



SE
RECEBIDA
1991

EVALUACION DE AMBIENTES TERAPEUTICOS:
VALORACION DE LAS HABITACIONES DE
DOS HOSPITALES GENERALES

T E S I S

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

RUBEN VAZQUEZ PALMA



ASESOR: MTRO. JAVIER URBINA SORIA

MEXICO, D.F. 1991

FALLA DE ORIGEN



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

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	4
AMBIENTES TERAPEUTICOS	9
IMPACTO DEL AMBIENTE FISICO SOBRE LOS AMBIENTES TERAPEUTICOS	20
METODO	31
RESULTADOS	41
DISCUSION	58
APENDICES	71
BIBLIOGRAFIA	96

INTRODUCCION

En el presente trabajo se describe un estudio que para la evaluación de las habitaciones para pacientes, se llevó a cabo en dos instituciones hospitalarias ubicadas en la zona metropolitana de la ciudad de México. Se consideró la percepción que sobre las habitaciones tienen tres grupos de usuarios a saber; los pacientes, el personal médico y el de enfermería.

Para tal fin se elaboró y aplicó un cuestionario tipo Diferencial semántico a los diferentes grupos de usuarios ya mencionados, en las dos instituciones hospitalarias. En el cuestionario se contemplan los siguientes factores con respecto al baño y habitación del paciente; funcionalidad, ambiente físico, decoración, control del ambiente físico y ambientación arquitectónica.

Los resultados muestran que tales características se perciben como adecuadas; sin embargo existen diferencias entre las percepciones del medio ambiente físico de las habitaciones, según cada grupo de usuarios y la institución hospitalaria a la que estos grupos pertenecen, siendo en la mayoría de los casos los pacientes quienes marcan más definidamente estas diferencias.

Esta situación probablemente obedece al estado físico y psicológico en el que los pacientes se encuentran, por lo que una de las sugerencias derivadas del estudio sea el considerar, en el momento de la planeación y diseño de las instituciones hospitalarias, a este grupo como primario.

También se encontraron diferencias entre el personal médico y el de enfermería, mismas que pueden deberse al desarrollo de este último grupo en función de lo dispuesto, planeado y diseñado en estas instituciones, es decir a las funciones que tienen asignadas y a las actividades que realizan. Esto nos lleva a pensar que un medio ambiente físico favorable implicaría un desempeño adecuado de este personal, por lo que se infiere la

influencia que tiene el diseño del medio ambiente en las actividades de este personal y sus sentimientos hacia el mismo en estas instituciones.

Otro de los resultados obtenidos en el presente trabajo es el de considerar, en el momento de proyectar la capacidad de los servicios hospitalarios el factor evolución o desarrollo de los hospitales en un cierto tiempo, con dos objetivos; el primero es que la demanda no rebase la oferta, y por otro lado estar en condiciones de aprovechar adecuadamente el cambio que implica el uso de tecnología y los nuevos requerimientos de la práctica médica.

De la misma manera se acentúa la importancia que tiene el cuarto de baño de manera integrada a las habitaciones de los pacientes, pues probablemente sea este lugar en el que perciban mayor privacidad.

Es necesario mencionar que en la planeación del diseño de una habitación para pacientes resulta importante considerar no sólo las cuestiones físicas de la habitación, como son la iluminación, el tamaño, el mobiliario etc., sino además el impacto que el ambiente formado por todas estas características físicas ocasionará en las personas que tienen que ver con este medio en particular los pacientes.

Esta última situación nos lleva a pensar en un trabajo multidisciplinario en donde participen especialistas del diseño e investigadores del comportamiento humano, con el afán de entender el proceso de interacción entre la conducta humana y el medio ambiente que le rodea. Para lo cual es necesario el conocimiento y uso de las técnicas y teorías de la psicología ambiental.

ANTECEDENTES

En el presente trabajo se aborda el estudio, básicamente, del ambiente específico en que diversos grupos de individuos se encuentran con propósitos de recuperación; este ambiente es conocido como hospital y el interés específico se centra en las habitaciones de los pacientes.

El análisis se realiza desde la perspectiva de la psicología ambiental, por lo cual se mencionan primeramente y de manera sucinta, algunos de los antecedentes y aplicaciones de la psicología ambiental.

Los grandes adelantos tecnológicos y el crecimiento demográfico de las ciudades han originado que la distribución geográfica de los centros de trabajo, diversión, educación y de los servicios de salud sea de manera dispersa, ocasionando que los pobladores de las ciudades enfrenten graves problemas a manera de pago por las comodidades concedidas por la civilización, pues "los avances a nivel técnico no siempre mejoran automáticamente la calidad de vida" (Levy-Leboyer, 1985).

La instrumentación tecnológica en un conglomerado humano es una tarea difícil, dado que implica transformaciones en los ámbitos social, económico, político y cultural del mismo. Se debe pensar no tan sólo en mejorar la calidad de la vida mediante el desarrollo tecnológico, sino además, en procurar que tal desarrollo se establezca en condiciones ambientales óptimas. Ello requiere del esfuerzo para planificar adecuadamente la instrumentación tecnológica con el propósito de buscar el máximo beneficio al ser humano, cuidando las alteraciones al ambiente.

Para todos es bien conocido que la urbanización, en la mayoría de las ciudades, origina formas desorbitadas y anárquicas de las concentraciones tanto poblacionales como económicas.

En su preocupación por el medio en el que se desarrolla, el hombre ha puesto énfasis en el desarrollo de las ciencias ambientales, donde la psicología, como parte de ellas, se ha impuesto la tarea de estudiar los efectos de los cambios ambientales realizados por el hombre (Proshanky, Ittelson y Rivlin, 1978); pues al planear las manipulaciones al medio ambiente se deben considerar las repercusiones para la población afectada, y sus necesidades tanto económicas como sociales, psicológicas y culturales.

Las ciencias ambientales poseen cuatro características, a saber mencionadas por los autores antes citados:

- 1) Estudian el ambiente ordenado y definido por el hombre.
- 2) Nacen de apremiantes problemas sociales,
- 3) Son de naturaleza multidisciplinaria,
- 4) Incluyen al estudio del hombre como parte principal de todo problema.

El objetivo de la psicología ambiental se centra en el estudio de las relaciones recíprocas entre el hombre y su ambiente; su atención se dirige a dos aspectos básicos:

- 1) El entorno, objeto de estudio de esta disciplina, el cual se refiere al medio circundante y a las intervenciones en las que el hombre ha participado con la finalidad de alterarlo para su beneficio.
- 2) El usuario, a quien va dirigida la actividad de proyectar, ya sea edificios, casas, oficinas, etc.
(Llorens, 1973).

Canter (1973), expresa la necesidad de que los diseñadores conozcan el tipo de interacciones de los individuos con el ambiente que estos profesionistas diseñan, para de esta manera

evitar que los usuarios se sometan, sin consideración alguna, a los requerimientos de utilidad, disposición de mobiliario, espacio, señales, etc. que establezca el profesionista al momento de proyectar.

El diseñador determina potencialmente el tipo de interacciones de los usuarios hacia el entorno y más importante aún, el impacto que producirá el entorno en los usuarios. La importancia del diseño ambiental es inobjetable; este profesionista debe tomar en cuenta que no sólo diseña lo que se le pidió, sino además es necesario que comprenda los conflictos, preferencias y preocupaciones que sus diseños presentan a los futuros usuarios a quienes vaya dirigida su obra.

En resumen podríamos decir que el diseñador tiene en su actividad un grado de responsabilidad lo suficientemente alto, cuya complejidad requiere de un enfoque interdisciplinario, tal y como lo menciona Lee (1973). El diseñador ha empezado a comprender que, como modificador del entorno físico, realiza una función decisiva en la sociedad, y que es imposible confiar sólo en la empatía, pues la conducta humana no es la respuesta a un estímulo, sino una compleja interacción con el entorno.

La aportación de la psicología ambiental se ha manifestado de manera importante en países como Japón, Alemania y los países Escandinavos (Llorens, 1973). Más recientemente se ha extendido a prácticamente todo el mundo, incluyendo los países de habla hispana, mismos que se han interesado en la mejoría del medio ambiente circundante al ser humano.

Particularmente en México, este interés se refleja en los centros de enseñanza superior, en donde actualmente se están preparando profesionistas en esta área. Por ejemplo, en la creación de la Especialización en la Planeación y Diseño de Edificios para la Salud y la Maestría en Psicología Ambiental,

que se imparten en las Facultades de Arquitectura y Psicología de la UNAM, respectivamente.

Considerando las características y el objeto de estudio de la psicología ambiental, podemos auxiliarnos de ella para una comprensión más adecuada de nuestro problema de investigación. Por ello, el siguiente apartado se refiere al ambiente específico en que diversos grupos de individuos se encuentran con propósitos de recuperación, es decir, los ambientes terapéuticos.

AMBIENTES TERAPEUTICOS

El entorno físico en el que centraremos nuestra atención es aquél en el cual se encuentran alojadas las personas que temporal o permanentemente sufren algún tipo de disfunción o incapacidad ya sea física o psicológica y que frecuentemente recibe el nombre de hospital, y más particularmente, el lugar en donde se brinda el proceso de recuperación, sus habitaciones, mismas que forman parte del ambiente "terapéutico".

El término ambiente terapéutico aparece frecuentemente en la literatura sobre salud, presentando aparentemente el más claro significado; pero en realidad, revela una gran diversidad de interpretaciones, (Bettelheim y Trieschman, en Canter y Canter, 1979).

El antecedente del concepto lo podemos encontrar en las ordenes religiosas, quienes prestaban el servicio de atención utilizando los monasterios o conventos para tal fin, por lo que estas personas determinaban e influían en la elección del diseño, construcción, mantenimiento y administración del "centro Hospitalario" (Canter y Canter, 1979)

Para una mejor comprensión del término *ambiente terapéutico* Canter y Canter (1979), sugieren la separación de los dos conceptos, por una parte lo que es ambiente y por la otra terapéutico.

Definen al ambiente como el entorno físico en el que el individuo se encuentra, y que debe brindarle apoyo. Por lo tanto, es necesario para cualquier individuo, con el objeto de facilitarle el descubrimiento y satisfacción de las necesidades que se presentan en nuestro diario vivir. Mencionan que en la actualidad el ser humano en su vivencia ambiental ordinaria, responde más a una fuente de estrés, que a una fuente de apoyo.

El término terapéutico ha tenido una infinidad de aplicaciones y por lo tanto definiciones; la más común es la que se refiere a la palabra *saludable*, es decir que "cura". No obstante es utilizado como término medio *hacia el cuidado de*, por lo que la situación tanto de la enfermera (la persona que cuida) y del médico (quien sana) es considerada como terapéutica.

Asimismo mencionan que el concepto de *ambiente para la terapia*, con frecuencia es utilizado para designar a aquellos lugares en los que se brinda la terapia.

Como puede observarse, la utilización del término *ambiente terapéutico* es bastante amplia, de tal manera que el utilizarlo podría ocasionar confusión en las personas al momento de interpretarlo. Por esta razón, Canter y Canter (1979) afirman que es de gran ayuda el no utilizarlo y en substitución referirse a *ambiente para la terapia* cuando se quiera dar a entender el lugar en donde se brinda la terapia, y llamar *escenarios terapéuticos* a aquellos lugares, más amplios, que forman el entorno del sitio en donde se encuentra ubicada la terapia, haciendo la observación de que no necesariamente puedan facilitarla. Sin embargo, esta sugerencia no ha sido seguida por los estudiosos de este campo, y se continúa utilizando indistintamente los términos *ambientes terapéuticos* y *escenarios terapéuticos*.

Por otro lado, es necesario referirse a dos características importantes del ambiente, a saber: 1) el *carácter simbólico* y 2) la *calidad física* del mismo. Al respecto, Brown (1971) menciona la necesidad de conocer los objetos que para los pacientes son simbólicos en su vida normal y que pueden llegar a investirse de cualidades casi personales.

Además, se debe considerar la opinión de los pacientes en la construcción o remodelación de un hospital, pues el ambiente del mismo suele ser "inadecuado y su manejo es demasiado inflexible

y ligado a lo tradicional, para satisfacer las necesidades psicosociales de los pacientes" (Brown, 1971)

En adición a lo ya dicho sobre el término terapéutico, es necesario considerar también su carácter simbólico, pues resume la interacción de un conjunto de aspectos tales como fisiológicos, psicológicos, económicos y políticos. A este respecto Canter y Canter (1979) hacen énfasis en que estudiar el significado de lo que es un ambiente terapéutico, requiere del estudio de un amplio rango de personas y variables ambientales. La opinión de estos autores abarca no sólo el ambiente físico, pues también se considera a los individuos, lo cual demuestra el carácter cultural de lo que el concepto implica.

Para este fin establecen diferentes modelos como ayuda para conceptualizar al tratamiento; a continuación se presentan dichos modelos:

Modelo de custodia, mismo que se refiere al tratamiento que reciben los individuos que son aislados por la sociedad.

El **modelo médico**, en el cual se encuentran los pacientes, individuos que se encuentran incapacitados de salud, y recurren a esta institución (modelo) para su recuperación. Cabe mencionar que dentro de este modelo existen dos clasificaciones de las salas hospitalarias, dependiendo del diseño y ubicación de la central de enfermeras. A una se le conoce con el nombre de "Florence Nightingale" y el otro "Nuffield".

Modelo prostético, que nace como una tentativa para modificar el concepto que de enfermo se tiene en el anterior modelo, pues en este último no necesariamente los pacientes se encuentran enfermos orgánicamente, sino que se contempla más bien a los incapacitados físicamente.

Tipos de ambientes terapéuticos:

Para ubicar a un grupo determinado de enfermos en un lugar específico, se considera básicamente el concepto de "modos aceptables de desarrollo", el cual se refiere a la forma o formas en que las sociedades aceptan a sus integrantes.

Canter y Canter (1979) mencionan que en la sociedad occidental el sistema para ubicar a los individuos incapacitados y con requerimientos de recuperación de sus habilidades, depende de dos criterios; primeramente, de la habilidad con que cuente la persona para el cuidado de sí mismo, y segundo, el grado en que el paciente es percibido como una amenaza para los integrantes de su misma sociedad, de tal forma que los pacientes son etiquetados y separados del contexto en que se desarrollan.

Algunas de las clasificaciones que se han usado para referirse a ciertos ambientes terapéuticos, son las siguientes:

Ambientes terapéuticos pediátricos. Los escenarios y tratamientos terapéuticos varían según el mal y la edad que el paciente presente, de tal forma que la táctica recomendable en un paciente infantil es básicamente el juego como ayuda a su proceso de recuperación, pues la enfermedad y la hospitalización producen un cambio profundo en el estilo de vida del niño, que se enfrenta a la separación de sus padres y pierde la seguridad de las rutinas familiares (Petrillo y Sanger, 1975)

Por lo que el niño disminuirá su angustia si tiene la facilidad de acceder a un lugar en el que pueda manipular objetos y jugar a su entera satisfacción. Durante su estancia en el hospital el paciente pediátrico necesita de un ambiente conformado de tal manera que sus necesidades, tanto físicas como sociales y psicológicas puedan ser satisfechas.

Ambientes terapéuticos para adolescentes. En lo que respecta a los adolescentes que utilizan los servicios de hospitalización, si es púber debe ser internado en los servicios de pediatría y cuando es mayor en los correspondientes a los adultos; además es recomendable que en las salas de espera de este tipo de pacientes se instalen anuncios que hagan alusión a actividades deportivas (Fajardo, 1983).

Ambientes terapéuticos para adultos. Por lo que respecta a pacientes con mayor edad, Lipking y Cohen (1984), realizan una clasificación de cómo debe actuar el médico ante pacientes que presentan los siguientes síntomas:

Depresión: debe hablar con voz firme y a la vez suave y ayudar al paciente a reconocer sus triunfos y en términos generales mostrarse con cierta condescendencia.

Farmacodependencia: debe preocuparse por el estado físico y la apariencia del paciente, tener calma con respecto al tratamiento y no cuestionarlo directamente.

Diabetes: estimular al paciente para hablar sobre sus temores, sentimientos y problemas, tratar de entender sus dificultades para controlar su enfermedad.

Padecimientos Coronarios: hacerle sentir que se toma en cuenta lo que el paciente dice, crear un ambiente lo mas agradable y confortable.

Pacientes ancianos: no etiquetarlos, estar cerca de los que presentan intento de suicidio.

