los problemas creados por la alta densidad social.

Si el individuo percibe una amenaza severa para la obtención de sus metas, también percibirá una carencia de control sobre su ambiente; si no puede escapar de ese ambiente o encontrar alternativas para lograr su meta, sentirá el estrés.

Este modelo menciona también que la alta densidad, sola, no induce al estrés (Evans 1982 p.134).

Hay investigaciones que tienen alguna relación con este modelo, tales como:

- 1.- La de Rohe (Evans, 1982) en el colegio del Estado de Pensilvania (1978); quien reportó que en moradas de estructura competitiva, el estrés interpersonal tuvo una alta relación

con el número de personas por cuarto, siendo el efecto significativamente más débil en hogares de estructuras cooperativas.

Al respecto Gary W. Evans (1982), nos hace notar que es importante saber si la persona eligió dormir en cuartos compartidos, o si por azar fué así, en este último caso, los sujetos suelen mostrar sentimientos de aversión y pérdida del control sobre el ambiente y solo muy pocos comunican sentirlo como un 'reto deseable'.

2.- La de Mc. Donald y Oden (Evans 1982), los cuales mostraron que si varias parejas habían elegido estar juntas en una habitación se presentaban " actividades positivas, cooperativas y mejora en las relaciones maritales" (Evans 1982 p. 138) a diferencia de quienes estaban juntos por azar; esto corrobora que la sensación de control sobre el ambiente ayuda a enfrentar la experiencia de hacinamiento.

3.- Otro estudio es el de Baum, Valins y colegas (Evans 1982) que compararon a estudiantes en cuartos dobles e individuales y con pasillos largos. Encontraron sentimientos de insatisfacción, ansiedad y menor conducta cooperativa, sucediendo esto debido a los encuentros sociales constantes y no buscados [poca sensación de control sobre el ambiente debido a demasiada interacción social].

4.- Baum, Mandel, Adams y Griffen (Evans 1982), en dormitorios triples encontraron también la sensación de no control sobre el ambiente.

5.- Smith y Haythorn (Evans, 1982), en un submarino comprobaron que el hacinamiento daba resultados negativos si quienes estaban en él eran de personalidades incompatibles, si éstas eran compatibles hubo actitudes cooperativas y de --- recreación.

6.- Paulus, Mc Cain y Cox (Evans 1982), en estudios sobre hacinamiento revisaron el archivo de una prisión encontrando que a mayor población de presos se incrementó la mortandad, el número de prisioneros psiquiátricos, y de internados por problemas de presión sanguínea.

7.- Cox, Paulus, Mc Cain y Schkade (Evans 1982) encontraron relación entre el aumento del sudor palmar y la alta densidad social en una cárcel de Texas.

8.- Aiello, De Risi, Epstein, Karlin 1977 (Evans 1982), mostraron en laboratorios que la alta densidad social provocaba reacciones de estrés en los sujetos. Al respecto Epstein, Lehrer, y Woolletolk (1978) lo verificaron midiendo la función cardíaca. Las reacciones persistieron a pesar de varias semanas (Bell et al 1978 y Evans 1982).



También Nicoslaetal (Evans 1982), mostró que había relación entre la densidad y menos tolerancia a la frustración, también humor negativo, incomodidad y síntomas de excitación - psicológica.

Además Epstein en 1978, Freedman en 1975, y Kutner en 1973 (citados por Evans, 1982), comprobaron que si se disminuía el número de personas, disminuía el estrés. En este sentido también se ha visto que en lugares hacinados se asume una - postura defensiva.

9.- Sherrod (Evans 1982) mostró que, si las personas tenían algún grado de control sobre el ambiente (botón para salirse de la situación hacinada), se reducen grandemente las -- reacciones adversas del hacinamiento.

Langert y Saegert 1977, Saegert, Mc. Intosh y West 1975 y - Heshka y Pylypuk 1975, reafirman que la sensación de con--- trol alivia el estrés por alta densidad (Evans 1982).

**Estresor: Hacinamiento.-**

Existen tres enfoques de hacinamiento, con el supuesto subyacente de que éste induce al estrés psicológico.

a) Evans y Eickelman en 1976 (Holahan 1982), mencionan que el estrés por hacinamiento "se realiza por la excitación que causa la invasión del espacio personal debido a la alta densidad- (Holahan, 1982, p. 298):

b) Daniel Stokols (Holahan 1982), opina que el estrés psicológico por hacinamiento se presenta cuando las necesidades del individuo de espacio, exceden al espacio que provee el ambiente. Menciona que se "siente hacinado" si no se puede adquirir más espacio y señala que si el sujeto puede predecir que estará en un lugar hacinado (p.e. un concierto) de poco espacio aprovechable, se reducirán los efectos estresantes.

Cabe señalar que Stokols habla también de hacinamiento como: "situación estresora" (factores ambientales) o cómo "síndrome de estrés" (la experiencia psicológica), y lo importante que es la manera en que el individuo intenta enfrentar este síndrome de estrés, pudiendo modificar factores de la situación o, de una manera "perceptual cognitiva" (reajustando los estándares de espacio que necesita, o hacer más agradable la tarea a pesar de las condiciones). Si estas formas de enfrentar fracasan, se presentarán conductas sintomáticas de "estrés general", incomodidad, agresión, etc.

c) Chalsa Loo (Holahan 1982), habla de estrés asociado a densidad social y espacial, y de que la alta densidad no es necesariamente negativa. Hace referencia a un estado óptimo de armonía entre individuo y ambiente, y a la variabilidad que pueden tener las necesidades, tiempo y recursos de persona a persona y de lugar a lugar.

Menciona que puede ser estresante tanto la baja como la alta densidad social, y el espacio insuficiente o excesivo, - de acuerdo a necesidades del individuo, como las sociales - y espaciales, y considera que un estado armónico se dá cuando el ambiente está social y espacialmente poblado.

#### ESTRES

Un enfoque que intenta explicar las situaciones de estrés - es el de Baum, Singer y Baum (Evans 1982), quienes hablan de tres componentes: estresores, variables de transmisión, y - recipientes del estrés.

Mencionan al estrés como un proceso "dinámico" en el que el individuo intenta un ajuste entre necesidades, metas, y lo que el ambiente provee, (Evans 1982 p. 152).

Es de mencionar que el ambiente puede bloquear o facilitar la resolución de metas (estresores psicológicos) y puede -- promover el tipo de enfrentamiento que el individuo utilizará.

Andelman (Evans 1982), ejemplifica los estresores ambientales con un estudio en la penitenciaría de Nuevo México, en la que el cupo de presos se rebosó y con esto se incrementó la tasa de mortandad.

Por otro lado, Baum y Valins, y Paulus, Mc Cain y Cox (citados por Evans 1982), hablan de disfunciones del diseño ambiental (estresantes), que propician las negativas de los sujetos para la realización de metas.

En este sentido se ha demostrado que al no lograrse las metas deseadas y sin estrategias de enfrentamiento se presenta la ansiedad, depresión, actos antisociales, crimen, y otros.

Altman, en 1975 y Reizanstein 1980 (Evans 1982), hacen referencia a la "jerarquía de espacios", para organizar las áreas privadas y públicas, según las necesidades de los usuarios, de modo que se formen "cadenas o mallas sociales" de mutuo cuidado y protección; y a nivel privado, hablan de necesidades de soledad, autoreflexión y conversaciones íntimas, si éstas se frustran, se presenta la retirada, depresión y enfermedad (Illness); por tanto, si se da una "malla social" (Evans 1982 p. 154), cohesiva, ésta ayudará a sobre llevar los efectos de los estresores ambientales.

