



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"EVALUACION AMBIENTAL E IMAGEN INSTITUCIONAL
EN SALAS DE ESPERA HOSPITALARIAS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:
ARMANDO QUINTERO PANTOJA
SANDRA LORENA QUIROZ DIAZ

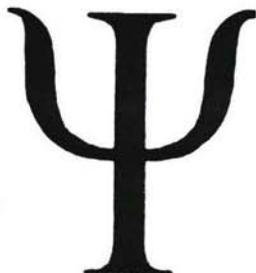
DIRECTORA DE TESIS: DRA. PATRICIA ORTEGA ANDEANE

REVISOR: DR. ALFONSO VALADEZ RAMIREZ

SINODALES: DR. SERAFIN MERCADO DOMENECH

MATRO. GERMAN ALVAREZ DIAZ DE LEON

MTRO. FRANCISCO JAVIER URBINA SORIA



CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D.F.

AGOSTO DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a mis padres por su apoyo, paciencia, comprensión, dedicación, entereza y ejemplo, pero sobre todo por brindarme su gran amor y confianza que es lo que cimienta la seguridad, entrega, dedicación y esfuerzo que pongo en cada uno de mis propósitos, metas y anhelos, y que afortunadamente ahora me encuentro culminando uno de los mas decisivos, cerrando un ciclo importante y crucial en mi vida y en la de ellos.

Agradezco a mis hermanos, tía y primo que se privaron de ciertas cosas por apoyarme y que me regalaron un espacio de sus vidas, nutriendo el desarrollo de este proyecto. Al igual que a la familia Pérez Gama y a mi compañero y siempre amigo de trabajo, que soportaron diversos momentos de desesperanza, tristeza y angustia y a los que por demás le estaré siempre agradecida.

S.L.Q.D.

Doy gracias a mi familia por su apoyo incondicional y desinteresado que es una importante fuente de motivación y fuerza, al igual que la paciencia y esfuerzo de mi compañera y amiga S. L. Q. D., y a A. V. R. B. por su importante compañía e influencia en mi persona.

A. Q. P.

Agradecemos al personal docente y académico que hicieron posible la realización de este trabajo, ya que el ejercicio de la Psicología en todas sus áreas, requiere de un trabajo integral y en conjunto como el realizado por la Dra. Patricia Ortega, el Mtro. Cesáreo Estrada, el Dr. Alfonso Valadez, el Dr. Serafin Mercado, el Mtro. Javier Urbina y el Mtro. Germán Alvarez, que por su dedicación, conocimiento y experiencia, ayudaron no solo a enriquecer este trabajo, sino a una parte importante de nuestro desarrollo profesional.

ÍNDICE

	Págs.
1.- RESUMEN	3
2.- INTRODUCCIÓN	6
3.- ANTECEDENTES	19
3.1 Investigación en escenarios hospitalarios	21
3.2 Investigación en salas de espera hospitalarias	23
4.- HISTORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	41
5.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	45
6.- EVALUACIÓN AMBIENTAL E IMAGEN INSTITUCIONAL EN SALAS DE ESPERA.	48
6.1 Justificación	48
6.2 MÉTODO	50
6.2.1 Planteamiento del problema	50
6.2.2 Hipótesis	50
6.2.3 Variables	51
6.2.4 Escenario	53
6.2.5 Sujetos	55
6.2.6 Muestra	56
6.2.7 Tipo de estudio	57
6.2.8 Instrumentos	58
6.2.9 Material	59
6.2.10 Procedimiento	60
7.- RESULTADOS	62
8.- DISCUSIÓN	80
8.1 Sugerencias y limitaciones	84
8.2 Aportaciones	85
9.- REFERENCIAS	86
APÉNDICES	91

1.- Resumen

Dentro del contexto de la psicología ambiental se realizó una investigación a cerca de las características ambientales que están presentes en las salas de consulta externa de un hospital general público, con el objeto de conocer información que pueda redundar en más investigación que beneficie y mejore la calidad del servicio médico en escenarios hospitalarios públicos. La muestra estuvo constituida por 300 sujetos, de los cuales 150 (75 hombres y 75 mujeres) corresponden a pacientes que asistieron al servicio de consulta externa y que fue por lo menos la segunda ocasión de haber asistido. Los 150 (75 hombres y 75 mujeres) restantes, familiares o acompañantes de los pacientes que de igual manera hayan asistido por lo menos en dos ocasiones con su familiar al servicio de consulta externa. Los instrumentos se aplicaron en las tres diferentes salas de espera que constituyen el servicio de consulta externa, seleccionando los sujetos de forma intencional por cuota del tipo de usuario, sexo y tipo de sala.

Se utilizaron dos escalas denominadas "Imagen institucional" y "Evaluación ambiental" con el fin de encontrar posibles relaciones con variables como edad, sexo, tipo de usuario (paciente o familiar), escolaridad y tres salas de espera hospitalarias. El primero consta de 22 reactivos afirmativos con una escala de respuesta de cero a diez. Mide la valoración de la calidad de la atención, así como el de la institución y los sentimientos que le genera la estancia en la sala de espera. La confiabilidad de la escala completa se obtuvo con el coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach que fue de .75. Su validez se obtuvo a través de un análisis factorial de componentes principales, estando la solución final sujeta a una rotación oblimin quedando cuatro factores con valores eigen mayores a uno, que explican el 63% de la varianza total. El segundo consta de 24 reactivos afirmativos con una escala de respuesta que va de cero a diez. Mide la evaluación y percepción de espacios físicos y ambientales. La confiabilidad de la escala completa se obtuvo con el coeficiente alpha de Cronbach con un nivel de significancia de .84. Su validez se obtuvo por medio de un análisis factorial de componentes principales estando la solución final sujeta a una rotación oblimin,

quedando cuatro factores con valores eigen mayores a uno que explican el 50 % de la varianza total.

Los resultados se presentan en tres partes: Primero se realizó un análisis de frecuencias de las variables atributivas: sexo, escolaridad, tipo de usuario y tres salas de espera, así como de las variables dependientes de la muestra total. El segundo análisis fue de contrastación de medias según se presentó el caso, mediante pruebas "t" y análisis de varianza para conocer las diferencias estadísticamente significativas entre las variables de sexo, escolaridad, tres salas de espera y tipo de usuario (pacientes y familiares o acompañantes), y por último análisis post-hoc para conocer entre que variables se establecía las diferencias significativas. Se encontró que existen diferencias entre las tres salas de espera en función del factor clima ambiental (mide la percepción de aspectos relacionados con la ventilación, el frío y la presencia de ventanas en la sala) y calidad humana de la atención (mide aspectos relacionados con la información y amabilidad que brinda el personal, así como la rapidez y eficiencia de la atención a los pacientes). Respecto a la variable sexo se encontraron diferencias en el factor imagen simbólica del ambiente (mide la valoración de los usuarios sobre si el escenario les brinda las condiciones adecuadas para satisfacer sus necesidades) y el factor funcionalidad (mide aspectos físicos del mobiliario y la sala en términos del tamaño, decoración, higiene, iluminación, accesibilidad y control de citas). En relación a la variable escolaridad, cuando esta es baja, aunado a puntuaciones bajas en la percepción de la funcionalidad y de la valoración física del ambiente hospitalario, se encontraron puntuaciones altas asociadas al nivel de estrés o de ansiedad percibida en los usuarios, tanto pacientes como familiares.

El presente estudio continua una línea de investigación relacionada con los trabajos realizados por Ortega y algunos colaboradores (Ortega-Andeane, 1991; Ortega, P., 1992; Velásquez, A., Reidl, L., Ortega, P., Estrada, C. y López, E., 1998; Ortega, P., Reidl, L., López, E. y Estrada, C., 2000; Ortega, P., 2002; Reidl, L., Ortega, P., y Estrada, C., 2002; Ortega, P. y Aguilar, J., 2003), la cual ha estado involucrada en

los últimos quince años en el estudio de escenarios hospitalarios tanto públicos como privados en México.

2.- INTRODUCCIÓN

Ya antes se ha hecho mención de la influencia del ser humano sobre el medio ambiente, no solo desde el punto de vista arquitectónico o industrial, sino desde el punto de vista ecológico por la sobreexplotación de los recursos naturales de nuestro planeta. Los seres humanos en pro de sus intereses, ejercen una notable influencia sobre su medio ambiente, pero si retomamos algunos ejemplos, como es la sobreexplotación de los recursos, la reducción de la capa de ozono, la explosión demográfica, la lluvia ácida, el aumento de las zonas desérticas, las dificultades de reciclar los residuos químicos y nucleares, por mencionar algunos, conllevan a un fuerte poder catastrófico, ejerciendo una clara influencia sobre los seres humanos en diversas formas, como el estrés ó la violencia en el mundo urbano (Aragónés y Amérigo,1998), sin embargo, no sólo el ser humano es un poderoso agente de cambio sobre el escenario físico, sino que el escenario físico también es un poderoso agente de cambio sobre los sujetos. Esta influencia bidireccional no solo la podemos ver en el medio ambiente natural con los problemas ecológicos actuales y la forma en que afecta al hombre, sino también en el diseño de espacios físicos en el medio ambiente urbano, residencial o institucional. Páramo (2002) define el ambiente como aquel que interactúa con las necesidades, deseos, propósitos y capacidades para generar las experiencias que se tienen, creando conocimiento en esa interacción física, haciendo posible las transacciones entre las personas y el ambiente dando lugar al cambio y moldeamiento, surgiendo así la psicología ambiental.

Sunyer y Sánchez (1994) mencionan que desde los años cincuenta se vienen desarrollando diversos trabajos tendientes a valorar la importancia del entorno en el comportamiento de los grupos humanos. En donde dichos trabajos ponen de manifiesto la influencia no solo de los aspectos del entorno físico, sino aquellos otros derivados del ambiente, es decir, el conjunto de aspectos relacionales y estructurales que generados por los grupos humanos, configuran determinadas y diferenciadas pautas de conducta en donde el ambiente define y diferencia lugares o escenarios.

Para estudiar éstas relaciones complejas entre el medio ambiente y las personas, surge en los años sesenta la psicología ambiental. Holahan (1991) remonta los orígenes de esta disciplina en 1947 cuando dos psicólogos de la Universidad de Kansas fundan la "Estación Psicológica de Midwest" con el objetivo de conocer la forma en que las situaciones ambientales del mundo real afectan la conducta de las personas. Ya Barker y Wright hablaron sobre los escenarios conductuales y la conducta en particular de los individuos, de tal manera que estos dos elementos son inter independientes. Cuando estos dos elementos se encuentran "fuera de tono", la situación que se tiene como resultado es poco usual (Holahan, 1991). A grandes rasgos uno de los primeros planteamientos, era el problema del ajuste entre el escenario conductual y la conducta de los sujetos dentro de ese escenario, posteriormente el interés se centra en el diseño arquitectónico, en el diseño de espacios trabajan en conjunto arquitectos, psicólogos y sociólogos, resaltando la interrelación del diseño de espacios y la conducta de los sujetos para facilitar las actividades humanas. Posteriormente surge una nueva visión que da a luz el interés por los problemas en sociedad, reconsiderando la calidad del ambiente y las consecuencias ambientales que pueden presentarse.

Moser (2002) afirma que la psicología ambiental tradicionalmente se ha desarrollado por demandas de tipo social, en el caso de los países anglosajones, las demandas de los arquitectos han contribuido a la emergente creación de una psicología ambiental centrada en la planificación. En América Latina, de la misma forma, los problemas sociales son los que han influido a la consolidación y desarrollo de la disciplina. En Francia se le atribuye al rápido y creciente desarrollo urbano. En la post-guerra se le dio mayor importancia a la planeación y el diseño arquitectónicos, reflejado en sus políticas de construcción considerando a los futuros usuarios de aquellos proyectos urbanos de renovación y nuevas construcciones, ya que tales profesionistas realizaban sus proyectos sin tomar en cuenta las necesidades de los futuros ocupantes (Canter y Craik, 1981).

Uno de los principales objetivos de la psicología ambiental es conocer como influye el diseño arquitectónico en el comportamiento, idea que se apoya con el hecho de que en sus orígenes, ésta disciplina se conoció como psicología de la arquitectura (Varela, 1997). La psicología ambiental surge de cuestiones sociales y científicas en las décadas de los sesenta y setenta, las cuales incluían la preocupación mundial por el medio ambiente, la necesidad de dar aportaciones en pro de la solución de problemas sociales y al avance de la investigación naturalista, involucrado a los campos del diseño ambiental, así como a la solución de nuevos enfoques teóricos (Altman y Rogoff, 1987). A finales de los sesenta, la psicología ambiental responde a cuestiones prácticas en la toma de decisiones y planes sobre el diseño arquitectónico. En los setenta toma los primeros pasos en el desarrollo de teorías sobre los efectos de la multitud, el desarrollo cognoscitivo, preferencias ambientales, conducta espacial, ofreciendo una investigación más organizada (Proshansky y Altman, 1979).

En la primera mitad de los ochenta, se da un mayor refinamiento y claridad conceptual, así como una mayor precisión interpretativa, y las áreas primarias de investigación durante éste periodo: evaluación ambiental, mapas cognoscitivos, estrés ambiental y conducta espacial, fueron representadas previamente en el *Annual Review of Psychology* por Craik en 1973, Stokols en 1978, Russel y Ward en 1982.

En aquellas décadas, la evaluación ambiental estaba conceptualmente orientada por el PEQUIs (Perceived of Environmental Quality Indices), en ambientes naturales y residenciales, y el surgimiento de modelos conceptuales era escaso. Los mapas cognoscitivos seguían orientados al estudio del desarrollo de la cognición ambiental, el conocimiento básico sobre la naturaleza de la cognición espacial aun no estaba definida cabalmente en términos de la psicología ambiental, centrada en ambientes arquitectónicos y escenarios públicos. La investigación en relación al estrés ambiental desarrolló modelos comprensivos y probados sobre las reacciones humanas ante estresores ambientales (Baum, Singer y Baum, 1982), abordando no solo los efectos del hacinamiento y el ruido, sino también al estudio de otros estresores ambientales (Baum, Fleming y Davidson, 1983). En la investigación sobre la conducta espacial, su

énfasis primario continuó siendo metodológico, y los trabajos más interesantes involucraron un mayor entendimiento de la territorialidad y el crimen (Tylor, Gottfredson y Brower 1985, citado en Holahan, 1986).

Urbina (1981) engloba la historia de la psicología ambiental y las aportaciones más importantes de los investigadores más relevantes:

- Wohlwill (1966 y 1970, citado en Urbina, 1981) escribió los primeros artículos de amplia difusión hablando de la relación entre la psicología ambiental y la psicología de la estimulación enfatizando la necesidad de estudiar el impacto del ambiente físico sobre la conducta.

- Proshansky, Ittelson y Rivlin (1970, citado en Urbina, 1981) compilan trabajos más importantes de la psicología ambiental abordando problemática, conceptos y métodos favoreciendo el carácter multidisciplinario del área. Proponen las características que debe reunir el quehacer de la psicología ambiental:

1. Trata del ambiente ordenado y definido por el hombre.
2. Es de naturaleza multidisciplinaria.
3. Nace de problemas sociales.
4. Aborda el estudio del hombre como parte principal de todo problema.

- Craik (1973) menciona los componentes que debe contener la psicología ambiental:

1. La evaluación ambiental.
2. Percepción ambiental.
3. Representación cognoscitiva del ambiente a gran escala.
4. Personalidad y ambiente.
5. Toma de decisiones ambientales.
6. Actitudes públicas hacia el ambiente.
7. Calidad del ambiente sensorial.
8. Psicología ecológica y análisis de escenarios conductuales de la densidad.
9. Conducta espacial humana.

10. Efectos conductuales de la densidad.
11. Factores conductuales de ambientes residenciales.
12. Factores conductuales en ambientes institucionales.
13. Recreación y respuesta externa al paisaje.
14. Apreciación global del ambiente.

- Heimstra y McFarling (1974, citados en Urbina, 1981) describen a la Psicología ambiental como la disciplina que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento humano y el ambiente físico mencionando tres tipos de relación entre el ambiente y el comportamiento humano:

1. El ambiente determina la clase de comportamiento
2. El ambiente tiene alguna influencia en el comportamiento
3. El ambiente funciona como fuerza motivadora

Divide el ambiente como natural y construido.

- Ittelson, Proshansky, Rivlin y Winkel (1974, citados en Urbina, 1981) dieron a conocer el primer libro de texto sobre psicología ambiental haciendo una revisión histórica de las actitudes hacia el ambiente en diferentes culturas como la griega, la romana, la época romana y la oriental, refiriéndose a los métodos de investigación de la psicología ambiental a los ambientes construidos y naturales.

- Hooper (1976, citado en Urbina, 1981) escribió sobre la participación del psicólogo a la arquitectura e hizo una crítica a los arquitectos por su falta de habilidad para planear ambientes acordes a las necesidades humanas y por su carencia de sensibilidad para percibir éstas necesidades.

- Mehrabian (1976, citado en Urbina, 1981) describe tres niveles de ambiente: personal, micro ambiente y macro ambiente.

- Saarinen (1976, citado en Urbina, 1981) clasifica y analiza los estudios en:

Edificios, vecindarios, pequeñas y grandes ciudades, regiones, naciones y el mundo.

- Heimsath (1977, citado en Urbina, 1981) analiza el proceso de diseño que se sigue normalmente y encuentra que en esto influyen más políticas y preferencias de los clientes, economía del ahorro, seguimiento de un modelo, el prestigio de un constructor que a la evaluación de los usuarios o constructores.

- Stokols (1978) hace una diferenciación de la psicología ambiental de las otras áreas de la psicología y establece dimensiones de transacción o bidireccionalidad entre la relación del hombre y el medio ambiente:

1. Interpretativo (fase activa, forma cognitiva) se estudia la representación cognoscitiva del ambiente espacial, personalidad y el ambiente. Este modo de transacción envuelve la representación cognitiva del individuo ó la construcción del medio ambiente.
2. Evaluativo (fase reactiva, forma cognitiva) se estudia las actitudes ambientales y evaluación ambiental. Este envuelve la evaluación de la situación contra los estándares predefinidos de calidad.
3. Operativo (fase activa, forma conductual) se estudia el análisis experimental de la conducta ecológicamente relevante y conducta espacial humana. Aquí se aborda el movimiento de la conducta a través del impacto directo sobre el ambiente.
4. Responsivo (fase reactiva, forma conductual) se estudia el impacto del ambiente físico desde una perspectiva ecológica. Interacciona los efectos del medio ambiente sobre la conducta y el bienestar de los individuos.

Varios modos de transacción que existen entre la gente y su ambiente están organizados en relación con actividades relevantes, es decir, con la optimización de conductas como un intento de los individuos y grupos de crear entornos que soporten o faciliten sus actividades. Por lo tanto, la transacción se presenta, por un lado, con el

énfasis en la optimización de las conductas relevantes de los sujetos, y por otro, un entorno que favorezca éstas actividades.

- Dunlap y Catón (1979, citado en Urbina, 1981) escriben un artículo sobre la sociología ambiental, se reconoce que el ambiente puede influir y ser influido en y por la conducta humana, no necesariamente un evento social puede ser explicado por otro evento social, hay que aceptar la participación de variables ambientales.

Urbina (1981) dentro de la investigación realizada sobre evaluación ambiental, describe las aportaciones de los estudios pioneros:

- Stokols (1978) divide este campo en:

Evaluación física: calidad percibida de edificios y paisajes, así como el agua, aire y ruido.

Evaluación social: climas interpersonales en ambientes organizacionales e institucionales

Evaluación sociofísica: apreciación cualitativa de hogares y vecindarios, así como el impacto en la comunidad de las intervenciones sociales y tecnológicas.

Afirma que se han desarrollado varias técnicas para aproximarse a la evaluación ambiental, pero esto carece de modelos teóricos, de comprobación y validez. Indica como se debe desarrollar una aplicación potencial de la investigación de esta área: 1) La incorporación de índices de calidad ambiental, 2) El uso de escalas de climas sociales y 3) La utilización de procedimientos de simulación.

- Moos (1974, citado en Urbina, 1981) ha sido el más influyente y prolífero en el campo de la psicología ambiental, difundió las Escalas de Clima Sociales representando cuatro categorías ambientales: 1) Ambientes de tratamiento (hospitales, comunidades terapéuticas); 2) Instituciones totales (correccionales, prisiones, cuarteles); 3) Ambientes educativos (dormitorios, fraternidades, salones de clases, y 4) Escenarios comunitarios (familias, industrias). Moos y Smail (1974, citados en Urbina, 1981) proponen una

aproximación de la ecología social a la que define como el estudio multidisciplinario del impacto del ambiente social y físico sobre el ser humano partiendo de tres supuestos: 1. La conducta no puede entenderse por separado del contexto ambiental en el que ocurre. 2. Los ambientes físicos y sociales deben estudiarse juntos ya que no pueden entenderse aisladamente. 3. La ecología social tiene aplicación orientada a la promoción del óptimo funcionamiento del hombre en su ambiente.