Es necesario hacer notar que las sugerencias de Lipking y Cohen hacen énfasis en la relación personal entre el paciente y el médico, misma que es de vital importancia en el proceso de

recuperación del primero, más no mencionan ninguna relación entre el paciente y el lugar en donde recibe su atención, lo cual no debe dejarse a un lado pues es de vital importancia considerar aquellos sentimientos que el paciente tiene hacia el hospital como ambiente físico.

La bibliografía a este respecto es escasa, y sólo en el estudio de algunos padecimientos se encuentran cierto tipo de sugerencias como las que siguen.

Entre los factores que afectan a los pacientes enfermos de diabetes se encuentran los emocionales, la temperatura y la altitud entre otras, mismos que tienen efectos en el metabolismo de los carbohidratos (Marvin y Recant, 1966), por lo que a este tipo de pacientes, en su proceso de recuperación, se les debe ubicar en ambientes que no les sean estresantes, a una temperatura y altitud específicas.

En lo referente a los factores psicológicos estresantes, Langer, Janis y Wolfer (1975), mencionan que es necesario que a los pacientes se les habilite para enfrentarlos, además de brindarles información antes de la intervención quirúrgica.

Ambientes terapéuticos para pacientes con infarto al miocardio

Meltzer, Pineo y Kitchell (1982) mencionan un período de convalecencia variante dependiendo de la edad del paciente y de la capacidad funcional de su corazón después del infarto, aun que normalmente el tiempo acostumbrado es de ocho semanas, de las cuales el paciente realiza una estancia de tres o cuatro en el hospital.

A continuación se presentan una serie de opiniones que, sobre las salas de recuperación para estos pacientes han realizado algunos investigadores:

Características de las unidades físicas, clasificación de Maltzer, Pineo y Kitchell (1982)

1.- Debe componerse de cuartos privados individuales y no debe ser abierta pues resulta inadecuado si se desea brindar sosiego y serenidad.

2.- Las camas deben ser visibles, en lo posible, desde la estación de enfermeras.

3.- Los cuartos de los pacientes deben tener por lo menos 3.75 X 3.75 mts., con el objeto de facilitar el uso de equipo y movimiento de personal; es aconsejable dotar a cada habitación de relojes, calendarios, radios y música con la finalidad de que el enfermo no quede segregado de su medio ambiente normal.

4.- Instalación de una unidad coronaria en un sitio cercano a la zona de cuidados intensivos generales del hospital.

5.- Finalmente establecer cuartos adicionales, cuyo objetivo será distinto al cuidado del enfermo.

Elguea (1988), se refiere tanto a las características en salas para pacientes coronarios que requieren cuidados intensivos pero que se encuentran en estado consciente, como a los requerimientos físicos que pueden facilitar el trabajo del personal médico y de enfermería. Sin embargo, debe mencionarse que se trata de una elaboración teórica no probada empíricamente.

Características de las unidades físicas propuesta por Elguea (1988).

- 1.- Los pacientes requieren de cubículos aislados con dimensiones de 3.50 X 3.50 mts.
- 2.- La iluminación debe ser tanto natural como artificial, se recomienda instalar luz lateral no directa al paciente, dimers que permita variar la intensidad de luz y cerca del paciente para que pueda accionarlo.
- 3.- El cubículo contará con la cama que requiera la especialidad, un sillón tipo reposit, un repisa para equipo de monitoreo, lavabo, instalaciones de oxígeno y aire comprimido, así como una repisa abatible para usos múltiples.
- 4.- Materiales.- se recomienda que los muros divisorios sean de cancelería mixta en dos extremos y cerrado en los otros dos. Paredes pisos y techos fácilmente lavables en colores muy claros y mates.
- 5.- Ambientación. Los cubículos destinados a pacientes que cuentan con un alto nivel de conciencia pero que no pueden ser movidos de su cama, se deben ambientar con móviles, cuadros vista a jardines exteriores etc. Con esto se logrará distraer un poco la atención que el paciente tiene en los aparatos a los que está conectado o en otros pacientes en estado crítico.
- 6.- El cubículo se debe aislar del ruido así como de interferencia de otros aparatos eléctricos que puedan mezclarse en los necesarios para su vigilancia médica.

7.- El personal médico y paramédico trabaja en esta institución durante ocho horas al día cinco días a la semana, lo que indica que estas personas pasan en la unidad tres cuartas partes de su vida, por lo que el hacer su estancia más agradable les traería quizá una sensación de confort en el desempeño de su labor.

Por otra parte, el grupo quizás más importante a nivel mundial que se ha dedicado al estudio de los hospitales, hace la siguiente relación de características físico-arquitectónicas deseables (Reizenstein, Grant y Simmons, 1986).

1.- Privacidad de los cuartos:

- a) Tener privacidad acústica, es decir que las conversaciones tanto de los pacientes, familiares y el personal puedan ser confidenciales.
- b) Asegurar aquellos requerimientos de diseño para que los pacientes puedan estar visualmente accesibles para su inspección desde el exterior.
- c) Para asegurar la confidencialidad y el decremento de la ansiedad en los pacientes se debe proveer de un espacio retirado y aislado, para las conferencias de los médicos.

2.- Creación de un ambiente confortable :

- a) Colores animados en las paredes así como ventanas que faciliten la separación acústica pueden hacer una habitación menos cruda.
- b) El interruptor de las lámparas debe ser de fácil acceso para los pacientes; éstas deben de tener pantallas con la finalidad de que no deslumbren.
- c) Evitar que la luz de la estación de enfermeras moleste a los pacientes, pues podría darse el caso de que estos no puedan dormir.

Hasta aquí, la revisión de algunos antecedentes generales y de los principales conceptos y propuestas que diversos autores han estudiado. En el siguiente apartado se revisarán con más detenimiento los principales efectos del ambiente físico de las habitaciones de los pacientes.

IMPACTO DEL AMBIENTE FISICO

SOBRE LOS AMBIENTES

TERAPEUTICOS

Es indudable que el ambiente, ya sea natural o construido, tiene un efecto sobre la conducta de las personas y que existen relaciones estables y generalizadas entre el ambiente y el comportamiento humano. No obstante la importancia de los beneficios que tanto a corto como a largo plazo traería el conocimiento más profundo de estas formas de relación, ha sido hasta recientemente que se ha acentuado la preocupación por el estudio de este fenómeno.

Por lo que respecta a las instituciones dedicadas a proveer de cuidados y atenciones para la recuperación y conservación de la salud, la literatura internacional relacionada con este tema se ha enfocado básicamente a las instituciones especializadas en pacientes psiquiátricos, y poco se ha hablado de aquellas en las que encuentran pacientes con diversos padecimientos. (Moos, 1981)

En el caso de nuestro país, los estudios realizados bajo este tema son escasos o bien no se han difundido entre la comunidad científica, podríamos afirmar que los trabajos realizados Díaz y Urbina (1985) y por Ortega y Urbina (1988), sean pioneros en este campo.

El diseño de un hospital es una de las construcciones más complejas, y una vez construidos se convierten en instalaciones extraordinariamente resistentes al cambio. Además de considerar el lugar, la orientación, los códigos de construcción y los costos de los materiales a utilizar, el diseñador debe también tomar en cuenta las necesidades de los usuarios, mismos que presentan variaciones en lo socio-económico y en sus necesidades de servicio. Por ejemplo, los servicios pediátricos difieren de los gerontológicos en tecnología, requerimientos de la práctica médica, los conceptos de organización, el estándar de vida, y la imagen misma del hospital o servicio. (Lindheim, 1986)

Es necesario manejar con precaución las predicciones de servicio que la institución brindará en el futuro, pues el tiempo que se emplea en proyectar el diseño, así como la construcción de la misma, puede originar que una vez terminada las necesidades de los usuarios rebasen las predicciones iniciales.

A este respecto Tusler, Schraishuhn y Meyer, (1985) mencionan que en la planeación del programa para diseñar un hospital, se debe establecer un balance entre dos fuerzas en conflicto, a saber; la necesidad de espacio para construir y el que se tiene disponible.

Es bien cierto que hablar de una institución de este tipo es hablar de una cantidad considerable de espacios, cada uno con características físicas y de diseño determinadas por la función que este espacio cumple dentro de la misma institución. En este caso nos ocuparemos del espacio en el cual los pacientes se recuperan o bien se les prepara para alguna intervención de carácter médico, es decir los cuartos o habitaciones para pacientes.

En los últimos años los hospitales y las habitaciones de los mismos, se han incrementado de manera considerable debido al crecimiento de la población que demanda cada vez más este servicio, situación que ha originado la improvisación y baja calidad en el tratamiento médico que involucra tanto al personal médico como de enfermería, (Wilson, 1972).

La idea más común que se tiene de una institución hospitalaria es que debe brindar cuidados y habilitar a personas que han perdido su capacidad de enfrentar los requerimientos de la vida cotidiana; sin embargo, en años recientes se ha descubierto que las características físico-arquitectónicas del escenario y su clima social, pueden originar angustia y en casos extremos reacciones de pánico, como veremos mas adelante.

Las instituciones hospitalarias como ambientes estresantes han sido motivo de preocupación y de investigación en los últimos años, tanto por los profesionistas encargados del diseño, como por aquellos relacionados con la conducta de los individuos.

De los usuarios en un hospital, el grupo de pacientes es el que se encuentra con una mayor susceptibilidad al ambiente debido a las condiciones físicas en que se encuentran, por lo que Tusler, Schraishuhn y Meyer, (1985) nombran a este grupo como primario, e identifica al personal encargado de brindar apoyo al primero como secundario; en este grupo se encuentran; el personal médico, de enfermería, técnicos, custodios y religiosos.

En las tres últimas décadas se han tratado de identificar aquellos elementos de un hospital que potencialmente pueden ocasionar o facilitar reacciones de estrés en pacientes. Estos elementos pueden ser aspectos físicos o bien ambientes con algún matiz emocional, aunque también es necesario hacer notar las características psicológicas de cada individuo, con respecto tanto a la fase de adaptación al ambiente como al procedimiento del tratamiento a recibir.

Un antecedente de la preocupación sobre los hospitales como ambientes estresantes, se encuentra en el año de 1956, cuando Mendelshon describe las reacciones psicóticas de pacientes con poliómelitis, durante la respiración artificial utilizando un tanque. (citado por Gordon, 1976). De la misma manera describe estados de confusión con alucinaciones debido a la privación sensorial de los pacientes.

Gordon (1976) menciona también que los aparatos e instrumentos aunados a la enfermedad del paciente, reportan una alta incidencia en el delirium post-operatorio.

Dentro de la misma institución hospitalaria se han encontrado otros factores que afectan de manera directa a la salud psicológica del paciente, de tal manera que Wilson (1972) demuestra que la presencia o ausencia de ventanas en la unidad de cuidados intensivos puede o no facilitar privación sensorial, lo que es confirmado por Kornfeld (citado en Wilson, 1972), quien concluye que además de la influencia de la privación sensorial en el desarrollo del delirium post-operatorio, intervienen también los estados de sueño muy prolongados.

Gordon (1976) descubrió que otro de los factores que influyen en el desarrollo del delirium post-operatorio es el aislamiento, mismo que, de acuerdo al punto de vista médico, proporciona al paciente protección ante un ambiente que por las características de la enfermedad de este último le es aversivo y necesita de un ambiente estéril, con el objeto de reducir, por ejemplo la probabilidad de una infección. La mayoría de los pacientes que llegan a estar bajo este régimen de tratamiento (por ejemplo quienes sufren padecimientos tratados con radiación, o bien de leucemia, trasplante de órganos, etc.) se someten a dicha condición por un periodo que va de tres a 14 semanas.

También menciona que la mayoría de estos pacientes presentan sentimientos de ansiedad y argumentan el estricto control del tratamiento, aunado a la imposición de barreras por parte del personal de enfermería; incluso se pueden llegar a presentar reacciones de pánico, al sentirse el paciente en un estado de indefensión por la inaccesibilidad a su habitación por parte del personal médico y de enfermería en caso de emergencia. Las reacciones de los pacientes a esta técnica esta en función de las diferencias individuales de cada sujeto.

Otro factor que puede desencadenar estrés, aunado a la rigidez del tratamiento y un ambiente controlado estrictamente, son los diagnósticos de enfermedades fatales (Gordon, 1976).

A pesar de la innegable influencia del ambiente como una variable que facilita en los pacientes las reacciones de estrés, es necesario también tener presentes los factores orgánicos como la historia de trastornos psicológicos y alcoholismo, entre otros. (Wilson, 1972).

Las medidas o estrategias para contrarrestar los efectos del estrés ocasionado por los factores ambientales antes mencionados son muy variadas; en seguida se presentarán algunas sugerencias a este respecto.

Wilson (1972) sugiere que una forma de disminuir la privación sensorial, es mantener correcta la orientación y por lo tanto disminuir la probabilidad de las reacciones de estrés, lo que implica que el paciente, no tan sólo tenga ventanas en su habitación, sino además que pueda ver a través de ellas, es decir visualizarlas.

Gordon (1976), menciona al respecto de los diagnósticos fatales y el ambiente restrictivo, que los pacientes generalmente responden con mecanismos de defensa, como manifestaciones maniacas y expresiones agresivas, por lo que el conocimiento de este tipo de trastornos mentales resulta de mucha utilidad para el manejo del paciente. Este mismo autor menciona que la fase de adaptación psicológica de los pacientes sometidos a la técnica terapéutica de aislamiento comprende dos situaciones: la aceptación a esta forma de tratamiento terapéutico y un reajuste en la comprensión del aislamiento. Estas situaciones se encuentran mas relacionados con las diferencias individuales de cada persona, y, por ejemplo, se ha descubierto que las mujeres se adaptan con mayor rapidez.

Langer, Janis, y Wolfer, (1975) proponen dos estrategias para la reducción del estrés en pacientes hospitalizados. La primera consiste en una reevaluación cognoscitiva de los eventos

provocadores de estrés, utilizando la propia habla y el control cognoscitivo mediante la atención selectiva.

Este autor menciona que la distracción de la atención del paciente es efectiva. Esta estrategia supone que debe existir una relación entre el control percibido y la tolerancia al dolor; de la misma manera esta estrategia reduce de manera efectiva el estrés pre y post-operatorio. La segunda consiste en proporcionar información al paciente de su situación real, con el fin de provocar la inoculación emocional; cabe mencionar que esta estrategia no tuvo efectos significativos en las situaciones post-operatorias y si en las pre-operatorias.

Otra de las técnicas que se pueden utilizar para reducir el estrés en pacientes hospitalizados es la desarrollada por Blake, (1968) quien investiga la influencia del ruido en la facilitación o inhibición de las reacciones estresantes. Este autor parte de las ideas propuestas por However, Melzack y Livingston, (citados en Blake, 1968), quienes definen al dolor como una experiencia compleja, más allá de imaginarlo como una sensación simple que se produce por un estímulo particular.

Una propuesta más es la realizada por Gardner en 1960 (citado en Blake, 1968), quien demostró que el ruido puede ser utilizado para reducir las sensaciones de dolor, cuando este ruido es controlado por el paciente,

Blake, (1968) deduce que lo arquitectónico, acústico y los aspectos psicológicos unidos con los medicamentos y el trato del personal médico y de enfermería en un hospital, facilitan en el paciente un sentimiento de confort y alivio a su dolor. Para confirmar lo anterior realizó una investigación en la cual demostró que el ruido de las salas, (lugar donde se encontraban las camas de los pacientes) tales como quejidos, risas, llanto, y conversaciones de los pacientes, personal médico y de enfermería,

no afectaba tanto a los pacientes, como el ruido que se generaba en la parte exterior a esta sala.

La cantidad de ruido que la mayor parte de los pacientes soportaban en la sala se encontraba alrededor de los 50 y 60 decibeles. Por lo que la hipótesis de que el dolor post-operatorio se incrementa con el nivel de ruido en el exterior y que la influencia de éste parece depender del lugar en que se percibe es emitido, parece tomar sentido.

Aspectos colaterales de un ambiente estresante en pacientes hospitalizados.

A este respecto Gordon (1976) menciona que al no adaptarse al ambiente de tratamiento, los pacientes ocasionan un ambiente de trabajo para el personal médico y de enfermería bastante tenso, y acentúa que el personal de enfermería es mucho más vulnerable a las agresiones por parte de los pacientes.