Para ampliar el tema, Knight, Weitzer y Zimring (Evans 1982) investigaron una institución para el "desarrollo deseado" -- comparándola como estaba (con grandes áreas para múltiples actividades) y después de un reacomodo (separación de espacios). En la primera situación, se iniciaban las labores, pero no con empeño, y en varias ocasiones no se terminaban; en la segunda, fué lo contrario.

Corroborándose así que los estresores (áreas no delimitadas, distracciones continuas, muchas personas en un solo lugar). son determinantes para completar o no, correctamente las - tareas.

Otro modelo de "estrés" es el de Hans Selye, quien lo divide en dos:

- 1.- estrés sistemático
- 2.- estrés psicológico

1.- sistemático; "respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda del medio hecha sobre él": incluye reacciones-bioquímicas que pueden ser :

A) "síndrome de adaptación general" (GAS, siglas en inglés), que se refiere a reacción de alarma del sistema nervioso autónomo, aumento de secreción de adrenalina, palpitación del corazón acelerada, presión sanguínea anormal y sudor.

B) "estado de resistencia o adaptación", como respuestas de enfrentamiento psicológico.

C) "exhausto" el estresor fué intenso y de suficiente duración, y si los esfuerzos de resistencia fallaron para enfrentar el estrés (Holahan 1982; p. 158).

2.\_ psicológico: ocurre cuando "el individuo contempla--cognitivamente-- que la condición ambiental estresante es una amenaza a nivel de daño, que excederá sus habilidades de enfrentamiento" (Holahan 1982 p. 158).

Es un proceso activo, en que se asimila, juzgan y estable--  
cen ideas y expectativas.

Hay tres formas de apreciación cognitiva:

- 1.- discriminación: si es amenaza, benéfica o irrelevante
- 2.- se utilizan recursos para enfrentar la amenaza
- 3.- "reapreciación" : cambio de la apreciación original de--  
bido a un cambio en la condición ambiental o por los esfuer--  
zos del enfrentamiento cognitivo.

Los más extensos trabajos sobre estrés psicológico han sido  
elaborados por Richard Lazarus y asociados, 1965,1966,1968,  
1971,1977,1979, donde menciona la apreciación personal y --  
los significados del estresor (Holahan 1982).

Por otra parte Folkman y Lazarus (Holahan 1982) añaden dos  
formas de enfrentamiento al estrés:

- 1.\_ "enfrentamiento enfocado al problema": 'intentos cogniti--  
vos o conductuales para alterar el ambiente, o la conducta,  
o ambas.
- 2.- "enfrentamiento enfocado a emoción" : efectos cogniti--  
vos o conductuales para reducir o tolerar las propias reac--  
ciones emocionales del ambiente estresor (Holahan 1982 p 159).

Por último, Sheldon Cohen, (Holahan 1982) habla del estrés--  
y manifiesta que:

"La exposición a un estresor ambiental puede resulta de una

sobrecarga de la capacidad del individuo de procesar la --- información necesaria para realizar tareas y actividades so- ciales efectivas".

"El impredecible e incontrolable estresor ambiental incre- - menta, las demandas que están en la capacidad de atención - del individuo, por ello son potencialmente amenazantes." -- (Holahan 1982 p.184).

"Estos estresores demandan una constante apreciación cogni- tiva en la que el individuo deberá buscar formas de enfren- tamiento y dar respuestas adecuadas" (Holahan, 1982 p.185). Y añade que si las demandas del ambiente son prolongadas, - se presentará la "fatiga cognitiva" que impide la adecuada- ejecución de tareas y el inadecuado procesamiento de infor- mación.

Rotton, Olszewki, Charleton y Soler (Holahan 1982), ejempli- fican con el ruido impredecible, los déficits de ejecución.

Para concluir, es importante mencionar que, hay un sinúmero de variables ambientales que se pueden investigar, muchas - de las cuales asisten a las personas en su vida diaria, fa- cilitando o favoreciendo conductas positivas dentro del ám- bito social, educacional, laboral, etc.

privacia, espacio personal  
territorio, hacinamiento

67

Otras de éstas variables impiden o inhiben al individuo, de manera que perjudican su ejecución, obstaculizando diversas áreas del sujeto.

Es de particular interés, el estudio de ambos tipos de variables, ya que ello redundará en beneficios para la vida futura del ser humano y, en su caso, de otros seres vivos, animales o plantas; Orientándonos acerca de que factores evitar y cuales promover, para una vida productiva, sana y feliz.



CAPITULO III

"HOSPITALES"

### CAPITULO III " HOSPITALES "

Debido a una particular inclinación por el área de la Psicología Clínica, se ha dedicado un capítulo aparte a investigaciones elaboradas en hospitales, sitios dedicados a -- reestablecer la salud física o mental de sus internos, los pacientes.

Conforme se han incrementado los conocimientos respecto al entorno, la atención se ha enfocado principalmente sobre -- aquellos a los que se beneficiaría mas con estas nociones.

" Hay evidencia que sugiere que los de baja competencia son el grupo mas sensible al entorno físico" (Calkins, 1988, p.-XViii), considerando competencia como "lo específico dentro del individuo, tal como salud mental o física, capacidad - intelectual o fuerza del ego..., los de baja competencia resultan por déficits en salud física, o por pérdidas sensoriales relacionadas con la edad, por problemas de salud -- mental, y otros ... conforme la competencia del individuo -- se decrementa, el ambiente asume una acrecentada importancia para determinar su bienestar" (Calkins, 1988, p. XViii)

También se sabe que los de baja competencia son incrementadamente sensibles a los ambientes nocivos, y un mejoramiento

to, por pequeño que sea en el ambiente, "puede producir una desproporcionada mejoría en el ánimo, humor y conducta" de los individuos (Calkins, 1988, p. XVIII)

Es importante recordar, que los usuarios de los hospitales no son solo pacientes, sino también sus familiares, personal médico, administrativo, etc. de modo que todos ellos pueden proporcionar información respecto a este entorno y ésta debe ser escuchada.

Margaret Calkins (1988) sobre el particular, añade que un ambiente que satisface las necesidades de sus usuarios aumentará sus sensaciones de satisfacción en las diferentes áreas a desarrollar, y menciona un orden de necesidades a atender, las de la estación de enfermería y su personal, las referentes a familiares y demás visitas y las de los internos, en su estancia ahí y en su relación con las dos anteriores.

Respecto a estos últimos, y haciendo referencia específica sobre pacientes con Síndrome de Alzheimer's y demencias relacionadas a él, menciona cinco puntos básicos a atender en la planeación de su ambiente. A saber:

- 1.- " rumbo encontrado/orientación
- 2.- privacidad/ socialización
- 3.- personalización
- 4.- protección y seguridad
- 5.- actividades del diario vivir" (Calkins, 1988, - p. 24, 25)

En lo que resta del capítulo, veremos diferentes investigaciones y puntos de vista de algunos autores que han cooperado de diversas maneras con la ayuda a estas personas, los pacientes.

### INVESTIGACIONES

1.  
Le Compte y Willems, en 1970 (Evans, 1982), en un hospital de rehabilitación, comprobaron que si los pacientes tenían varias actividades en un mismo lugar, esto les ocasionaba conflictos entre ellos y sus actividades. Se les dió la posibilidad de paredes móviles con lo cual disminuyeron las interferencias y en general dió buenos resultados.

2.  
Shumaker y Reinzenstein, (Evans, 1982), en encuestas con personal médico, demostraron el estrés sufrido por las enfermeras al estar bajo diferentes órdenes (médicas y administrativas), las cuales incluso llegaban a ser contrarias y esto afectaba a la recuperación del paciente.

3.  
Wolfe y Golan (Holahan, 1982), en hospitales psiquiátricos de niños, encontraron que el cuarto de "aislamiento y castigo", solía ser buscado por los pacientes como una forma de obtener privacidad y soledad.