Respuesta humana al ambiente físico

- Stokols (1978) en este rubro analiza ambientes estresantes, ambiente edificado y el natural. EL primero se refiere a las condiciones ambientales que se convierten en estresantes al no alcanzar los sujetos los niveles de adaptación: ruido, temperaturas extremas, contaminación y alta densidad, estos cambios se relacionan con cambios fisiológicos y fallas en la ejecución de tareas, y son más notorios cuando la fuente de estrés no es controlable y cuando no es posible alejarse de la fuente de estrés.

Los estudios que se han hecho son:

- Swan (1972, citado en Urbina, 1981) analiza las respuestas públicas a la contaminación del aire

- Glass, Singer y Pennebaker (1977, citado en Urbina, 1981) estudiaron los efectos conductuales y fisiológicos de eventos ambientales incontrolables, principalmente el ruido y su relación con el abandono de tareas y enfermedades coronarias.

- Stokols (1978) en cuanto al impacto del ambiente edificado hace una revisión en ambientes residenciales, dormitorios estudiantiles y ambientes educativos, ambientes institucionales, ciudades, poblaciones, así como el quehacer arquitectónico y la psicología.

Uno de los rasgos que caracteriza a la psicología ambiental, desde sus comienzos, es su carácter interdisciplinario (Canter y Craik, 1981), ya que la psicología

ambiental engloba temas de la psicología, como la percepción, el desarrollo o la personalidad, aunada a temas que se relacionan con la arquitectura, el urbanismo y la ecología. Existen diversos campos de investigación dentro de la psicología ambiental, como evaluación de impacto ambiental, actitudes ambientales y la calidad del ambiente como generadora de estrés de algunas situaciones (Mercado, 2002), psicología ecológica, personalidad y medio ambiente, cognición ambiental, modificación de conducta (Canter y Craik, 1981), por mencionar algunas áreas.

Stokols (1978) distinguió a la psicología ambiental, por su carácter interdisciplinario, de otras áreas de la psicología:

- Primero, en contraste con otras sub-áreas de la psicología, la psicología ambiental (en particular la psicología ecológica) brinda una perspectiva ecológica en el estudio del comportamiento y el medio ambiente. Su foco de análisis está centrado en el análisis de las interrelaciones entre las personas y su entorno sociofísicos más que estudiar los estímulos discretos y las respuestas conductuales, aunque mucha de la investigación ha procurado aislar dimensiones físicas como el (ruido, la temperatura o el escenario) para poder evaluar los efectos específicos sobre la conducta.
- La psicología ambiental pone énfasis en la utilización de estrategias científicas en el desarrollo de soluciones de problemas ambientales en la comunidad más que otras sub-áreas de la psicología. Esto se ve reflejado en la investigación de tópicos como la evaluación del impacto social, percepción de la calidad del ambiente y el estrés urbano.
- Debido a la complejidad del campo de la psicología ambiental y la necesidad de aproximación en diferentes niveles de análisis, mucha de la investigación en psicología ambiental es interdisciplinaria tanto en alcance teórico como en su implementación.

Establece también su dirección analizando la importancia de cinco aspectos:

- 1) La orientación del campo de la psicología ambiental ha brindado un alto grado de eclecticismo metodológico, es decir, su carácter interdisciplinario que se ve reflejado en la combinación de métodos como el observacional, de auto-reporte, modelos matemáticos y estrategias de simulación que han sido empleados en cognición ambiental, evaluación ambiental y la respuesta humana ante estresores ambientales.
- 2) La investigación del medio ambiente y la conducta refleja un creciente énfasis en la evaluación de la validación ecológica ó la extensión del fenómeno estudiado de una situación trasladado a otros escenarios.
- 3) Con el esfuerzo de integrar las diversas perspectivas teóricas los investigadores en el campo de la conducta y el medio ambiente han combinado la existencia de teorías psicológicas del desarrollo cognitivo, personalidad, procesos interpersonales y aprendizaje humano con las perspectivas de teoría de sistemas.
- 4) La creciente atención a la importancia del control psicológico o "percibido" sobre la libertad ambiental y conductual como determinante del bienestar humano.
- 5) El concepto de "congruencia ambiental-conductual" esta convirtiéndose cada vez más en un instrumento de diseño teórico-ambiental.

En la década de los ochenta, con el afán de brindar un mayor espacio de difusión-discusión a cerca del entendimiento de las interacciones entre el hombre y su medio ambiente, Canter y Craik (1981) describen la misión a cumplir con la publicación del Journal of Environmental Psychology: "1) Publicando artículos conceptuales y empíricos originales que favorezcan al entendimiento de la interacción entre los sujetos con su entorno. 2) Presentando estudios críticos de la investigación de la literatura, la revisión de libros y otras publicaciones. 3) Sirviendo como un foro de discusión de la historia, progreso y dirección de la psicología ambiental y su relación con otras áreas de la psicología y con otras disciplinas y profesiones. Ambos autores también comentan sobre algunos hechos importantes que dieron mayor auge al campo de la psicología ambiental, como es su inclusión en el Annual Review of Psychology, el Journal Environment and Behavior, la división 34: Population and Environmental Psychology de

la American Psychological Association quien a su vez soporta a la publicación Population and Environment, así como el trabajo realizado por la Environmental Design Research Association -EDRA- (Canter y Craik, 1981)

Sánchez y Wiesenfeld (2002) dividen la psicología ambiental en función de cinco ejes:

1. Eje objetual: Su campo de estudio es la relación persona-ambiente en su contexto natural y la forma de interacción.
2. Eje metodológico: Toma en cuenta el carácter integral de la relación del sujeto y el ambiente, en consecuencia con métodos que respeten la integridad de la relación.
3. Eje interdisciplinario: Establece relaciones colaborativas de trabajo con otras disciplinas.
4. Eje de pluralismo teórico: Incorpora las perspectivas o modelos de conceptualización de las experiencias y acciones que se desarrollan en la relación humana con el ambiente.
5. Eje de relevancia social: La garantía de que el conocimiento producido será útil para contribuir a mejorar la calidad de vida de la gente.

Holahan (1986) describe una serie de conclusiones realizadas por varios investigadores en ambientes construidos sobre la evaluación ambiental, que podemos resumir en lo siguiente:

- En general, las personas prefieren escenarios adornados, abiertos, con buen mantenimiento y que faciliten las actividades para los cuales fueron creados (Nassar, 1983).
- Los ambientes construidos son altamente valorados cuando se encuentran presentes rasgos o características naturales, ya que dichas características promueven un sentido de fascinación o agrado, al mismo tiempo que permite una coherente y ordenada percepción del escenario. Kaplan (Kaplan, 1983, citado en Holahan, 1986) empleando un foto-cuestionario para residentes de

- casas, encontró que la gente juzga al ambiente como más amigable, agradable y atractivo cuando árboles y bosques están cercanamente visibles.
- ┘ Existen diferencias entre grupos sobre la manera en que se evalúa el ambiente y éstas diferencias se encuentran en función de las principales necesidades que sus características demandan sobre el ambiente (Galster y Hesser 1981), concluye que la gente casada, amas de casa o gente con muchos hijos reportan menor satisfacción sobre los atributos ambientales de contextos residenciales, porque sus necesidades únicas y relativas diferencias influyen en la forma en que se involucran con el ambiente).

Respecto a la evaluación de ambientes físicos en términos de los usuarios y del funcionamiento institucional, Mercado (2002) señala dos tipos de evaluación:

Evaluación post-ocupación: Es la evaluación de ambientes diseñados ya ocupados por medio de instrumentos que se aplican a los usuarios del espacio construido con la finalidad de conocer si el ambiente satisface las expectativas y necesidades para la cual fue construida, tomando en cuenta los objetivos de la institución, los roles que juegan los diferentes tipos de usuarios, la población a la que va dirigida, todo esto en términos del bienestar la calidad de vida y la ecología. Este tipo de evaluación ha sido la más utilizada y ha permitido generar conceptos y teorías a cerca del diseño de edificios. Una de las limitaciones es que el ambiente necesariamente tiene que modificarse ocasionando gastos y tiempo valiosos.

Evaluación ante-construcción: Es la evaluación de ambientes diseñados antes de ser construidos mediante tecnología de realidad virtual, combinaciones de maquetas o cámaras y otras formas de simulación con la finalidad de satisfacer las expectativas y necesidades de los usuarios del ambiente que será construido. Este procedimiento es el más novedoso y aún se encuentra en desarrollo. Las principales ventajas es que previene errores, ahorra costos y reduce el tiempo de construcción, sin embargo, estos simuladores, a diferencia de la evaluación post-ocupación, no se realizan en un

ambiente real, sino son solo aproximaciones de la realidad, generando así una evaluación con cierto margen de error.

En resumen, podemos concluir que la psicología ambiental:

1. Es una disciplina dentro de la ciencia de la psicología que surge como respuesta a las demandas de comprensión de las relaciones entre los sujetos y su entorno natural y construido, afrontando problemas derivados del hecho que la vida social del hombre se da ligada a lugares y tiempos específicos, abordando la problemática surgida del hecho de que la transformación del ambiente, tanto voluntaria como involuntariamente, esta afectando el equilibrio ecológico del planeta, amenazando con revertirse con el hombre mismo, a través del establecimiento de dimensiones de un fenómeno y encontrar la forma de representarlas conceptualmente y simbólicamente, logrado esto a través de la medición, estableciendo así leyes científicas, principios y teorías para poder predecir y controlar los fenómenos (Mercado, 2002).
2. Estudia las relaciones recíprocas entre la conducta de las personas y el ambiente socio-físico, ya que no sólo se enfoca en la forma en que se ocupa el espacio, sino también en la forma en que el medio puede determinar las interacciones entre los sujetos a nivel social y en la forma en que viven la experiencia en sus diversos contenidos psicológicos. Podemos decir entonces que esta disciplina estudia las relaciones bidireccionales entre el hombre el ambiente y sus efectos (Aragonés y Amérigo, 1998).
3. Es un área de la psicología que nos brinda una conjunción y análisis de las transacciones e interrelaciones ocurridas entre las experiencias humanas y acciones, con los aspectos pertinentes del ambiente sociofísico. (Canter y Craik, 1981).

3.- ANTECEDENTES.

Como se ha mencionado, muchas de las actividades cotidianas están influidas por la arquitectura y el diseño de interiores (Holahan, 1986). El ambiente construido podemos dividirlo en ambientes urbanos, residenciales, laborales e institucionales y de entretenimiento. Dentro de los ambientes institucionales relacionados con el área de la salud, encontramos a los escenarios hospitalarios, que son a los que se enfoca la presente investigación, ya que en mucho de los casos, no se toman en cuenta posibles factores ambientales que son generadores de insatisfacción o malestar en los usuarios, ya que el espacio físico, el instrumental y equipo médico y el personal responsable de brindar un servicio para el cuidado de la salud, puede ser interpretado en forma negativa por las personas que hacen uso de dichos espacios. En este sentido, la psicología ambiental debe operar en dos direcciones (Moser, 2002):

- Una acción sobre la satisfacción de los usuarios creando condiciones que permiten acondicionamiento personalizados en función de las necesidades de cada persona, orientando a los usuarios al ejercicio de un dominio máximo del espacio.
- Una facilitación de comportamientos en relación con la manera en que el espacio está organizado, por medio de una intervención adecuada en el ambiente físico.

Por lo anterior, los escenarios hospitalarios deberán tener las características físico-arquitectónicas necesarias para que puedan ser satisfechas las necesidades de sus ocupantes y facilitar los comportamientos de los mismos en dichos espacios.

Tomando en cuenta la perspectiva de la conducta molar en los escenarios físicos descrita por Craik (1970, citado en Russell y Ward, 1982), en la que se estudia la conducta más allá de un estímulo y una respuesta, sino que se ve a la conducta como una organización que se relaciona a través del tiempo con los diversos factores del ambiente, Palys y Little (1980, citados en Russell y Ward, 1982) introducen la noción de proyecto personal, es decir, que los episodios conductuales están organizados en

varios componentes conductuales dentro de una secuencia significativa. Estos proyectos dependen de las oportunidades de realización que el ambiente ofrece; esta perspectiva molar de organización nos ofrece un entendimiento de la conducta como un nivel de significado subjetivo, y en donde dicho nivel es utilizado por las personas para planear su día, como ir al trabajo o regresar a casa. Dicho nivel nos brinda una consideración tanto práctica como teórica, que es, en otras palabras, la importancia de un plan de acción previo y su ejecución. En éste sentido, Russell y Ward (1982) explican ésta relación entre la conducta específica en un lugar determinado, y el medio ambiente lo representan en dos lugares contenidos en un tercero, dando como resultado un proceso que es ilustrado en tres pasos:

- El primer paso queda representado por el plan de acción que una persona (P) tiene en un escenario 1 (Lugar 1) para realizar una acción.
- En el segundo paso, P se traslada (Traslado) a través de un segundo escenario (Lugar 2) a un tercero (Lugar 3) en donde tiene la oportunidad de realizar el plan de acción.
- En el tercer paso, P llega a su destino (Lugar 3) y lleva a cabo su plan de acción (C).

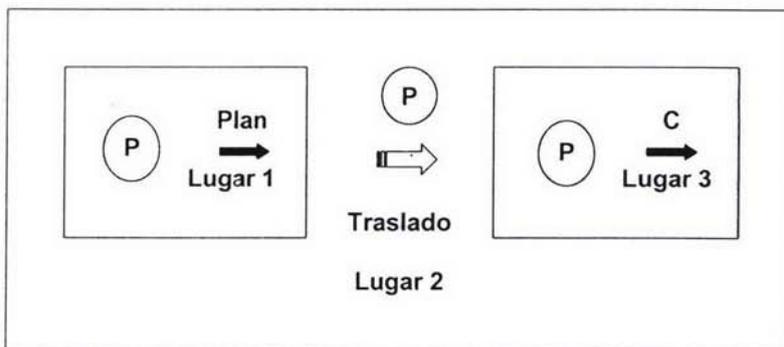


Figura 1: Persona P contempla un plan, se traslada a un lugar y lleva a cabo el plan a través de la conducta.

En este sentido, el ambiente no es el causante de la conducta, ya que los sujetos están cognoscitivamente orientados a un plan a ejecutar, y la imagen de ese plan esta obtenida de una información previa de un origen secundario. El medio ambiente ejerce una influencia en el plan de acción de los sujetos, pero no es el causante de dicho plan, de esta forma, el medio ambiente es el lugar donde los sujetos buscan realizar su plan de acción. Esta influencia estará en función de que el medio ambiente ofrezca mayores o menores oportunidades de realización del plan, y ésta influencia permanece a través del tiempo y el espacio, tanto por las experiencias positivas y negativas previas de los sujetos en dichos escenarios, como las experiencias que tendrán en futuros escenarios marcando así futuros planes de acción.

De estas nociones surgen planteamientos dentro del ambiente urbano, el ambiente natural, y el que resulta de nuestro interés, el ambiente institucional. Proshansky y Altman (1979) resaltan la influencia del inmueble sobre la conducta de personas en ambientes hospitalarios, concluyendo que las formas "positivas de interacción social" pueden incrementarse mediante la remodelación física de éstos escenarios hospitalarios por tal motivo haremos una exploración de lo que se ha investigado en dichos escenarios.

3.1 Investigaciones en escenarios hospitalarios.

La idea más común que se tiene de una institución hospitalaria es que debe brindar cuidado y atención a personas que han perdido su capacidad de enfrentar los requerimientos de la vida cotidiana; sin embargo no siempre es así, como lo señalan Canter y Canter (1979) el ambiente físico puede tener un papel determinante para el adecuado funcionamiento en hospitales, ya que puede potencializar la facilitación y promoción de la recuperación de los pacientes y las actividades de su personal, aunado a la posibilidad de brindar una estancia confortable, segura y bien atendida para los diferentes usuarios. Se realizó una revisión sobre el impacto del ambiente físico hospitalario sobre la salud de los pacientes, y se concluye que la mayoría de los estudios realizados (48) aceptan la hipótesis de que si existen efectos del ambiente

sobre la salud de los pacientes (Rubin y Owens, 1995). Por ende no solo se debe atender los aspectos del diseño arquitectónico, sino también los aspectos psicológicos que, de no tomarse en cuenta, puede ser la diferencia entre un ambiente positivo y uno negativo (Reidl, Ortega y Estrada, 2002).

La organización física de los hospitales conlleva mensajes ambiguos para el paciente. El espacio físico, instrumental, equipo médico y el personal responsable del cuidado, puede ser interpretado de diversas maneras por los receptores del tratamiento. El ambiente físico puede ser utilizado como una herramienta para la prevención y reducción de problemas de tipo psicológico y social en los usuarios de escenarios dedicados para el cuidado y la atención de la salud (Winkel y Holahan, 1985). En años recientes se ha descubierto que las características físico-arquitectónicas del escenario y su clima social, pueden originar angustia, y en casos extremos pánico, como veremos en los estudios de Valdés y Florez (1992) quienes analizaron cómo el proceso de hospitalización, desarrolla en los niños importantes agentes estresantes, como son la separación de la madre, el ambiente hospitalario, los procedimientos dolorosos de atención médica y la intervención quirúrgica. Se toma en consideración que para el niño no sólo son estresantes las incomodidades que generan una intervención quirúrgica, sino factores como la ausencia de sus padres, el aislamiento y la poca estimulación, y las características físicas y de organización como es adaptarse a nuevos horarios, reglas y objetos extraños que existen en el hospital que son ajenas a el, generando así un ambiente ansiógeno y estresante poco propicio para su recuperación, concluyendo que es un hecho evidente que la hospitalización de un niño es un acontecimiento altamente estresante.

Leventhal, Nerenz y Leventhal (1982, citados en Winkel et. al. 1985) identificaron que el ambiente físico del hospital y su equipamiento son fuentes potenciales de tensión aunque la estancia en el hospital sea breve, generada por el proceso de hospitalización, y aunque la tensión psicológica sea resultado de la interacción de los factores personales y ambientales, el ambiente estresor puede ser resultado del diseño del ambiente físico del centro hospitalario.

Shumaker y Pequegnat (1989) describen dos aspectos que afectan directamente el diseño de un hospital en la recuperación y/o bienestar de los usuarios:

- ┘ Impide la recepción efectiva de la atención de la salud, obstaculizando la atención oportuna generando en los pacientes una difícil orientación y desplazamiento dentro del hospital.
- ┘ Genera un ambiente estresante para los usuarios.

Dentro de la investigación en escenarios hospitalarios, uno de los escenarios que se han estudiado son las salas de espera. De igual manera, estos espacios deben contar con las características necesarias para cumplir la finalidad para la cual son creados, que es brindar a los pacientes un espacio intermediario entre la recepción de la atención para el cuidado de la salud, y la demanda de dichos servicios.

3.2 Investigación en salas de espera hospitalarias.

Arneill y Sloan (2002) investigaron la percepción de la calidad de la atención médica y las características ambientales de diferentes salas de espera de consultorios médicos particulares. Su muestra estuvo constituida por 147 estudiantes universitarios entre edades comprendidas entre los 18 a los 24, y 58 ciudadanos adultos en edades comprendidas entre los 59 a 90 años. Utilizaron 34 diapositivas que mostraban diferentes salas de espera médica con diferentes atributos en cuanto a la decoración, iluminación, mobiliario y ornamentación. Se constituyeron cinco factores que medían la calidad de la atención y cinco factores más que medían nivel de confort. Encontraron diferencias en la percepción de la calidad de la atención en diapositivas correspondientes a dos factores. El primer factor "Apariencia inusual", correspondía a diapositivas que los sujetos calificaron como escenarios distintos a una sala de espera médica, como museos, librerías de escuelas, un escenario institucional y con una extraña decoración. En éste factor los estudiantes puntuaron más alto que los adultos en la percepción de la calidad de la atención en dichos escenarios. En el factor

"Hogareño-Victoriano" que incluyo calificativos como hogareño, muebles agradables y en apariencia similar a la casa de una persona de la tercera edad. En éste factor los adultos puntuaron más alto que los jóvenes en la calidad de la atención percibida en dichos escenarios. En cuanto al sexo, las mujeres puntuaron más alto que los hombre en la calidad de la atención percibida en aquellas diapositivas que mostraban salas correspondientes al factor "iluminación atractiva", y dicho factor fue evaluado con calificativos relacionados a una alta iluminación. En los factores del nivel de confort, los adultos evaluaron con mayor confort que los estudiantes el factor "oscuro y disperso", calificado como oscuro, con espacio limitado, sombrío y austero, y el factor "de buen gusto" calificado como hogareño, hecho con estilo, con mobiliario inconfortable, decoración interesante, confuso o desordenado. Otro dato importante, fue que los salas que estaban decoradas con tonalidades de color rosa o morado, altamente decorado y percibido como hogareño, son atribuidos como salas pertenecientes a médicos mujeres.

McLaughlin (1976), plantea que el tiempo de espera en pacientes de consulta externa en salas de espera, puede influir o afectar las expectativas del tipo de tratamiento que van a recibir y, por otra parte, el tiempo de espera a los visitantes les puede generar aburrimiento y estrés, por lo tanto la sala de espera debe estar basada en el tamaño de la población y el tiempo que se permanecerá ahí, proponiendo lo siguiente:

- Que las salas de espera sean amplias y las sillas se puedan mover a sitios más confortables para descansar, platicar o tener privacidad.
- Que exista privacidad visual que se puede lograr a través de barreras físicas como muros o maceteros.
- Que exista privacidad acústica, lográndose con el arreglo de la disposición de los asientos, así como utilizar alfombras que permitan amortiguar los sonidos.
- Luces suaves en la sala de espera, y luces más fuertes para leer en donde las personas esperan por periodos más largos de tiempo.