Canter y Craik (1981), afirman que en muchas áreas de los escenarios profesionales, las características del entorno físico, como lo es la luz y la acústica entre otros, pueden contribuir de manera importante al desempeño de las actividades laborales cotidianas.

En el caso de la enfermera, estos autores mencionan que se desempeña en función a lo dispuesto, planeado y diseñado en los hospitales, pues cada miembro se desarrolla conforme al medio en el que se encuentra (salas de estar, habitaciones). Por ejemplo, el personal de enfermería que se encuentra laborando en el servicio de obstetricia tiene distintos roles; así podemos ver en la oficina de admisión, en la que no hay barreras físicas o marcas de lugares, el resto del staff es más amigable y casual con la enfermera que en otros sitios del hospital.

Esta situación no se presenta de la misma manera en el caso de las enfermeras que se encuentran en la sala de labor, pues en este lugar la enfermera debe tener todo bajo control.

En los hospitales también existen áreas no permitidas a las enfermeras, como las destinadas a los pacientes, mismas que son marcadas para cuidar la privacidad de los pacientes. Canter (1983), opina que debido a las separaciones de los lugares en el hospital, se reflejan como consecuencia procesos psicológicos como los de reconocimiento de la actividad de la enfermera como un locus físico.

De la misma manera Canter y Canter (1979) mencionan que en un hospital no sólo importan los adelantos tecnológicos para un adecuado desempeño de las actividades de las enfermeras, pues si el ambiente en el que este personal trabaja no les es favorable, no pueden desempeñarse adecuadamente.

Esta opinión es reforzada por las investigaciones realizadas por Trites, Galbraeth, Sturdavant y Leckwort (1970), quienes afirman que el diseño del ambiente en el que se encuentran las enfermeras tiene gran influencia en sus actividades y sentimientos hacia el ambiente.

Por lo que respecta al personal médico, los estudios son bastante escasos; sin embargo en México, estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, (Centro Médico La Raza) han demostrado que el personal médico dedicado a las salas de terapia intensiva el el que se encuentra más propenso a recibir un infarto al miocardio, debido a la responsabilidad que implica el manejo de pacientes en estado crítico (Larrea y Escudero, 1985).

Como puede verse, la relación entre las características físico-arquitectónicas de un hospital y el comportamiento de sus usuarios, adquiere un papel importante en la optimización de los recursos humanos y físicos con que cuenta.

EVALUACION DE LAS HABITACIONES PARA PACIENTES EN HOSPITALES GENERALES, SEGUN LA PERCEPCION DE TRES GRUPOS DE USUARIOS

Si en un inicio los hospitales fueron instituciones construidas con el objeto de promover y facilitar la recuperación de personas que habían perdido su capacidad de enfrentamiento a las demandas sociales de la vida diaria, en la actualidad los objetivos sociales del hospital han ido más allá de la atención individualizada al paciente, pues la cada vez mayor población que demanda estos servicios ha traído como consecuencia un especial cuidado en la optimización de todos sus recursos tanto tecnológicos y económicos como humanos.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a pensar en una forma de organizar adecuadamente el ambiente, con el objeto no sólo de promover y facilitar la recuperación del paciente, sino además, las actividades de aquellas personas que se encuentran en el hospital, como lo son los grupos de médicos y enfermeras.

Se asume que la percepción de un ambiente agradable podría influir de manera significativa y positiva en el confort y desempeño de las actividades tanto de los pacientes como del personal médico y de enfermería en el hospital.

De esta manera, para lograr que las características ambientales tengan un efecto auxiliar favorable en el trabajo terapéutico y no contrario, se hace indispensable considerar no solamente las cuestiones de diseño, sino también algunos procesos psicológicos como por ejemplo la percepción y valoración de las características ambientales de las habitaciones.

Por ello y ante la carencia de información suficiente sobre este campo en nuestro país, se propuso y realizó el presente estudio, en el que se evaluaron las características físicas de las habitaciones de pacientes en dos hospitales generales.

Esta evaluación se realizó mediante la aplicación de un cuestionario que recoge la percepción de tres grupos de usuarios con respecto a las habitaciones; los pacientes, mismos que son considerados como un grupo primario, debido a que son quienes reciben el tratamiento y se encuentran más susceptibles al ambiente por su estado físico y psicológico, y el personal médico y de enfermería, quienes se ubican como grupos secundarios pues son los encargados de brindar apoyo a los pacientes y quienes enfrentan día con día las exigencias de su profesión en un entorno no siempre favorable.

El realizar el trabajo en dos instituciones diferentes en el tiempo de brindar los servicios de hospitalización y considerar a estos tres grupos de usuarios, es con el propósito de observar las diferencias o similitudes que puedan existir entre las percepciones de estos tres grupos con relación a las habitaciones de los pacientes en sus respectivos hospitales; de la misma manera se pretendió observar y comparar las diferencias o similitudes entre las dos instituciones.

Lo anterior, con el objeto de conocer la valoración que de las habitaciones hace cada grupo de usuarios y probablemente identificar aspectos de la organización ambiental física que requieran de mejoría así como proponer una serie de aspectos que orienten el diseño de las habitaciones para los pacientes.

METODO

Este trabajo es de naturaleza descriptiva. Se realizó un estudio de campo en el que la información se obtuvo en razón del objetivo y con los fines antes citados.

Podría decirse que es también un estudio exploratorio, puesto que se pretende precisamente identificar y medir los aspectos significativos que puedan, en posteriores estudios, abordarse desde otras perspectivas.

Cuestionarios

El primer paso para la elaboración de los cuestionarios fué la revisión exhaustiva de los instrumentos relacionados con el tema de estudio (Mercado y Delahanty, 1985; Moos, 1981, Ortega y Urbina, 1988, y Proshansky, Ittelson, y Rivlin, 1978), lo cual permitió tener una visión global de los mismos y simultáneamente identificar sus particularidades como son el tipo de reactivos, las categorías de calificación, los aspectos a evaluar, entre otros.

La segunda etapa consistió en consultar a personas con experiencia en la elaboración de instrumentos de medición psicológica y a los autores nacionales mencionados en el párrafo anterior, a fin de obtener sus opiniones e ideas sobre una primera versión de los cuestionarios. Ello constituyó de hecho la validez de contenido.

Los cuestionarios resultantes son en realidad tres versiones de un mismo instrumento, cada una de las cuales se redactó para aplicarse a cada uno de los diferentes grupos que participaron: pacientes, médicos y enfermeras.

Cada versión incluye una parte inicial que contiene la presentación del cuestionario y su finalidad, así como una ficha de identificación para los sujetos; antes de iniciar el cuestionario propiamente dicho, se dan las instrucciones y se muestran ejemplos de cómo contestar. Al final se encuentra una sección para observaciones, la cual utilizaron los sujetos y el aplicador, para anotar situaciones no consideradas en el cuestionario y que según la opinión de estas personas debería considerarse.

El cuestionario para cada grupo se compone de un total de 60 reactivos que se responden en una escala de cinco espacios y cuyos extremos son dos adjetivos opuestos dentro de un continuo (Apéndices 1, 2 y 3). Los 60 reactivos se encuentran agrupados en seis apartados. El apartado se refiere a la funcionalidad en el baño de los pacientes; se encuentran comprendidos aquellos aspectos que hacen posible que este lugar cumpla con lo objetivos para los que fue diseñado, pues teóricamente se debió haber pensado en las características de estos usuarios, es decir, brindar facilidades para el acceso y en el mobiliario que ahí se

encuentre, que el piso sea seguro, que el sistema de ventilación sea el adecuado, y finalmente la privacidad.

Como segundo apartado se analizó la funcionalidad de la habitación del paciente, entendiendo la funcionalidad en términos del tamaño de la habitación, la funcionalidad del mobiliario, la amplitud de las puertas, y todas aquellas características físicas de la habitación que propicien una percepción de facilidad para el paciente en su habitación.

Por lo que respecta al tercer apartado, la percepción del ambiente físico, en el presente trabajo se entendió como las percepciones que se tienen con respecto a la habitación del paciente, en donde se involucran cuestiones como la iluminación, el ruido, el número de pacientes por habitación, la temperatura y en términos generales aquellos aspectos que involucren cuestiones físicas del ambiente.

El cuarto apartado, decoración, está entendido como aquellos elementos físicos del ambiente que son accesorios al mismo, tales como cortinas, color de muebles, flores artificiales, etc.; es necesario mencionar que se encuentra muy ligada al diseño propio de la habitación, pues los materiales también pueden en un momento dado brindar esta percepción.

El quinto apartado se refiere al control ambiental físico, y en él se encuentran aquellas cuestiones en el que el paciente debe involucrarse, con el objeto de percibir un control adecuado del medio ambiente que le rodea, como son la iluminación, el clima y el sistema de señales para llamar al personal médico y de enfermería.

Finalmente el sexto apartado, ambientación arquitectónica, la cual se entendió como aquellos elementos del ambiente físico de la habitación que permanecen de manera más duradera en la misma, como son el color del techo, las paredes, los materiales, etc.. Se distingue este apartado del cuarto, pues aún cuando tienen mucha relación entre sí, es en este último donde los elementos percibidos permanecen más tiempo.

Escenario

El presente trabajo se llevó a cabo en las habitaciones para pacientes, en dos hospitales generales, a los cuales en lo sucesivo nos referiremos como el hospital o la institución "A" y el hospital o la institución "B".

En el hospital "A", que es un edificio de cinco pisos, construido alrededor de 1983, se aplicó el cuestionario en los siguientes servicios: medicina interna, ginecobstetricia, neurología, cirugía general, cirugía plástica y ortopedia. En cada piso del hospital se ubicaban dos de estos servicios, de

tal manera que en ambos lados y a lo largo de los pasillos se encuentran las habitaciones, que en general son muy similares entre sí en lo que respecta a su diseño, exceptuando las habitaciones dedicadas a pacientes que por su padecimiento necesitan aislamiento (figura 1).

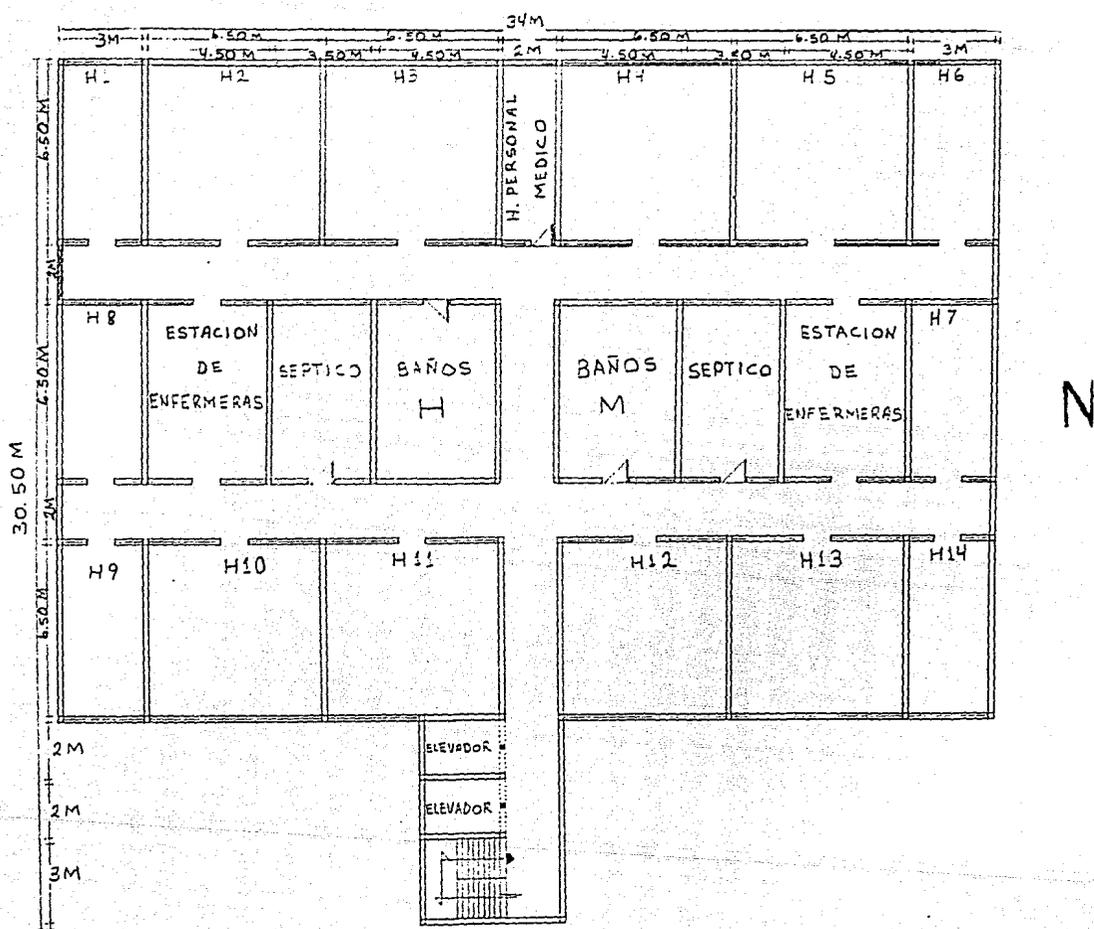
En cada habitación hay seis camas, aunque no siempre se ocupan todas.

En el hospital "B", también de cinco pisos, la muestra provino de los servicios de: medicina interna, ginecología, cirugía general, cirugía plástica y pediatría. Estos servicios se encuentran distribuidos en los cinco pisos que componen el área de hospitalización, haciendo la observación que en este hospital sólo se tuvo acceso a una parte del servicio de pediatría.

En cinco de los servicios el número de camas en cada habitación era también de seis, aunque no siempre se encontraban ocupadas; en el servicio de ginecología el número de camas era de dos, aunque las habitaciones en este servicio eran mucho más pequeñas en comparación con las otras (figura 2).

Procedimiento

La aplicación del instrumento se llevó a cabo por personal previamente capacitado para tal fin, una vez que se obtuvieron las autorizaciones correspondientes. Con los pacientes se trabajó en forma colectiva, aplicando el cuestionario en grupos no más de cuatro pacientes simultáneamente; cuando por la escasa preparación de los pacientes éstos no podían responder, se le ayudaba en forma individual. Para los grupos de médicos y enfermeras se pidió que lo contestarán en forma individual, para no interferir en sus actividades. El tiempo de aplicación de los cuestionarios fue de alrededor de dos semanas en cada hospital.



DISEÑO DE LAS HABITACIONES DEL HOSPITAL "A", ESCALA 1.75, REDUCCION 0.740, FIG. 1

Muestra

El número de personas que participaron en cada grupo/hospital/servicio se muestra en la tabla 1. Considerando el total de la población para cada grupo, en el caso de los pacientes el 46% fueron del sexo femenino y el 54% masculino; para el grupo de médicos el 31% fueron del sexo femenino y el 69% masculino y finalmente en el caso de las enfermeras el 94% fueron del sexo femenino y sólo el 6% del sexo masculino.

Por lo que respecta al estado civil de los sujetos, en el caso de los pacientes casi la mitad de los sujetos mencionaron estar casados y la otra mitad solteros (el 44% para cada uno). Entre el grupo de médicos el 69% mencionó ser soltero y el restante casado, para las enfermeras el 62% mencionó ser soltera y el 38% casada.

En lo que respecta al servicio en el que se encuentran internados, para el caso de los pacientes o bien en el que se encuentran adscritos, en el caso del personal médico y de enfermería, se presentó la siguiente situación. Del total de pacientes el 25% se encontraban en el servicio de ginecobstetricia, el 19% en ortopedia, el 15% en cirugía plástica y el resto de los pacientes se distribuyó en otros servicios.

Para el caso de los médicos el 27% se encontraban adscritos al servicio de medicina interna; este mismo porcentaje se presentó para el servicio de ginecobstetricia, el 15% se encontraba adscrito al servicio de cirugía plástica, el restante se distribuyó en otros servicios.

Para las enfermeras, el 21% se encontraban en el servicio de cirugía general, el 19% en medicina interna y el 17% en ginecobstetricia, el restante se distribuyó en los demás servicios.

En la siguiente tabla se muestran los datos antes mencionados, haciendo la observación que en la descripción de los porcentajes se manejarán en cifras redondas.

Número de sujetos por servicio de hospitalización
que contestaron el cuestionario.