Es importante mencionar que a los ambientes hospitalarios - últimamente se les ha reconocido como potenciales inhibidores o terapéuticos de la recuperación del paciente. (Evans, 1982, - Karman e Fiorentini, 1981).

Al respecto Shumaker y Reinzenstein (Evans, 1982) opinan -- también que el ambiente hospitalario es estresante para todos sus usuarios, pero principalmente para los pacientes, - quienes están poco familiarizados con ese entorno, presentan una alta dependencia de él y sufren algún padecimiento, por lo cual son los más vulnerables a sus efectos. Agregando que son éstos en quienes menos se ha investigado su relación con el ambiente, siendo ésto de gran importancia -- por su salud y bienestar.

Margaret Calkins (1988), en profusión al tema, menciona que las "personas con demencia vivirán profundos----- cambios - especialmente decrementos - en su habilidad para entender y controlar las interacciones con el ambiente fi - sico" (Calkins, 1988, p. 21).

4.

Esser, en 1968 y 1973 y Esser, Chamberlain, Chaple y Kli--- ne en 1965 (Evans, 1982) en hospitales psiquiátricos, in- - vestigaron la territorialidad y dominancia de los pacien- - tes (dominancia: la habilidad del individuo para influir - en otro), encontrando que los pacientes más dominantes va-- gabundeaban libremente por el área psiquiátrica sin cla --- mar territorio personal, quienes eran menos dominantes dis- cutían constantemente por un territorio.

5.

Por otro lado en encuestas de opinión a personal y pacien- tes del psiquiátrico de California, Robert Sommer y Bonnie Kroll, en 1979 (Holahan, 1982) buscaron determinar las ne- cesidades sociales y psicológicas de estos dos grupos. Ob-- tuvieron los siguientes hallazgos:

Pacientes y personal se quejaron de la carencia de privacidad en sus dormitorios y en sanitarios, en virtud de que no había cortinas de baño, ni puertas de escusados, también señalaron que el diseño de los baños, la ubicación de regaderas y escusados, estaban en línea directa a la entrada de éstos.

El personal de piso habló de carencia de sanitarios para ellos, ausencia de oficinas individuales, condiciones de trabajo inadecuadas, sin áreas para descansar o comentar con otros miembros del personal o áreas demasiado pequeñas y sin privacidad. Lo más importante de esta investigación, es que fué escuchado y seis meses después el Joint Commission on the Accreditation of Hospitals of California, empezó a remodelar el lugar (Holahan, 1982).

6.

Holahan y Saegert (Holahan 1982) en un psiquiátrico de Nueva York, hicieron remodelaciones a las áreas de los pacientes en los que no tenían posibilidad de territorio, proporcionándoles éste, después de seis meses encontraron mejorías en el clima social (a diferencia de seis meses antes) y mayores probabilidades de recuperación para los pacientes.

7.

Estudios hechos por Mardi Horowitz y Asociados en 1964, 65 y 68, (Holahan, 1982) examinaron el uso del espacio personal en esquizofrénicos:

- a) Se cuestionó a los pacientes y a personas sin padecimiento, sobre la distancia en la que se sentían incómodos, los esquizofrénicos mostraron di-

ferentes y variadas distancias, a diferencia del grupo "normal" quienes fueron más constantes en la distancia deseada.

- b) Se les mostraron figuras de personas, pidiéndoles que dibujaran el área que les gustaría, los esquizofrénicos marcaron un área más grande que los "normales". En este mismo punto, y también con depresivos, se notó que conforme el padecimiento se iba controlando, la distancia requerida iba disminuyendo.

8.

En 1982, se llevó a cabo un estudio en la ciudad de México, en los hospitales psiquiátricos de la Dirección General de Salud Mental, con 2,141 personas, resultando datos valiosos acerca de la situación que impera en estas instituciones, y de sus pacientes. (Parra, Escobar y Rubio, 1982). - Este estudio consistió en conocer las características psicosociales de pacientes crónicos hospitalizados; entre sus objetivos tenía: determinar la frecuencia relativa de diferentes trastornos mentales en la población de enfermos de estas instituciones, su distribución, sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, capacidad de relación y comunicación social y tratamiento, entre otros, mismos que en seguida detallamos.

Al respecto, se eligieron 9 unidades de la Dirección General de Salud Mental, excluyéndose los hospitales de enfermos agudos.

De los resultados obtenidos se diagnosticaron principalmente: Esquizofrenia (34%), Epilepsia (24%), Retardo Mental (21%) y Psicosis Orgánica (12%). En los hombres predominó la psicosis orgánica, farmacodependencia y alcoholismo, mientras que la deficiencia mental y esquizofrenia fué prácticamente igual - para ambos sexos, y la epilepsia así como la demencia predominaron en mujeres.

Estadísticamente se comprobó que el 20% de los pacientes es -rehabilitable, susceptible de ser dado de alta y manejado en consulta externa, sin embargo la gran mayoría debe permanecer internada (66%).

También se supo que el 51% son mujeres y 49% hombres, más de la mitad de los pacientes (58%) provienen de nivel bajo, 15% de nivel medio y una mínima parte, 3% de nivel alto (económicamente), así mismo en escolaridad, hubo 46% de analfabetos y 50% que saben leer y escribir; y en cuanto al estado de nutrición fué regular para el 49%, bueno para el 34% y malo para el 14%.

En cuanto a las posibilidades de rehabilitación, se investigó la capacidad de comunicación y relaciones sociales de los pacientes; el 49% respondió satisfactoriamente a los estímulos sociales; el 49% no lo hizo (corresponder al saludo, contestar si se le llama, mantener relaciones con los otros); el 46% establecieron relaciones ocasionales con otros miembros del hospital y familiares; el 29% nunca se le vió acompañado, -- evitando con mayor frecuencia relacionarse con los demás; el



23% fué capaz de buscar compañía frecuente y espontáneamente.

En actividades grupales el 56% se negó a participar; el 39% las realiza frecuente y espontáneamente; el 1% sólo si se le invita a hacerlo; el 39% son personas que se conducen con urbanidad mientras que el 59% no lo hacen.

Motivo de internamiento: de los resultados se supo que el 35% eran por recaída de su padecimiento, el 21% por ser incapáz de valerse por sí mismo y el 6% por franca agresividad con los demás. También se supo que para los casos de primer ingreso, 50% por brote psicótico, el 20% por estado crónico, el 16% por incompetencia social, el 6% por conducta peligrosa y el 1% por riesgo suicida.

Tratamiento: 45% ingieren neurolépticos, 25% anticombulsivos, barbitúricos y no barbitúricos, 16% ansiolíticos y el 14% -- restante otros medicamentos. También se les da terapia recreativa al 48%, ocupacional al 47%, individual al 3% y grupal al 2%.

Sintomatología; las variables más elevadas fueron: alteración de la memoria, demencia, desorientación, pobreza emocional, -- aplanamiento afectivo, alteración de la atención y desorganización conceptual.

Este estudio lo concluyen sugiriendo reforzar las medidas preventivas de los hospitales federales y estatales, que éstos -

sean rehabilitados en su totalidad, remodelados o definitivamente clausurados. Mencionan que hay gran deterioro tanto en las instituciones como en los pacientes y nos recuerdan que el objetivo de la rehabilitación deberá ser "reincorporar al individuo a la comunidad". (Parra, Escobar y Rubio, 1983).

Como pudimos ver, aunque este estudio fué llevado a cabo hace ocho años, se sabe que en muchos hospitales las condiciones siguen siendo las mismas (por informes, investigaciones y experiencia propia), debido en gran parte al crecimiento demográfico y al aumento de personas que necesitan hospitalización, por lo que es necesario que se siga investigando sobre esta situación.