- Poner teléfonos al alcance, ya que las personas están en constante comunicación con sus familiares.
- Para los visitantes que saben el tiempo de espera, la cafetería les provee un cambio de la sala de espera y debe estar conectada a exteriores, debiendo ser fácil de encontrar.

Otro aspecto a considerar es no solo la influencia del ambiente físico sobre las personas, sino aquellos derivados de esa relación de lo que se denomina como atmósfera o ambiente. Al respecto, Sunyer y Sánchez (1994) observaron diferencias en la percepción de la atmósfera de salas de internamiento psiquiátrico utilizando la escala del Moss (Ward Atmosphere Scale), dando no solamente importancia a los aspectos físicos del ambiente, sino a los aspectos relacionales que un equipo de profesionales establece entre sí con los pacientes a su cargo y los pacientes entre sí.

Algunos elementos importantes tomados en cuenta en la investigación de los efectos del ambiente físico sobre las personas, son aquellos que se relacionan con la temperatura y la humedad de la atmósfera. Con el fin de definir el rango de temperatura que pueda determinar sentimientos de confort y criterios de ambientes térmicos adecuados, se han llegado a las siguientes conclusiones:

- La temperatura ideal es de 22 grados C. La humedad en la atmósfera puede afectar la sensación de calor. A temperaturas agradables se prefieren niveles moderados de humedad (50% de la humedad relativa). A temperaturas superiores a 28 grados C. se prefieren niveles de humedad más bajos. (Stevens, Adair y Mark, 1970 citado en Ortega, Reidl, López y Estrada, 2000).
- Cuando la temperatura es mayor a los 25 grados C. la gente se siente incómoda e irritable, y si la exposición es prolongada siente fatiga (Evans y Cohen, 1987).

El trabajo realizado en México sobre salas de espera hospitalarias, ha concentrado en la detección de factores que generan insatisfacción en los usuarios del

servicio médico en hospitales. Dentro de éstos factores identificados que afectan en forma significativa a los usuarios del servicio médico en hospitales encontramos:

- ┆ Temperatura.
- ┆ Humedad.
- ┆ Ruido.
- ┆ Falta de privacidad.
- ┆ Inadecuada señalización.
- ┆ Hacinamiento y falta de privacidad por inadecuado diseño de espacios.
- ┆ Deterioro de inmuebles.
- ┆ Iluminación

Vázquez (1991) estudió la evaluación de las habitaciones en dos instituciones hospitalarias considerando la percepción que tienen sobre las habitaciones tres grupos de usuarios: pacientes, personal médico y de enfermería. Encontró que existen diferencias en la percepción del ambiente físico de las habitaciones, y en la mayoría de los casos el grupo que marcaba ésta diferencia eran los pacientes, mismos que son considerados como grupo primario, pues son quienes reciben el tratamiento y se encuentran más susceptibles al ambiente por su estado físico y psicológico. El personal médico y el de enfermería son considerados como grupos secundarios, pues son ellos quienes se enfrentan a las exigencias del personal que requiere de sus servicios, no obstante se observaron diferencias entre éstos dos grupos, mismas que se deben a las funciones y tareas que tiene el personal de enfermería dentro de la institución, por lo tanto, un ambiente físico favorable debe necesariamente permitir un desempeño adecuado de su personal, y en el caso de los pacientes, favorecer su recuperación a través de un rápido servicio del personal responsable y una agradable estancia dentro de la institución

Ortega y Urbina (1988) evaluó la satisfacción ambiental de un hospital general privado en función de la percepción de 372 personas compuestas por pacientes,

médicos, enfermeras, directivos, damas voluntarias, pacientes y visitantes. Su objetivos fueron:

- a) Generar instrumentos válidos y confiables para la evaluación de salas de espera hospitalarias.
- b) Evaluar la satisfacción ambiental dentro de un hospital general privado.
- c) Evaluar la percepción ambiental de diferentes tipos de usuarios.
- d) Detectar los aspectos que con base en la evaluación requieren mejoras.
- e) Identificar las necesidades específicas para el mejoramiento de la organización ambiental.
- f) Precisar el grado en que dichas necesidades están presentes en cada grupo de usuarios.
- g) Derivar un conjunto de especificaciones para el mejoramiento de la organización ambiental en la institución.

Se utilizaron diferentes guiones de entrevista para cada tipo de usuario para conocer de ellos información sobre los aspectos físicos del lugar que fueran tomados en cuenta para futuras remodelaciones, y un cuestionario de satisfacción ambiental para todos los grupos. De esto se derivaron un cuestionarios sobre cambios deseables para la remodelación del hospital. Los resultados fueron planteados en términos de las principales remodelaciones. En general el hospital tuvo una buena imagen, se le considera sólido, eficiente, amable y flexible. Los resultados sobre algunas áreas las cuales tuvieron una evaluación inferior razón por la cual requieren atención primordial para remodelación fueron: Apariencia del vestíbulo, señalización, elevadores, sistema de voice, ruido en la central y en los pasillos, temperatura, mobiliario, sanitarios, ventilación, decoración en general.

Por otra parte se encontró que el 99% de los visitantes y el 92% de los pacientes manifestaron que de requerir nuevamente hospitalización lo harían nuevamente en esta institución por las siguientes características: Excelente atención y servicio,

eficiencia y competitividad médica, servicio profesional, atención y eficiencia, buen personal médico, buen equipo tecnológico.

Las razones por las que los usuarios restantes no utilizarían nuevamente el servicio fueron: Costo elevado, no les gustó el servicio, las instalaciones no demuestran superioridad técnica, es incómodo y caro, experiencias desagradables y una atención interesada e inhumanitaria.

Se concluyó que los indicadores generadores de insatisfacción son: el ruido, la falta de privacidad, la señalización y un inadecuado diseño en centrales de enfermeras así como una inadecuada imagen en torno a la percepción del inmueble, siendo ésta última opinión compartida por todos los sujetos evaluados, demostrando la relevancia que juega el ambiente físico en la prevención y reducción de la problemática psicológica de los usuarios bajo tres perspectivas: la evaluación de los efectos del diseño del hospital sobre la interacción social, los estresores que se generaban en el medio hospitalario y la posibilidad de control personal que se tenía sobre el ambiente.

En un estudio posterior Reidl, Ortega y Estrada (2002) detectaron la relación que existe entre variables físico-ambientales, fisiológicas y socio-ambientales, generadoras de estrés. La muestra estuvo constituida por 206 pacientes y acompañantes que asistían a consulta externa en una sala de espera de un centro de salud público de atención especializada de la ciudad de México. El 72% de la muestra fueron mujeres y 28 % hombres, con una media de edad de 34.18 años, con un mínimo de 9 y un máximo de 73 años. Las variables físico-ambientales que se midieron con equipo especializado fueron los niveles de sonido, iluminación, temperatura, humedad y velocidad del aire; las fisiológicas fueron la temperatura de la piel y el ritmo cardíaco el cual se midió con equipo especializado, haciendo dichas mediciones únicamente a 104 personas de la muestra total; las socio-ambientales fueron la percepción de factores ambientales positivos, negativos y espaciales de la sala de espera utilizando una escala (Escala de Evaluación Ambiental), así como la percepción de estrés que reportaron los usuarios a través de una escala de auto-reporte (Escala de Percepción Subjetiva de

Estrés), al igual se realizó observación de respuestas conductuales de ansiedad o de aburrimiento bajo situaciones de alta y baja densidad social en la sala de espera de la consulta externa. También fue evaluada la imagen general que proyectaba el centro, como la calidad de la atención, los servicios que ofrecía y las características físicas del ambiente. La evaluación y percepción de aspectos físicos y ambientales fueron medidos con la escala de Evaluación Ambiental diseñada y validada para este estudio. Se consideraron además diversas variables atributivas como la edad, el género y la escolaridad de los usuarios del servicio.

Los resultados más relevantes del estudio fueron asociados con el estrés reportado por los usuarios de la sala de espera, más con aquellos que tienen que ver con la evaluación ambiental negativa y positiva y la humedad del ambiente. En la medida que la evaluación negativa es mayor y la positiva es menor y existe un incremento de la humedad, los visitantes y acompañantes se sienten más estresados. En la medida en que hay más ruido, olores desagradables y calor (condiciones ambientales negativas) así como en la medida en que la iluminación, la ventilación, la limpieza de lugar, la comodidad de las sillas, la decoración, la ubicación de la sala, son menos adecuadas y el acceso a los sanitarios es más complicado (reactivos del factor condiciones ambientales deseables), todo esto aunado al incremento de la humedad, el autoreporte de estrés es mayor. La tasa cardiaca y la edad no fueron un predictor para discriminar a los pacientes que se sentía estresados de los que no.

Al igual, Reidl, Ortega y Estrada (2002) encontraron diferencias significativas en el comportamiento de los usuarios en condiciones de alta y baja densidad, las respuestas conductuales que se presentaron en condiciones de alta densidad fueron: mover las piernas, pasearse y permanecer en movimiento cuando se estaba parado, en condiciones de baja densidad se presentó una mayor tasa de respuesta de las conductas de tener la mano en la barbilla, rascarse la cabeza o el cuerpo y tocarse la cara o el cuello, las cuales atribuyó como manifestaciones más caracterizadas con el aburrimiento o por ausencia de estimulación.

En relación a la imagen que proyectaba el centro hospitalario en pacientes y visitantes, encontraron diferencias significativas con relación al nivel escolar, a mayor educación la evaluación de la imagen resultaba negativa y a menor educación la evaluación era mejor. Atribuyéndoselo a que los usuarios con un mayor nivel educativo son más críticos de su ambiente, no se conforman con que el servicio sea gratuito, sino que además cuente con todos los servicios necesarios durante su estancia.

Concluyen en la imperiosa necesidad de considerar las salas de espera y admisión como lugares primordiales en la planeación organización y diseño ambiental de centros oficiales de atención a la salud, pues existe una mayor densidad, y por tal motivo la espera de la atención médica aumenta al igual que factores generadores de estrés pues el ambiente no les proporciona las satisfacciones mínimas necesarias. Resaltando como una necesidad lograr mejor calidad en las instalaciones médicas, pues debido a la crisis económica que sufre nuestro país los usuarios ahora ya no son solo los que no pueden pagar, existe mayor demanda ahora también de usuario de clase media, por consiguiente con mayores estudios y por lo tanto más críticos e insatisfechos del servicio.

Reizenstein, Grant y Simmons (1986) clasificaron cuatro factores que son responsables de insatisfacción respecto al ambiente en la atención para la salud, que son:

- Confort Físico: La falta de satisfacción respecto al medio ambiente en términos de la mayor o menor cantidad relacionados a factores como la temperatura, el ruido, la iluminación, la humedad, el acceso a ventanas, la manipulación del mobiliario y/o equipo y el diseño del mobiliario que afecta la posición corporal de los usuarios.
- Contacto Social: Se refiere a la dificultad de los usuarios y pacientes de ejercer control sobre el contacto social real y percibido que llevan a cabo dentro de una institución.

- Orientación y Señalización: Hace referencia a la ausente o inadecuada presencia de signos y/o simbolización que no permite a los usuarios y pacientes localizar su ubicación física dentro del lugar, así como encontrar el camino que los lleve a determinado destino dentro de las instalaciones.
- Significado simbólico: Se refiere a la ausencia de atributos en el diseño de un hospital que no permite fortalecer el rol de los pacientes y visitantes dentro de la institución, esto es, que puedan considerar su persona como importante dentro de la institución, siendo tomadas en cuenta sus necesidades o demandas.

En estudios realizados por Reizenstein, Grant y Simmons (1986) concluyeron que los factores que pueden disminuir la insatisfacción y estrés de los pacientes y visitantes en una institución médica en salas de espera, son:

- Tener menos dificultades para encontrar su destino dentro de las instalaciones.
- Tener mayor posibilidad para establecer mayor contacto social y tener privacidad dentro de las instalaciones.
- Ser tomados en cuenta ante sus necesidades dentro de la institución.

Ortega (2002) por su parte, llevó a cabo una investigación basándose en la teoría de Reizenstein, Grant y Simmons. Su estudio se centra en analizar las respuestas manifiestas e internas de estrés¹ tomando en consideración la relación que existe entre las siguientes variables: Variables físicas que comprenden el ruido, iluminación, temperatura, humedad, velocidad del aire, partículas suspendidas en el aire y densidad social, las cuales fueron medidas con equipo especializado. Variables socio-ambientales como el confort físico, significado simbólico y orientación, las cuales fueron medidos con los instrumentos de evaluación ambiental e imagen institucional. Variables de la consulta médica (motivo de consulta que corresponden a los servicios de Ginecología, Obstetricia, Oncología y Medicina Interna), tiempo de espera y lugar de espera (constituida por tres salas de espera que son la sala de consulta general, sala

¹ Para medir el estrés se utilizó la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación de King, Burrows y Stanley la cual fue traducida y adaptada al español por la autora.

de los consultorios del 1 al 7 y la sala de consultorios del 8 al 15). Uno de los objetivos de la investigación, fue generar instrumentos de auto-reporte válidos y confiables sobre la percepción de las tres variables.

La muestra estuvo constituida por 218 pacientes del sexo femenino la cual presentó una edad promedio de 32 años de edad en un hospital público. Las pacientes respondieron en tres salas de espera: La sala general, pasillo de los consultorios 1-7 y pasillo de los consultorios del 8 al 15.

Resultados de las variables físicas

Iluminación: Se encontró un incremento paulatino a medida que transcurre el tiempo en el horario matutino, especialmente en el área de espera de los consultorios 1 al 7.

Partículas suspendidas en el aire: Se incrementa notoriamente la acumulación de partículas a partir de las 11 hasta las 13 horas.

Ruido: En general se mantuvieron fluctuaciones que van de los 60 a los 65 decibeles, lo que nos mostró un patrón de sonido ruidoso.

Clima interior: La velocidad del aire se ubicó en los valores alrededor de cero, es decir, no se contaba con ningún tipo de ventilación; La temperatura se ubicó de los 20°C a los 27°C lo que indicó una temperatura cálida; La humedad fluctuó de los 40° a los 65° notando un decremento considerable alrededor de las 11 a las 13 horas.

En términos de la densidad social, del lugar de espera, de la hora de atención fueron los siguientes: En horarios pico de atención se llegó a tener el nivel máximo de densidad, incrementándose la temperatura, decremента la humedad y la velocidad del aire, disminuye la luminosidad y las partículas de polvo y se incrementan los niveles de ruido.

La sala de espera general es el más grande, 118.80 m², cuenta con 75 sillas. La sala de espera de los consultorios 1 al 7 mide 66.24 m² y cuenta con 48 sillas. Es la única que cuenta con ventanas que dan al jardín del hospital. La sala de espera de los

consultorios 8 al 15 cuenta con 13 sillas y mide 52.92 m², siendo el acceso interno para las personas que pasan a las oficinas administrativas.

En la sala general aunque presentó niveles de iluminación que cumplen con la norma, de las tres salas es la menos iluminada y tiene la temperatura más elevada y menor humedad. La sala de espera de los consultorios 8 al 15 es la más sucia, y presentó menor velocidad de aire con valores menores a la norma. La sala de los consultorios del 1 al 7 es la más iluminada. Se encontraron diferencias significativas en las tres salas de espera en cuanto a iluminación, partículas suspendidas en el aire y temperatura. En cuanto a la humedad encontraron diferencias significativas en la sala general y la sala de los consultorios 1 al 7 y la sala general y la sala de los consultorios 8 al 15. En la velocidad del aire se encontraron diferencias significativas en la sala general y la sala de los consultorios 8 al 15 y entre la sala de los consultorios 1 al 7 y la sala de los consultorios 8 al 15.

Resultados de las variables socioambientales:

Los resultados fueron mostrados en valores de cero a diez donde diez nos indica un valor positivo o deseable del rasgo evaluado.

En la evaluación ambiental se tomaron en cuenta cuatro diferentes aspectos:

Funcionalidad: Comprende aspectos relacionados con la iluminación, limpieza, decoración, color de paredes, funcionamiento, flexibilidad de mobiliario y vigilancia. Las pacientes que asistieron al servicio de Ginecología puntuaron mejor la valoración de la funcionalidad (7.9), después le siguen las pacientes de Oncología y Medicina Interna (7.4) y por último las pacientes de Obstetricia. Valoración física: Comprende aspectos relacionados con el ruido, olores desagradables y calor. Se encontraron diferencias significativas entre las pacientes que se encontraban en la sala de los consultorios del 1 al 7 (6.3) y la sala de los consultorios del 8 al 15 (4.7). La puntuación de las pacientes de la sala general fue de 5.8. Percepción espacial y equipamiento: Comprende aspectos relacionados con la percepción del espacio y el adecuado equipamiento en

aspectos como la accesibilidad a los servicios sanitarios, tamaño de la sala, nivel de comodidad y número de asientos disponibles y la posibilidad del mobiliario para brindar aislamiento en caso de que así se desee. Dependiendo del tiempo de espera de las pacientes, se identificaron diferencias significativas entre las pacientes que esperaron de 2 a 12 horas (4.2) en comparación con las que esperaron menos de 30 minutos (5.5). La puntuación de las pacientes que esperaron de 35 min. a 2 horas fue de 4.7. Señalización: Comprende los aspectos relacionados con la orientación y señalización de las rutas de evacuación en el hospital. Se encontraron diferencias entre las pacientes que esperaron hasta 30 minutos (7.4) y las que esperaron de 35 minutos hasta dos horas (6.5) y de 2 a 12 horas (6.6).

En el promedio general, los aspectos de la funcionalidad fueron evaluados como moderadamente presentes (7.2). En aspectos relacionados con la valoración física, son evaluados en forma intermedia (5.8), concluyendo que aunque se percibe su presencia esta no representa una gran molestia. La percepción espacial y equipamiento fue evaluada en forma intermedia (4.9), no mostrando gran satisfacción de los aspectos mencionados y no representa una molestia de importancia. La señalización fue evaluada moderadamente positiva (6.8).

En la imagen institucional se contemplan cuatro factores que son:

Confianza y seguridad en el servicio médico: Se encontraron diferencias significativas entre las pacientes que asistían al servicio de Ginecología (8.6) y las que asistieron al servicio de Obstetricia (7.8). Las de Oncología puntuaron 7.9 y Medicina Interna 8.5. Evaluación de la estancia en sala de espera: Comprende el impacto que percibe la paciente (tensión, fatiga e incomodidad) en función de las condiciones ambientales, el sistema de organización de la atención y la situación específica de su estado de salud. Se encontraron diferencias significativas entre las pacientes de los consultorios del 8 al 15 (4.3) y las de la sala general (5.9). Las pacientes de los consultorios del 1 al 7 puntuaron 5.6. Calidad humana de la atención: Tiene que ver con aspectos relacionados con la calidad de la atención en términos de una relación individual y

humana, enfocándose a criterios como la amabilidad, eficiencia, rapidez en el servicio y el ser tomado en cuenta. Significado ambiental: Se refiere al significado simbólico que debe transmitir un escenario que brinde la recuperación de la salud y ofrezca plena satisfacción de sus necesidades. Se encontraron diferencias entre las pacientes de los consultorios del 8 al 15 (4.4) y sala general (6.3) así como las de los consultorios del 1 al 7 (6.2) y las de los consultorios del 8 al 15.

En el promedio general, la confianza y seguridad tuvo una evaluación promedio positiva (8.1) indicando un nivel alto de la aceptación del servicio médico. La evaluación de la estancia en la sala de espera fue puntuada en forma moderada (5.7) lo que no denota una gran molestia entre las pacientes. La calidad de la atención tuvo un promedio ligeramente positivo (6.6) reflejando deficiencias en éste factor. El significado ambiental presenta una puntuación moderada (6.2), lo que nos indica que no responde a una plena satisfacción de los aspectos de éste rubro.

En la respuesta de estrés se contemplan tres factores contemplados por la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación, que son:

Los valores fueron representados en una escala del cero al tres.

Estrés: Engloba las reacciones psicológicas no placenteras de las pacientes en función de la inquietud, preocupación, aflicción, tensión, molestia, intranquilidad e irritabilidad. Se encontraron diferencias significativas en tres rubros en tres grupos: Por servicio médico: Ginecología (1.7), Obstetricia (.9), Oncología (1.2) y Medicina Interna (1.1). Por el tiempo de espera: Hasta 30 minutos (1.1), de 35 minutos a 2 horas (1.2) y de 2 a 12 horas (1.5). Por sala de espera: Sala general (1.3), consultorios del 1 al 7 (1.0) y consultorios 8 al 15 (1.1).

Activación: Se refiere a las respuestas fisiológicas que utilizan las personas al enfrentar el estrés, como sentirse activas, vigorosas, animadas y llenas de energía.

Agotamiento: Se refiere a las reacciones fisiológicas y psicológicas del individuo ante situaciones estresantes o situaciones persistentes o monótonas, reflejándose en

respuestas de cansancio, adormecimiento y somnolencia. Se tomó en cuenta el agotamiento por los niveles de densidad. Baja densidad con 2.2, densidad media con 1.9 y alta densidad con 2.2.