	Hospital				Total	
	A		B		N	%
	N	%	N	%		
Servicio Hospitalario						
Medicina Interna						
Pacientes	13	29.55	3	6.82	16	18.18
Médicos	4	33.33	3	21.43	7	26.92
Enfermeras	4	17.39	5	20.83	9	19.15
Ginecobstetricia						
Pacientes	5	11.36	17	38.64	22	25.00
Médicos	2	16.67	5	35.71	7	26.92
Enfermeras	5	21.74	3	12.50	8	17.02
Neurocirugía						
Pacientes	3	6.82			3	3.41
Médicos	2	16.67			2	7.69
Enfermeras	4	17.39			4	8.51
Cirugía General						
Pacientes	6	13.64	6	13.64	12	13.64
Médicos	2	16.67			2	7.69
Enfermeras	8	34.78	2	8.33	10	21.28
Cirugía Plástica						
Pacientes	4	9.09	9	20.45	13	14.77
Médicos			4	28.57	4	15.38
Enfermeras	2	8.70	4	16.67	6	12.77
Pediatría						
Pacientes	1	2.27	4	9.09	5	5.68
Médicos			2	14.29	2	7.69
Enfermeras			5	20.83	5	10.64
Ortopédia						
Pacientes	12	27.27	5	11.36	17	19.32
Médicos	2	16.67			2	7.69
Enfermeras			4	16.67	4	8.51

En lo que respecta a la escolaridad que los pacientes hubiesen terminado o bien que se encontraran cursando, la mayoría el 39%, reportó la primaria, en el caso de la instrucción secundaria el 30%, en el caso de los estudios técnicos, sólo el 11%, el restante de la población se distribuyó en otros grados de estudio.

De la misma manera en el caso de la ocupación, la mayoría reportó actividades del hogar, el 30%, siguiéndole la de estudiante con el 18% y obrero con el 7%, el restante se distribuyó en otras actividades.

Con respecto a la antigüedad laboral, que sólo les fué preguntado al grupo de médicos y enfermeras, el 40% de este último grupo mencionó tener entre 6 meses y 1 año, el 19% más de 4 años y el mismo porcentaje se presentó para aquellas enfermeras con más de cinco años.

En el caso de los médicos, el 62% mencionó tener entre dos y tres años laborando, el restante mencionó antigüedad muy variada, sin embargo pocos fueron los que mencionaron tener más de cuatro años.

Para el caso de la categoría que ocupa el personal médico y de enfermería en los dos hospitales el 45% del personal de enfermería, es enfermera general, el 25% es auxiliar de enfermería, el 23% es pasante, el resto de la población se dividió en otras categorías.

Para el grupo de los médicos el 50% son internos y el 38% residentes, el restante se dividió en otras categorías.

En lo que respecta a la pregunta sobre las instituciones públicas en las que el paciente haya estado internado o bien en donde el personal médico y de enfermería haya laborado, el 63% del personal de enfermería respondió de manera afirmativa, siendo los Centros de Salud y el Hospital de Urgencias de la Villa las instituciones de mayor frecuencia.

En el caso de los médicos el 46%, respondió de manera afirmativa, siendo los Centros de Salud y los hospitales del IMSS los de mayor frecuencia.

Para el caso de los pacientes sólo el 8% refirió haber estado internado en otras instituciones, siendo las de mayor las del IMSS las de más frecuencia.

Por lo que respecta a las instituciones privadas, en el caso de los pacientes sólo el 6% respondió haber estado internado siendo el hospital Mocel el de mayor frecuencia. Para el grupo de médicos el 15% y para el de enfermería el 6% siendo también el hospital Mocel el de más frecuencia para ambos grupos.

Finalmente la edad promedio en ambos hospitales para todos los grupos fue de veintisiete años para los pacientes, de igual manera para los médicos y de veintiséis años para el grupo de enfermeras.

El proceso de selección de la muestra fue aleatorio. En el caso de los pacientes, la muestra se obtuvo de todos los servicios que ofrecían los dos hospitales, en el momento de la aplicación, y con los pacientes que se encontraban; en el caso del personal médico y de enfermería se trató de cubrir el 30 % del total de la población, pues en algunos de los servicios que ofrecían los dos hospitales, en ocasiones y debido al trabajo desempeñado por estos grupos no fue posible aplicarlos en igual porcentaje a todos los servicios, es el ejemplo del servicio de urgencias y de terapia intensiva, entre otros.

Consideraciones éticas

A solicitud de los hospitales que generosamente abrieron sus puertas para llevar a cabo este estudio, se integran a este documento final las siguientes declaraciones.

El presente trabajo fué respetuoso de la dignidad, de los derechos y del bienestar tanto de los pacientes como del personal que labora en el centro hospitalario, siempre se aclaró que los datos se manejarían de forma global y nunca individual, solicitando de la misma manera la aceptación voluntaria para la aplicación del cuestionario.

Apegándose de esta manera al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en su título segundo, artículo 17, fracc. 1, publicado en el Diario Oficial de la Federación, del martes 6 de enero de 1987.

RESULTADOS

Confiabilidad y validez del instrumento

Como se ha venido haciendo, en este apartado nos referiremos a las instituciones hospitalarias como institución "A" e institución "B". Antes de efectuar los análisis de los datos se eliminaron dos reactivos del total de 60 que tenía el cuestionario; el reactivo 10, referente al color de las puertas, dado que sólo contaban con ellas los cuartos del hospital "B", y el 38, que alude al número de pacientes por cada habitación, que únicamente se consideró para fines informativos. De tal manera que finalmente quedaron 58 reactivos.

Ahora bien, es importante señalar que tradicionalmente una primera etapa del análisis de reactivos consiste en obtener su distribución de frecuencias, de manera que este análisis permite observar el porcentaje de respuesta obtenido para cada opción del reactivo con el objeto de eliminar aquellos reactivos en los que en una sola opción se obtenga el mayor porcentaje de respuesta. Esta idea tiene mucho que ver con la varianza del reactivo, de tal forma que los reactivos a eliminar tendrían una varianza cercana o igual a cero.

Lo anterior, además de la observación de las frecuencias, involucra un manejo intuitivo en la decisión de si un reactivo funciona o no adecuadamente, e incluso, es difícil contestar a la pregunta sobre cuál es la distribución adecuada a encontrar en el reactivo analizado, ¿normal?, ¿uniforme?, ¿normal inversa?. De hecho si tuviéramos estos parámetros de distribución sería más adecuado emplear una Ji-cuadrada de bondad de ajuste.

Sin embargo, hay que resaltar que la idea que se encuentra detrás de estos análisis, es precisamente conocer el valor de la varianza del reactivo. Esto también se realiza de una forma más directa, estadísticamente hablando, mediante el análisis de confiabilidad del programa SPSS., el cual permite obtener dos estadísticos importantes, la correlación ítem-total y el valor de Alfa de Crombach cuando se elimina el reactivo de interés.

Sobre el punto de correlación, supóngase que los reactivos con poca variabilidad o que tienen varianza cero, automáticamente son eliminados. El valor de correlación de estos reactivos sería cercano a cero ya que no importa que valor se obtenga en la suma de los demás reactivos pues el valor obtenido en el reactivo permanece constante.

Por otra parte, sobre el Alfa de Crombach, este estadístico es el cociente de la sumatoria de las varianzas de cada uno de los reactivos entre la varianza de la escala total, de tal manera que aquellos reactivos con poca variabilidad disminuirán o mantendrán la confiabilidad total de la escala, por lo que conviene eliminar estos reactivos.

En resumen, podemos observar como el análisis de frecuencias de los reactivos puede no aplicarse ya que sus beneficios para el análisis de los reactivos se obtienen también, y de manera más objetiva, cuando realizamos los análisis de correlación

ítem-total y el Alfa de Crombach como parte de la confiabilidad de la escala.

En este sentido, y con el objeto de llevar a cabo la depuración de los reactivos, el primer análisis que se realizó fue el de confiabilidad, de tal manera que de un total de 58 preguntas, sólo quedaron 51. Esta depuración se realizó considerando la correlación de cada ítem con la suma de los restantes 57, de manera que los reactivos con correlaciones negativas o menores a .20 se eliminaron, en la siguiente tabla se muestra lo anterior.

**RESULTADOS DE LA CORRELACION DE CADA ITEM
CON LA SUMA DE LOS RESTANTES 57**

REACTIVO #	DESCRIPCION DEL REACTIVO	CORRELACION ITEM-TOTAL
1	Tamaño de la habitación	.38
2	Forma de la habitación	.52
3	Localizar habitación	.10 *
4	Instalación flores artificiales	.23
5	Color de las paredes	.37
6	Material de las paredes	.32
7	Color del piso	.28
8	Material del piso	.27
9	Color del techo	.20
11	fácil limpieza por la forma	.58
12	Iluminación Nocturna	.53
13	Temperatura en la habitación	.20
14	Mobiliario en la habitación	.34
15	Facilidad de Atención por la forma	.52
16	Iluminación y trabajo	.02 *
17	Ventilación y trabajo	.03 *
18	Iluminación y recuperación	.11 *
19	Ventilación y recuperación	.01 *
20	Mobiliario y facilidad de atención	.34
21	Mobiliario e instalación de Instru.	.68
22	Amplitud de las puertas y movimiento de camas	.43
23	Limpieza en la cama	.40
24	Clima en el baño	.27
25	Color de los muebles en la hab.	.44
26	Privacidad en el baño	.50
27	Limpieza en la habitación	.60
28	Corrientes de aire en la habitación	.29
29	Ventilación en la habitación	.36
30	Material de las paredes y limpieza en la habitación	.29
31	Material de los pisos y limpieza en la habitación	.40
32	Olores en la habitación	.53
33	Temperatura en la habitación	.33
34	Acceso a la habitación	.44
35	Diseño y ruido en la habitación	.36
36	Privacidad en la habitación	.58
37	Número de pacientes en la habitación	.49
39	Espacio en la habitación	.49
40	Desplazamiento en la habitación	.44
41	Escuchar lo de otros pacientes	.39
42	Olores en el baño	.51
43	Facilidad de llamado al Personal	.40
44	Material de las paredes del baño y facilidad de limpieza	.43
45	Material de los pisos del baño y facilidad de limpieza	.44
46	Control de la iluminación en la habitación	.37
47	Objetos personales en la habitación	.23
48	Clima en la habitación	.23
49	Ubicación y ruido en la habitación	.32
50	Cortinas entre las camas	.47
51	Acceso al baño	.40
52	Ventilación en el baño	.39
53	Mobiliario en el baño	.45
54	Diseño y limpieza del baño	.45
55	Higiene e instalación del baño en la habitación del paciente	.18 *
56	Limpieza en la ropa del paciente	.34
57	Iluminación artificial y paciente	.13 *
58	Cortinas en la habitación	.41
59	Lugar para el diagnóstico médico	.35
60	Acceso a la habitación del personal	.53

* Items que por su correlación negativa o menor a .20 se eliminaron en los análisis subsiguientes.

Como ya se mencionó en la parte relacionada con la descripción del instrumento, los reactivos del mismo se realizaron considerando seis rubros o factores, por lo que una vez realizada la primera depuración y con la finalidad de observar el agrupamiento de estos reactivos en los seis factores esperados, se aplicó un Análisis Factorial, para identificar los reactivos que se encuentran relacionados con la medición de un aspecto en particular.

De la misma manera considerando la elaboración de los reactivos ya citada anteriormente, y con el objeto de explorarlo en los tres diferentes grupos de usuarios en ambas instituciones se utilizó el Análisis Factorial con rotación varimax, para los 51 reactivos.

Los seis factores ya citados presentaron los siguientes valores Eigenvalue :

1.- Funcionalidad del baño de los pacientes,	10.68727
2.- Funcionalidad de la habitación,	3.36350
3.- Percepción del ambiente físico,	2.54656
4.- Decoración,	2.17247
5.- Control del ambiente físico,	2.00341
6.- Ambientación física,	1.61568

En la siguiente tabla, se muestran las cargas factoriales obtenidas por los 51 reactivos de la escala en los seis factores ya citados, el criterio empleado para esta fase, fué de obtener aquellos reactivos que tuvieran una carga factorial de 0.30 ó mayor a esta.

RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL DE CADA UNO DE LOS REACTIVOS EN LOS SEIS FACTORES ESPERADOS

REACTIVO #	DESCRIPCION DEL REACTIVO	CARGA FACTORIAL					
		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6
1	Tamaño de la habitación	.02	.60	.16	.03	.06	.07
2	Forma de la habitación	.12	.69	.11	.15	.02	.23
4	Instalación flores artificiales	-0.03	.16	.05	.50	-0.03	.008
5	Color de las paredes	.01	.21	-0.03	.22	.32	.38
6	Material de las paredes	.15	.18	.25	.56	.14	.17
7	Color del piso	.28	.12	.18	-0.03	.13	.61
8	Material del piso	-0.05	.17	-0.06	.28	.03	.66
9	Color del techo	.04	.06	.01	-0.01	-0.05	.76
11	Fácil limpieza por la forma	.13	.50	.13	.35	.25	.26
12	Iluminación Nocturna	.10	.30	.41	.09	.37	.08
13	Temperatura en la habitación	-0.06	.45	.01	-0.04	.05	.08
14	Mobiliario en la habitación	.16	.33	.05	.09	.04	.29
15	Facilidad de Atención por la forma	.11	.59	.08	.28	.23	-0.02
20	Mobiliario y facilidad de atención	.12	.43	.08	.13	.26	.25
21	Mobiliario e instalación de Instru.	.29	.37	.38	.22	.34	.27
22	Amplitud de las puertas y movimiento de camas	.08	.42	-0.02	.35	.37	-0.02
23	Limpieza en la cama	-0.04	.07	.50	.30	.28	.07
24	Clima en el baño	.53	.06	.21	-0.03	.27	.09
25	Color de los muebles en la hab.	.19	.14	.15	.41	.18	.06
26	Privacidad en el baño	.55	.09	.30	.04	.08	.10
27	Limpieza en la habitación	.26	.13	.46	.24	.27	.26
28	Corrientes de aire en la habitación	-0.03	-.25	.47	.30	.36	.02
29	Ventilación en la habitación	-0.06	.12	.48	.12	.22	.22
30	Material de las paredes y limpieza en la habitación	.05	-0.08	.03	.35	.42	.08
31	Material de los pisos y limpieza en la habitación	.16	.01	.21	.51	.04	.25
32	Olores en la habitación	.20	.27	.37	.29	.21	.01
33	Temperatura en la habitación	.13	.12	.49	.30	.01	.11
34	Acceso a la habitación	.52	.15	.02	.40	.05	.05
35	Diseño y ruido en la habitación	.11	.27	.59	-0.03	-.10	-0.03
36	Privacidad en la habitación	.22	.29	.38	-0.06	.46	.11
37	Número de pacientes en la habitación	.27	.38	.46	.14	-.11	.09
39	Espacio en la habitación	.25	.51	.29	-.14	.25	-0.02
40	Desplazamiento en la habitación	.42	.40	-0.02	.23	-0.03	.03
41	Escuchar lo de otros pacientes	.18	.29	.52	-.16	.17	.15
42	Olores en el baño	.37	.17	.13	.07	.03	.05
43	Facilidad de llamado al Personal	.03	.30	.18	.02	.43	.06
44	Material de las paredes del baño y facilidad de limpieza	.65	-.10	-0.02	.03	.33	.23
45	Material de los pisos del baño y facilidad de limpieza	.65	.02	-0.02	-0.07	.27	.32
46	Control de la iluminación en la habitación	.02	.22	.05	-0.04	.68	.13
47	Objetos personales en la habitación	.10	-0.08	.04	.42	.07	-.12
48	Clima en la habitación	.09	-.14	.22	.03	.30	.10
49	Ubicación y ruido en la habitación	.18	.13	.53	-0.01	.01	-.17
50	Cortinas entre las camas	.12	.43	.31	.38	.15	.10
51	Acceso al baño	.52	.25	.06	.14	-0.02	-0.09
52	Ventilación en el baño	.69	-0.05	.08	.06	.14	-0.01
53	Mobiliario en el baño	.69	-0.05	.13	.18	.03	.04
54	Diseño y limpieza del baño	.75	-0.01	.05	.16	.17	-0.05
56	Limpieza en la ropa del paciente	.19	.01	.28	-0.04	.14	.51
58	Cortinas en la habitación	.06	.38	.29	.37	-0.03	.08
59	Lugar para el diagnóstico médico	.24	.19	.01	.08	.39	.06
60	Acceso a la habitación del personal	.21	.29	.16	.52	.13	.11

Finalmente debemos mencionar que con el fin de obtener la confiabilidad del instrumento, una vez aplicado, y obtenido los resultados ya citados, se procedió a realizar la correlación de cada ítem del instrumento final con los restantes 50, los resultados pueden observarse en la tabla siguiente

RESULTADOS DE LA CONFIABILIDAD FINAL DE CADA UNA DE LAS ESCALAS

SUBESCALA 1
FUNCIONALIDAD BAÑO

REACTIVO #	CORRELACION ITEM-TOTAL
24	.44
26	.55
34	.54
40	.40
42	.68
44	.96
45	.57
51	.48
52	.61
53	.62
54	.64
ALFA	.8598

SUBESCALA 2
FUNCIONALIDAD HABITACION

REACTIVO #	CORRELACION ITEM-TOTAL
1	.49
2	.62
11	.65
13	.31
14	.38
15	.58
20	.47
21	.58
22	.46
39	.45
50	.42
ALFA	.8238

SUBESCALA 3
PERCEPCION DEL AMBIENTE FISICO

REACTIVO #	CORRELACION ITEM-TOTAL
12	.47
23	.52
27	.57
28	.37
29	.41
32	.47
33	.39
35	.45
37	.43
41	.45
49	.42
ALFA	.7952

SUBESCALA 4
DECORACION

REACTIVO #	CORRELACION ITEM-TOTAL
4	.32
6	.41
25	.42
31	.39
47	.25
58	.30
60	.44
ALFA	.6476

SUBESCALA 5
CONTROL DEL AMBIENTE FISICO

REACTIVO #	CORRELACION ITEM-TOTAL
30	.29
36	.51
43	.40
46	.48
48	.20
59	.30
ALFA	.6393

SUBESCALA 6
AMBIENTACION

REACTIVO #	CORRELACION ITEM-TOTAL
5	.38
7	.47
8	.49
9	.46
56	.33
ALFA	.6642

OBTENCION DE LOS RESULTADOS

Posteriormente se realizó un análisis de varianza de dos factores, con el propósito de observar el efecto del grupo de usuario al que se pertenece, y del hospital sobre los seis aspectos evaluados en la escala.