9.  
Otro informe, respecto al entorno hospitalario, es el de Brasil, donde se hizo un proyecto para hospital psiquiátrico, - el "Presidente Prudente", el cual no llegó a su conclusión - debido a que se le consideró "fuera de la realidad del país" (Karman e Fiorentini, 1981, p.44).

Sin embargo, algunas de las proposiciones hechas se están llevando a cabo en otros hospitales; por ejemplo: dar asistencia domiciliaria a pacientes psiquiátricos, implementar unidades psiquiátricas en hospitales generales; ampliar el movimiento ambulatorio de los pacientes internados (no solo estar en camas); y se implementó un sistema de internación de un sólo día, esperando eliminarlo completamente.

Después de estas mejoras, Winifred Raphael (Karman e Fiorentini, 1981), comprobó que el 80% de los pacientes de unidades psiquiátricas de hospitales generales se sentían satisfechos, en los hospitales psiquiátricos, solo el 50% estuvo en esta condición.

Por otro lado, para la planeación del hospital, Karman e Fiorentini (1981), se basaron en varios conceptos, entre los cuales tenemos: la idea de que un tratamiento psiquiátrico moderno debe buscar la remoción de los síntomas, y "la reintegración social del paciente" (p.43), sin caer en lo que hace tiempo se hacía, que debido a la alienación del enfermo mental, "poca o ninguna importancia se daba a su entorno físico" (Karman e Fiorentini, 1981, p.43).

En este sentido se crea una nueva concepción de hospital --- "acogedora, estética y humana, con espacios para ser usados, sentidos y vividos, espacios terapéuticos, espacios para la vida y con vida" (Karman e Fiorentini, 1981, p.44). Considerando que lo que el paciente, hace y siente está de acuerdo a donde se encuentra, que el entorno inhibe o facilita las relaciones interpersonales, por lo que se debe dar privacidad y territorio al paciente, con la posibilidad de personalizar su ambiente.

Consideran que el "sistema bipolar" es importante para ayudar al paciente, como una manera de ofrecerle cambios de escena-

rios, dándoles seguridad, proponen el sistema de soledad ---  
- agrupamiento, grupo reducido - grupo grande, etc., que el  
ambiente acoja y proteja e induzca y facilite la alta del pa  
ciente.

Amantenerse en contacto con el exterior y al mismo tiempo -  
poder aislarse de él" (p.46). Respecto a lo anterior, el Dr.  
Sivadon (citado por Karman e Fiorentini, 1971), habla de dos  
necesidades de los pacientes, sentimiento de "seguridad" e -  
"independencia", en que el ambiente debe ser "familiar, fácil  
mente aprehensible, de reafirmación, acojedor y simple", --  
"con buena circulación, vista panorámica, o áreas verdes" (p.  
46), el paciente debe comprender donde se encuentra y situar  
se en relación al mundo externo (diferentes colores, texturas,  
calendarios, relojes, música de radio, etc.) siendo importan  
te que las secciones no cuenten con más de 25 pacientes, el  
ambiente no debe hacer sentir miedo, o provocará agresión, -  
debe procurar seguridad y reducir así la tensión.

A mayor abundamiento, Leroy (citado por Karman e Fiorentini, -  
1981) reafirma lo anterior, aduciendo que " el mejor recur  
so para calmar al paciente es proveerle de un espacio todo -  
suyo, del que pueda disponer como le apruebe, en arreglo y -  
disposición de sus pertenencias" (p.46). Y sugiere que haya  
personal en número suficiente, de modo que el paciente sienta  
su presencia, protección y seguridad, también menciona --  
el uso de materiales aislantes para auxiliar a que puedan --  
realizar actividades, tales como el dormir sin ser perturba  
dos.

10.

Otro estudio es el realizado por la psicóloga Patricia Ortega (1989), en un hospital privado del D.F. , en el que se encuestó a los usuarios, (médicos, enfermeras, administrativos, pacientes, visitantes y damas voluntarias), acerca de como percibían el ambiente hospitalario y qué cambios sugerían, los resultados obtenidos son:

- a) Señalización.- los cuatro grupos de usuarios las -- consideraron deficientes y mencionaron necesidad de letreros, símbolos, etc.
- b) Privacfa.- mencionaron (visitantes y pacientes) la -- poca privacfa que había en las salas de visitas sugiriendo plantas para delimitar áreas, mayor espacio, mobiliario flexible, biombo, etc.
- c) Ruido.- los cuatro grupos lo consideraron alto, soliciitando materiales aislantes en paredes y puertas, -- así como letreros restrictivos, etc.

En este sentido Shumaker y Pequegnat (citados por P. Ortega, 1989), habla de que "la organización ambiental y el diseño -- de un hospital pueden afectar la recuperación o bienestar de sus usuarios" o "crear un ambiente estresante, afectando indirectamente a la salud" (p.46). Por tanto, identifican como fuentes de estrés: "un inadecuado diseño arquitectónico, falta de privacidad, ausencia de ambientes terapéuticos y la -- presencia de múltiples estímulos que a veces llegan a ser -- hasta competitivos entre sí" (Ortega, 1989,p.46).

A su vez, Carpmán, Grant y Simmons (Ortega, 1989), mencionan

cuatro aspectos generadores de estrés en ambientes hospitalarios: confort físico (aspectos del diseño que alteran: el -- confort del individuo: iluminación, olor, etc.), contacto social (que el diseño permita privacidad visual y acústica, -- contacto social y aislamiento deseado), significados simbólicos (características ambientales que apoyen las necesidades de los pacientes y visitas) y orientación (una adecuada señalización para que no haya desesperanza y frustración).

11.

Otro informe, el de la Hidroeléctrica de Itaipú, en Brasil, en que se llevó a cabo la implantación de un nuevo hospital a cargo del cual estuvo Augusto Moreira (1980), quien notó -- la importancia del uso del color y la luz en las instituciones de salud. Menciona que "las instituciones para enfermos mentales, geriatría y tuberculosis, son de construcción antigua cuyos colores tornan el ambiente extremadamente monótono y melancólico"(Moreira, 1980, p. 83).

Para su diseño se apoyó en Woodburn, quien afirma que "la -- monotonía y encerramiento de pacientes en ambientes artificiales, lejos de colores e iluminación naturales, pueden -- causar una desorganización de las funciones cerebrales similares o tan intensas como las producidas por las drogas" (p. 84). Apoyándose también en Wartman, quien demostró que la -- iluminación ambiental actúa como estimulador y regulador de las funciones glandulares y metabólicas. (Moreira, 1980, p.84).

Señala que en "pacientes de edad avanzada o en psiquiátricos, el color es la forma más sencilla y barata de la terapéutica" (p.84) y aconseja para pacientes agudos o crónicos, colores-relajantes como, el verde y el azul, o el amarillo pálido para lugares desprovistos de luz natural; en corredores, colores claros con límites precisos, "el resultado final debe reflejar confort, seguridad, información y ser atractivo" (--- Karman e Fiorentini, 1981, Moreira, 1980).

12.

Sobre privacidad, tenemos el estudio de M. A. Parris Stephens y E. P. Williams (citado en Seidel D. y Danford S., 1979), - en casa institucional, con gente de edad avanzada.

Fueron 34 residentes en dos instituciones de Houston, con entrevistas al final del día; ellos reportaban su actividad a un monitor, a dónde fueron y con quién o quiénes se encontraron. Las instituciones tenían lugar para guardar sus pertenencias, recibir visitas y preparar alimentos. Además de los reportes, había observadores que corroboraron datos.