En promedio, el estrés fue evaluado en forma moderada (1.2). La activación fue ligeramente positiva (1.8). El agotamiento tuvo una calificación promedio (2.0).

Cabe mencionar que no solo los aspectos ambientales que el lugar proyecta a los usuarios son los únicos factores que generan estrés o bienestar, sino que los factores subjetivos juegan también un elemento de importancia en la respuesta de estrés. Como podemos ver los resultados de la investigación de Ortega (2002), en las respuestas de estrés fueron mayores en las pacientes que asistían en la sala general que en los consultorios del 8 al 15, y sin embargo la sala general fue mejor evaluada en la valoración física que los consultorios del 8 al 15. No obstante la sala de los consultorios del 1 al 7 presentaron la menor respuesta de estrés presentando la mejor puntuación en la valoración física, siendo los aspectos ambientales los que determinaron una menor respuesta de estrés. El alto puntaje de estrés en la sala general puede ser atribuida a aspectos subjetivos o de organización del lugar más que a aspectos físicos, ya que ésta sala tiene acceso a las pacientes que son canalizadas al servicio de urgencias. Estos aspectos subjetivos también los observamos en los resultados por especialidad, las pacientes que asistieron al servicio de Ginecología valoraron mejor la evaluación ambiental y percepción de confianza y seguridad en el servicio, sin embargo fueron las que presentaron una mayor respuesta de estrés, quizá atribuido a aspectos culturales por el tipo de malestar o la gravedad con la que perciben su enfermedad.

A través de un análisis de regresión múltiple, empleando como variables dependientes el estrés y la evaluación de la estancia en sala, se generó un modelo explicativo. Para la variable estrés, el modelo de regresión múltiple con el método de pasos incluyó: Agotamiento, evaluación de la estancia en sala y temperatura ambiental; Respecto a la variable estancia en sala, el modelo de regresión incluyó significado

ambiental, estrés, calidad humana de la atención, temperatura ambiental y valoración física. Obtuvo un modelo con cuatro módulos de relación que presentan cada uno de ellos, una tríada de influencias internas que se entrelazan consistentemente con el estrés de manera directa.

Cada uno de éstos cuatro módulos se relaciona de forma directa con el estrés a través de la calidad humana de la atención, de la funcionalidad y de la valoración física negativa. Al igual que las variables de consulta médica y las físicas, influyen de manera directa o indirecta sobre el estrés. La densidad social lo hace a través de la temperatura ambiental, mientras que el tiempo de espera y la gravedad de la enfermedad lo hacen de manera directa.

Ortega y Aguilar (2003) concluyen que la generación de estrés ambiental en escenarios hospitalarios, esta influida por cuatro aspectos fundamentales descritos por Reizenstein, Grant y Simmons (1986), que son confort físico, significado simbólico, contacto social y orientación, obteniendo un modelo de las variables socioambientales, físicas y de la consulta médica, que se ajusta adecuadamente a un modelo teórico, contribuyendo al mejoramiento de estancias hospitalarias para la restauración de la salud y que ofrezcan ambientes positivos de trabajo para quienes los ocupan, y que a su vez beneficie la imagen que perciben los pacientes de los médicos y de la institución hacia una mejor calidad de la atención.

Por tanto, se tiene evidencia de que el medio ambiente construido juega un papel relevante en la percepción de los sujetos, modifica sus relaciones sociales dentro del lugar e influye en los sentimientos que éstos le generan, por lo que es importante realizar más investigación para proporcionar beneficios y mejoras de un servicio médico dirigido a la población con menores recursos económicos, además de brindar elementos teóricos a la iniciativa pública, para que con los recursos con los que cuentan, se encuentren con mejores alternativas para mejorar la calidad del servicio a la comunidad.

Fuera de la investigación académica, el Hospital General de México realiza periódicamente una encuesta para conocer las opiniones que los usuarios tienen del servicio. En el mes de septiembre del 2003, se realizó la cuarta evaluación sobre la satisfacción del usuario con 5,947 encuestas aplicadas a las personas que utilizan el servicio de consulta externa y hospitalización, así como los servicios de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Médico. Son presentados los datos más relevantes de la encuesta, únicamente del servicio de consulta externa que corresponde al 43.1% de la muestra total de pacientes subsecuentes, correspondientes a 2,566 usuarios²:

- ❑ Por entidad federativa, el número de usuarios encuestados que asistieron al servicio de consulta externa fueron: D. F., 1195 (46.6%); Estado de México, 1038 (40.5%); Hidalgo, 47 (1.8%); Veracruz, 42 (1.6%); Oaxaca y Puebla, 66 (1.3%); Guerrero, 31 (1.8%); Michoacán y Morelos, 40 (.8%); Guanajuato y Tlaxcala, 32 (.6%); Otras, 33 (1.3%); No contestaron, 42 (1.6%).
- ❑ El intervalo de edad de los usuarios encuestados es: 15 a 24 años, 539 (21.1%); 25 a 34 años, 511 (19.9%); 35 a 44 años, 478 (18.6%); 45 a 54 años, 398 (15.5%); 55 a 64 años, 241 (9.4%); 65 a 74 años, 139 (5.4%); Más de 75 años, 124 (4.8%); No contestaron, 136 (5.3%).
- ❑ El sexo de los usuarios encuestados es: Masculino, 849 (33.1%); Femenino, 1610 (62.7%); No contestaron, 107 (4.2%).
- ❑ La escolaridad de los usuarios encuestados es: No sabe leer ni escribir, 266 (10.4%); Saben leer y escribir, 290 (11.4%); Primaria, 772 (30.1%); Secundaria, 694 (27.0%); Preparatoria, 322 (12.5%); Profesional, 121 (4.7%); Otros, 37 (1.4%); No contestaron, 64 (2.5%).
- ❑ Información recibida por el personal del hospital a los usuarios encuestados: Si recibieron información, 2150 (83.8%); No recibieron información, 385 (15.0%); No contestaron, 31 (1.2%).
- ❑ Calidad de la información recibida por el personal del hospital a los usuarios encuestados: Muy buena, 776 (30.2%); Buena, 1229 (47.9%); Regular, 374 (14.6%); Mala, 71 (2.8%); Muy mala, 6 (.2%); No contestaron, 110 (4.3%).

² Solo se incluyeron los datos que se consideraron relevantes para el presente estudio. Para conocer los datos a detalle consultar las estadísticas de la página web <http://www.hgm.salud.gob.mx/>

- ▣ Tiempo de espera de los usuarios encuestados para recibir atención médica : 0 a 10 minutos, 136 (5.3%); 11 a 20 minutos, 188 (7.3%); 21 a 30 minutos, 324 (12.7%); 31 a 40 minutos, 124 (4.8%); 41 a 50 minutos, 64 (2.5%); 51 a 60 minutos, 334 (13.0%); 1 a 1:15 horas, 60 (2.3%); 1:16 a 1:30 horas, 121 (4.7%); 1:31 a 1:45 horas, 7 (0.3%); 1:46 a 2 horas, 379 (14.8%); 2 a 2:20 horas, 25 (1.0%); 2:21 a 2:40 horas, 31 (1.2%); 2:41 a 3 horas, 216 (8.4%); 3 a 3:30 horas, 26 (1.0%); 3:31 a 4 horas, 94 (3.7%); 4 a 5 horas, 77 (3.0%); Más de 5 horas, 100 (3.9%); No contestaron, 260 (10.1%).
- ▣ Satisfacción de los usuarios encuestados por la información recibida del médico: Muy satisfecho, 694 (27.0%); Satisfecho, 1295 (50.5%); Regular, 398 (15.5%); Poco satisfecho, 96 (3.7%); Nada satisfecho, 20 (.8%); No contesto, 63 (2.5%).
- ▣ Opinión de los usuarios encuestados por la atención recibida del personal de enfermería: Muy bueno, 850 (33.1%); Bueno, 1188 (46.3%); Regular, 281 (11.0%); Malo, 44 (1.7%); Muy malo, 15 (.6%); No contesto, 188 (7.3%).
- ▣ Opinión de los usuarios encuestados por la atención recibida del personal médico: Muy bueno, 1082 (42.2%); Bueno, 1134 (44.2%); Regular, 202 (7.9%); Malo, 21 (.8%); Muy malo, 11 (.4%); No contesto, 116 (4.5%).
- ▣ Actos de corrupción del personal del hospital reportados por los encuestados: Algún servidor público solicito dádiva, regalos o alguna gratificación para realizar sus tramites o reducir tiempo. Si, 59 (2.3%); No, 2441 (95.1%); No contesto, 66 (2.6%); Vigilancia, 33 (1.3%); Informes, 5 (.2%); Cajeras, 5 (.2%); Enfermería, 3 (.1%); Médico, 8 (.3%); Trabajo Social, 3 (.1%); Otros, 2 (.1%); No contesto, 66 (2.6%).
- ▣ Opinión de los usuarios encuestados sobre el servicio médico: Muy bueno, 895 (34.8%); Bueno, 1259 (49.1%); Regular, 305 (11.9%); Malo, 10 (.4%); Muy malo, 5 (.2%); No contesto, 92 (3.6%).

Podemos concluir que la mayor parte del total de los usuarios subsecuentes encuestados: Acuden del Distrito Federal y Estado de México (86.6%); se encuentran en edades comprendidas entre los 15 a los 54 años (75.1%); son del sexo femenino (62.7); tienen estudios de primaria y secundaria (57.1%).

Respecto a las características del servicio: El 83.8 % de los encuestados, recibieron información sobre el servicio; el 77.5% se encontraron satisfechos por la información recibida por parte del médico; el 79.4% se encontraron satisfechos por la atención recibida por las enfermeras; el 86.4% estuvieron satisfechos por la atención recibida por el personal médico; el 83.9% se encontraron satisfechos por el servicio médico que se les otorgó.

La presente investigación se llevo a cabo en el mismo escenario de la anterior encuesta. Para conocer de forma mas amplia el contexto donde se llevaron a cabo los estudios a continuación se presenta una breve historia del Hospital General de México, además de describir las características del servicio de consulta externa donde se recabaron lo datos de esta investigación.

4.- HISTORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO³

El proyecto del Hospital General de México se realizó el 22 de Noviembre de 1895 y es presentado el 23 de Julio de 1900 con una capacidad instalada de 800 camas en una superficie de 124,692 m² con los servicios de medicina, cirugía, enfermedades venereo-sifilíticas, enfermedades de niños, obstetricia, tuberculosos, leprosos, tíficos, otras infecciones de niños, infecciones puerperales, enfermos distinguidos no infecciosos, infecciosos adultos y partos reservados. La construcción del hospital se inicia en el mes de Julio de 1896, terminándose el 14 de Mayo de 1904.

El día 5 de Febrero de 1905, siendo presidente de la República Mexicana el General Porfirio Díaz y vocal del Consejo Superior de Salubridad el Dr. Eduardo Liceaga, junto con el Ing. Roberto Gayol, se inaugura el Hospital General de México; su primer Director fue el Dr. Fernando López. El hospital contaba con una plantilla de 315 trabajadores entre médicos y administrativos. El Hospital General de México, funcionó como establecimiento de beneficencia a cargo del poder ejecutivo dependiente de la Secretaría de Estado y Gobernación, para la asistencia gratuita de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad ni creencias religiosas.

El primer reglamento interno del hospital, de fecha 17 de Junio de 1905 entró en vigor el 1° de Julio del mismo año, definió el objeto de Hospital, la admisión de enfermos, 11 secciones de servicio con una dirección, administración, museo de patología, archivo de la biblioteca y estadística. En 1929, se estableció un nuevo reglamento, cuya vigencia se mantuvo durante ocho años.

En 1938 el hospital contaba con 990 camas y 38 pabellones. En el año de 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad con base al decreto del 18 de Octubre de 1943, dependiendo el Hospital General de dicha Secretaría. En el mismo

³ Toda la información correspondiente al hospital general de México, la puede consultar en la página web: <http://www.hgm.salud.gob.mx/>

año el Dr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia establece un plan nacional de instituciones hospitalarias para la República Mexicana, las que tendrán como funciones entre otras, las de atención adecuada a los enfermos económicamente débiles, que sean constituidos como centros de enseñanza médica así como proporcionar los medios para la investigación científica.

En 1946 se fundó la Oficina de Enseñanza e Investigación Científica y la Sociedad Médica del Hospital General. El 28 de Octubre de 1952 se crea el Consejo Técnico Administrativo del Hospital dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el año de 1964 se inició la remodelación del Hospital, modernizándose la planta física y el equipamiento. En 1968, se inició la remodelación del Hospital General de México, reinaugurándose el 19 de Noviembre de 1970, quedando estructurado por 32 unidades médicas y 10 unidades administrativas.

En Septiembre de 1985 se contaba con 1700 camas, como consecuencia del sismo el hospital sufrió daños considerables quedando reducida su capacidad a 1,178 camas. El 7 de Abril de 1986, se publica en el diario oficial el decreto por el que se crea como organismo administrativo desconcentrado por funciones, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, con autonomía operativa, en el que se le atribuyen para el cumplimiento de sus fines una serie de funciones, a fin de dotarlo de autonomía operativa y mayor presencia institucional para la prestación de servicios de salud a población abierta.

El 11 de Mayo de 1995, se crea el Hospital General de México como organismo descentralizado del gobierno federal con personalidad jurídica y patrimonio propios. En Octubre de 1995 un nuevo sismo ocasiona la reducción en el número de camas a 1,008. El 1° de Mayo de 1997 y como consecuencia de la descentralización, se autoriza la propuesta de modificación estructural del Hospital General de México por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Actualmente, la planta física de forma horizontal del hospital, cuenta con una superficie total de 12.52 hectáreas de las cuales 6.63 están construidas : de los 50 edificios, 33 pertenecen al área médico asistencial y 17 a las áreas de gobierno, enseñanza e investigación y servicios generales, en la que no se incluía la estructura correspondiente a la contraloría interna. La capacidad física instalada es de 1,008 camas, 48 quirófanos, tres salas de expulsión y una sala de labor, 19 áreas de esterilización de instrumental y material quirúrgico, ocho salas de terapia intensiva, dos cuneros, dos salas de admisión, 38 salas de recuperación, 150 consultorios, 37 salas de espera, 27 salas de rayos X, 45 salas de laboratorio, una sala de aféresis, una sala de sangría, una sala de ultrasonido, una sala de endoscopia, siete cubículos de terapia de lenguaje, uno de anatomía patológica, dos auditorios y 48 aulas.

Los recursos humanos con que cuenta el hospital son 724 plazas para médicos, 1,627 plazas para personal de enfermería, 1,339 de paramédicos y afines, 189 para personal de confianza, 18 para investigación, 287 para residentes, 417 para servicios generales, 68 para técnicos y 68 plazas para gobierno.

El Hospital General de México, se ha destacado por brindar atención médica especializada a millones de mexicanos, se atiende esencialmente a **pacientes** de escasos recursos económicos, aquellos que no están registrados en la **seguridad social** ni tienen acceso a la medicina privada, cuya procedencia es el D.F., (48%), Estado de México y los Estados de la República. Anualmente se otorgan 525,874 consultas de especialidad, de las cuales 225,206 son consultas de primera vez y 300,668 subsecuentes, además de 31,219 consultas de urgencias y de 38,998 sesiones de rehabilitación.

En el área de Enseñanza e Investigación se ha considerado como el Hospital Escuela de más relevancia en la medicina nacional. La Dirección de Enseñanza e Investigación está a cargo de la docencia de pregrado y posgrado. En 1996 se reportan 1989 alumnos formados en pregrado en medicina, provenientes de la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad La Salle y

Universidad Anáhuac. Es importante señalar que 142 alumnos más se encuentran en enseñanza formativa de pregrado en otras licenciaturas realizando el servicio social.

El área de Investigación del Hospital, actualmente se realizan funciones de planeación, coordinación, evaluación y autorización de proyectos de investigación básica, clínica y farmacológica; sus investigadores han generado importantes aportaciones a la investigación científica. Como resultado de los trabajos de investigación en el Hospital.

Hoy en día, el Hospital General de México cuenta con 18 plazas; de los 18 investigadores, 17 se encuentran en el Sistema Nacional de Investigadores, además 61 profesionales más cuentan con la evaluación de investigador titular y asociado por la Comisión Externa de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, 20 titulares y 41 asociados.



5.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

El presente estudio se llevó a cabo en la unidad 401 del servicio de Consulta Externa el cual tiene las siguientes características:

Descripción del servicio

Atención médica a los pacientes con padecimientos en general para su derivación posterior a los servicios de especialidad cuando aquellos lo requieran. En este servicio se atiende aproximadamente el 65% de las enfermedades de los pacientes que acuden solicitando servicio.



Servicios que ofrece:

- Consulta de medicina general
- Consulta de especialidades médicas
- Consulta de medicina preventiva
- Vacunas
- Admisión a hospitalización
- Archivo clínico

Especialidades que ofrece:

Medicina general
Urología
Cardiología
Reumatología
Endocrinología
Vascular periférico
Medicina interna
Nefrología
Cirugía General
Gastroenterología
Geriatría
Neumología
CAPRA
Dermatología
Salud Mental

En la siguiente página se muestra un mapa de la ubicación del servicio de consulta externa dentro del Hospital General de México:

6.- EVALUACIÓN AMBIENTAL E IMAGEN INSTITUCIONAL EN SALAS DE ESPERA

6.1 Justificación

Holahan (1986) menciona que muchas de las actividades cotidianas están influidas por la arquitectura y el diseño de interiores. Esta influencia es compleja y dinámica, podemos verlo en varios aspectos, desde el simple desplazamiento de las personas en un lugar específico, hasta el uso determinado y efectivo que le demos a un espacio y que significado le atribuyamos, por lo consiguiente, el mismo autor argumenta que el medio ambiente no influye a los sujetos únicamente en la forma que se comportan frente a él, sino en la forma en que lo percibimos, pero estos procesos no se realizan en forma conciente, sino que suceden dentro de la cotidianidad de los individuos sin darse cuenta de ello. En éste proceso de percepción, los sujetos organizan los estímulos para comprender su entorno y realizan una integración que determinará a su vez el comportamiento y la actitud que se realice en función de éste.

Por lo anterior, el medio ambiente debe cumplir una serie de elementos que satisfagan una finalidad y que determinen la conducta de las personas en ése ambiente y el significado que los sujetos le den a dicho espacio, de ésta manera, el ambiente construido estará satisfaciendo una necesidad por la cual fueron creados. Dentro de ése rubro se encuentran los hospitales y en el diseño de los mismos encontramos limitantes, por un lado los recursos con los que se cuenta para conformar la institución o un servicio determinado del mismo y por otro lado las necesidades que tiene la comunidad de un servicio médico eficiente.

Para Reizenstein, Grant y Simmons (1986), existen cuatro factores que ocasionan insatisfacción e incluso estrés en las personas respecto al ambiente: Confort físico, contacto social, orientación y significado simbólico. Éstos cuatro factores ejercen una clara influencia en los sujetos, tanto en la percepción que tengan de un espacio, como en la conducta que ejerzan en función de ésta. Dentro de la investigación

realizada en hospitales, Ortega (1991, 2002) resalta la influencia de éstos cuatro factores sobre la evaluación ambiental, el contacto social, el significado del lugar y la conducta dentro de escenarios hospitalarios en México, contribuyendo a la comprensión y relevancia que juega el ambiente físico en la prevención y reducción de la problemática psicológica en éstos escenarios.

Es muy cierto que se necesitan recursos económicos, financieros y humanos para hacer cambios que beneficien los servicios que ofrecen los hospitales, pero no se necesitan muchos recursos y cambios estructurales profundos para conseguir una mejora. Dadas las circunstancias, hacer cambios sutiles en los procedimientos ó cambios en el mobiliario de hospitales que no impliquen gastos pueden beneficiar mucho el servicio, como la presencia de separadores para diferenciar estancias, como plantas o ventanas o la manipulación de mobiliario no fijo para poder hacer ajustes según las necesidades que se tengan (Redil, Ortega y Estrada, 2002).

Nuestra investigación está sustentada en la teoría de Reizenstein, Grant y Simmons (1986) al igual que en el trabajo realizado por Ortega (2002). Realizamos una exploración sobre la evaluación ambiental y la imagen institucional que los pacientes y familiares tienen en las salas de consulta externa, ya que la influencia del apoyo social de los familiares, funciona como apoyo emocional, informativo y/o tangible como recurso de afrontamiento ante el estrés, (Lazarus, 1991), ya que para los pacientes es de vital importancia contar con el apoyo de familiares y amigos (Ortega, 2002), además de investigar la influencia de variables atributivas como el sexo y la escolaridad con el fin de encontrar criterios que ayuden a mejorar el servicio de consulta externa, y tener mejores elementos para las futuras remodelaciones y ajustes, tanto administrativos como arquitectónicos de las salas de espera de consulta externa de un hospital general público, así como probar los instrumentos previamente desarrollados en investigaciones anteriores en escenarios hospitalarios y ver su generalización en otros escenarios dedicados al cuidado de la salud, contribuyendo así al campo del conocimiento y generar nueva investigación dentro del campo de la psicología ambiental.