Para conocer las diferencias específicas entre los grupos de usuarios, se aplicó el análisis de varianza de un factor, con comparaciones posteriores de Tukey. A continuación se describen textual y gráficamente los datos obtenidos mediante el análisis de varianza.

Factor 1.- Funcionalidad del baño de los pacientes

Con respecto a esta escala, todos los pacientes perciben a los dos hospitales con buena funcionalidad, sin embargo existen diferencias significativas entre los dos hospitales, de tal manera que el Hospital "B" presentó una media de 39.82, significativamente mayor a la del Hospital "A" con una media de 35.96.

Considerando los tres diferentes grupos de usuarios, encontramos que la media del grupo de pacientes 40.68, es diferente significativamente al grupo de médicos con una media de 33.92.

No se encontraron diferencias entre estos dos grupos y el de enfermeras, de la misma manera no hubo interacción entre grupo y Hospital, los resultados anteriormente expuestos se encuentran en la siguiente tabla.

**RESULTADOS DE COMPARACION MEDIANTE EL ANALISIS DE VARIANZA
ENTRE GRUPO Y HOSPITAL DE LA ESCALA
FUNCIONALIDAD EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES**

	Grupo ¹			Total
	Pacientes ³	Médicos	Enfermeras	
Hospital 2				
Institución "A"				
Media	38.87	33.00	32.55	35.96
D .E.	9.14	7.54	7.75	8.93
Institución "B"				
Media	42.40	34.77	38.25	39.82
D .E.	8.30	6.27	5.99	7.81
Total				
Media	40.68	33.92	35.52	37.95
D .E.	8.85	6.82	7.39	8.57

1 F = 7.644, gl = 2, p < 0.01

2 F = 0.586, gl = 1, n.s.

3 F = 7.733, gl = 2, p < 0.01 diferencias entre Pacientes
y Médicos.

Factor 2.- Funcionalidad de la habitación de los pacientes

Con respecto a este apartado, se encontró que existen diferencias significativas entre los hospitales, pues la media obtenida en el hospital "A" de 39.70, es significativamente mayor que la obtenida por el hospital "B", en donde se presentó una media de 35.94.

De la misma manera existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con una media de 41.46, y los grupos de médicos y enfermeras con una media de 31.38 y de 34.53 respectivamente. La tabla siguiente muestra lo expresado anteriormente

Es necesario hacer notar que no hubo interacción entre grupo y hospital.

**RESULTADOS DE COMPARACION MEDIANTE EL ANALISIS DE VARIANZA
ENTRE GRUPO Y HOSPITAL DE LA ESCALA
FUNCIONALIDAD EN LA HABITACION DE LOS PACIENTES**

	Grupo ¹			Total
	Pacientes ³	Médicos	Enfermeras	
Hospital²				
Institución "A"				
Media	42.20	36.50	36.50	39.70
D .E.	7.96	6.79	9.75	8.68
Institución "B"				
Media	40.73	27.00	32.83	35.94
D .E.	6.92	10.89	8.96	9.87
Total				
Media	41.46	31.38	34.53	37.75
D .E.	7.45	10.26	9.40	9.48

1 F = 18.347, gl = 2, p < 0.01

2 F = 6.530, gl = 1, p < 0.01

3 F = 16.113, gl = 2, p < 0.01 diferencias entre Pacientes
y Médicos, y Pacientes y
Enfermeras.

Factor 3.- Percepción del ambiente físico

Para este apartado no se encontraron diferencias significativas entre hospitales, no obstante entre los tres diferentes grupos se encontraron las siguientes diferencias:

El grupo de pacientes presentó una media de 42.15 significativamente mayor a los grupos de médicos, con una media de 31.35 y al grupo de enfermeras con una media de 32.55 . Por otro lado no hubo interacción entre grupo y hospital. Estos resultados se muestran en la tabla siguiente:

**RESULTADOS DE COMPARACION MEDIANTE EL ANALISIS DE VARIANZA
ENTRE GRUPO Y HOSPITAL DE LA ESCALA
PERCEPCION DEL AMBIENTE FISICO**

	Grupo ¹			Total
	Pacientes ³	Médicos	Enfermeras	
Hospital²				
Institución "A"				
Media	42.88	31.92	31.70	37.69
D .E.	7.12	6.92	6.86	8.88
Institución "B"				
Media	41.41	30.86	33.38	36.99
D .E.	7.62	9.56	8.85	9.46
Total				
Media	42.15	31.35	32.55	37.34
D .E.	7.36	8.30	7.90	9.15

1 F = 32.070, gl = 2, p < 0.01

2 F = 0.113, gl = 1, p n.s.

3 F = 28.839, gl = 2, p < 0.01 diferencias entre Pacientes y Médicos, y Pacientes y Enfermeras.

Factor 4.- Decoración

Para este apartado no se encontraron diferencias significativas entre los hospitales.

Entre los tres grupos de usuarios se presentó la siguiente situación:

El grupo de pacientes, con una media de 30.89, es significativamente mayor al grupo del personal médico y de enfermeras quienes presentaron una media de 28.42 y 27.76 respectivamente, en la tabla siguiente se muestran los resultados mencionados.

No hubo interacción entre grupo y hospital.

**RESULTADOS DE COMPARACION MEDIANTE EL ANALISIS DE VARIANZA
ENTRE GRUPO Y HOSPITAL DE LA ESCALA
DECORACION**

	Grupo ¹			Total
	Pacientes ³	Médicos	Enfermeras	
Hospital 2				
Institución "A"				
Media	31.40	28.75	29.05	30.32
D .E.	5.05	3.65	6.03	5.24
Institución "B"				
Media	30.32	28.14	27.92	29.16
D .E.	3.54	3.59	5.33	4.30
Total				
Media	30.89	28.42	27.76	29.74
D .E.	4.41	3.56	5.63	4.81

1 F = 4.841, gl = 2, p < 0.01

2 F = 1.766, gl = 1, p n.s.

3 F = 5.792, gl = 2, p < 0.01 diferencias entre Pacientes y Médicos, y Pacientes y Enfermeras.

Factor 5.- Control del ambiente físico

Con respecto a este apartado se observó la siguiente situación: Debido a que en esta escala se presentó interacción significativa entre grupo y hospital, el análisis consistió en comparar los diferentes hospitales al interior de cada grupo mediante la prueba T de student, y los grupos al interior de cada hospital, Mediante el análisis de varianza de un factor con comparaciones posteriores de Tukey, de esta forma se encontró que;

En el grupo de pacientes no existe diferencia alguna entre hospitales. Para el grupo de médicos si existen diferencias significativas, entre hospitales, de manera que la media para este grupo en la institución "A" fué de 19.00, significativamente mayor que la obtenida en la institución "B" 14.29.

De la misma manera ocurrió para el grupo de enfermeras, en donde la media para este grupo en la institución "B" fué de 19.13, significativamente mayor al de la "A", que fué de 17.10 .

Al interior de cada Hospital, en la institución "A" se encontró que el grupo de pacientes obtuvo una media de 22.50, significativamente mayor al de las enfermeras, quienes obtuvieron una media de 17.10.

Para la institución "B", el grupo de pacientes obtuvo una media de 22.62 significativamente mayor al del grupo de las

enfermeras con una media de 19.13 y al de médicos con una media de 14.29, de la misma manera el grupo de enfermeras es significativamente mayor que el grupo de médicos, estos resultados de muestran en la siguientes tablas.

Se presentó interacción entre grupo y hospital

**RESULTADOS DE COMPARACION MEDIANTE EL ANALISIS DE VARIANZA
ENTRE GRUPO Y HOSPITAL DE LA ESCALA
CONTROL DEL AMBIENTE FISICO**

	Grupo ¹			Total
	Pacientes	Médicos	Enfermeras	
Hospital²				
Institución "A"				
Media	22.50	19.00	17.10	20.42
D .E.	5.00	5.03	4.91	5.48
Institución "B"				
Media	22.62	14.29	19.13	20.01
D .E.	4.00	3.75	4.80	5.21
Total				
Media	22.56	16.46	18.20	20.21
D .E.	4.51	4.92	4.90	5.33

1 F = 4.841, gl = 2, p < 0.01

2 F = 1.766, gl = 1, p n.s.

3 F = 5.792, gl = 2, p < 0.01 diferencias entre Pacientes y Médicos, y Pacientes y Enfermeras.

**RESULTADOS DE LA INTERACCION EN LA ESCALA
CONTROL DEL AMBIENTE FISICO
HOSPITAL "A"¹**

COMPARACION	PROBABILIDAD
PACIENTES vs MEDICOS	N. S.
PACIENTES vs ENFERMERAS	P < 0.05
MEDICOS vs ENFERMERAS	N. S.

1 F = 8.41841, Análisis de varianza de factor con comparaciones posteriores de Tukey.

**RESULTADOS DE LA INTERACCION EN LA ESCALA
CONTROL DEL AMBIENTE FISICO
HOSPITAL "B" ¹**

COMPARACION		PROBABILIDAD
PACIENTES	vs MEDICOS	P < 0.05
PACIENTES	vs ENFERMERAS	P < 0.05
ENFERMERAS	vs MEDICOS	P < 0.05

- 1 F = 20.76 Análisis de varianza de factor con comparaciones posteriores de Tukey.

**COMPARACION INSTITUCION "A" vs INSTITUCION "B" ¹
POR GRUPOS DE USUARIOS**

GRUPOS	T	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD
PACIENTES	-.11	77	N.S.
PACIENTES	2.73	24	P < 0.05
MEDICOS	-1.38	42	N.S.

- 1 Prueba T de Student.

Factor 6.- Ambientación arquitectónica

Para este apartado no se presentaron diferencias significativas entre los dos Hospitales.

Unicamente en el caso del grupo de pacientes, con una media de 23.15 fue significativamente mayor al de los médicos, quienes obtuvieron una media de 20.62. Por otra parte no se presentó interacción significativa, la tabla siguiente muestra los datos obtenidos.

**RESULTADOS DE COMPARACION MEDIANTE EL ANALISIS DE VARIANZA
ENTRE GRUPO Y HOSPITAL DE LA ESCALA
AMBIENTACION ARQUITECTONICA**

	Grupo ₁			Total
	Pacientes ₂	Médicos	Enfermeras	
Hospital ₃ Institución "A"				
Media	22.91	20.75	21.13	22.06
D .E.	3.15	4.73	3.02	3.48
Institución "B"				
Media	23.40	20.50	21.75	22.41
D .E.	2.43	3.46	4.46	3.47
Total				
Media	23.15	20.62	21.45	22.24
D .E.	2.81	4.01	3.79	3.47

1 F = 7.644, gl = 2, p < 0.01

2 F = 0.586, gl = 1, p n.s.

3 F = 6.892, gl = 2, p < 0.01 diferencias entre Pacientes y Médicos.

Es necesario mencionar también que al realizar la comparaciones entre los pacientes, considerando el área de hospitalización en el que se encontraban en el momento de la aplicación del instrumento, mediante un análisis de varianza, no se presentaron diferencias los resultados se expresan en la siguiente tabla.

COMPARACIONES ENTRE LOS PACIENTES POR AREA DE
HOSPITALIZACION EN CADA UNA DE LAS ESCALAS¹

ESCALAS	Servicio Hospitalario ²							Valor F	Prob.
	M. I.	Ginec	Neuro	C.G.	C.P.	Pedia	Ortop		
Funcionalidad del Baño									
Media	40.53	40.05	42.33	38.50	42.00	45.80	40.31		
s	11.22	9.12	11.59	9.54	6.66	6.06	7.53	.4592	n.s.
Funcionalidad de la Habitación									
Media	44.00	40.95	45.67	38.18	40.92	43.03	41.07		
s	7.56	6.23	5.13	12.38	4.50	3.83	7.13	.8790	n.s.
Percepción del Ambiente Físico									
Media	43.56	41.85	46.00	37.33	40.85	46.60	43.14		
s	6.58	6.12	8.49	11.76	6.01	4.16	7.72	1.2798	n.s.
Decoración									
Media	32.36	31.00	33.00	28.58	30.54	32.40	30.75		
s	4.45	3.50	2.83	6.29	2.15	2.41	5.36	.9993	n.s.
Control de: Ambiente Físico									
Media	24.93	21.73	25.00	23.00	20.92	26.50	21.07		
s	3.15	3.99	4.24	5.55	3.42	4.12	5.43	2.0710	n.s.
Ambientación Arquitectónica									
Media	23.38	23.55	23.67	22.45	22.46	22.40	23.53		
s	3.12	1.74	.58	4.30	3.55	3.29	2.07	.4421	n.s.

- 1 Análisis de varianza de un factor con comparaciones posteriores de Tukey. En todos los casos no hay diferencias significativas.
- 2 Las abreviaturas corresponden a los servicios en los que se encuentran los pacientes, de manera que: M. I. = Medicina Interna, Ginec = Ginecobstetricia, Neuro = Neurocirugía, C. G. = Cirugía General, C. P. = Cirugía Plástica, Pedia = Pediatría, Ortop = Ortopedia.

En resumen podríamos decir que, para todas las escalas, incluyendo en la que se presentó la interacción (5), las diferencias entre los grupos y entre las dos Instituciones se debe básicamente al comportamiento de los datos correspondientes al grupo de los pacientes, quienes en la mayoría de las ocasiones, presentan una media significativamente mayor a los grupos de Médicos y de Enfermeras.

Por otro lado no hay diferencias entre el grupo de los pacientes, considerando los servicios hospitalarios en el que se encontraban en el momento de la aplicación del instrumento.

En lo que respecta a la percepción del número de pacientes por habitación la mayoría de los pacientes de la institución "A" opinan que un número ideal sería cinco, los médicos y las enfermeras de esta misma institución opinaron cuatro.

Para la institución "B", la mayoría de los grupos contestaron que un número ideal sería tres por habitación.

DISCUSSION

Para mayor facilidad en la discusión de los resultados, ésta se realizará aludiendo primero a los datos que se obtuvieron en cada uno de los factores antes descritos, y posteriormente se hará la discusión general.

Discusión de los resultados por factor

En lo referente al factor uno, funcionalidad del baño de los pacientes, en términos generales en ambas instituciones es percibido como funcional, sin embargo existen diferencias entre hospital, pues en el caso de la institución "B", los pacientes lo perciben más funcional siguiéndoles las enfermeras y los médicos.