Como resultado de lo anterior, se encontró que quienes tenían forma de transporte ocuparon el 90% de su tiempo en actividades fuera de la institución. Quienes permanecían en ella ocuparon el 61.5% de actividad en sus dormitorios, 13.6% en el restaurante y 4.9% en looby. Se especuló que los internados buscaban sus dormitorios como un lugar para reflexiones y para evitar la supervigilancia de la institución (Seidel y Danford, S., 1979).

Para terminar, Maxime Wolfe y Marian Golan (Holahan, 1982), aconsejan que en instituciones de salud existan recámaras -- privadas o semiprivadas con puertas, y que los residentes de cidan tenerlas cerradas o abiertas, con espacios para la intimidad social, sin intrusiones de otros residentes. Posición que reafirma, por un lado a) Taylor, aduciendo que la pérdida de control que siente el paciente le puede producir "un estado de impotencia y sentimientos de depresión, la impotencia a su vez, a inhibir la recuperación" (Evans, 1982, p. -- 185), por otro lado b) Humphrey Osmond (Holahan, 1982), que menciona a la privacidad como un componente esencial para los pacientes psiquiátricos en su proceso terapéutico, y por -- último, Margaret Calkins, (1988), quien señala que "de no ser posible detener la progresión del desorden demencial, es posible reducir el grado del deterioro." (Calkins, 1988, p.21), para lo cual debemos proporcionar sentimientos de autonomía, independencia y autosuficiencia, procurándoles la opción de decidir sobre su privacidad y contactos sociales, siendo éste de gran importancia "para personas institucionalizadas, quie nes han perdido control de otros muchos aspectos de su vida" (Calkins 1988, p.23).



**C A P I T U L O   I V**

**C O N C L U S I O N E S**

## CAPITULO IV

## CONCLUSIONES

La realización del presente trabajo es derivada de un interés especial por los hospitales psiquiátricos y las relaciones que se pudieran investigar ahí, por medio de la Psicología Ambiental, procurando con ésto poder colaborar en el encuentro de mejores respuestas para el beneficio del paciente, en referencia específica a su relación con el entorno hospitalario.

Al respecto se acudió a dos hospitales, con la intención de llevar a cabo una investigación que nos permitiera conocer de manera directa los resultados de la relación ambiente -- --paciente, la cual no se pudo realizar en virtud de los obstáculos presentados a través de una serie de requisitos administrativos.

Aún de lo señalado anteriormente, el presente capítulo tiene por objetivo dar una breve visión de lo que se pudo observar en las visitas realizadas, tanto a un hospital del Sector Salud, como a uno particular, y las relaciones que se puedan encontrar con el material bibliográfico obtenido.

**El hospital del SECTOR SALUD:**

Es un edificio de ocho pisos, dividido en dos alas, con una sección de hombres y otra de mujeres, un promedio de 30 pacientes por sección. Cada piso tiene un pasillo largo y varios dormitorios a los lados, baño común, un área cuadrada de aproximadamente 20 metros cuadrados con mesas y sillas - utilizada para comedor y terapia recreativa, y en algunos casos, para terapia familiar o grupal (piso 7ª, que es de investigación).

También existe un cubículo para el personal de la sección.

Conforme el paciente mejora; se le concede una hora diaria en el jardín, ubicado en la parte inferior del hospital. --

En los dormitorios el mobiliario es: de tres a cinco camas y un closet que no está en uso.

Vestimenta: batas amarradas por detrás o pantalón y saco.

**El hospital PARTICULAR:**

Se compone de dos pabellones, uno de hombres y otro para mujeres; dentro de cada uno, una sección para pacientes crónicos de cada sexo, en una construcción aparte de las de los otros enfermos. En cada pabellón hay dos inmuebles - - - -

de dos pisos cada uno; cada edificio con un pasillo -- largo y dormitorios a los lados, y su sección de enfermería. Saliendo de los dormitorios, pueden dirigirse al comedor (en los horarios establecidos), hacia el jardín, hacia la zona de terapia recreativa, a los sanitarios exteriores y a la zona de cafetería y capilla, (horas determinadas). -

MOBILIARIO: Comedor.- área de aproximadamente 70 metros -- cuadrados con 19 mesas para cuatro personas cada una. -

Jardín.- hombres: columpios, cancha de foot bool, voleybol y basketbool, sillas y mesas. Mujeres: mesas, sillas y una explanada para diversas actividades.

Salón para terapia recreativa.- televisión, mesas, bancos y sillas (en la sección de mujeres, además tienen un piano -- que pueden usar las pacientes), y baño.

Cafetería.- barra de venta, mesas y sillas, área de aproximadamente 30 metros cuadrados.

Capilla.- mobiliario típico de éstas.

DORMITORIOS.- éstos se dividen en:

a) Individuales: cama, closet, buró, silla, mesa, sanitario. Puerta de entrada y de los closets con llave. -

b) Colectivos: de tres o cuatro camas, un buró cada cama, closet para cada paciente (con su chapa), un sanitario para los tres o cuatro, y sillas con mesa.

c) Especiales: que son para un sólo paciente, pero -- anexado al mobiliario antes mencionado, una salita.

Vestimenta, tienen en sus closets su propia ropa, que pueden variar diariamente ( hay servicio de lavandería en el hospital).

Es de mencionar que el primer hospital, en los diferentes pisos, no tiene objetos colgados en la pared, excepto en el cubículo del personal ni radio o televisión.

En el segundo local, en varias paredes hay relojes, en toda el área de uso de los pacientes se escucha música de radio-constantemente ( excepto en terapia recreativa, ni en sus habitaciones); la televisión la pueden encender en el momento que gusten (la colectiva, ya que varios de ellos poseen una en su habitación).

#### PRIVACIA

Es un elemento indispensable en la vida diaria, colaborador esencial para lograr control personal sobre las actividades, forma y mantiene la autoidentidad, proporciona seguridad en las interacciones, preserva la autonomía personal- permitiendo la descarga de emociones y evitando intrusiones no deseadas, varía de acuerdo a circunstancias y tiempo determinado, buscando un grado óptimo.

El fracaso en el nivel de privacidad deseado, provoca un desequilibrio en quien lo padece, produciendo un desgaste físico y psicológico en la búsqueda de una adaptación a las circunstancias, en caso extremo suelen presentarse sentimientos

de desindividuación, de desnudez social, o causar fallas en la percepción, y en el lado contrario, buscar exceso de contacto social.

En general en lugares institucionales o de trabajo específico (confinados) la privacidad se decreta en diferentes grados. Al respecto, a los usuarios que se les ha proporcionado la oportunidad de opinar, mencionan la necesidad de aumento de ésta, de diversas maneras, de acuerdo al contexto.

Lo que se pudo observar en los dos hospitales en relación a privacidad es:

DEL SECTOR SALUD.- Los pacientes no tienen el mínimo grado de privacidad, lo cual se puede notar en el hecho de que su cuerpo puede verse por detrás (amarradas sus batas), o por delante (el pantalón se abre, y los sacos a veces no tienen botón); sus dormitorios son compartidos, de noche o de día, si desean estar solos se dificulta, siempre hay alguien más. El sanitario es para todos.

El que un paciente esté internado ahí, significa que debe permanecer en constante contacto con los otros, con o sin deseo de ello, y por tanto, sin posibilidad de mantener un nivel de privacidad adecuado.

Aquí es importante mencionar que entre los fines de un hospital está que el paciente recobre su salud y se reincorpore a su sociedad. El grado de privacidad que, en este entorno se les proporciona, no facilita este fin, debido a que se -

puede deducir que estos pacientes no tienen sensación de -- control sobre su ambiente; por su padecimiento presentan una distorsionada autoidentidad y, no tienen auxilio por parte del entorno para reencontrarla; igualmente su autonomía personal se encuentra menguada y aquí no tienen posibilidad de practicarla, mucho menos de incrementarla; si desean tener interacciones con personal o pacientes, lo cual redundaría en su mejoramiento mental, deben hacerlo con todos los demás; para tener momentos de reflexión o descargar sus emociones, no tienen un lugar apropiado donde esto se les facilite, sino que deben reprimirse o exhibirse ante los demás.