6.2 MÉTODO

6.2.1 Planteamiento del problema.

¿Cuáles son las diferencias entre la evaluación ambiental y la imagen institucional en pacientes y familiares en tres salas de espera del servicio de consulta externa de un hospital general público?

6.2.2 Hipótesis.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y familiares del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y familiares del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y familiares de nivel escolar alto y bajo del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y familiares de nivel escolar alto y bajo del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres pacientes y familiares usuarios del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres pacientes y familiares usuarios del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de sala en la evaluación ambiental y la imagen institucional del servicio de consulta externa de un hospital general público.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de sala en la evaluación ambiental y la imagen institucional del servicio de consulta externa de un hospital general público.

6.2.3 Variables

Variables atributivas:

Sexo

Escolaridad

Tipo de usuario (paciente o familiar)

Tipo de sala (sala A, sala B y sala C)

Variables dependientes:

Evaluación ambiental

Imagen institucional

Definición conceptual de las variables.

Variables atributivas:

Sexo: Referido a la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los sujetos.

Escolaridad: Nivel de estudios alcanzados por una persona en una institución educativa.

Tipo de usuario:

Paciente: Persona que solicita asistencia médica por el padecimiento de alguna enfermedad o malestar físico.

Familiar: Relativo a la familia; El que tiene trato de confianza con una persona.

Salas de espera: Diseño y mobiliario de salas hospitalarias para la estancia de pacientes.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Evaluación ambiental: Es la valoración del conjunto de condiciones o aspectos físicos que caracterizan a un lugar determinado.

Imagen institucional: Idea relativa que se tiene de una institución u organización.

Definición operacional de las variables.

VARIABLES ATRIBUTIVAS:

Sexo: Referido a la respuesta contestada por los sujetos en el instrumento, con dos opciones de respuesta, hombre y mujer.

Escolaridad: Referido a la respuesta contestada por los sujetos en el instrumento sobre su nivel de escolaridad alcanzado, con cuatro opciones de respuesta que son: Primaria, secundaria, bachillerato o carrera técnica y licenciatura.

Tipo de usuario:

Respuesta contestada por los sujetos en el instrumento referente al tipo de usuario que reportaba ser dentro del servicio médico de consulta externa de un hospital general público, con dos opciones de respuesta, paciente y familiar.

Salas de espera: Tres salas de espera de consulta externa. Sala "A" ubicada a un costado de las cajas de pago, sala "B" localizada al fondo en el área de apertura de archivo y sala "C" ubicada en el primer piso frente al banco de sangre.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Evaluación ambiental: Es la medición de la evaluación y percepción de aspectos físicos y ambientales de pacientes y familiares del servicio médico en salas de espera de consulta externa de un hospital general público, mediante la escala de evaluación ambiental que se encuentra constituida por 24 reactivos afirmativos con una escala de respuesta de cero a diez. Tiene una confiabilidad de alpha de Cronbach de .84. Su validez se obtuvo a través de un análisis factorial quedando cuatro factores eigen mayores a uno que explican el 50% de la varianza total.

Imagen institucional: Es la medición de la valoración de la calidad de la atención, así como de la institución y de los sentimientos que se generan en la estancia de salas de espera del servicio médico de consulta externa hecha por pacientes y familiares en un hospital general público, por medio de la escala de imagen institucional, constituida por 22 reactivos afirmativos con una escala de respuesta de cero a diez. Tiene una confiabilidad de alpha de Cronbach de .75. Su validez se obtuvo mediante un análisis factorial quedando cuatro factores con valores eigen mayores a uno, explicando el 63% de la varianza total.

6.2.4 Escenario

Tres salas de espera de la unidad de consulta externa del Hospital General de México, las cuales tienen las siguientes características:

Sala "A" (consultorios 1-10)		
Tamaño (m ²)	174.42	La cual tiene 5.70m de ancho y 30.60 m de largo.
Sillas	133	Las sillas distribuidas en bloques de 16 con filas de 4 sillas unidas y bloques de 12 con filas de 3 sillas unidas.
Lámparas	10	Emiten luz blanca.
Ventanas	2	El tamaño de las dos ventanas es de 95cm x 97cm y de 2.38m x 97m respectivamente.
Televisiones	2	A color de 21 pulgadas.
Botes de basura	3	

Tabla 1: La sala "A" es la sala más pequeña de las tres. Se encuentra entre las cajas de pago y las ventanillas de registro de usuarios para obtener el carnet para hacer uso del servicio. A un costado se encuentra la entrada general de la unidad de consulta

externa, es la más transitada y entra más luz pues es la entrada principal. Los baños y los teléfonos se encuentran ubicados fuera de la sala en dos pasillos distintos.

Sala "B" (Consultorios 11-28)			
	Consultorios 11-16	Consultorios 17-28	
Tamaño (m ²)	68.85	166.05	Miden 4.50m x 15.30m y 4.50m x 36.90m respectivamente.
Sillas	73	177	Las sillas de los consult. 11-16 no tenían distribución ordenada, se encontraban unidas en filas de 4, 3 y 16 sillas unidas. Las sillas de los consult. 17-28 distribuidas en bloques de 16 con filas de 4 sillas unidas y bloques de 12 con filas de 3 sillas unidas
Lámparas	5	11	Emiten luz blanca.
Ventanas	4	12	De los consult. del 11-16 miden 2.64m x 97cm, y de los consult. 17-28, once ventanas miden 2.64m x 97cm y una mide 87.5cm x 97cm.
Televisiones	2	4	A color de 21 pulgadas.
Botes de basura	2	6	

Tabla 2: La sala "B" se encuentra dividida por una sección central que mide 24.3m² (4.50m x 5.40m) y tiene 4 lámparas. Dentro del área de los consult. 11-15 se encuentra la sección de archivo donde los pacientes de primera vez abren su expediente, por lo que en ésta zona se aglomeran usuarios. Es la sala donde entra menos luz solar y no cuenta con baños ni teléfonos dentro de ella. Su tamaño total es de 259.2m² (4.50m x 57.6m).

Sala "C" (Consultorios 29-50)			
	Consultorios 29-40	Consultorios 41-50	
Tamaño (m ²)	146.81	172.91	Miden 4.35m x 33.75m y 4.35m x 39.75m respectivamente.
Sillas	165	175	Las sillas de los consult. 29-50 distribuidas en bloques de 16 con filas de 4 sillas unidas y bloques de 12 con filas de 3 sillas unidas.
Lámparas	11	13	Emiten luz blanca.
Ventanas	11	13	De los consult. del 29-50 miden 2.70m x 2.31m.
Televisiones	3	3	A color de 21 pulgadas.
Botes de basura	5	5	

Tabla 3: La sala "C" se encuentra dividida por una sección central que mide 26.10m² (4.35m x 6m), tiene 2 lámparas, 2 botes de basura y un teléfono público, además cuenta con baños, el de mujeres ubicado de lado de los consult. 29-40 y el de hombres en los consult. 41-50. Esta sala es la más amplia de las tres y la aglomeración es menor, se encuentra en el primer piso y entra más luz solar. Su tamaño total es de 345.83m² (4.35m x 79.50m).

6.2.5 Sujetos

La muestra estuvo constituida por 300 sujetos, de los cuales 150 (50%) fueron pacientes y 150 (50%) acompañantes (familiares o amigos), y de cada grupo 75 (25%) hombres y 75 (25%) mujeres respectivamente.

6.2.6 Muestra

Intencional no probabilística, ya que los sujetos fueron seleccionados por ser usuarios del servicio de consulta externa de un hospital general público, aceptando voluntariamente apoyar la investigación.

Criterios de selección de la muestra.

Inclusión:

- A. Asistir al servicio médico de consulta externa de un hospital general público.
- B. Ser paciente usuario del servicio médico de consulta externa de un hospital general público.
- C. Ser familiar ó acompañante de un paciente usuario del servicio médico de consulta externa de un hospital general público.
- D. Ser por lo menos la segunda ocasión que asista al servicio de consulta externa.
- E. Tener por lo menos 16 años de edad cumplidos.
- F. Paciente o familiar que firme la carta de consentimiento informado (ver apéndice 2).

Exclusión:

- A. No asistir al servicio médico de consulta externa de un hospital general público.
- B. No ser paciente usuario del servicio médico de consulta externa de un hospital general público.
- C. No ser familiar ó acompañante de un paciente usuario del servicio médico de consulta externa de un hospital general público.
- D. Ser la primera ocasión que asista al servicio de consulta externa.
- E. Tener menos de 16 años de edad cumplidos.
- F. No haber firmado la carta de consentimiento informado.

Eliminación:

- A. No sepan leer ni escribir.
- B. Pacientes y/o familiares que no se encuentren físicamente en condiciones para contestar la evaluación o dificulte la ejecución de la misma.

6.2.7 Tipo de estudio.

Correlacional. Se observó cómo se relacionan las variables de "Evaluación ambiental" e "Imagen institucional" con las variables, sexo, tipo de usuario (paciente o familiar) y sala de espera. Se aplicaron las escalas a pacientes y sus familiares o acompañantes que hacen uso del servicio médico de consulta externa, siendo al menos la segunda vez que hayan asistido a dicho servicio, ya que los visitantes de primera ocasión no tienen la información necesaria para contestar los cuestionarios. Se empleó una muestra de 300 sujetos de los cuales 150 son pacientes y 150 familiares, divididos a su vez en 75 hombres y 75 mujeres respectivamente, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

	PACIENTES		FAMILIARES	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sala 1	25	25	25	25
Sala 2	25	25	25	25
Sala 3	25	25	25	25
	75	75	75	75
Total de grupos	n=150		n=150	
Muestra total=300				

Tabla 4: Clasificación de la muestra por cuotas con base en las variables tipo de usuario, sexo y salas.

6.2.8 Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos desarrollados y validados por Ortega (2002):

La escala de Evaluación Ambiental (ver apéndice 2) que mide la evaluación y percepción de aspectos físicos y ambientales de pacientes y familiares del servicio médico en salas de espera, constituida por 24 reactivos afirmativos con una escala de respuesta de cero a diez en donde cero indica ausencia de la característica que se mide y diez una presencia total. La confiabilidad de la escala completa se obtuvo con el coeficiente alpha de Cronbach con un nivel de significancia de .84. Su validez se obtuvo a través de un análisis factorial de componentes principales estando la solución final sujeta a una rotación oblimin, quedando cuatro factores con valores eigen mayores a uno que explican el 50 % de la varianza total, que son:

Funcionalidad (F): Consta de 13 reactivos que evalúan aspectos relacionados con las características físicas del mobiliario y la sala de espera en términos del tamaño, comodidad, decoración, higiene, iluminación y accesibilidad a los sanitarios y al control de citas. Su confiabilidad fue de .86.

Señalización y servicios (S): Consta de cuatro reactivos que evalúan aspectos relacionados con la adecuada señalización y localización de letreros de información, servicios y de emergencia. Su confiabilidad fue de .79.

Valoración física (VF): Consta de tres reactivos que evalúan aspectos relacionados con el ruido, la presencia de olores desagradables y el calor. Su confiabilidad es de .60.

Clima (C): Consta de tres reactivos que evalúan aspectos relacionados con la ventilación, el frío y la presencia de ventanas en la sala de espera. Su confiabilidad es de .42.

La escala de Imagen institucional (ver apéndice 2) que mide la valoración de la calidad de la atención, así como de la institución y los sentimientos que se generan en la estancia de salas de espera del servicio médico, constituida por 22 reactivos afirmativos con una escala de respuesta de cero a diez en donde cero indica ausencia de la característica que se mide y diez una presencia total. La confiabilidad de la escala

completa se obtuvo con el coeficiente de confiabilidad de alpha de cronbach que fue de .75. Su validez se obtuvo a través de un análisis factorial de componentes principales, estando la solución final sujeta a una rotación oblimin quedando cuatro factores con valores eigen mayores a uno, que explican el 63% de la varianza total, y son:

Calidad humana de la atención (CHA): Consta de siete reactivos que evalúan aspectos relacionados con la información y amabilidad que brinda el personal, la rapidez y eficiencia de la atención a los pacientes, la confianza, agilidad y accesibilidad que los usuarios tienen del servicio. Su confiabilidad es de .88.

Evaluación de estrés en sala (E): Consta de cinco reactivos que evalúan aspectos relacionados con los sentimientos generados en la sala de espera, como su estado de tensión, incomodidad, alteración, cansancio y poca tolerancia al ambiente. Su confiabilidad es de .82.

Confianza y seguridad en el servicio (CSS): Consta de cinco reactivos que evalúan aspectos relacionados con la valoración del servicio médico en términos de su capacidad, amabilidad y bondad, así como de la confianza que perciben de la institución. Su confiabilidad es de .86.

Imagen simbólica del ambiente (ISA): Consta de tres reactivos que evalúan la valoración simbólica de los usuarios sobre si el escenario les brinda las condiciones adecuadas para la satisfacción de sus necesidades y la percepción de seguridad que le brindan las instalaciones. Su confiabilidad es de .29.

6.2.9 Material

Se utilizaron 300 juegos de cuestionarios aplicados a cada uno de los grupos; dos batas blancas que portaron los responsables de la investigación; 300 cartas de consentimiento anexadas a los mismos, requisito del Hospital General de México; 20 lápices con goma.

6.2.10 Procedimiento

Primera Etapa: Se realizaron los tramites y requisitos necesarios para obtener la aceptación del Hospital General de México con la instancia correspondiente, entregando el protocolo de investigación para su evaluación, ofreciendo confidencialidad en la difusión del nombre del hospital.

Segunda Etapa: Una vez aprobado el protocolo se efectuó la prueba piloto de los instrumentos utilizados en esta investigación (Evaluación Ambiental e Imagen Institucional) en las salas de consulta externa a fin de adecuar las escalas a los escenarios y obtener un instrumento mas acorde a la muestra de interés. Éste procedimiento tomó un día realizarlo.

Tercera Etapa: Ésta etapa consistió en el levantamiento de datos. Se aplicaron los instrumentos de auto reporte de manera intencional a los pacientes y visitantes (familiares o acompañantes) que se encontraban esperando consulta y a los familiares o acompañantes de pacientes. No existió una selección precisa de la muestra, sino que se solicito a todos los pacientes y visitantes su colaboración para contestar de forma voluntaria, plasmando su nombre y/o firma en la carta de consentimiento, ésta siendo previamente aprobada por la institución. Se entregaron los cuestionarios con lápiz y goma, garantizándoles una absoluto anonimato a fin de obtener la mayor veracidad en sus respuestas. El levantamiento de los datos cubrió el horario de atención matutino, de 9:00 a 14:00 horas del servicio de consulta externa, de Lunes a Viernes durante dos semanas.

Instrucciones para la aplicación: Se abordó de manera intencional a los sujetos, preguntando si eran pacientes o familiares que han asistido al menos dos veces, si su respuesta era positiva se les daba la siguiente información: "Somos investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México y estamos realizando un estudio para conocer su opinión sobre las características físicas de esta sala y el servicio médico con la posibilidad de realizar futuras mejoras en el servicio, ¿Nos podría ayudar? ". Si su

respuesta era afirmativa, se les entregaba las escalas con la carta de consentimiento informado diciendo: "Gracias, estamos a sus ordenes si tienen alguna duda con gusto les atenderemos".

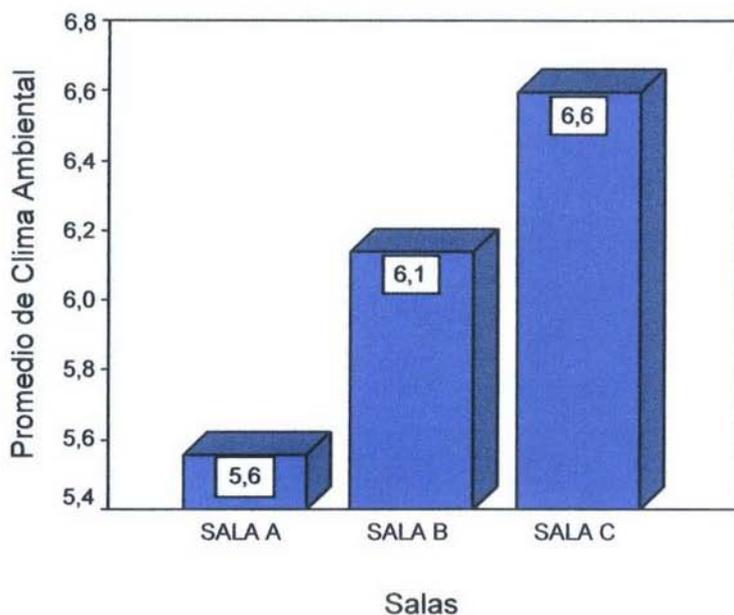
7.- RESULTADOS

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS/PC, El primer procedimiento fue un análisis de frecuencias de las variables independientes: escolaridad, sexo, tipo de usuario y tipos de salas de espera, así como de las variables dependientes de la muestra total. El segundo tipo de análisis fue realizado para probar las hipótesis propuestas fue de contrastación de medias según se presentó el caso, a través de pruebas "T", y análisis de varianza para conocer las diferencias estadísticamente significativas entre variables, así como análisis post-hoc para conocer el nivel de significación entre las medias de las variables, y saber entre que variables se estableció dicha significación.

Con objeto de identificar las diferencias entre las medias de los factores de evaluación de clima ambiental y evaluación de la calidad humana de la atención en las tres diferentes salas de espera se realizó un análisis de varianza para conocer si existían diferencias significativas entre grupos.

En relación al factor de clima ambiental los resultados arrojaron un valor $F_{297,2} = 10.374$, con un nivel de significación de .000. Posteriormente se realizó una prueba post hoc de Scheffe para identificar en qué salas existían tales diferencias. Se encontró que existen diferencias significativas entre las salas A y B con un nivel de significación de .041, y entre la sala A y C con un nivel de significación = .000 como se muestra en la gráfica 1:

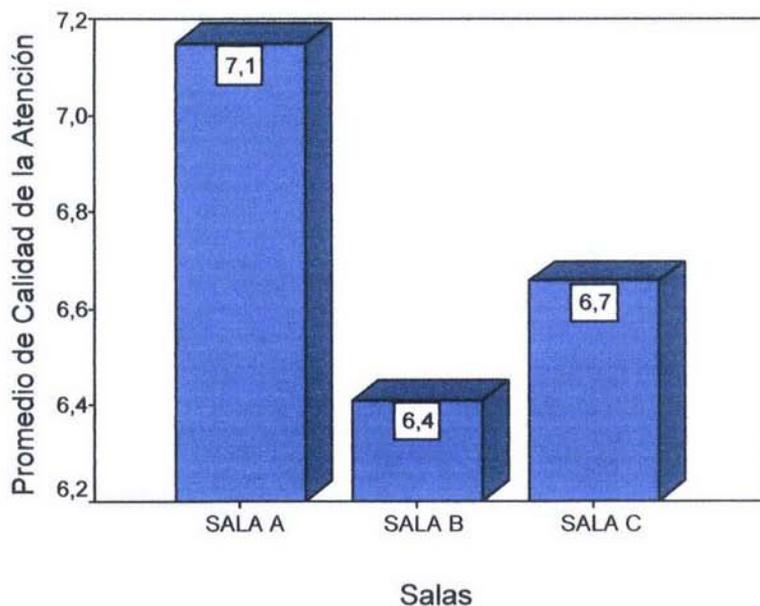
DIFERENCIAS POR SALA EN EL FACTOR CLIMA



Gráfica 1. Promedios del factor de clima ambiental por tipo de sala.

Nuevamente, se realizó un análisis de varianza y se obtuvieron diferencias significativas entre las medias de la sala para el factor de calidad humana de la atención, con un valor $F_{297,2} = 3.209$, con un nivel de significancia de .042. Posteriormente se realizó una prueba post hoc de Scheffe para identificar en qué salas existen diferencias. Se encontró que existen diferencias significativas entre las salas A y B con un nivel de significancia de .047, como se muestra en la gráfica 2.

DIFERENCIAS POR SALA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN

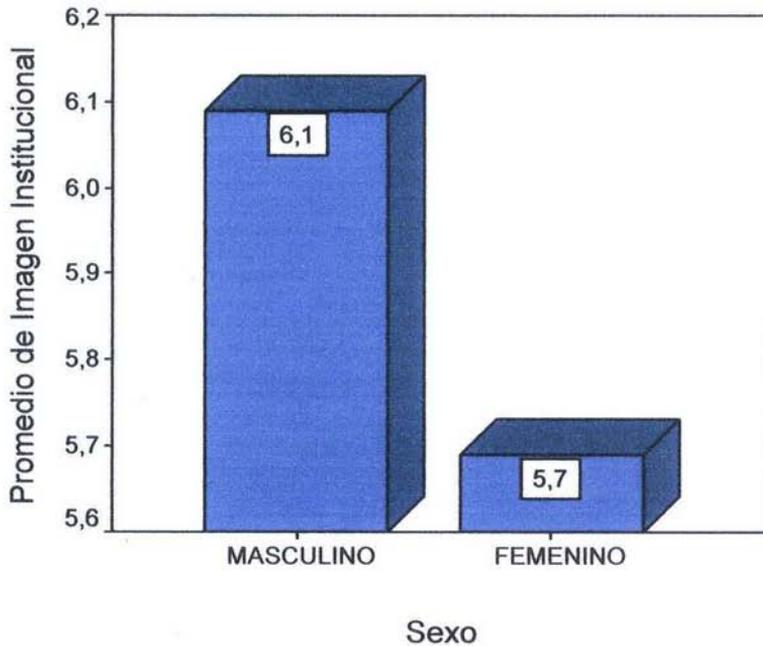


Gráfica 2. Promedios del factor de calidad humana de la atención por tipo de sala.