Para la institución "A", la percepción de funcionalidad se da en menor grado, (en comparación a la institución "B") sin embargo los pacientes continúan percibiéndolo más funcional en contraste al grupo de médicos y de enfermeras, no obstante es necesario mencionar que el área hospitalaria de este último hospital es de más reciente creación.

El que los pacientes perciban de esta manera a las dos instituciones, puede deberse básicamente a que estas personas son de escasos recursos y la mayoría proviene de provincia en donde quizá los servicios hospitalización se encuentran en desventaja en comparación a los de la ciudad de México.

En el caso del personal médico, aún cuando la población a la que se le aplicó el cuestionario se encuentra estudiando en estos Hospitales, ha laborado en otras Instituciones tanto públicas como privadas, e incluso en el extranjero, lo que quizá influya para que posean una percepción diferente (menos funcionalidad) a la de los pacientes y las enfermeras, pues puede ser que comparen la funcionalidad en relación con otras instituciones. Para los grupos de médicos en los dos hospitales ocurre la misma situación.

En el caso de las enfermeras, en la institución "B" este grupo se inclina a percibir el hospital como más funcional, contrastándolo con el grupo de médicos del mismo hospital y con el grupo de enfermeras de la otra institución.

Esta situación puede deberse a que en la institución "A" los baños se encuentran cerca de las habitaciones de los pacientes y por lo general, a la entrada de cada servicio, lo que no sucede en el caso de la institución "B", en donde los baños se encuentran en la entrada al pasillo de las habitaciones.

Por lo que respecta al factor 2, funcionalidad de la habitación del paciente, se repite la misma situación anterior. Las habitaciones de ambas instituciones son percibidas con una funcionalidad adecuada.

Sin embargo, entre las dos instituciones existen diferencias, pues en la institución "A" las habitaciones son percibidas como más funcionales en contraste la institución "B". Son los grupos de pacientes de ambos hospitales quienes perciben una mayor funcionalidad, en comparación con los grupos de enfermeras y médicos.

Considerando los dos hospitales, en el caso de la institución "B" también encontramos que el grupo de las enfermeras son quienes perciben menos funcionalidad de la habitación, en comparación al grupo de médicos y pacientes del mismo hospital.

Para el caso de la institución "A" se presenta esta situación en menor grado, y la percepción de los grupos de médicos y enfermeras, con respecto a esta subescala coincide en percibirla menos favorable contrastándola con los pacientes del mismo hospital.

Las diferencias entre las dos instituciones pueden deberse a la reciente creación del área hospitalaria en el caso de la institución "A", y por otro lado en esta misma institución las habitaciones son bastante amplias aún cuando existen más pacientes que en las habitaciones de la institución "B".

En lo que toca a las diferencias entre el grupo de médicos y enfermeras, con respecto a la de los pacientes, podría deberse a dos razones; la primera es que los grupos de médicos y de enfermeras sean quienes se enfrentan con más frecuencia a solventar los requerimientos de la nueva práctica médica. Por otro lado, parece ser que en el pasado, en la institución "B", se cumplió cabalmente en satisfacer las necesidades de estos dos grupos de usuarios, y en especial de los médicos (quienes parecen estar menos conformes con la funcionalidad actual de los hospitales), sin embargo, el tiempo y la demanda de los servicios de salud, que día con día aumenta, parecen haber rebasado los niveles de funcionalidad que en un principio fueron planteados por este hospital.

En el transcurso del tiempo se encuentra implícito el cambio de tecnología, nuevos requerimientos de la práctica médica, y modificaciones del estándar de vida, entre otras situaciones, por lo que se debe tener especial cuidado al considerar el tiempo en la planeación para la construcción de una institución de este tipo.

Esta situación es confirmada por Lindeheim y Cohen, (1984), al mencionar que la proyección hacia el futuro de las necesidades de los usuarios en este tipo de instituciones, puede verse rebasado de acuerdo a las predicciones iniciales, si no se tiene especial cuidado en el momento de proyectar el diseño del hospital.

Ahora bien en el caso de las diferencias entre el personal de enfermería y médico, estas pueden deberse a que el primer grupo de profesionistas, son quienes se enfrentan, más que el personal médico, a los requerimientos de la práctica médica.

Como lo mencionan Canter, y Craik, (1981) los grupos de usuarios en un hospital se desarrollan de acuerdo al medio en el que se encuentran, por lo que asumen distintos roles, y en el caso del grupo de enfermeras, son quienes deben poseer mayor necesidad de control del ambiente, dependiendo de la funcionalidad del lugar en el que se encuentren, esta tarea se les facilitará, por ejemplo en las salas de labor o la estación de enfermeras, es en donde la enfermera requiere de una mayor funcionalidad.

Por lo que respecta al factor tres, percepción del ambiente físico, los tres grupos mostraron la misma percepción para los dos hospitales, acercándose a una percepción favorable (en términos de un ambiente físico).

Entre los tres grupos, los pacientes fueron quienes presentaron una mejor percepción; las diferencias de este grupo con respecto al de los médicos y las enfermeras, probablemente puede obedecer a que algunos aspectos como el ruido, que es percibido por estos dos últimos grupos, como molesto y demasiado, en el caso de los pacientes esto no sucede, pues como lo menciona Blake, (1968) el ruido no necesariamente puede facilitar o inhibir las reacciones de estrés o bien la percepción de molestia en los pacientes cuando estos mismos lo generan, y de acuerdo con los resultados obtenidos lo mismo parece suceder con las percepciones de ventilación, temperatura e iluminación, pues probablemente en el caso de estas últimas percepciones lo importante para los pacientes es que perciban tener un control adecuado sobre estas.

En el factor cuatro, decoración, no existe mucha diferencia entre los grupos para los dos hospitales. En general la opinión es más bien de indecisión.

Entre los tres grupos, nuevamente los pacientes perciben a la decoración más favorablemente, siguiéndoles el grupo de médicos y de enfermeras.

Estas diferencias pueden deberse probablemente a que los médicos y las enfermeras han comprendido que el paciente necesita un ambiente menos rígido para facilitar su recuperación, pues como lo menciona Gordon (1976), los pacientes en un medio rígido y restrictivo generalmente responden con mecanismos de defensa, como las manifestaciones agresivas, alterando de esta manera su estado tanto físico como psicológico, lo cual tendrá una repercusión en el personal médico y de enfermería.

En el caso de los pacientes, (considerando que la mayoría es de escasos recursos), probablemente no ha cambiado la concepción del hospital rígido, que no permite la decoración, y por otro lado, parece ser que debido al estado físico en el que se encuentran estas personas, la decoración pasa desapercibida.

En lo que respecta al factor cinco, control del ambiente físico, entre los dos hospitales no hubo diferencia y en términos generales se tiende a percibirlo como favorable.

Por grupo, considerando el hospital al que pertenecen, las enfermeras, en el caso de la institución "B" fueron quienes percibieron mejor el control del ambiente en las habitaciones por parte de los pacientes de este hospital, en contraste con el grupo de las enfermeras de la institución "A" en donde percibieron en menor grado.

En el grupo de los médicos la situación antes descrita se invirtió, pues los médicos pertenecientes a la institución "A" percibieron mejor el control ambiental, en contraste a los médicos de la institución "B".

Para el grupo total de pacientes no existen diferencias entre los hospitales, la mayoría tiende a percibirlo como poco favorable.

Entre los dos hospitales y considerando los grupos de usuarios, se encontró que en el hospital o institución "A" el grupo de pacientes percibió un mejor control del ambiente, en comparación con el grupo de las enfermeras.

En el caso del hospital de la institución "B" se encontró una situación similar a la anterior. Las diferencias en las percepciones de este factor pueden obedecer a las siguientes causas:

Considerando a los pacientes, podría deberse al estado físico en que se encuentran, pues son más susceptibles a los cambios del ambiente, no obstante el tener un escaso control del ambiente lo entienden como una situación necesaria, pues aunque al paciente no se le explica en que consistirá su tratamiento, generalmente este entiende que es necesario que el control sobre el medio ambiente que él posea en la habitación, se vea afectado, por lo que la percepción puede ser baja (Wilson, 1972 y Langer y Janis, 1975).

Por otro lado, en la institución "B" existen cortinas tanto en el vidrio que separa a la habitación del pasillo como entre las camas y en las ventanas hacia el exterior, por lo que esta situación podría influir en la percepción de los tres grupos de este hospital, al compararlos con los demás grupos de la otra institución.

Las diferencias entre los grupos de enfermeras y médicos en ambas instituciones pueden deberse a que las enfermeras, como ya se mencionó anteriormente, son quienes por el rol que desempeñan en las instituciones de este tipo, enfrentan constantemente las necesidades, tanto de los médicos como de los pacientes (Canter y Craik, 1981)

Finalmente, en el caso del factor seis, ambientación arquitectónica, no se encontraron diferencias entre los dos hospitales; en general se percibe como poco adecuada. No obstante, entre los diferentes grupos se presentaron diferencias y estas se dieron entre los pacientes y los médicos siendo el primer grupo quien percibió mejor la ambientación.

Situación que puede obedecer a que el personal médico lo percibe desde la perspectiva laboral (lugar en donde pasa una buena parte de tiempo, pues aún cuando su estancia no es similar a la del personal de enfermería, si es del diario), y da la impresión que este grupo permanece mas indeciso en relación a la ambientación arquitectónica.

Al explorar las diferencias perceptuales entre los grupos de pacientes por servicio, se encontró que en general no existen diferencias entre el grupo de pacientes para las dos instituciones, considerando el servicio hospitalario en el que se encontraban en el momento de la aplicación del instrumento. Esto debido probablemente a que la muestra de este grupo de usuarios aún cuando fué escogida de manera aleatoria, no fue constante en todos los servicios, debido a la escasa población de pacientes en algunos de estos servicios.

Al considerar la pregunta sobre el número de pacientes por habitación, en el caso de la institución "A", los pacientes opinaron que cinco y los médicos y las enfermeras cuatro. En la institución "B todos los grupos opinaron tres.

Discusión general

Como puede observarse en los resultados obtenidos de las percepciones para los seis factores, existe una tendencia a lo adecuado; la excepción lo es el factor seis referente a la decoración, en la que la mayoría de los grupos permanecen indecisos en sus respuestas.

Sin embargo, realizando las observaciones por grupo, son los pacientes, quienes básicamente presentan diferencias de percepción con respecto a los grupos de enfermeras y médicos, y más aún, existen notables diferencias entre estos dos últimos grupos.

Por lo anterior se puede concluir que los pacientes, debido al estado físico y psicológico en que se encuentran, son más susceptibles al medio que les rodea por lo que su percepción del mismo puede verse afectada.

Cuestión que también se confirma considerando los resultados obtenidos en la pregunta relacionada con el número ideal de pacientes por cada habitación, pues en el caso de la institución "A" el grupo de pacientes son quienes desean que su habitación fuera compartida con cuatro pacientes más. En el caso de la institución "B", todos los grupos mencionaron que un número ideal de pacientes para cada habitación sería de tres.

Las diferencias encontradas entre el personal de enfermería y médico, llevan a pensar en la importancia que tiene el primer grupo de profesionistas, el cual se encuentra mayormente relacionado con el ambiente que rodea a los pacientes, debido al rol que desempeñan en este tipo de instituciones, en el que asumen casi totalmente la responsabilidad en el cuidado y bienestar del paciente.

Debido a las diferencias entre las dos instituciones en las que se realizó el estudio, también podemos mencionar la importancia que tiene la planeación adecuada de las instituciones de este tipo. Pues un hospital, en un momento dado, puede satisfacer totalmente las necesidades de estos tres grupos de usuarios, sin embargo el tiempo y la demanda, de los servicios de salud, que día con día aumenta, podría rebasar los niveles de funcionalidad que en un principio fueron planteados en la planeación de este tipo de instituciones.

Se debe considerar que en el transcurso del tiempo se encuentra implícito el cambio de tecnología, nuevos requerimientos de la práctica médica, y los usuarios a quienes va destinada la construcción, así como las modificaciones del estándar de vida de los mismos, por lo que se debe tener especial cuidado al considerar el factor tiempo, en la planeación para la construcción de una institución de este tipo.

Pues como lo menciona Lindeheim (1986), la proyección hacia el futuro de las necesidades de los usuarios en estas instituciones, puede verse rebasado de acuerdo a las predicciones iniciales, si no se tiene especial cuidado en el manejo del tiempo en el momento de proyectar el diseño del hospital.

Por lo que respecta al factor decoración, las diferentes percepciones, entre los pacientes y el personal tanto médico como de enfermería, nos llevan a concluir la importancia que tiene un ambiente terapéutico flexible en los pacientes, pues el excesivo control por parte de estos dos grupos encargados de brindar cuidados al paciente que no se encuentra en un estado tan crítico, puede desencadenar efectos psicológicos contrarios a los esperados o implicados en un ambiente terapéutico.

De la misma manera, los resultados obtenidos nos llevan a resaltar la importante participación que tienen los investigadores sociales, y en especial los conocedores de las ciencias ambientales, tanto en el proceso de proyección, construcción así como evaluación del ambiente construido, con la finalidad de establecer un equilibrio entre lo que se construye y la conducta humana, pues es necesario entender que los profesionistas encargados del diseño, determinan potencialmente el tipo de interacciones entre los usuarios y el entorno. (Canter, 1973)

Como consecuencia de lo anterior, debemos pensar en la necesaria integración de equipos interdisciplinarios, en el proceso de diseño y construcción del ambiente edificado, pues como lo menciona Lee (1973), la conducta humana no es la respuesta a un estímulo, sino una compleja interacción con el entorno.

De la misma manera se propone que en el diseño de una habitación se consideren más ampliamente las necesidades laborales del personal médico y de enfermería y que sea menos rígido para el grupo de pacientes, para lo cual es importante considerar el punto de vista de todos estos grupos de usuarios en el momento de planear el diseño de la habitación.

En el caso de las instituciones en las que se trabajó, resalta de manera importante, por parte de los tres grupos en los que se aplicó el instrumento, el cuarto de baño de los pacientes como una parte esencial en la percepción de funcionalidad de la habitación, lo que nos lleva a pensar en la ubicación de estos en la habitación.

Por otro lado también es necesario mencionar que además de pensar en las características físicas de las habitaciones, en el momento de planear el diseño de una habitación, se debe pensar en

el impacto a nivel perceptual que estas características tendrán en los grupos de usuarios finales.

En resumen se sugiere que además de las propuestas que mencionan Meltzer, Pineo, y Kitchell, (1982), Elguea, (1988) y Reinzentein, Grant, y Simmons, (1986), una habitación que contemple en ella el cuarto de baño de los pacientes de manera integrada, las medidas físicas que presente serán considerando la población a la que va hacer destinada, teniendo especial cuidado en las necesidades que a futuro se tengan en la institución con respecto a la demanda de los servicios.

La decoración se debe considerar también de manera tal, que ofrezca al paciente un ambiente menos rígido que influya en la sensación de confort.

De la misma manera es necesario que el paciente posea un adecuado control sobre cuestiones físicas como es la iluminación, el sistema de llamado para el personal y que su privacidad sea respetada, siendo probablemente la instalación de cortinas entre las camas y entre los pasillos una de las opciones.

Finalmente, se tienen presentes las limitaciones de este trabajo, una de las cuales es el no haber logrado que los datos finales se obtuvieran con una versión del instrumento suficientemente validado y confiabilizado.

Se recomienda que las opciones para los reactivos que conformen la escala sean en los mismos términos, pues en el momento de realizar el tratamiento estadístico se evitaría el tratar de igualarlos, como sucedió en el presente trabajo.

Considerar en un nuevo estudio la relación entre las condiciones económicas de los pacientes y sus percepciones, cuestión que no se trató en el presente trabajo, así como la

comparación entre las instituciones del sector salud y otras de carácter privado podrían arrojar mayores datos que los obtenidos, tanto para los pacientes como para los grupos de médicos y enfermeras.

Es importante resaltar el conocimiento del ambiente físico y su relación con el delirium post-operatorio, que pueden presentar los pacientes.

Aún cuando en este trabajo se consideraron además de los pacientes al personal médico y de enfermería, es importante señalar que únicamente se hizo con respecto a la habitación del paciente, no obstante es necesario mencionar que se deben considerar, a otros grupos de usuarios (por ejemplo, los visitantes, los grupos de asistencia como los religiosos y voluntarios, así como de servicio social, y de mantenimiento, entre otros), con respecto a esta misma habitación y con respecto a otros lugares en donde estos grupos también se desempeña laboralmente, con el propósito de tener una visión más completa de las instituciones hospitalarias.