Es sabido que de acuerdo a las experiencias anteriores, varían los grados de privacidad necesarios para cada persona, y se puede inferir que los aquí internos provienen de un bajo nivel socioeconómico, por lo que es posible que estén acostumbrados a compartir su privacidad, pero aún pensando en los extremos la gente necesita y trata por ello de conservar al gún grado de control sobre la información de sí mismo que le apetece dejar salir y la información del medio ambiente que desea recibir.

Estas personas padecen, como se ha venido mencionando, diferentes alteraciones de percepción, pensamiento, sueño y emoción, aunado a los efectos secundarios de los medicamentos proporcionados, exaltación o depresión del ánimo, y alteraciones del ciclo vigilia-- sueño, entre otros.

Si además de estas anomalías el ambiente en que deben permanecer día y noche no les proporciona privacidad, podemos inferir que tenemos pacientes en un constante desgaste de energía, provocado por el intento de adaptarse a la situación. Este ambiente puede estar ejerciendo en ellos sentimientos de desnudez social y desindividuación, que inclusive podrían incrementar los problemas de percepción, a los cuales es importante hacer referencia ya que por ellos los internos se encuentran temerosos de amenazas exteriores y por estos mismos algunos otros son amenazantes. La posibilidad de que pudieran aislarse físicamente del medio mientras se controla esta situación, beneficiaría al paciente.

EL PARTICULAR. \_ Contrario a lo anterior, presentan alto grado de privacidad.

Es decisión de ellos estar solos o acompañados, tener interacción verbal o visual, ponerse la vestimenta que deseen, tienen lugar para guardar sus objetos personales y se les respeta.

Es de suponerse que los aquí internos provienen de un medio no a alto nivel socioeconómico, por lo que deben estar acostumbrados a cierto grado de privacidad. Sin embargo, de acuerdo a sus recursos económicos, poseen un dormitorio individual o colectivo, y aún en estos últimos, lo pueden mantener.



Se puede inferir que de acuerdo a lo que este ambiente les provee, estos pacientes pueden recuperarse prontamente. Tienen seguridad en sus interacciones, pueden conservar algún grado de autonomía personal (de acuerdo a lo que les va permitiendo su padecimiento), formar y/o mantener su autoidentidad, y en general no están en desgaste continuo, ya que el ambiente les provee soportes y recursos para poder funcionar.

En estos pabellones se pudieron observar conductas ~~de~~; estar solo en su dormitorio leyendo, viendo televisión, tejendo, descansando, acomodando sus propiedades o dándoles de comer a su mascota (aves); hasta estar en el mismo con dos o tres pacientes más y/o personal, manteniendo una amena conversación. Conforme mejoran en su padecimiento suelen buscar mayor interacción, presentando incluso actitudes de mutuo apoyo entre ellos. En general, los pacientes pueden estar "como en su casa".

#### ESPACIO PERSONAL

Es una burbuja de límites invisibles que se mueve a donde la persona va, usando el contacto visual y la orientación del cuerpo para mantener el espacio referido, puede funcio-

nar como mecanismo para obtener privacidad, ayuda a protegerse a si mismo de amenazas físicas y emocionales, reduciendo el estrés ;mantiene un nivel óptimo de intimidad; y facilita o inhibe la comunicación entre las personas;si se traspasa, el invadido suele responder con agresión.

Se ha comprobado que personas con ansiedad o mal adaptadas necesitan mayor espacio que quienes no tienen problemas de personalidad.

En este sentido, Hall en su libro "La dimensión oculta" -- (1981,p.139), hace referencia a W.H. Anden, quien dá su versión del tema, la cual cito textualmente debido a que proporciona clara idea de lo que significa el espacio referido: "A unas treinta pulgadas de mi nariz está la frontera de mi persona, y todo el aire intacto que hay en medio es mi privado pagus olariego. Extraño, a menos que con ojos íntimos te haga yo señas fraternales, cuidado, no lo pases rudamente: que no tengo cañón, pero si escupo".

En este contexto y a fin de relacionar lo anterior con la experiencia percibida, podemos afirmar que en ambientes de confinamiento suele presentarse un decremento en el espacio personal, debido a la obligada interacción con un variado número de personas. Sin embargo esta situación puede cambiar de acuerdo a las posibilidades que provee cada ambiente.

A continuación los refiero a las diferencias observadas:

DEL SECTOR SALUD.- El espacio personal que los pacientes -- pueden tener es mínimo, debido al tamaño de su sección y al elevado número de pacientes, por lo que se vé invadido constantemente; una de las actividades de estos pacientes es un continuo deambular, por lo que se propicia mayormente ésta-situación.

También es sabido que personas con transtornos de personalidad han mostrado la necesidad de un mayor espacio entre ellos y los demás.

En este sentido, y considerando que nuestro interés son los pacientes mentales, este entorno no los puede ayudar.

Los aquí internos presentan un estado de constante excitación y estrés, procurando protegerse de cualquier amenaza - del medio exterior, real o imaginaria. Comúnmente se presenta agresión verbal o física entre ellos, e incluso con el personal, y es de suponerse que ésta aparezca debido a una persistente invasión de su espacio referido.

De lo anterior se puede inferir que este ambiente promueve en los enfermos, el uso de conductas que les puedan auxiliar a mediar con la situación imperante, tales como: reti-

rada, agresión, desamparo aprendido y reacciones de huida. Por lo tanto, es importante hacer mención del hecho de que en personas sin padecimientos mentales, presentes en un mejor ambiente físico y social, si se presenta invasión en su espacio personal, responden con actitudes sociales o de adaptadas para poder así mantener un equilibrio, por lo que no es de extrañar que los internos presenten ese tipo de conductas, maxime encontrándose en un ambiente nocivo.

PARTICULAR.- Aquí el tamaño del espacio personal lo decide cada paciente, ya que el diseño ambiental y la no sobrepoblación social permiten que los enfermos tengan espacio físico suficiente. Debido a lo cual, no necesitan usar mecanismos de conducta inadecuados, simplemente se retiran a sus habitaciones o a zonas solitarias del hospital, quedando por ello satisfechos.

Es importante mencionar que en las visitas practicadas, la respuesta de retirada o búsqueda de soledad fué poco frecuente y por el contrario, en varias ocasiones encontramos pacientes en contacto francamente amigable y cariñoso, mostrando actitudes de apoyo con los demás.

## TERRITORIALIDAD

Es el área de defensa, que solemos personalizar y defender, en ella podemos tener privacidad y sirve para la preservación del individuo o grupo; ayudando en la organización de la vida diaria de cada quien (sin territorio tendríamos constantes interrupciones inmanejables y no sabríamos donde encontrar a unos y cómo evitar a otros); También es otra manera de obtener y mantener identidad personal y grupal, creando ligas sociales entre los que comparten un territorio; Está en la vida diaria de cada quien, de muy variadas formas.

SECTOR SALUD.- En él los pacientes no tienen posibilidad de mantener un territorio, excepto que consideremos que tienen uno grupal (siendo mas importante que ellos lo considerarán así).

De lo anterior se puede especular que estos pacientes no -- tienen un área ventajosa, ni de defensa; no hay forma de--- que organicen actividades en un área de su propiedad, de modo que su tiempo lo pueden ocupar en deambular, agredir y -evadir, y en los mejores casos para tratar de pasar el día en alguna actividad recreativa con el personal o con algún-

paciente que esté en buena disposición, y en esta actividad procurar evitar intromisiones para concentrarse, usando el aislamiento mental, ya que no lo puede hacer en una forma física.