Con efecto de identificar las diferencias ente los factores de evaluación ambiental e imagen institucional por sexo, se realizo una prueba "t" que obtuvo un valor $F_{298,2} = 4.094$ con un nivel de significancia menor al .04, que identifica las diferencias por sexo en cuanto al factor Imagen simbólica del ambiente.

Por lo anterior, se acepta la hipótesis alternativa, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de sala en cuanto a la imagen institucional en el factor Calidad Humana de la Atención, y evaluación ambiental en el factor Clima Ambiental.

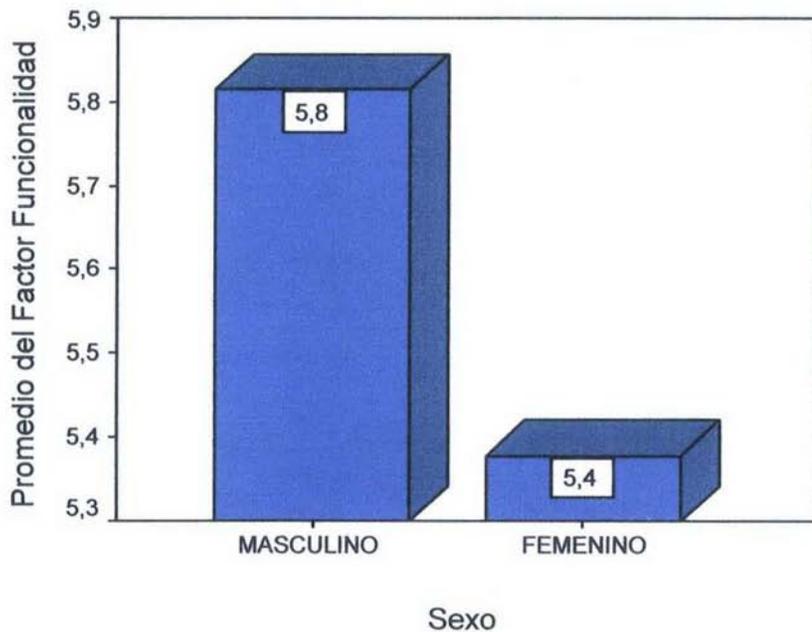
DIFERENCIAS POR SEXO EN EL FACTOR IMAGEN



Gráfica 3. Promedios del factor Imagen Institucional por sexo.

Al igual el procedimiento anterior arrojó diferencias por sexo en el factor funcionalidad obteniendo un valor $F_{298,2}=.032$ con un nivel de significancia menor al .03, que identifica las diferencias por sexo en cuanto al factor funcionalidad.

DIFERENCIAS POR SEXO EN EL FACTOR FUNCIONALIDAD



Gráfica 4. Medias del factor Funcionalidad por sexo.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres usuarios del servicio de consulta externa, en cuanto al factor funcionalidad e imagen simbólica del ambiente.

Para conocer que variables o factores se encuentran directamente relacionados con el factor estrés, se hizo una regresión lineal múltiple por el método simultáneo, teniendo como variable dependiente el factor de estrés y como predictores los factores valoración física, funcionalidad y la variable escolaridad, cuyos coeficientes estandarizados fueron respectivamente: x (-.364), (-.316) y (-.207). El valor de R^2 fue de

.292, es decir, explica el 29% de la varianza, por lo tanto, se descubrió que cuando los factores de valoración física y funcionalidad puntúan en forma negativa y la escolaridad es más baja, se asocian con puntuaciones altas en el factor estrés.

Análisis de Regresión de los predictores
de percepción de estrés.

Variables	B	SEB	Beta
Valoración Física	-.429	.060	-.364
Funcionalidad	-.341	.055	-.316
Escolaridad	-.490	.119	-.207

$R^2 = .292$ ($p < .000$)

Tabla 5: Resumen del análisis de regresión simultáneo para las variables que predicen la percepción de estrés (n=300).

Se aceptó la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable escolaridad, entre pacientes y familiares usuarios del servicio de consulta externa, al igual que no existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y familiares del servicio de consulta externa del hospital, por lo que se aceptó la hipótesis nula.

En relación con los resultados que retomamos del estudio realizado en el hospital en el segundo semestre del 2003, realizamos una comparación con los reactivos que se asociaban de manera similar con los reactivos utilizados en el estudio del segundo semestre del 2003. Para éste efecto, se realizó un análisis de frecuencias tomando en

cuenta únicamente a los pacientes subsecuentes de ambos estudios, dando a lugar los siguientes resultados:

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA
EN EL HOSPITAL Y LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

REACTIVOS		MB	10 y 9	B	8 y 7	R	6 y 5	M	4 y 3	MM	2, 1 y 0	No contestó
Calidad de la información recibida por los usuarios.	Personal da informes.	30.2%	44.7%	47.9%	24.0%	14.6%	18.6%	2.8%	4.0%	.2%	8.7%	4.3%
Opinión del servicio médico.	Hay buenos médicos en éste lugar.	34.8%	52.7%	49.1%	19.3%	11.9%	7.4%	.4%	.7%	.2%	.0%	3.6%
Satisfacción de la información recibida por el médico.	Los médicos me informan sobre mi estado de salud.	27.0%	65.3%	50.5%	19.3%	15.5%	12.7%	3.7%	.0%	.8%	2.7%	2.5%
Opinión de la atención recibida por el médico.	Los médicos son capaces.	42.2%	70.0%	44.2%	20.5%	7.9%	9.4%	.8%	.7%	.4%	0%	4.5%

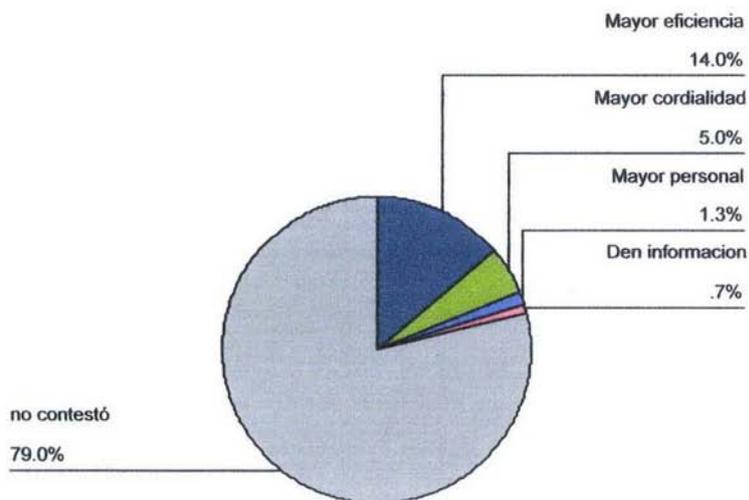
Tabla 6: Los resultados incluidos en la tabla en el estudio realizado por el hospital, corresponden a los porcentajes de sujetos que describieron el aspecto a medir con una escala de respuesta que es: muy malo (MM), malo (M), regular (R), bueno (B), muy bueno (MB) y no contestó. En la presente investigación, los porcentajes corresponden a

las respuestas de los sujetos del rasgo a medir con una escala de respuesta de 0 a 10, en donde el 0 indica la ausencia del rasgo a medir, y 10 su absoluta presencia. Para realizar la comparación, los resultados se agruparon con los porcentajes de respuesta de los sujetos que puntuaron en los siguientes rangos de respuesta: 10 y 9; 8 y 7; 6 y 5; 4 y 3; 1, 2 y 0.

Los resultados obtenidos en el apartado de sugerencias y comentarios hacia el servicio de consulta externa por parte de los usuarios (ver apéndice 1) se describen a continuación:

Las graficas contienen únicamente los resultados arrojados por los usuarios en el apartado de sugerencias, dentro de los cuales era optativo contestar dicha opción, por lo que cada uno de los grupos no representa el 100 % de la muestra, sino únicamente las personas que entraron en dicho rubro.

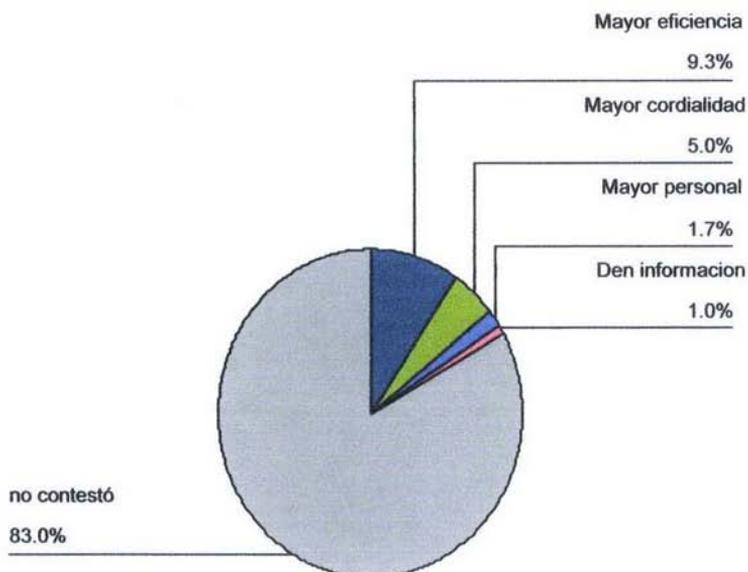
Personal Administrativo



Gráfica 5: Porcentajes de comentarios sobre el personal administrativo.

Los comentarios relacionados con el personal administrativo se agruparon en cuatro categorías. La mayor parte de los que contestaron, sugieren una mayor eficiencia dentro de los procesos administrativos del hospital. El 14% es igual a 42 usuarios, 5% a 5, 1.3% a 4, .7% a 2 y 79% a 237.

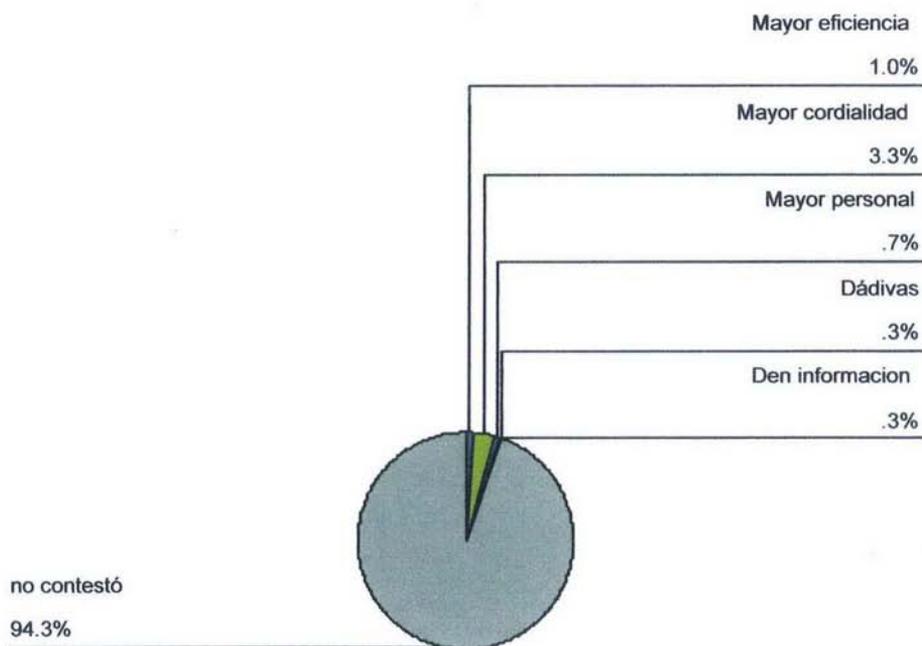
Personal Médico



Gráfica 6: Porcentajes de comentarios sobre el personal médico.

Respecto a los comentarios realizados hacia el personal médico, los usuarios sugieren que los médicos sean más eficientes. El 9.3% corresponde a 28 usuarios, 5% a 15, 1.7% a 5, 1% a 3 y 83% a 249.

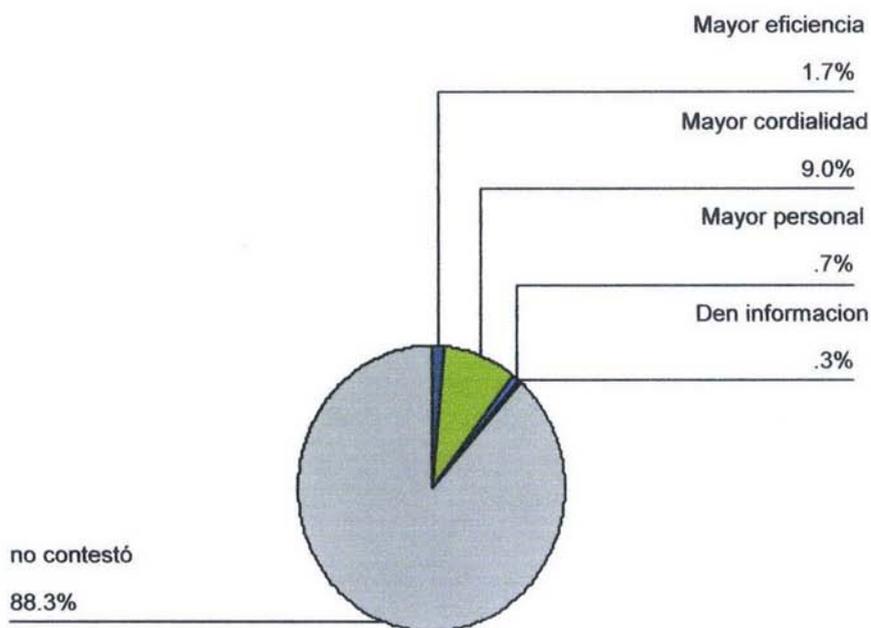
Personal Trabajo Social



Gráfica 7: Porcentaje de comentarios sobre el personal de trabajo social.

En relación al personal de trabajo social, los usuarios demandan mayor cordialidad. El 1% de los sujetos representa a 3 usuarios, el 3.3% a 10, .7% a 2, .3% a 1 y 94.3% a 283.

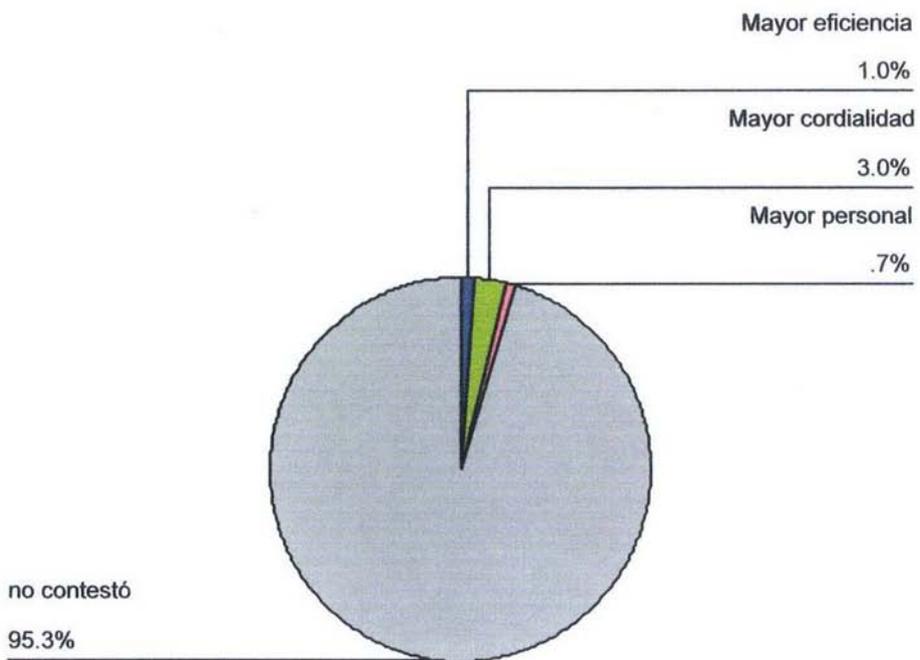
Personal Enfermería



Gráfica 8: Porcentaje de comentarios sobre el personal de enfermería.

Del personal de enfermería se sugiere una mayor cordialidad en el trato con los usuarios. El 1.7% es igual a 5 usuarios, 9% a 27, .7% a 2, .3% a 1 y 88.3% a 265.

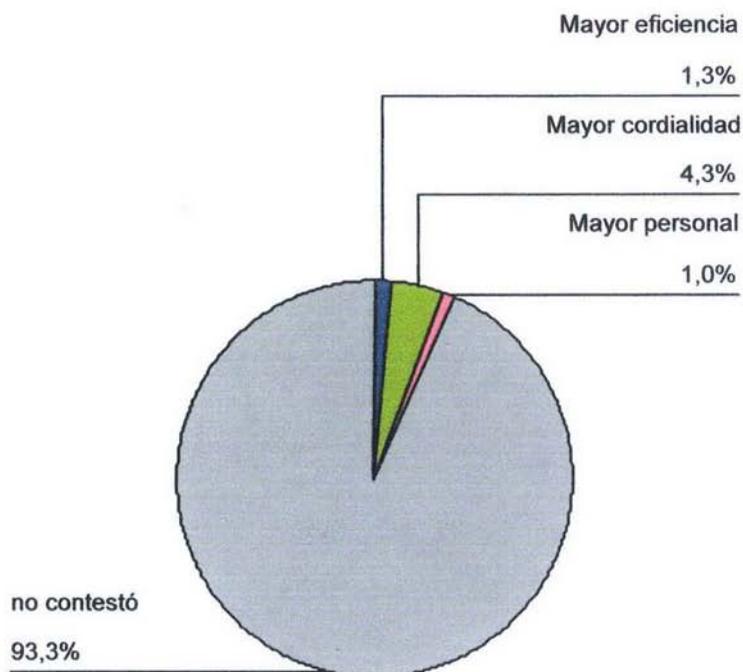
Personal Camilleros



Gráfica 9: Porcentaje de comentarios sobre el personal de camilleros.

Los usuarios en relación al personal de camilleros, opinan que estos deben ser mas cordiales. El 1% corresponde a 3 usuarios, 3% a 9, .7% a 2 y 95.3% a 286.

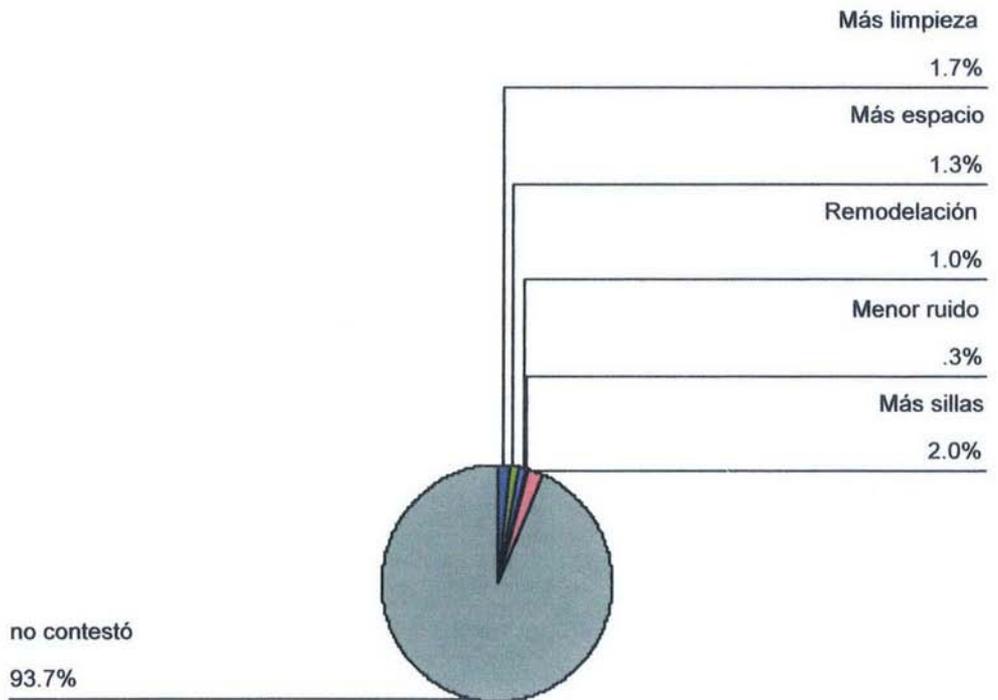
Personal de Seguridad



Gráfica 10: Porcentaje de comentarios sobre el personal de seguridad.

De la misma forma que en la gráfica anterior, se sugiere que haya mayor cordialidad por parte del personal de seguridad. El 1.3% representa a 4 usuarios, 4.3% a 13, 1% a 3 y 93.3% a 280.