APENDICES

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PACIENTES

El presente cuestionario tiene como fin conocer las opiniones y las sugerencias que usted tenga en relación al diseño físico y a las características ambientales de su habitación, con el propósito de obtener información para hacer más agradable su estancia en esta institución.

Las opiniones y sugerencias que usted proporcione serán confidenciales y se emplearán únicamente para fines estadísticos por personal externo a la institución, por lo que le pedimos sean lo más honestas posibles y se sienta usted en la completa libertad de responder

D A T O S G E N E R A L E S

EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

DIAGNOSTICO _____

CD. SO. _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

¿ HA ESTADO INTERNADO EN OTRAS INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD ?

SI () NO () ¿cuales? _____

¿ HA ESTADO INTERNADO EN OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD ?

SI () NO () ¿cuales? _____

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PACIENTES

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará varias declaraciones relacionadas con el diseño físico y las características ambientales de los cuartos de pacientes; enseguida de cada declaración encontrará una escala de respuestas con cinco líneas punteadas y en cuyos extremos se encuentran adjetivos opuestos.

Le pedimos por favor lea cuidadosamente cada declaración y marque sobre la línea punteada, una X en la opción de respuesta que más se acerque a su punto de vista.

Usted podrá elegir entre 5 opciones de respuesta, si su opinión se acerca al adjetivo extremo, usted marcará una X sobre la línea punteada más próxima a esta palabra ;

POR EJEMPLO:

EL HOSPITAL ES :

BONITO FEO
si en su opinión es BONITO

o bien

BONITO FEO
si en su opinión es FEO

Si usted opina que no es de manera extrema entonces;

BONITO FEO

o bien

BONITO FEO

La línea de en medio ofrece la opción NEUTRAL O IMPARCIAL ;

BONITO FEO

Le suplicamos que sólo utilice la opción NEUTRAL O IMPARCIAL cuando su opinión en realidad no se pueda ubicar en alguna de las otras opciones.

Al final del cuestionario se encuentra un apartado en el que usted podrá hacer sugerencias acerca de las preguntas del mismo, o bien de lo que usted crea importante y que no se esté considerando.

Por favor no deje de contestar las preguntas ya que su opinión es importante y por ningún motivo marque más de una X en cada respuesta.

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PACIENTES

1.- CONSIDERANDO LAS NECESIDADES ACTUALES DEL HOSPITAL, EL TAMAÑO DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

GRANDE _____ PEQUEÑO _____

2.- LA FORMA DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PROPICIAN UN AMBIENTE DE TRABAJO PARA MEDICOS Y ENFERMERAS:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

3.- EL LOCALIZAR SU HABITACION LE ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

4.- LA INSTALACION DE FLORES ARTIFICIALES EN LAS HABITACIONES ORIGINARIA UNA DECORACION:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

5.- EL COLOR QUE TIENEN LAS PAREDES EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

6.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHAS LAS PAREDES DE LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

7.- EL COLOR DEL PISO EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

8.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRA HECHO EL PISO DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

9.- EL COLOR DEL TECHO EN LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

10.- EL COLOR QUE TIENEN LAS PUERTAS DE LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

11.- POR SU FORMA, LAS HABITACIONES PERMITEN UNA LIMPIEZA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

- 12.- LA ILUMINACION DURANTE LA NOCHE PARA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICO REALICEN SU TRABAJO ES:
- ADECUADA ----- INADECUADA
- 13.- LA TEMPERATURA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:
- TEMPLADA ----- CALIENTE
- 14.- EL MOBILIARIO QUE HAY EN LA HABITACION FACILITA QUE MIS FAMILIARES ME CUIDEN DE MANERA:
- ADECUADA ----- INADECUADA
- 15.- LA FORMA QUE TIENEN LAS HABITACIONES FACILITA LA ATENCION AL PACIENTE DE MANERA:
- ADECUADA ----- INADECUADA
- 16.- LA ILUMINACION INFLUYE EN EL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE FORMA:
- IMPORTANTE ----- SIN INPORTANCIA
- 17.- LA VENTILACION INFLUYE EN EL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE FORMA:
- IMPORTANTE ----- SIN IMPORTANCIA
- 18.- LA ILUMINACION INFLUYE EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE DE FORMA:
- IMPORTANTE ----- SIN INPORTANCIA
- 19.- LA VENTILACION INFLUYE EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE DE FORMA:
- IMPORTANTE ----- SIN INPORTANCIA
- 20.- EL MOBILIARIO EN LA HABITACION, CAMAS Y SILLONES FACILITA LA ATENCION AL PACIENTE DE MANERA:
- ADECUADA ----- INADECUADA
- 21.- EL MOBILIARIO PARA INSTALAR INSTRUMENTOS DE ATENCION AL PACIENTE ES:
- ADECUADO ----- INADECUADO
- 22.- LA AMPLITUD DE LAS PUERTAS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PARA FACILITAR LA ENTRADA Y SALIDA DE CAMAS ES:
- ADECUADA ----- INADECUADA

23.- LA LIMPIEZA DE LA CAMA DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

24.- EL CLIMA EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

SECO _____ HUMEDO _____

25.- EL COLOR DE LOS MUEBLES DE LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

26.- LA PRIVACIDAD EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

27.- LA LIMPIEZA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

28.- EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES LAS CORRIENTES
DE AIRE SON:

NULAS _____ FRECUENTES _____

29.- LA VENTILACION EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

30.- EL MATERIAL CON EL QUE ESTAN HECHAS LAS PAREDES DE LAS
HABITACIONES FACILITA SU LIMPIEZA EN FORMA :

ADECUADA _____ INADECUADA _____

31.- EL MATERIAL CON EL QUE ESTAN HECHOS LOS PISOS DE LAS
HABITACIONES FACILITA SU LIMPIEZA EN FORMA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

32.- EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES SE PERCIBEN OLORES:

AGRADABLES _____ DESAGRADABLES _____

33.- LA TEMPERATURA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

TEMPLADA _____ FRIA _____

34.- EL ACCESO A LA HABITACION POR PARTE DEL PACIENTE ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

35.- POR EL DISEÑO DE LAS HABITACIONES, EL RUIDO QUE SE ESCUCHA
ES:

POCO _____ DEMASIADO _____

36.- LA PRIVACIDAD EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

37.- EL NUMERO DE PACIENTES EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

38.- EL NUMERO IDEAL DE PACIENTES EN CADA HABITACION
PODRIA SER :

39.- EN GENERAL, EL ESPACIO PARA CADA PACIENTE EN LA HABITACION
ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

40.- EN LA HABITACION EL PACIENTE (CUANDO SU PADECIMIENTO LO
PERMITE) PUEDE DESPLAZARSE:

FACILMENTE _____ DIFICILMENTE _____

41.- EL ESCUCHAR LO QUE SUCEDE CON OTROS PACIENTES DE LA MISMA
SALA, A LOS PACIENTES:

NO LES AFECTA _____ LES AFECTA _____

42.- EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES SE PERCIBEN OLORES:

AGRADABLES _____ DESAGRADABLES _____

43.- EL SISTEMA DE SEÑALES PARA LLAMAR AL PERSONAL MEDICO
Y DE ENFERMERIA POR PARTE DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

44.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHAS LAS PAREDES DEL
BAÑO DE LOS PACIENTES FACILITA SU LIMPIEZA DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

45.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHOS LOS PISOS DEL BAÑO
DE LOS PACIENTES FACILITA SU LIMPIEZA DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

46.- LOS PACIENTES TIENEN UN CONTROL SOBRE LA ILUMINACION DE SU
HABITACION:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

47.- SI AL PACIENTE SE LE PERMITIERA TENER OBJETOS PERSONALES EN SU HABITACION (COMO FOTOGRAFIAS), SE ORIGINARIA UN AMBIENTE:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

48.- EL CLIMA EN SU HABITACION ES:

SECO _____ HUMEDO _____

49.- POR LA UBICACION DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES EL RUIDO QUE SE ESCUCHA:

NO MOLESTA _____ MOLESTA _____

50.- LA INSTALACION DE CORTINAS ENTRE LAS CAMAS DE LOS PACIENTES PERMITIRIA UNA PRIVACIDAD:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

51.- EL ACCESO AL BAÑO POR PARTE DE LOS PACIENTES ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

52.- LA VENTILACION EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

53.- EL MOBILIARIO QUE EXISTE EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

54.- POR SU DISEÑO EL BAÑO DE LOS PACIENTES PERMITE UNA LIMPIEZA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

55.- POR HIGIENE DE LOS PACIENTES SE DEBERIA INSTALAR UN BAÑO EN CADA HABITACION:

DE ACUERDO _____ EN DESACUERDO _____

56.- LA LIMPIEZA EN LA ROPA DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

57.- AL PACIENTE, LA ILUMINACION ARTIFICIAL DURANTE LA NOCHE:

NO LE AFECTA _____ LE AFECTA _____

58.- EL INSTALAR CORTINAS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PERMITIRIA UNA PRIVACIDAD:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

59.- EL QUE EXISTA UN LUGAR PARA QUE EL PERSONAL MEDICO COMUNIQUE A LOS FAMILIARES EL DIAGNOSTICO ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

60.- EL ACCESO A LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

OBSERVACIONES: _____

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRACIAS POR SU COLABORACION

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PERSONAL MEDICO

El presente cuestionario tiene como fin conocer las opiniones y las sugerencias que usted tenga en relación al diseño físico y a las características ambientales de las habitaciones de los pacientes, con el propósito de obtener indicadores para facilitar su trabajo y hacer más agradable su estancia en esta institución.

Las opiniones y sugerencias que usted proporcione serán confidenciales y se emplearán únicamente para fines estadísticos por personal externo a la institución; por lo que le pedimos sean lo más honestas posibles y se sienta usted en la completa libertad de responder

D A T O S G E N E R A L E S

EDAD _____

SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

ADSCRITO (A) AL SERVICIO DE _____

ANTIGUEDAD LABORAL EN ESTE HOSPITAL (AÑOS, MESES) _____

LA CATEGORIA QUE USTED OCUPA ES:

INTERNO () RESIDENTE () ADSCRITO () JEFE DE SERVICIO ()

¿ HA TRABAJADO EN OTRAS INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD ?

SI () NO () ¿cuales? _____

¿ HA TRABAJADO EN INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD ?

SI () NO () ¿cuales? _____

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PERSONAL MEDICO

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará varias declaraciones relacionadas con el diseño físico y las características ambientales de los cuartos de pacientes; enseguida de cada declaración encontrará una escala de respuestas con cinco líneas punteadas y en cuyos extremos se encuentran adjetivos opuestos.

Le pedimos por favor lea cuidadosamente cada declaración y marque sobre la línea punteada, una X en la opción de respuesta que más se acerque a su punto de vista.

Usted podrá elegir entre 5 opciones de respuesta, si su opinión se acerca al adjetivo extremo, usted marcará una X sobre la línea punteada más próxima a esta palabra ;

POR EJEMPLO:

EL HOSPITAL ES :

BONITO X _____ _____ _____ _____ FEO
si en su opinión es BONITO

o bien

BONITO _____ _____ _____ X _____ FEO
si en su opinión es FEO

Si usted opina que no es de manera extrema entonces;

BONITO X _____ _____ _____ _____ FEO

o bien

BONITO _____ _____ _____ X _____ FEO

La línea de en medio ofrece la opción NEUTRAL O IMPARCIAL ;

BONITO _____ _____ X _____ _____ FEO

Le suplicamos que sólo utilice la opción NEUTRAL O IMPARCIAL cuando su opinión en realidad no se pueda ubicar en alguna de las otras opciones.

Al final del cuestionario se encuentra un apartado en el que usted podrá hacer sugerencias acerca de las preguntas del mismo, o bien de lo que usted crea importante y que no se esté considerando.

Por favor no deje de contestar las preguntas ya que su opinión es importante y por ningún motivo marque más de una X en cada respuesta.

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PERSONAL MEDICO

1.- CONSIDERANDO LAS PRIORIDADES ACTUALES DEL HOSPITAL, EL TAMAÑO DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

GRANDE _____ PEQUEÑO _____

2.- LA FORMA DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PROPICIAN UN AMBIENTE DE TRABAJO:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

3.- LOCALIZAR LA HABITACION DE UN PACIENTE ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

4.- LA INSTALACION DE FLORES ARTIFICIALES EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ORIGINARIA UNA DECORACION:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

5.- EL COLOR QUE TIENEN LAS PAREDES EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

6.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHAS LAS PAREDES DE LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

7.- EL COLOR DEL PISO EN LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

8.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRA HECHO EL PISO DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

9.- EL COLOR DEL TECHO EN LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

10.- EL COLOR QUE TIENEN LAS PUERTAS DE LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

11.- POR SU FORMA, LAS HABITACIONES PERMITEN UNA LIMPIEZA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

12.- LA ILUMINACION DURANTE LA NOCHE PARA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICO REALICEN SU TRABAJO ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

13.- LA TEMPERATURA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

TEMPLADA _____ CALIENTE _____

14.- EL MOBILIARIO EN LA HABITACION DEL PACIENTE FACILITA QUE LOS FAMILIARES LO CUIDEN DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

15.- LA FORMA QUE TIENEN LAS HABITACIONES FACILITA LA ATENCION AL PACIENTE DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

16.- LA ILUMINACION INFLUYE EN EL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

17.- LA VENTILACION INFLUYE EN EL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

18.- LA ILUMINACION INFLUYE EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

19.- LA VENTILACION INFLUYE EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

20.- EL MOBILIARIO EN LA HABITACION, CAMAS Y SILLONES FACILITA LA ATENCION AL PACIENTE DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

21.- EL MOBILIARIO PARA INSTALAR INSTRUMENTOS DE ATENCION AL PACIENTE ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

22.- LA AMPLITUD DE LAS PUERTAS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PARA FACILITAR LA ENTRADA Y SALIDA DE CAMAS ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

- 23.- LA LIMPIEZA DE LA CAMA DE LOS PACIENTES ES:
 ADECUADA _____ INADECUADA _____
- 24.- EL CLIMA EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:
 SECO _____ HUMEDO _____
- 25.- EL COLOR DE LOS MUEBLES DE LAS HABITACIONES ES:
 AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____
- 26.- LA PRIVACIDAD EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:
 ADECUADA _____ INADECUADA _____
- 27.- LA LIMPIEZA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:
 ADECUADA _____ INADECUADA _____
- 28.- EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES LAS CORRIENTES DE AIRE SON:
 NULAS _____ FRECUENTES _____
- 29.- LA VENTILACION EN LAS HABITACIONES ES:
 ADECUADA _____ INADECUADA _____
- 30.- EL MATERIAL CON EL QUE ESTAN HECHAS LAS PAREDES DE LAS HABITACIONES FACILITA SU LIMPIEZA EN FORMA:
 ADECUADA _____ INADECUADA _____
- 31.- EL MATERIAL CON EL QUE ESTAN HECHOS LOS PISOS DE LAS HABITACIONES FACILITA SU LIMPIEZA EN FORMA:
 ADECUADA _____ INADECUADA _____
- 32.- EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES SE PERCI BEN OLORES:
 AGRADABLES _____ DESAGRADABLES _____
- 33.- LA TEMPERATURA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:
 TEMPLADA _____ FRIA _____
- 34.- EL ACCESO A LA HABITACION POR PARTE DEL PACIENTE ES:
 FACIL _____ DIFICIL _____
- 35.- POR EL DISEÑO DE LAS HABITACIONES, EL RUIDO QUE SE ESCUCHA ES:
 POCO _____ DEMASIADO _____

36.- LA PRIVACIDAD EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECuada

37.- EL NUMERO DE PACIENTES EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECuADO

38.- EL NUMERO IDEAL DE PACIENTES EN CADA HABITACION
PODRIA SER: _____

39.- EN GENERAL, EL ESPACIO PARA CADA PACIENTE EN LA HABITACION
ES:

ADECUADO _____ INADECuADO

40.- EN LA HABITACION EL PACIENTE (CUANDO SU PADECIMIENTO LO
PERMITE) PUEDE DESPLAZARSE:

FACILMENTE _____ DIFICILMENTE

41.- EL ESCUCHAR LO QUE SUCEDE CON OTROS PACIENTES DE LA MISMA
SALA, A LOS PACIENTES:

NO LES AFECTA _____ LES AFECTA

42.- EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES SE PERCIBEN OLORES:

AGRADABLES _____ DESAGRADABLES

43.- EL SISTEMA DE SEÑALES PARA LLAMAR AL PERSONAL MEDICO Y DE
ENFERMERIA POR PARTE DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECuADO

44.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHAS LAS PAREDES DEL
BAÑO DE LOS PACIENTES FACILITA SU LIMPIEZA DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECuada

45.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHOS LOS PISOS DEL BAÑO
DE LOS PACIENTES FACILITA SU LIMPIEZA DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECuada

46.- LOS PACIENTES TIENEN UN CONTROL SOBRE LA ILUMINACION DE SU
HABITACION:

ADECUADO _____ INADECuADO

47.- SI AL PACIENTE SE LE PERMITIERA TENER OBJETOS PERSONALES EN SU HABITACION (COMO FOTOGRAFIAS), SE ORIGINARIA UN AMBIENTE:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

48.- EL CLIMA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

SECO _____ HUMEDO _____

49.- POR LA UBICACION DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES EL RUIDO QUE SE ESCUCHA:

NO MOLESTA _____ MOLESTA _____

50.- LA INSTALACION DE CORTINAS ENTRE LAS CAMAS DE LOS PACIENTES PERMITIRIA UNA PRIVACIDAD:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

51.- EL ACCESO AL BAÑO POR PARTE DE LOS PACIENTES ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

52.- LA VENTILACION EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

53.- EL MOBILIARIO QUE EXISTE EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

54.- POR SU DISEÑO EL BAÑO DE LOS PACIENTES PERMITE UNA LIMPIEZA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

55.- POR HIGIENE DE LOS PACIENTES SE DEBERIA INSTALAR UN BAÑO EN CADA HABITACION:

DE ACUERDO _____ EN DESACUERDO _____

56.- LA LIMPIEZA EN LA ROPA DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

57.- AL PACIENTE, LA ILUMINACION ARTIFICIAL DURANTE LA NOCHE:

NO LE AFECTA _____ LE AFECTA _____

58.- EL INSTALAR CORTINAS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PERMITIRIA UNA PRIVACIDAD:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

59.- EL QUE EXISTA UN LUGAR PARA QUE EL PERSONAL MEDICO COMUNIQUE A LOS FAMILIARES EL DIAGNOSTICO ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

60.- EL ACCESO A LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

OBSERVACIONES: _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PERSONAL DE ENFERMERIA

El presente cuestionario tiene como fin conocer las opiniones y las sugerencias que usted tenga en relación al diseño físico y a las características ambientales de las habitaciones de los pacientes, con el propósito de obtener indicadores para facilitar su trabajo y hacer más agradable su estancia en esta institución.

Las opiniones y sugerencias que usted proporcione serán confidenciales y se emplearán únicamente para fines estadísticos por personal externo a la institución, por lo que le pedimos sean lo más honestas posibles y se sienta usted en la completa libertad de responder

D A T O S G E N E R A L E S

EDAD _____

SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

ADSCRITA (O) AL SERVICIO DE _____

ANTIGUEDAD LABORAL EN ESTE HOSPITAL (AÑOS, MESES) _____

LA CATEGORIA QUE USTED OCUPA ES:

AUX. O AYUDANTE DE ENF. () PASANTE DE ENF. ()

ENF. GENERAL () ENF. ESPECIALIZADA () JEFE DE SERVICIO ()

¿ HA TRABAJADO EN OTRAS INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD ?

SI () NO () ¿cuales? _____

¿ HA TRABAJADO EN INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD ?

SI () NO () ¿cuales? _____

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

PERSONAL DE ENFERMERIA

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará varias declaraciones relacionadas con el diseño físico y las características ambientales de los cuartos de pacientes; enseguida de cada declaración encontrará una escala de respuestas con cinco líneas punteadas y en cuyos extremos se encuentran adjetivos opuestos.

Le pedimos por favor lea cuidadosamente cada declaración y marque sobre la línea punteada, una X en la opción de respuesta que más se acerque a su punto de vista.

Usted podrá elegir entre 5 opciones de respuesta, si su opinión se acerca al adjetivo extremo, usted marcará una X sobre la línea punteada más próxima a esta palabra ;

POR EJEMPLO:

EL HOSPITAL ES :

BONITO _____ FEO
si en su opinión es BONITO

o bien

BONITO _____ FEO
si en su opinión es FEO

Si usted opina que no es de manera extrema entonces:

BONITO _____ FEO

o bien

BONITO _____ FEO

La línea de en medio ofrece la opción NEUTRAL O IMPARCIAL ;

BONITO _____ FEO

Le suplicamos que sólo utilice la opción NEUTRAL O IMPARCIAL cuando su opinión en realidad no se pueda ubicar en alguna de las otras opciones.

Al final del cuestionario se encuentra un apartado en el que usted podrá hacer sugerencias acerca de las preguntas del mismo, o bien de lo que usted crea importante y que no se esté considerando.

Por favor no deje de contestar las preguntas ya que su opinión es importante y por ningún motivo marque más de una X en cada respuesta.

INVENTARIO AMBIENTAL DEL AREA DE HOSPITALIZACION

ENFERMERIA

1.- CONSIDERANDO LAS PRIORIDADES ACTUALES DEL HOSPITAL, EL TAMAÑO DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

GRANDE _____ PEQUEÑO _____

2.- LA FORMA DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PROPICIAN UN AMBIENTE DE TRABAJO:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

3.- LOCALIZAR LA HABITACION DE UN PACIENTE ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

4.- LA INSTALACION DE FLORES ARTIFICIALES EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ORIGINARIA UNA DECORACION:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

5.- EL COLOR QUE TIENEN LAS PAREDES EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

6.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHAS LAS PAREDES DE LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

7.- EL COLOR DEL PISO EN LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

8.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRA HECHO EL PISO DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

9.- EL COLOR DEL TECHO EN LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

10.- EL COLOR QUE TIENEN LAS PUERTAS DE LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

11.- POR SU FORMA, LAS HABITACIONES PERMITEN UNA LIMPIEZA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

12.- LA ILUMINACION DURANTE LA NOCHE PARA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICO REALICEN SU TRABAJO ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

13.- LA TEMPERATURA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

TEMPLADA _____ CALIENTE _____

14.- EL MOBILIARIO EN LA HABITACION DEL PACIENTE FACILITA QUE LOS FAMILIARES LO CUIDEN DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

15.- LA FORMA QUE TIENEN LAS HABITACIONES FACILITA LA ATENCION AL PACIENTE DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

16.- LA ILUMINACION INFLUYE EN EL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

17.- LA VENTILACION INFLUYE EN EL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

18.- LA ILUMINACION INFLUYE EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

19.- LA VENTILACION INFLUYE EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE DE FORMA:

IMPORTANTE _____ SIN IMPORTANCIA _____

20.- EL MOBILIARIO EN LA HABITACION, CAMAS Y SILLONES FACILITA LA ATENCION AL PACIENTE DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

21.- EL MOBILIARIO PARA INSTALAR INSTRUMENTOS DE ATENCION AL PACIENTE ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

22.- LA AMPLITUD DE LAS PUERTAS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PARA FACILITAR LA ENTRADA Y SALIDA DE CAMAS ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

23.- LA LIMPIEZA DE LA CAMA DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

24.- EL CLIMA EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

SECO _____ HUMEDO _____

25.- EL COLOR DE LOS MUEBLES DE LAS HABITACIONES ES:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

26.- LA PRIVACIDAD EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

27.- LA LIMPIEZA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

28.- EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES LAS CORRIENTES DE AIRE SON:

NULAS _____ FRECUENTES _____

29.- LA VENTILACION EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

30.- EL MATERIAL CON EL QUE ESTAN HECHAS LAS PAREDES DE LAS HABITACIONES FACILITA SU LIMPIEZA EN FORMA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

31.- EL MATERIAL CON EL QUE ESTAN HECHOS LOS PISOS DE LAS HABITACIONES FACILITA SU LIMPIEZA EN FORMA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

32.- EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES SE PERCIBEN OLORES:

AGRADABLES _____ DESAGRADABLES _____

33.- LA TEMPERATURA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

TEMPLADA _____ FRIA _____

34.- EL ACCESO A LA HABITACION POR PARTE DEL PACIENTE ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

35.- POR EL DISEÑO DE LAS HABITACIONES, EL RUIDO QUE SE ESCUCHA ES:

POCO _____ DEMASIADO _____

36.- LA PRIVACIDAD EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

37.- EL NUMERO DE PACIENTES EN LAS HABITACIONES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

38.- EL NUMERO IDEAL DE PACIENTES EN CADA HABITACION
PODRIA SER: _____

39.- EN GENERAL, EL ESPACIO PARA CADA PACIENTE EN LA HABITACION
ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

40.- EN LA HABITACION EL PACIENTE (CUANDO SU PADECIMIENTO LO
PERMITE) PUEDE DESPLAZARSE:

FACILMENTE _____ DIFICILMENTE _____

41.- EL ESCUCHAR LO QUE SUCEDE CON OTROS PACIENTES DE LA MISMA
SALA, A LOS PACIENTES:

NO LES AFECTA _____ LES AFECTA _____

42.- EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES SE PERCIBEN OLORES:

AGRADABLES _____ DESAGRADABLES _____

43.- EL SISTEMA DE SEÑALES PARA LLAMAR AL PERSONAL MEDICO Y DE
ENFERMERIA POR PARTE DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

44.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHAS LAS PAREDES DEL
BAÑO DE LOS PACIENTES FACILITA SU LIMPIEZA DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

45.- EL MATERIAL DEL QUE SE ENCUENTRAN HECHOS LOS PISOS DEL BAÑO
DE LOS PACIENTES FACILITA SU LIMPIEZA DE MANERA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

46.- LOS PACIENTES TIENEN UN CONTROL SOBRE LA ILUMINACION DE SU
HABITACION:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

47.- SI AL PACIENTE SE LE PERMITIERA TENER OBJETOS PERSONALES EN SU HABITACION (COMO FOTOGRAFIAS), SE ORIGINARIA UN AMBIENTE:

AGRADABLE _____ DESAGRADABLE _____

48.- EL CLIMA EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES ES:

SECO _____ HUMEDO _____

49.- POR LA UBICACION DE LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES EL RUIDO QUE SE ESCUCHA:

NO MOLESTA _____ MOLESTA _____

50.- LA INSTALACION DE CORTINAS ENTRE LAS CAMAS DE LOS PACIENTES PERMITIRIA UNA PRIVACIDAD:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

51.- EL ACCESO AL BAÑO POR PARTE DE LOS PACIENTES ES:

FACIL _____ DIFICIL _____

52.- LA VENTILACION EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

53.- EL MOBILIARIO QUE EXISTE EN EL BAÑO DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

54.- POR SU DISEÑO EL BAÑO DE LOS PACIENTES PERMITE UNA LIMPIEZA:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

55.- POR HIGIENE DE LOS PACIENTES SE DEBERIA INSTALAR UN BAÑO EN CADA HABITACION:

DE ACUERDO _____ EN DESACUERDO _____

56.- LA LIMPIEZA EN LA ROPA DE LOS PACIENTES ES:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

57.- AL PACIENTE, LA ILUMINACION ARTIFICIAL DURANTE LA NOCHE:

NO LE AFECTA _____ LE AFECTA _____

58.- EL INSTALAR CORTINAS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PERMITIRIA UNA PRIVACIDAD:

ADECUADA _____ INADECUADA _____

59.- EL QUE EXISTA UN LUGAR PARA QUE EL PERSONAL MEDICO COMUNIQUE A LOS FAMILIARES EL DIAGNOSTICO ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

60.- EL ACCESO A LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES:

ADECUADO _____ INADECUADO _____

OBSERVACIONES: _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

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

Blake, B. (1968) A study of noise and its relationship to patient discomfort in the recovery Nursing Research (17) 247- 250

Brown, L. (1971) Nuevas dimensiones en el cuidado de los pacientes. México: La prensa Médica .

Canter y Canter (1979) Designing for therapeutic environments: A review of research New York: Wiley & Sons.

Canter, D. y Criak (1981) Environmental Psychology Journal of Environmental Psychology 1 (1)

Canter, D. (1973). Necesidad de una teoría de la función arquitectónica. Hacia una psicología de la arquitectura: Teoría y métodos. Barcelona: La Gaya Ciencia.

Canter, D. (1977). The Psychology of place. The Architectural Press LTD: London.

Castillo, M. (1979). Factores de riesgo en la psicogénesis de las enfermedades cardiovasculares. Tesis. México: UNAM. facultad de Psicología.

Díaz y Urbina (1985). Ambientes terapéuticos: evaluación de una sala de rehabilitación para niños desnutridos. Congreso Internacional de Psicología La Habana, Cuba.

Elguea, M. (1988). Impacto del ambiente edificado en unidades de cuidados a pacientes en estado crítico. Manuscrito Inédito.

Fajardo, G. (1983). Atención médica, teoría y práctica administrativas. México: La Prensa Médica.

Gordon, A. (1976) The effects of treatment environments Journal of Psychosomatic Research (20) 363-366

Haynal, A. y Pasini, W. (1984). Enfermedades cardiovasculares. Manual de medicina psicosomática. México: Masson, 92-104.

Larrea, y Escudero. Congreso nacional de cardiología. Sociedad Mexicana de cardiología, nov. 1985.

Langer, E., Janis, I. y Wolfer, J. (1975) Reduction of psychological stress in surgical patients. Journal of Experimental Social Psychology, 11, 155-165.

Lee, T. (1973). Psicología y determinismo arquitectónico. En Canter y T.L. (Eds.). Hacia una psicología de la arquitectura: Teoría y Métodos. Barcelona: La Gaya Ciencia.

Levy-Leboyer, C. (1985). Psicología y medio ambiente. Madrid: Morata, 15-16.

Lipkin, G. y Cohen, R. (1984). Atención emocional del paciente. México: La Prensa Médica .

Lindhein, R. (1986). Factors which determine hospital design. American Journal Psychiatric Hospital, 56, (10), 1668-1674.

Llorens, T. (1973). La Psicología de la arquitectura. Algunos problemas epistemológicos. En Canter y T. L. (Eds.) Hacia una psicología de la arquitectura: Teoría y métodos. Barcelona: La Gaya Ciencia.

Marvin, E. y Recant, L. (1966). Diabetes and the enviroment. Archives Enviroment Health, 12, 621-630.

Meltzer, L., Pineo, T. y Kitchell, J. (1982). Cuidados intensivos para el paciente coronario. México: La Prensa Médica.

Mercado y Delahanty, (1985). Medición de la calidad de las construcciones a través de una prueba de habitabilidad y funcionalidad de edificios, Revista Mexicana de Psicología. 11, (2), 109-112.

Moos, R. (1981). Work environment scale: Manual Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Ortega, P. y Urbina, J. (1988). A case study of noayfinding and security in a Mexico city hospital. En: Environmental Designing Reserch Assosiation (ed). EDRA 19 1978. People's needs, planet management. Pomona, California: EDRA.

Petrillo, M. y Sanger, S. (1975). Cuidado emocional del niño hospitalizado. México: La Prensa Médica.

Proshansky, H., Itelson, W. y Rivlin, L. (1978). La psicología ambiental: El hombre y su entorno físico. México: Trillas.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1987, 98-100.

Reizenstein, J., Grant, M., y Simmons, D. (1986). Design that cares. Houston, Texas. American Hospital Publishing.

Stringer, P. (1973). El arquitecto es un hombre. En Canter y Stringer, P. (Eds.) Hacia una psicología de la arquitectura: Teoría y métodos. Barcelona: La Gaya Ciencia.

Trites, D., Galbraeth, F., Sturdavant, M. y Leckwort, J. (1970). Influence of nursing-unit design on the activities and subjetive feelings of nursing personal. Enviroment and Behavior, 2, (3).

Tusler, W., Jr., Schraishuhn, R., y Meyer, E., (1985) Health-care facility programing. En Wolfgang P. (Edts.) Programing the built environment New York. Van nostrand reinhold company.

Wilson, L. (1972). Intensive care delirium. Archives International Medical, 130, 225-226.

Wolfe, M. (1975). Room size, group size and density: Behavior patterns in a children's psychiatric facility. Enviromental and Behavior, 7 (2), 199-224.