El hecho de que pudieran poseer un territorio y personalizarlo, ayudaría a reducir el estrés que produce el estar en condiciones nuevas y más aún, institucionales, proporcionándoles con ello seguridad y permitiéndoles mantener aún algún contacto con su medio familiar, Además nos daría indicios de cómo está su autoimagen y por lo tanto del curso de su padecimiento, fomentando con ello su identidad personal.

PARTICULAR.- Aquí los internos poseen un territorio, tanto individual como grupal (es evidente que ellos se sienten pertenecientes a un grupo y en su mayoría han creado "ma---llas" o "ligas" cohesivas de ayuda y mutuo apoyo).

En el caso de los que duermen en habitaciones compartidas-- se respeta su cama y sus pertenencias, que incluso llegan a dejar sin asegurar con llave.

Gracias a su territorio pueden mantener algún grado de satisfacción y utilidad personal, y mantener relación con su mundo externo (suelen platicar que tal ropa usaron en cierta reunión, o mostrar fotos de sus familiares, etc.). Este también les permite sensaciones de seguridad, por lo tanto, evita estrés.

## HACINAMIENTO

Suele usarse como sinónimo de densidad social, en relación con la densidad interior, exterior, y espacial; hace referencia a la cantidad de personas en un espacio determinado y la sensación que esto produce; ocasiona estrés psicológico debido a una sobrecarga de información social y sensorial; también produce restricciones en la libertad de elección del individuo, causando interferencia en las metas, alteraciones fisiológicas y de conducta; provoca respuestas de agresión; decrementos en el aprendizaje; retirada; y sentimientos negativos de ánimo y humor.

Además, se ha comprobado que el sujeto en esta situación -- suele responder de acuerdo a su historia social y cultural -- pero si ésta se acompaña de otros estresores ambientales, la respuesta es comúnmente negativa.

Aunado a lo anterior, el hacinamiento sensibiliza al sujeto a otros problemas potenciales, debido a la constante proximidad con los otros.

SECTOR SALUD.- Se puede considerar que tiene de una mediana a alta densidad social, 30 ó 35 personas por sección en un área aproximada de 40 metros cuadrados. Estos pacientes son

persistentemente sometidos a excesiva estimulación social-- y sensorial.

Como ya se mencionó, es posible creer que se trate de personas de bajos recursos, y por ello no tengan un estado de sa lud física adecuada, si aunado a ésto los sometemos a constante estrés por el contacto con las otras personas, las aj teraciones fisiológicas, que dé por sí conlleva el hacina-- miento, se pueden ver incrementadas por la transmisión de - enfermedades.

Por este mismo motivo pueden estar acostumbrados a vivir en un medio hacinado, pero ahí existe el recurso de que con - quienes deben compartir, son elementos familiares y por tan to menos estresantes, o en dado caso, de un estrés ya enten-- dido.

Los sujetos suelen estar en una persistente lucha por con-- servar un pequeño espacio entre ellos y los demás durante - su estancia en el.

PARTICULAR.-Contrario al anterior, aquí no existe el hacina-- miento. Es de mencionar que en el tiempo que aquí se asis-- tió, el lugar nunca estuvo en su capacidad máxima, pero aún de haberlo sido, suministra diversas formas de aislarse, si se necesitara, ya que cada pabellón es amplio y ofrece va-- riadas formas de conservar su espacio, territorio y priva-- cía.



De lo anterior, se puede suponer que los pacientes no están estresados (por lo menos en lo que respecta a su entorno), pueden sentirse cómodos, y por lo tanto pueden utilizar su energía física y psicológica en actividades más productivas y terapéuticas.

De AMBOS HOSPITALES se puede concluir que sus pacientes son personas con un tipo específico de anomalías, y decrementos lo que los puede incluir en la categoría de baja competencia a que se refiere Margaret Calkins (1988), por lo que consideramos que el entorno en que viven es de primordial importancia para ser usado terapéuticamente.

Cabe señalar, que los pacientes del hospital del Sector Salud no solo no tienen un medio terapéutico (además de lo ya visto, se añaden otros estresores como son: colores deprimentes en paredes y muebles, inadecuada luz, normas imperantes, etc.), sino que, éste es nocivo para su salud.

El hospital particular, por el contrario, procura explotarlo más posible el ambiente, prueba de esto es que quien lo visita podría pensar que se encuentra en un centro vacacional, de retiro espiritual, o de descanso, sin ubicarlo como un hospital psiquiátrico de imagen tradicional.

No menos importante es mencionar, que los pacientes de hospitales del Sector Salud generalmente necesitan mayor ayuda, ya que su nivel educativo suele ser menor al de los internos de un hospital particular, habiendo incluso quienes son

analfabetas, por lo que, desperdiciar su energía en tratarde adaptarse al medio es un desacierto.

Por otro lado, el hospital particular promueve y alienta diversos tipos de conducta, con lo cual el paciente no está centrado en su problema, y puede aprender o continuar con adecuados comportamientos.

Así pues, como hemos podido notar, parecería que tenemos un hospital que daña y otro que ayuda, más sin embargo, el primero tiene un lugar importante en el auxilio que brinda a la comunidad, y su personal es del todo eficiente.

De acuerdo al tema, es importante señalar que éste se construyó con la idea de funcionar como un hospital general y fue que, ya concluido se le empezó a dar el uso que hoy tiene.

De lo anterior se puede inferir que el personal y los recursos que lleva en sí cada paciente, han sido el equipo fundamental para obtener los logros que tiene.

Por lo que, podemos esperar que, si la información que a la fecha se ha escrito se aplica a su diseño ambiental, las ganancias obtenidas se podrían incrementar.

Al respecto M.Calkins menciona que "El problema de los diseños es que muchos de los resultados de estudios no son presentados a los encargados de éste para hacer uso práctico - del conocimiento ganado" (Calkins 1988, p.xviii).

Para continuar, es necesario mencionar un punto importante en cuanto al ambiente hospitalario, la recaída. Se sabe que parte del ingreso a los hospitales psiquiátricos es de pacientes que ya han estado ahí anteriormente, - tanto en los particulares como en los subsidiados, de aquí que es necesario hacer investigación que nos indique cuales son las variables que están afectando en éste elemento y de lo cual nos atreveríamos a inferir, que la calidad de vida que presentan los pacientes del hospital subsidiado es una variable predominante en este efecto, y respecto a los particulares, podrían intervenir otras (que se aunarian al subsidiado) como, el propio padecimiento de difícil erradicación, el dejar incontinuo un tratamiento externo posterior a la alta y el poco apoyo familiar.

Si se pudiera reducir este índice, la sociedad se vería beneficiada tanto en menores gastos dirigidos al tratamiento de éstas personas, como en mayor cantidad de individuos productivos en la misma.

Sobre el tema, es necesario recordar que "la falta de recursos financieros, fallas de mantenimiento y deterioro de las instalaciones, pueden llevar a la reducción de actividades-

ocupacionales y recreativas y convertirse en instituciones-asilares" (Parra, Escobar y Rubio, 1983, p.170).

De ésta manera y en base á la información obtenida, me atrevo a sugerir que:

1.- Al hospital del sector Salud se le dé el uso para el -- cual se construyó (para ello también serían convenientes algunas remodelaciones) y se haga un diseño nuevo con la idea de que alojará ahí a pacientes mentales.