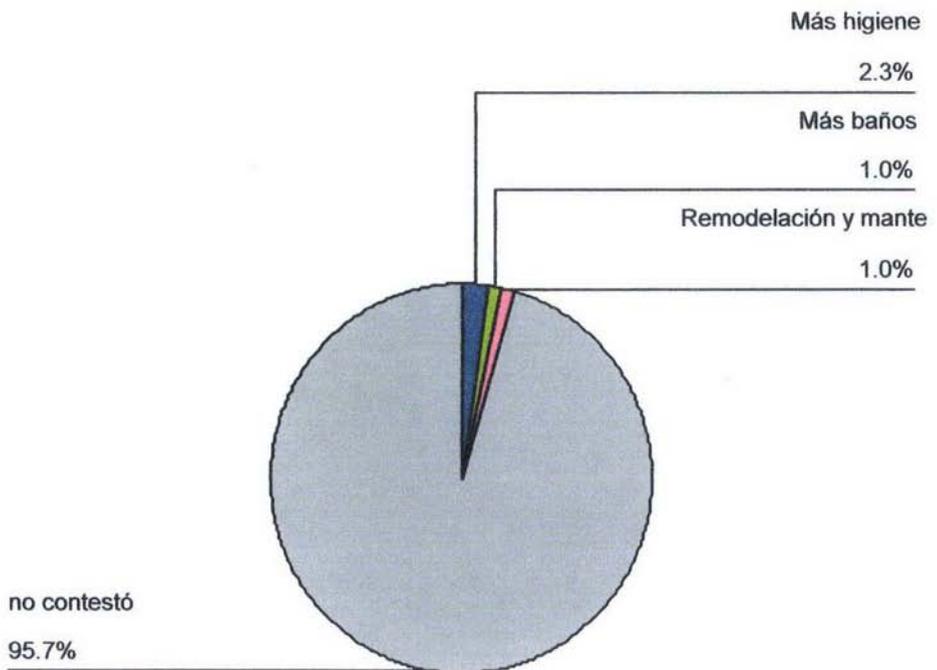
Características Salas



Gráfica 11: Porcentaje de comentarios sobre las características de las salas.

Se opina que las salas de espera deben ser mas amplias y contar con mayor limpieza. El 1.7% es igual a 5 usuarios, 1.3% a 4, 1% a 3, .3% a 1, 2.2% a 6 y 93.7% a 281.

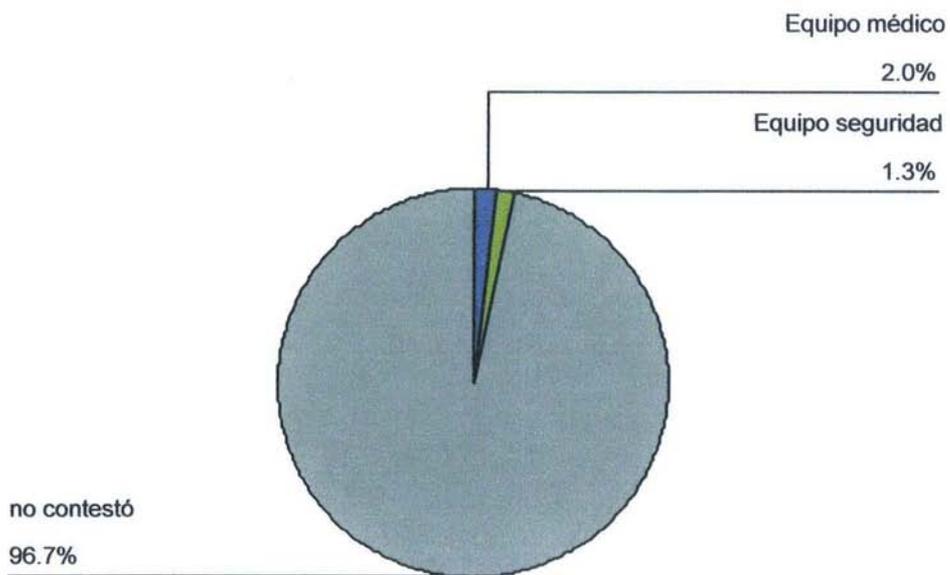
Sanitarios



Gráfica 12: Porcentaje de comentarios sobre los sanitarios.

Se propone que los sanitarios tengan mas higiene. El 2.3% corresponde a 7 usuarios, 1% a 3 y 95.7% a 287.

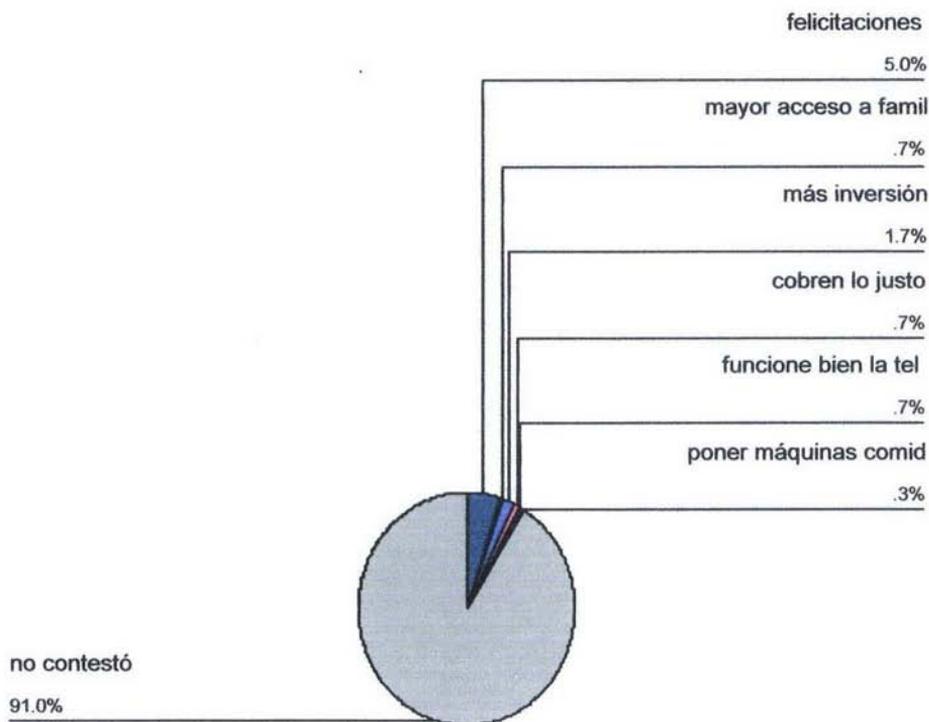
Equipamiento



Gráfica 13: Porcentaje de comentarios sobre el equipamiento.

Se pide que el hospital cuente con más equipo médico. El 2% son 6 usuarios, 1.3% 4 y 96.7% 290.

Otros Comentarios



Gráfica 14: Porcentaje sobre comentarios adicionales.

La mayor parte de los usuarios que contestaron en este rubro felicitan al hospital. El 5% representa a 15 usuarios, .7% a 2, 1.7% a 5, .3% a 1 y 91% a 73.

En cuanto a la sección de sugerencias y comentarios del instrumento, a continuación se enlistan los más frecuentes:

Administración: Mayor rapidez, eficiencia y cordial en el trato a los pacientes.

Personal medico: Mayor agilidad y puntualidad en la consulta; un trato mas empático y humano; brindar suficientes información a los pacientes sobre su estado de salud.

Personal de trabajo social: Mayor cordialidad y eficiencia en sus servicios; no pedir dádivas a los pacientes para agilizar sus servicios.

Personal de enfermería y camilleros: Mayor amabilidad y eficiencia en el trato con los pacientes; los camilleros no pidan propinas para realizar su trabajo.

Personal de seguridad: Mayor organización y coordinación para evitar el acceso a personas que no solicitan servicio médico; mostrar un trato más gentil con los usuarios.

Características de la sala: Mayor tamaño para un incremento en número de sillas y consultorios, más limpieza, acceso a salidas de emergencia visibles y mejor señalización y letreros de información, así como una mejora en la decoración; existan máquinas de alimentos; mejorar el sistema de voceo.

Sanitarios: Mayor limpieza, accesibilidad e incremento en el número de sanitarios.

Equipamiento: Incremento en el equipo de seguridad y de atención médica.

Sobre el hospital: Haya una remodelación en las instalaciones para cumplir de mejor forma las necesidades que los usuarios demandan.

8.- DISCUSIÓN

La sala "C" fue la mejor evaluada en el factor Clima Ambiental, ya que esta sala cuenta con un mayor número de ventanas, lo que permite una mayor entrada del sol y, por lo tanto, hay mayor ventilación, además de ser la sala con mayor tamaño y con menor afluencia de personas y ser la única sala que no sirve como vía de acceso a otras zonas del hospital. La sala peor evaluada en el factor Clima Ambiental fue la sala A, ya que esta sala de espera servía como canal de acceso a otros destinos en el hospital, además de que se encontraban próximos a la entrada principal, las cajas y las ventanillas para solicitar carnet, siendo la ventilación escasa por la falta de ventanas y una mayor afluencia de personas. Estos datos coinciden con los encontrados por Ortega (2002), en cuanto que la valoración de aspectos físicos de una sala de espera, es peor si la sala de espera sirve como único acceso a otros destinos dentro del hospital.

Respecto a la sala C es importante señalar que en horas donde existe una mayor entrada de luz solar, la iluminación es excesiva aunada a la luz artificial. Una inadecuada iluminación puede causar incomodidad en pacientes o visitantes debido a que la sala se encuentre demasiado brillante u oscura (Reidl, Ortega y Estrada 2002).

La sala "A" es mejor evaluada en el factor Calidad Humana de la Atención, ya que en ésta sección del hospital se encuentran los módulos de información y están cerca las ventanillas para efectuar los pagos, el control de citas y el trámite de carnet para tener derecho al servicio. Cualquier duda que tengan los usuarios puede ser resuelta por el personal administrativo o médico, ya que en esta sala se concentra el mayor número de personal. La sala peor evaluada en el factor Calidad Humana de la Atención fue la sala "B", quizá porque en ésta sala se presenta una aglomeración de personas por estar a un costado la fila para abrir archivos médicos, pudiendo esto ser un elemento que dificulta la agilidad, amabilidad y rapidez en el servicio.

Con los datos obtenidos podemos concluir que la puntuación de los sujetos en el factor Calidad Humana de la Atención se encuentran evaluados en forma inversa con el factor Clima Ambiental, ya que los sujetos en la sala "B" puntuaron en el factor clima mas alto que la sala "A", y el factor Calidad Humana de la Atención como el mas bajo de todas, es decir, los sujetos puntuaron más bajo en la sala "A" en aspectos relacionados con una ventilación buena, ventanas suficientes que les permitan ver al exterior y la entrada de luz solar, aunada a la ausencia de frio, esto sin influir en la forma en que evalúan los aspectos relacionados con la calidad de la atención de los médicos, personal administrativo y organización del lugar.

Los resultados arriba descritos confirman la importancia que establecen Reizenstein, Grant y Simmons (1986) en el sentido de que no solamente es importante en el diseño de una sala de espera, tomar en cuenta los aspectos administrativos y de organización de recursos, sino tomar en cuenta los factores del diseño ambiental pues juega un papel determinante en la optimización de un servicio hospitalario de mejor calidad.

En relación con los factores de Funcionalidad e Imagen Simbólica del Ambiente se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable sexo, en donde podemos decir que aparentemente la mujer es más crítica de su ambiente en función de aspectos relacionados con las características físicas del mobiliario y la sala de espera en términos del tamaño, comodidad, decoración, higiene, iluminación y accesibilidad a los sanitarios y al control de citas, al igual que a la valoración simbólica sobre si el escenario les brinda las condiciones adecuadas para la satisfacción de sus necesidades como usuarios del servicio y la percepción de seguridad que le brindan las instalaciones.

Respecto a la escolaridad, los resultados se encuentran relacionados con la investigación realizada por Velázquez, Reidl, Ortega, Estrada y López (1998) en el sentido de que la escolaridad es una variable que ejerce influencia sobre algunos

factores. En el estudio mencionado se encontró que las personas con mayor nivel de escolaridad, evalúan la imagen físico-arquitectónica de forma más negativa, esto debido a que las personas con mayores estudios se convierten en personas más críticas del ambiente. Al igual estos resultados se encuentran asociados por lo expuesto por Kaminoff y Proshansky (1982), sobre la carencia de ajuste entre las propiedades del ambiente físico y los atributos de las personas pueden inducirle estrés, al crear demandas que exceden su capacidad de afrontamiento. Al parecer, el factor de escolaridad es un elemento que les permite a los usuarios, tener mayor capacidad de ajuste ante las demandas del ambiente, teniendo mejores herramientas para afrontar el estrés que les genera la estancia en el hospital. Apoyándonos en el modelo de Palys y Little (1980, citados en Russell y Ward, 1982), podemos deducir que las personas que tienen una escolaridad baja, tienen menores elementos para realizar un plan de acción más acorde al lugar en donde ejecutaran dicha conducta, que en éste caso es el hospital, por lo tanto, el estrés que presentan es mayor, aunado a la valoración de poca privacidad, falta de iluminación, poca limpieza, inaccesibilidad a sanitarios, incomodidad del mobiliario, insuficiente cantidad de sillas, decoración pobre, falta de espacio en sala, e inaccesibilidad en el control de citas, se asocia con puntuaciones altas en el factor de estrés. Los escenarios pobres ambientalmente, generan evaluaciones diferenciales negativas en comparación con los ambientes mejores equipados o enriquecidos (Ortega, 2002).

A su vez, la presencia de ruido, olores desagradables y el calor, están relacionados con puntuaciones altas en el factor de estrés. Estos datos apoyan los resultados obtenidos por Ortega (2002) en el sentido de que la sala que presenta mejores puntuaciones en la valoración física, presenta niveles más bajos de estrés por parte de los usuarios.

En resumen, con los datos obtenidos, los factores de funcionalidad y valoración física, junto con la variable de escolaridad, funcionan como predictores de la valoración del factor estrés ambiental en los usuarios del servicio médico en las salas de espera,

en otras palabras, cuando la escolaridad en los sujetos es baja, aunado a puntuaciones bajas en la percepción de la funcionalidad y de la valoración física del ambiente hospitalario, se asocian a puntuaciones altas en el nivel del factor estrés ambiental en los usuarios, tanto pacientes como familiares, todo esto relacionado con las quejas y sugerencias que van enfocadas, de manera general, con carencias dirigidas a las características deseables sobre el servicio médico, el personal en general, y la organización y planeación de los recursos del hospital.

Relacionando éstos resultados con la teoría Ajuste-Individuo, la ausencia de una adecuada funcionalidad, una percepción negativa de los aspectos físicos y una baja escolaridad, son elementos que impiden la satisfacción de necesidades y conductas de los usuarios dentro de la sala de espera, impidiendo un grado de congruencia óptimo entre las propiedades del ambiente físico y las necesidades de las personas, elemento que puede inducir o causar estrés como concluye Ortega (2002) en sus recientes investigaciones.

En relación a los datos obtenidos del Hospital y los de la presente investigación, podemos decir que los resultados apuntan hacia la misma dirección. En términos generales, los usuarios evalúan el servicio médico como satisfactorio, ya que las puntuaciones en ambos estudios, tienen a ser calificados entre bueno y muy bueno y con puntuaciones estimadas en un rango de calificación de 7 a 10.

Podemos decir que los pacientes no únicamente juzgan la opinión de un buen servicio en términos de la atención médica, si no que es necesario contemplar todos los aspectos de la atención y del ambiente para dar un buen servicio.

En conclusión, podemos decir que existen factores que generan insatisfacción en los usuarios que permanecen en salas de espera hospitalarias, producto de una evaluación ambiental e imagen institucional deteriorada, siendo esta evaluación influida por variables atributivas, como la escolaridad y el sexo, por lo que es imperativo

generar mayores criterios, tanto teóricos como prácticos, para el diseño de ambientes hospitalarios en función de los receptores del servicio, contemplado sus particulares necesidades, características y demandas.

8.1 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Una de las principales limitaciones, es la presencia de pocos reactivos en cada factor de la escala. Si se generaran más reactivos, se podría obtener una mayor cantidad de factores y reactivos por factor, además de aumentar el nivel de confiabilidad de los instrumentos, pudiendo hacer un mayor número de inferencias sobre diferentes aspectos ambientales de las salas de espera hospitalarias.

Otro aspecto a considerar, es la escolaridad general de los sujetos de estudio, ya que se observó que los sujetos con baja escolaridad, tienen mayores dificultades para entender las instrucciones del instrumento y poderlo contestar, pudiendo disminuir así la validez de los instrumentos. El crear una escala de respuesta más reducida e instrucciones más simples, reduciría la dificultad que tienen los sujetos con baja escolaridad para contestar el instrumento.

Para obtener resultados más precisos, se recomienda tener un mayor control de variables: Primero sobre las variables atributivas, como el tipo de usuario, ya que muchos de los pacientes y familiares que se evaluaron, en algún momento habían tenido ambos roles dentro de la institución. Un usuario que haya asistido al hospital como paciente, en el presente puede fungir como familiar dentro del mismo escenario, pudiendo así ser esta una de las principales razones por las que en esta investigación no se tuvieron diferencias entre pacientes y familiares. Segundo, en esta investigación no se contempló el control de ciertas variables ambientales, como lo es la densidad, el horario de aplicación, tiempo de espera, el ruido o la ventilación, ya que el tomar en cuenta estas condiciones, puede reducir la posibilidad de tener una relación espuria.

8.2 APORTACIONES.

Se comprobó que los instrumentos son sensibles para la evaluación de aspectos ambientales, pudiendo tener elementos válidos para lograr inferencias sobre la satisfacción de los usuarios en su estancia en salas de espera hospitalarias.

Se generó más investigación que apoya el mejoramiento de salas de espera hospitalarias, teniendo mejores elementos para futuras contemplaciones y ajustes, tanto administrativos como físicos de las salas de espera. Se corroboró que existen factores que deben ser considerados en el diseño, planeación y administración de salas de espera para el cuidado de la salud, como el nivel de escolaridad, el sexo de los usuarios, el tiempo de espera para recibir consulta, las características físico-arquitectónicas de las salas de espera, así como el trato que reciben los usuarios del personal médico y administrativo del hospital.

Se obtuvo un mayor conocimiento para el entendimiento de la dinámica que existe entre las condiciones ambientales de salas de espera hospitalarias y sus ocupantes, teniendo más bases teóricas y empíricas para la búsqueda de soluciones prácticas en pro del mejoramiento de la estancia de pacientes y sus familiares en escenarios para el cuidado de la salud, además de continuar y contribuir a dejar un camino mas claro hacia donde tiene que encaminarse la psicología ambiental en salas de espera hospitalarias.

9.- REFERENCIAS

Altman, I. y Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, interactional, organismic, and transactional perspectives. En: Stokols, D. y Altman, I. (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology*, Vol. 1, (p.p. 1-40). New York: Wiley.

Antecedentes históricos del hospital general de México. [En red]. Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/>

Aragónés, J. y Américo, M. (1998). *Psicología Ambiental*. Madrid: Pirámide.

Arneill, A. y Sloan, A. (2002). Perceived quality of Care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22, 345-360.

Baum, A., Fleming, R. y Davidson, L. M. (1983). Natural disaster and technological catastrophe. *Environment and Behavior*, 15, 333-354.

Baum, A., Singer, J. E. y Baum, C. S. (1982). Stress and the environment. En: Evans, G. W. (Ed.). *Environmental Stress*, (p.p. 15-44). London: Cambridge University Press.

Canter, D. y Canter, S. (1979). Building for therapy. En: D. Canter y S. Canter (Eds.), *Designing for Therapeutic Environments: A Review of Research*, (p.p. 1-28). Chichester: Wiley.

Canter, D. y Craik, K. (1981). Environmental Psychology. *Journal of Environmental Psychology*, 1, 1-11.

Craik, K. (1973). Environmental Psychology. *Annual Review of Psychology*, 24, 403-422.

Descripción del Servicio de Consulta Externa del Hospital General de México. [En red]. Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/>

Evaluación de la Satisfacción del Usuario de los Servicios Médicos del Hospital General de México. Segundo semestre del 2003. [En red]. Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/estadisticas/cuartasept03.pdf>.

Evans, G. y Cohen, S. (1987). Environmental stressors. En: D. Stokols y I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology*, Vol. 1, (p.p. 571-610). New York. Wiley.

Galster, G. C. y Hesser, G. W. (1981). Residential satisfaction: Compositional and contextual correlates. *Environment and Behavior*, 13, 735-758.

Holahan, C. (1986). Environmental Psychology. *Annual Review of Psychology*, 37, 381-407.

Holahan, C. (1991). *Psicología Ambiental*. México: Limusa.

Kaminoff, R. y Proshansky, H. (1982). Stress as a consequence of the urban physical environment. En: L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, (p.p. 380-409). New York: McMillan Publisher.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.

McLaughlin, H. (1976). The monumental headache: Overtly monumental and systematic hospitals are usually functional disasters. *Architectural Record*, 160, 1, 118.

Mercado, S. (2002). Evaluación de ambientes institucionales, una perspectiva cognoscitiva. En: J. Guevara y S. Mercado (Eds.), *Temas selectos de Psicología Ambiental*, (p.p. 179-185). México: UNAM-Greco-Fundación Unilibre.

Moser, G. (2002). La Psicología Ambiental: del análisis a la intervención dentro de la perspectiva del desarrollo sustentable. En: J. Guevara y S. Mercado (Eds.), *Temas selectos de Psicología Ambiental*, (p.p. 235-259). México: UNAM-Greco-Fundación Unilibre.

Nasar, J. L. (1983). Adult viewers' preference in residential scenes: A study of the relationship of environmental attributes to preference. *Environment and Behavior*, 15, 589-614.

Ortega-Andeane, P. (1991). Physical confort, social control, wayfinding and meaning as indicators of stress in a hospital environment. En J. Urbina-Soria, P. Ortega-Andeane R. Bechtel (Eds.), *Healthy Environments*, (p.p. 41-47). Oklahoma: EDRA.

Ortega, P. (1992). *Evaluación ambiental de un escenario hospitalario*. Tesis de Maestría en Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortega, P. (2002). *Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales*. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortega, P., Reidl, L., López, E. y Estrada, C. (2000). La percepción espacial y su relación con variables físicas y socioambientales en un escenario para el cuidado de la salud. *La Psicología Social en México*, Vol. VIII, (p.p. 528-534). México: AMEPSO.

Ortega, P. y Aguilar, J. (2003). Estrés ambiental: un modelo de salas de espera hospitalarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 2, 327-335.

Ortega, P. y Urbina, J. (1988). A care study of wayfinding and security in a México City hospital. En: Laurence, D., Habe, R., Hacker, A. y Sherrod, D. (Eds.), *People's Needs/Planet management. Path to co-existence*. (p.p. 231-256). Washington: EDRA.

Páramo, P. (2002). Aprehendiendo en la ciudad. En: J. Guevara y S. Mercado (Eds.), *Temas Selectos de Psicología Ambiental*, (p.p. 71-92). México: UNAM-Greco-Fundación Unilibre.

Proshansky, H. M. y Altman, I. (1979). Overview of the field. En: W. P. White (Ed.), *Resources in Environment and Behavior*, (p.p. 3-36). Washington, DC: American Psychological Association.

Reidl, L., Ortega, P. y Estrada, C. (2002). Componentes psicológicos, ambientales y fisiológicos generadores de estrés en una sala de espera. En: J. Guevara y S. Mercado (Eds.), *Temas Selectos de Psicología Ambiental*, 215-229. México: UNAM-Greco-Fundación Unilibre.

Reizenstein, G., Grant, M. y Simmons, P. (1986). *Design that Cares*. Chicago: American Hospital Publishing.

Rubin, H. y Owens, A. (1995). *A concept paper to develop a research agenda to determine the effects of the healthcare environment on patient's health outcomes*. Manuscrito no publicado, The Center for Health Design. Alhambra, California.

Rusell, J. y Ward, L. (1982). Environmental Psychology. *Annual Review of Psychology*, 33, 651-655.

Sánchez, E. y Wiesenfeld, E. (2002). El construccionismo como otra perspectiva metateórica para la producción del conocimiento en psicología ambiental. En: J. Guevara y S. Mercado, *Temas selectos de Psicología Ambiental*, (p.p. 9-29). México: UNAM-Greco-Fundación Unilibre.

Shumaker, S. y Pequegnat, W. (1989). Hospital design and the delivery of effective healthcare. En: E. H. Zube y G. T. Moore (Eds.), *Advances in Environment, Behavior and Design*, Vol. 2, (p.p. 161-199). New York. Plenum.

Stokols, D. (1978). Environmental Psychology. *Annual Review of Psychology*, 29, 253-295.

Sunyer I. Martin, J. M. y Sánchez de Vega, J. (1994). Estudio de la atmósfera en las salas psiquiátricas (I parte). *Psiquis España*, 15, 3, 26-32.

Urbina, J (1981). *Investigación experimental de algunos factores ambientales de los centros de desarrollo infantil y su influencia en las interacciones sociales y el involucramiento en actividades académicas*. Tesis de Maestría en Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

Valdés, C. y Florez, J. (1992). El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, 19, 5, 202-209.

Varela, S. (1997). Psicología ambiental: bases teóricas y epistemológicas. En: *Cognición, representación y apropiación del espacio. Monografías Psico-socio-ambientales*. Manual inédito. Universidad de Barcelona. España. 23-27.

Vázquez, R. (1991). *Evaluación de ambientes terapéuticos: valoración de las habitaciones de dos hospitales generales*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

Velázquez, A., Reidl, L., Ortega, P., Estrada, C. y López, E. (1998). La imagen de los aspectos físico-arquitectónicos de un centro de atención de la salud. *La Psicología Social en México*, Vol. VII, (p.p. 495-500). México: AMEPSO.

Winkel, G. H. y Holahan, C. J. (1985). The Environmental Psychology of the hospital: Is the cure worse than illness?. *Prevention in Human Services*, 4, 1-2, 11-33.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DE LOS USUARIOS
DEL SERVICIO MÉDICO.

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS POR LOS USUARIOS
PARA EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

1. SOBRE LA ADMINISTRACIÓN:

Que haya más personal en la entrega de carnets

Que la atención en general sea mas eficiente

Dar el servicio mas rápido sobre todo cuando se trate de urgencias

Contar con un control el cual permita atender mas efectivamente a los usuarios.

Me gustaría que hubiera un control en los pacientes ya que cada ves que tengo cita me atiende un doctor diferente y por lo tanto el diagnostico es diferente.

Que la atención sea más ágil.

El personal administrativo es muy prepotente.

Más eficiencia del personal para que el servicio sea más ágil.

Que en el servicio de urgencia haya más rapidez y eficiencia.

Que el internamiento de pacientes sea más rápido.

Que haya una mejor atención del personal de cajas.

Que a los pacientes más enfermos nos atiendan más rápido.

Que sean más humanos con los pacientes y no los traten como números o como parte de su trabajo.

Más eficiencia en el servicio de limpieza y más atención por parte del personal administrativo.

Agilizar el servicio de consulta y tener un control de pacientes más enfermos para que tengan un trato especial.

Cambien al personal administrativo, médico, enfermería, trabajo social, y que supervisen a los camilleros porque son déspotas y piden propina.

Tener más control con los expedientes que se depuran, ya que no dan información.

Que la atención sea más rápida.

Los trámites fueran más ágiles y personal más amable.

La atención sea más rápida, se tardan hasta 6 meses para dar una cita en especialidades.

Que quiten al personal antipático, soberbio, déspota, arrogante y negligente que desacredita a los buenos elementos.

Más agilidad en el servicio.

Que el tiempo de dar cita sea más corto.

Más control y precaución en el manejo de expedientes, ya que se pierde información importante.

Más agilidad y rapidez en las citas.

El personal sea más amable con los pacientes o contraten a gente que le guste su trabajo.

Los pacientes tienen que esperar mucho tiempo.

El trámite de atención es pesado, ya que se desconoce el procedimiento.

Que se pase directamente del médico general a la especialidad

Se tardan mucho en entregar estudios

Más eficiencia en las cajas porque platican mucho.

Mantener la cordialidad ante los pacientes.

Que haya más cordialidad, amabilidad y paciencia con los usuarios.

Dar la información en forma más precisa.

Agilizar el trámite de atención médica

El control de citas es muy lento, tardan hasta 6 meses para dar una cita.

Que el personal sea más atento y cooperativo con los pacientes.

Que no sea tardado el servicio ya que es demasiado el tiempo de espera.

No dan la atención que uno se merece.

Que se agilice el trámite de atención.

Que todo el personal sea más amable.

Que haya mayor organización y cumplan con la cita a su hora.

Que sean más rápidos.

Agilizar las consultas.

Que el reemplazo de médico se realice rápidamente.

Que haya enfermeras jóvenes, eficientes y amables.

Hay que esperar mucho tiempo.

Que haya supervisión del personal del hospital.

Que haya más rapidez en urgencias

Que haya más seguridad ya que se mete gente que no va a consulta.

Que periódicamente revisen la capacidad de los doctores

Mejorar la atención hacia los pacientes, mejorar la limpieza y proponer una opción para el entretenimiento en los pacientes en la sala.

Que haya más cordialidad con los pacientes.

Que haya más médicos para que se atienda a todos los usuarios.

2. SOBRE EL PERSONAL MÉDICO:

Que la atención en general sea mas eficiente

Dar el servicio mas rápido sobre todo cuando se trate de urgencias

Que en el servicio de urgencia haya más rapidez y eficiencia.

Que sean más humanos con los pacientes y no los traten como números o como parte de su trabajo.

Cambien al personal administrativo, médico, enfermería, trabajo social, y que supervisen a los camilleros porque son déspotas y piden propina.

Los trámites fueran más ágiles y personal más amable.

Mantener la cordialidad ante los pacientes.

Que haya más cordialidad, amabilidad y paciencia con los usuarios.

Que el personal sea más atento y cooperativo con los pacientes.

No dan la atención que uno se merece.

Que todo el personal sea más amable.

Que haya mayor organización y cumplan con la cita a su hora.

Agilizar las consultas.

Que los médicos den más información sobre el estado de salud de los pacientes.

Que periódicamente revisen la capacidad de los doctores

Los doctores sean más amables.

Que médicos nos expliquen a detalle nuestra enfermedad

Que los doctores estén informados sobre el horario de servicio de otras especialidades.

Más médicos.

Que los doctores sean más higiénicos en el área de análisis clínicos.
Los médicos sean amables y brinden información sobre la enfermedad.
Que haya más cordialidad con los pacientes.
Que los doctores sean más puntuales y amables.
Que los médicos sean puntuales a la hora de la cita.
Que los médicos informen si tardarán en dar consulta.
Que los médicos sean más puntuales y se ajusten a la hora de la cita .
Los médicos no tarden tanto para dar consulta.
Que los doctores sean más amables.
Que sean los médicos más rápidos en la atención médica.

3. SOBRE EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL

Que sean más humanos con los pacientes y no los traten como números o como parte de su trabajo.
Cambien al personal administrativo, médico, enfermería, trabajo social, y que supervisen a los camilleros porque son déspotas y piden propina.
Los trámites fueran más ágiles y personal más amable.
Mantener la cordialidad ante los pacientes.
Que haya más cordialidad, amabilidad y paciencia con los usuarios.
Que el personal sea más atento y cooperativo con los pacientes.
No dan la atención que uno se merece.
Que todo el personal sea más amable.
Que haya más cordialidad con los pacientes.
Supervisen al personal de trabajo social, ya que pide cuotas para dar de alta a los pacientes (\$750 pesos).
Que las trabajadoras sociales sean más amables.

4. SOBRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CAMILLEROS:

Que la atención en general sea mas eficiente

Dar el servicio mas rápido sobre todo cuando se trate de urgencias
Más eficiencia del personal para que el servicio sea más ágil
Que en el servicio de urgencia haya más rapidez y eficiencia.
Que sean más humanos con los pacientes y no los traten como números o como parte de su trabajo.
Cambien al personal administrativo, médico, enfermería, trabajo social, y que supervisen a los camilleros porque son déspotas y piden propina.
Los trámites fueran más ágiles y personal más amable.
Mantener la cordialidad ante los pacientes.
Que haya más cordialidad, amabilidad y paciencia con los usuarios.
Que el personal sea más atento y cooperativo con los pacientes.
No dan la atención que uno se merece.
Que todo el personal sea más amable.
Que haya enfermeras jóvenes, eficientes y amables.
Que el personal principalmente el de recepción sea más humano, ya que le gritan y tratan muy mal a las personas principalmente a los de edad avanzada.
Que el personal de enfermería no sea tan déspota
Las enfermeras sean más amables.
Las enfermeras sean más amables con el personal.
Sean más específicas las enfermeras en la información que manejan.
Que haya mejor trato por parte de las enfermeras.
Las enfermeras sean más amables.
Que haya más cordialidad con los pacientes.
Que el personal de enfermería sea más amable.
Las enfermeras sean más amables y accesibles a lo que uno les pregunta.
Que las enfermeras sean amables y no se pongan a platicar.
Que no contesten mal las enfermeras.
Mejorar el mal humor de las enfermeras.
El personal de enfermeras de reumatología no son amables, no dan informes y extravían los documentos.
Que las enfermeras informen si tardarán los médicos en dar consulta.

Que las enfermeras sean más amables.
Las enfermeras sean más amables.
Mayor eficiencia en las enfermeras.
Que fueran más amables las enfermeras.
No hay amabilidad por parte de las enfermeras.

5. SOBRE EL PERSONAL DE SEGURIDAD:

Los trámites fueran más ágiles y personal más amable.
Mantener la cordialidad ante los pacientes.
Que haya más cordialidad, amabilidad y paciencia con los usuarios.
Que el personal sea más atento y cooperativo con los pacientes.
No dan la atención que uno se merece.
Que todo el personal sea más amable.
Que haya amabilidad por parte del personal de seguridad
Que haya más seguridad ya que se mete gente que no va a consulta.
Que haya más cordialidad con los pacientes.
El personal de vigilancia no es amable.
Los de vigilancia no sean pesados.

6. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SALA:

Más eficiencia en el servicio de limpieza y más atención por parte del personal administrativo.
Que haya más espacio en las salas de espera
Ampliar las salas
Que las salas de espera estén mas limpias
Que se remodelen las instalaciones ya que están muy deterioradas.
Por el exceso de ruido es difícil escuchar cuando vocean a los pacientes.
Mejorar la atención hacia los pacientes, mejorar la limpieza y proponer una opción para el entretenimiento en los pacientes en la sala.

Es aburrido porque no encienden la T. V.

Poner más consultorios y haya más espacio en la sala.

Que haya máquinas de refresco y café.

Que pongan más sillas y haya más espacio para los pacientes.

Cambiar la decoración de salas.

Que pongan más señalización.

Poner rutas de evacuación, extinguidores y señalización.

Que haya una modificación en las escaleras para una posible salida rápida.

La T. V. no tienen volumen, no tiene caso que las tengan funcionando.

Que haya más limpieza en salas.

Que haya más sillas y estén más cómodas.

Más sillas en el área de oftalmología.

No hay espacio ni sillas suficientes en ortopedia.

Que haya más consultorios para que se atienda a todos los usuarios.

7. SOBRE LOS SANITARIOS

Darle mantenimiento de limpieza a los baños

La higiene de los baños es deplorable y que abran los baños más temprano.

Los baños son insuficientes.

Más limpieza en los baños.

Que haya baños en ésta sala (B).

Cambiar sanitarios porque se encuentran en mal estado.

Que haya mas higiene en los baños.

Mejorar los baños.

Que den mantenimiento a los baños.

Que haya más limpieza en los baños de las salas.

Que haya una remodelación y más limpieza en los baños.

Que haya más limpieza en los sanitarios y les den mantenimiento.

8. SOBRE EL EQUIPO EN GENERAL (MEDICO Y DE SEGURIDAD)

Es necesario contar con mas medicamentos y equipo.

Poner rutas de evacuación, extinguidores y señalización.

Falta material como gasas e instrumentos para tomar la presión.

Que haya más higiene y estén disponibles extinguidores.

Más seguridad y equipo en caso de incendio o temblor.

Que haya mejor equipo para realizar diagnósticos más precisos.

No hay suficientes camas y en ocasiones el paciente tiene que regresarse a su casa.

9. SOBRE LOS COSTOS

El servicio es caro.

Que cobren una cuota más justa.

10. SOBRE EL HOSPITAL

Que se remodelen las instalaciones ya que están muy deterioradas.

Poner más consultorios y haya más espacio en la sala.

Que den mantenimiento a los cuartos de recuperación.

Que haya una remodelación en el hospital.

Mejoren las instalaciones.

11. OTRAS QUEJAS

Que haya trato humanitario para facilitar la enfermedad.

Que den mayor presupuesto para dar un mejor servicio.

Que a los ancianos no se manden a urgencias porque tardan mucho tiempo para atenderlos.

Hace falta personal para que haya una mejor atención.
Que haya un servicio eficiente.
Pedirle al gobierno federal más recursos para mejorar el hospital.
Que haya más hospitales que ofrezcan éste tipo de servicio.
Que éste tipo de estudios se realicen más seguido.
Que el servicio la mayoría de las veces no sirve y llega a ser deprimente para los pacientes.
Que den camas y atiendan mejor a los pacientes de urgencias en días festivos, sobre todo a los pacientes que ya han sido atendidos con anterioridad y no canalizarlos a otros hospitales donde tampoco los van a hospitalizar.
Que dejen pasar a los acompañantes.

12. FELICITACIONES

Felicidades por el servicio, la capacidad y la atención
El servicio es excelente felicidades.
El hospital es muy bueno.
Felicidades a los especialistas de nefrología y neurocirugía, Dr. Mena, Dr. Orozco y C.
P. Octavio Vega de La Torre.
Están bien capacitados los que trabajan aquí.
Es bueno el hospital y atiende bien.
Todo el servicio esta bien por el momento.
Todo esta muy bien.
Todo esta bien.
Todo me gusta y me da confianza.
Que sigan siendo como hasta ahora.

APÉNDICE 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
E INSTRUMENTOS

CARTA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos investigadores universitarios que estamos realizando un estudio sobre las características ambientales que están presentes en las salas de consulta externa de éste hospital, con el objeto de conocer su opinión que pudiera redundar en más investigación que beneficie y mejore la calidad en su estancia, por lo que solicitamos nos ayude a responder las siguientes preguntas. La información que nos proporcione es confidencial y será tratada con fines de investigación.

El que acepte o no contestar los cuestionarios no influirá ni afectará la calidad del servicio ni la atención que usted recibirá, además de que no le representará ningún costo adicional en ésta institución.

ACEPTO CONTESTAR ÉSTE CUESTIONARIO Y EXPRESO HABER LEIDO
PREVIAMENTE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO:

Nombre: _____ Firma: _____

* Si desea obtener información relacionada con ésta investigación, comunicarse a los siguientes teléfonos con los responsables del estudio:

Dra. Patricia Ortega Andeane: 5622-2306

Sandra Lorena Quiroz Díaz: 5759-4196

Armando Quintero Pantoja: 5849-0710

EVALUACIÓN AMBIENTAL E IMAGEN INSTITUCIONAL
EN SALAS DE ESPERA

1.-Edad: _____

2.-¿Cuántas veces ha asistido al servicio de consulta externa?

Marque con una "X" las siguientes preguntas según sea el caso:

3.- Escolaridad:

Primaria () Secundaria () Bachillerato o Carrera Técnica ()

Licenciatura ()

4.- Sexo: Hombre () Mujer ()

5.- Viene al servicio de consulta externa como:

Paciente () Familiar o Acompañante ()

6.- Cual es la especialidad médica a la que asiste usted o su familiar:

* Solo en el caso de que usted sea paciente, conteste la siguiente pregunta:

7.- Como definiría en este momento su estado de salud:

Muy bueno ()

Bueno ()

Regular ()

Malo ()

Muy malo ()

Favor de contestar a todas las preguntas y no marque más de una "X" en cada escala de respuesta.

AFIRMACIONES	RESPUESTAS										
8. Hay ruido en éste lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Aquí hay olores desagradables	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Hace calor en éste lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Hay privacidad en éste lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. La iluminación es suficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. La ventilación del lugar es buena	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Éste lugar esta limpio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. El acceso a los baños es fácil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Las sillas son cómodas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Las sillas son suficientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. La decoración del lugar es Agradable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Hay higiene en éste lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Hace frío en éste lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. El espacio de las salas es suficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. El color de las paredes es agradable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Hay ventanas que me permiten ver al exterior	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Ésta sala funciona adecuadamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. La localización de los letreros de orientación es adecuada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Los letreros de señales de emergencia se ven fácilmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. La señalización (letreros y avisos) es suficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28.	El mobiliario de la sala me permite platicar fácilmente con otros pacientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.	El mobiliario de la sala me permite aislarme de los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.	Tengo acceso a teléfonos públicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.	El área de control de citas es Accesible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32.	El personal me proporciona la información que solicito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33.	La vigilancia del lugar es adecuada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.	El personal es amable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.	Hay buenos médicos en éste lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.	Los médicos son amables	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37.	El médico me mantiene informado sobre mi estado de salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38.	Los médicos son muy capaces	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39.	La atención a los pacientes es Rápida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40.	La atención a los pacientes es eficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41.	Se brinda el servicio a todo el que lo Solicita	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42.	El servicio de atención me da confianza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.	Durante su estancia en ésta sala usted se ha sentido tomado en cuenta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44.	Durante su estancia en ésta sala usted se ha sentido incómodo (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45.	Durante su estancia en ésta sala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	usted se ha sentido tenso (a)													
46.	Durante su estancia en ésta sala usted se ha sentido alterado (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
47.	Durante su estancia en ésta sala ha tenido esperanza de que todo va a salir bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
48.	El trámite para solicitar atención médica es ágil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
49.	El edificio me ofrece seguridad ante un posible siniestro (incendio, temblor, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
50.	La permanencia en éste lugar es insoportable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
51.	El ambiente de éste lugar me es extraño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
52.	El permanecer en ésta sala es cansado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
53.	En su opinión consideraría que el ambiente físico de la sala influye en su estado de salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. SU OPINIÓN ES MUY VALIOSA PARA NOSOTROS Y PARA EL HOSPITAL.

Algún comentario o sugerencia que considere importante para mejorar su estancia en este hospital: _____