2.- De no ser posible lo anterior, que sería lo ideal, en el edificio que hoy se tiene, se podrían llevar a cabo ciertos cambios (que quizá en costo, lo serían más que llevar a cabo el punto anterior):

a) cambiar el color de paredes de las secciones, usando este para diferenciar pasillos de dormitorios y éstos de sanitarios, buscando colores que inspiren tranquilidad y frescura, y para los dormitorios, tranquilidad y calor.

b) hacer aumento de ventanas, con sus respectivas protecciones, para que tengan mayor ventilación y una vista panorámica de la ciudad o jardines, etc.

c) hacer uso de materiales, en cada sección, que los mantengan en contacto con tiempo y espacio, tales como televisión, radio, calendarios y relojes.

d) Que en cada habitación halla como máximo dos camas con sus respectivos buró y closet.

(En el particular ha que he hecho mención, hablo de dormitorios colectivos que tienen hasta 4 camas, pero su posibilidad de área exterior es bastante mayor que del Sector Salud, por lo que bajar el número de internos por habitación, es - también disminuírlo para estar en la sección).

e) Que se permita que cada paciente perzonalice su territorio, es decir, que puedan tener consigo cierta cantidad de ropa (la cual cada semana sus familiares podrían cambiar)\_ para vestir y para cama, zapatos y algún objeto que le dé familiaridad a su nuevo ambiente.

f)Mejorar el área de uso para terapia ocupacional, de modo que tenga colorido estimulante, ventilación y mobiliario- adecuado y que provea de recúrsos para enseñar oficios y actividades que den a cada paciente mayores posibilidades de enfrentarse al mundo al ser dados de alta.

En este punto es necesario recordar que "el paciente debe- ser tratado como individuo respetable y capaz de desempeñar actividades dentro de la comunidad" (Parra, Escobar y Rubio 1983 p 162)

g) Aumentar el uso de terapias familiares, en un área espe- cífica para ello.

Aquí hago mención a un comentario de Margaret Calkins (1988) respecto a la situación familiar, "la tensión emocional es tremenda y debe ser reconocida por los profesionales encargados" (Calkins 1988 p.9).

De esta manera, ellos deben tener un salón para estar solos con el paciente y con sus propios sentimientos, y para poder tener pláticas con el personal, lo cual redundaría en la frecuencia de las visitas y por supuesto en el bienestar del paciente.

h) Aumentar el número de horas de estancia en el jardín, con actividades organizadas que les permita sentirse útiles y recrearse, permitiendo incluso que pudieran bajar en el momento que lo deseen, si es necesario acompañados por el personal.

Estos han sido solo algunos puntos que se podrían atender para un mejor uso del entorno de éste hospital, pero, seguramente el personal que ahí labora podría aumentarlos debido a su experiencia y el tiempo que pasan en él.

Para concluir es necesario referirnos a puntos de ayuda para ambos hospitales:

"De no ser posible detener la progresión de el desorden demencial, es posible reducir el grado de deterioro" (Margaret Calkins 1988 p21).

Sabemos que nuestro país tiene grandes deficiencias económicas, bajo nivel de escolaridad en la mayoría de sus pobladores, presentamos un constante y alto crecimiento demográfico, problemas de vivienda, de recursos de trabajo, de salud, y otros, todo lo cual facilita la incidencia de enfermedad mental, y ésto a su vez, en menos personas productivas que colaboraran en mejorar la situación imperante.

Por todo ello es necesario que:

México mejore su atención psiquiátrica en prevención (información masiva en lo que respecta a estas enfermedades, sintomatología inicial y posterior, lugares donde se les dá atención oportuna, etc.), tratamiento (personal eficiente, terapias adecuadas a las posibilidades y habilidades de sus pacientes, mejoras en diseños ambientales, participación de las familias, etc.), y atención posterior, (que se haga seguimiento de los pacientes dados de alta, que se incluya terapia familiar para un mejor efecto en la salida del paciente y para que ellos colaboren en que este último no deje de asistir a su terapia individual externa, que se promueva y ayude a tener un empleo a estos pacientes, etc.).

Igualmente necesario es "inculcar a los arquitectos, los urbanizadores y constructores que si nuestro país ha de evitar la catástrofe, debemos ver en el hombre un interlocutor con su medio ambiente" (Hall, 1981, p.12), debemos conocer las necesidades del hombre y sus mundos sensorios para con ello facilitar y explotar el uso del entorno.

M. Calkins (1988) en referencia a los gastos que se suelen aplicar a la salud y bienestar de los internos, nos cuestiona:

"¿Valen la pena los costos?, la calidad de vida puede ser ayudada, ayudar a los residentes a mantener su autorespeto y dignidad y dejar saber, a su vez, a los familiares y al personal que han hecho lo mejor posible en circunstancias difíciles" (Calkins 1988, p. 34).

Prevenir, dar tratamientos adecuados, y reducir la incidencia son objetivos importantes que deberíamos tratar de alcanzar, quienes tenemos algo que ver con la salud del ser humano, para ello es necesario seguir investigando acerca de la situación que impera en estos hospitales, hacer investigación ambiental en el área de la salud.



## B I B L I O G R A F I A

- ALMEIDA JBJ (1981, abril) Psicología Ambiental  
Ciencia e Cultura 33, 4, 515--517
- ALTMAN IRWIN (1975) The Environment and Social Behavior  
Brooks/Cole, Monterey, Calif., pp 40--48
- ÁVERDANO CERVANTES G (1980) Seguridad Hospitalaria contra -  
incendios. Actualidad en Electromedicina 3, 4  
pp. 25--38.
- BELL, FISHER Y LOOMIS, (1978) Environmental Psychology.  
Saunders Co., Philadelphia. pp 40--45, 240--250  
325--345.
- CALKINS, MARGARET P. (1988) Design for Dementia. Planning En-  
vironments for the Elderly and the Confused.  
Health Publishing:USA
- CANTER DAVID V. y CRAIK HENNETH H. (1981) Environmental Psycho-  
logy. Journal of Environmental Psychology. 1,1  
pp 2--6.
- CORVERA BERNADELLI y GUTIERREZ TRUJILLO J. (1986 sept-oct) Sim-  
posio de Arquitectura y Medicina. Gaceta Médica  
de México, 122, 9 10, pp 223--233.
- ESSER ARISTIDE (1978) Design for Comuality and Privacy . Ple-  
num Press, New York, pp 12--55, 68--93, 110-173.

- EVANS GARY W. (1982), Environmental Stress. Cambridge University Press. pp. 150---189.
- HALL T. EDWARD (1981). La Dimensión Oculta Siglo XXI:México
- HEIMSTRA NORMAN y MC FARLING LESLIE (1979). Psicología Ambiental. El Manual Moderno:México, pp 3--30.  
(Trd. Ma. Cristina del Castillo)
- HOLAHAN CHARLES (1982). Environmental Psychology. Random House; New York pp 2--20, 60--100, 160--200, - 201--302.
- KARMAN J.B. e FIORENTINI D. (1981). Psiquiatría e Arquitectura. Vida Hospitalar, 14 2 pp 83--87
- ORTEGA ANDEANE P. (1989, ene-jun) Participación de los usuarios en la evaluación ambiental y en la remodelación de instalaciones hospitalarias. Revista Mexicana de Psicología 6 1, pp 45--55.
- PARRA ANA, ESCOBAR HOFFMAN, y RUBIO (1983. mar-abr) Características Psicosociales de Pacientes Crónicos hospitalizados. Salud Pública de México, 25 2 - 162--170.
- PROSHANSKY HAROLD, ITTELSON W. y RIVLIN L (1978) Psicología Ambiental, El hombre y su entorno físico. -- Trillas, México pp 60--76  
(trd. Roberto Helier).

SEIDEL D. DANFORD (1979). Environmental Design: research --  
a theory and application., EDRA 10 , pp -  
344-350

WITTAKER JAMES A (1971) Psicología Interamericana:México, -  
pp. 9--12  
(trd. Dr. Luis Augusto Méndez)