



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE PRIVACIDAD
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
MARICELA IREPAN AGUILAR

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PATRICIA ORTEGA ANDEANE
REVISOR: MTRO. JAVIER URBIBA SORIA

J URADO: DR. ALFONSO VALÁDEZ RAMÍREZ
MTRA. BEATRIZ VÁZQUEZ ROMERO
DR. CESÁREO ESTRADA RODRÍGUEZ



ESTA TESIS ES PARTE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PAPIIT IN307505-3
DE DGAPA, UNAM

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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 la Universidad Nacional Autónoma de
México

por acogerme y por formarme como profesional,
gracias por los valiosos conocimientos transmitidos a
través de sus excelentes maestros

A la Dra. Patricia Ortega Andeane, por haberme dado la
oportunidad de explorar este campo de la psicología
compartiendo conmigo sus conocimientos y experiencia
y por guiarme y apoyarme en la realización de esta
tesis.

Al Dr. Cesáreo Estrada, por los valiosos consejos de vida
y por supuesto por sus aportaciones a esta tesis.

Al Mtro Javier Urbina, la Mtra. Beatriz Vázquez, y al
Dr. Alfonso Valádez, por sus valiosos comentarios y
tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

Gracias

A mis padres, por enseñarme a luchar por lo que verdaderamente se desea, gracias por su inmenso apoyo, por su amor, porque lo que cuenta en la vida no es lo que tienes sí no a quien tienes en ella.

Gracias a mis hermanos, Gerardo, Ismael y Eduardo por estar siempre a mi lado, por ayudarme en todo momento y levantarme cuando siento desfallecer.

Gracias a mi familia (cuñana, sobrín@s, prim@s, tí@s) por acompañarme en este proceso y brindarme su apoyo.

Gracias a la Lic. Lucía Guáida, por apoyarme desde el primer momento en mi formación como profesional y por acompañarme en todo el proceso.

Gracias a Primo Mendoza, por la corrección de estilo y sus aportaciones a este trabajo, gracias por la amistad.

Gracias a

Ana, Rocío, Ricardo, Dianela, Gina, Edgar, Fidel, Erik, Laura, Gaby, Cristina, Juan Carlos y Daniel, por hacer más ligero el camino, por los sueños vívidos y sobretodo gracias por su amistad

ÍNDICE

Resumen	01
Introducción	02
Capítulo 1. Ambientes Institucionales y Ambientes Sociales Totales	04
1.1 Ambientes Hospitalarios	06
1.2 La Dimensión Espacial	09
1.3 La Percepción Ambiental	11
Capítulo 2. Privacidad y Territorialidad	13
2.1 La Privacidad en Escenarios para el Cuidado de la Salud	20
2.2 Territorialidad	25
Capítulo 3. Estudio: La Percepción de Privacidad y Territorialidad en Pacientes Hospitalizados	28
Capítulo 4. Resultados	35
Capítulo 5. Conclusiones	45
Referencias	51
Apéndices	
1. Consentimiento Informado	57
2. Escala de Evaluación Ambiental	58



RESUMEN

La importancia de estudiar la privacidad reside en el impacto que tiene en la conducta de los individuos, la influencia que tiene en la constitución de su estructura como sujeto y la relación con otros individuos. La privacidad se puede ver como el proceso de control del límite con el cual el individuo regule con quién ocurre el contacto y cuánto y qué tipo de interacción será (Pedersen, 1997). De acuerdo con Ulrich y colaboradores (en Marberry 2006) la privacidad depende de las oportunidades proporcionadas por el ambiente físico, las circunstancias que nos hacen buscar privacidad, y nuestras necesidades personales, motivaciones, expectativas, y experiencias. El que un paciente este internado en un dormitorio con otros pacientes, significa que debe permanecer en constante contacto con los otros, con o sin el deseo de ello, y por tanto sin posibilidad de mantener un nivel de privacidad adecuado (López, 1991). Las personas utilizan múltiples mecanismos psicosocioambientales para buscar y conseguir un equilibrio aceptable y efectivo entre la privacidad deseada y la privacidad obtenida. Cuando la primera es claramente superior a la segunda se produce una percepción de hacinamiento o invasión con las consiguientes manifestaciones conductuales y costos psicosociales como lo es el estrés. Para este estudio se entrevistó a 72 pacientes mujeres internadas en un hospital especializado en cáncer con edades entre los 18 y 70 años. Las entrevistas se llevaron a cabo en tres tipos de cuartos: privado, semiprivado y público. Con objeto de validar la escala de "Percepción de Privacidad" para escenarios hospitalarios se elaboraron 11 reactivos con 10 opciones de respuesta, que iban desde totalmente de acuerdo a muy en desacuerdo. La escala de privacidad validada quedó conformada por tres factores: Factor I Percepción de privacidad y territorialidad, Factor II Disposición ambiental y Factor III Invasión a la privacidad, con un porcentaje total de 58.77% de varianza explicada y un α de .72.

Los resultados de este estudio apuntan a que la percepción de la privacidad y territorialidad por parte de las pacientes está en función de que tengan fácil acceso al baño, a que el tamaño del cuarto sea suficiente, que el mobiliario del cuarto les permita platicar o aislarse socialmente cuando ellas así lo desean, que puedan platicar con sus visitas sin ser escuchados ni ser vistos por otros, ni tampoco ser observados por otros cuando son revisados por el cuerpo médico o paramédico.

Por último es necesario considerar para obtener niveles adecuados de privacidad que la habitación contemple en ella el cuarto de baño de los pacientes, y las medidas físicas deberán tomar en cuenta la población a la que va a ser destinada.



INTRODUCCIÓN

La psicología ambiental es entendida como la disciplina que estudia las relaciones recíprocas entre la conducta de las personas y el ambiente tanto natural como construido (Aragonés y Amérigo, 1998). Bajo el marco de la psicología ambiental se analiza la conducta en escenarios tales como: habitaciones, edificios, hospitales, escuelas, calles, medios de transporte, parques, espacios naturales o cualquier otro lugar que las personas ocupen (Aragonés, 1998).

Si bien la mayoría de las investigaciones en psicología ambiental se relacionan con los efectos psicológicos del ambiente construido o arquitectónico, también son de interés las cuestiones que trascienden ambientes específicos, ejemplo de estos son el hacinamiento y la privacidad (Holahan, 1996).

El presente estudio examina la relación entre la percepción de privacidad y las condiciones ambientales presentes en cuartos de un hospital de la ciudad de México. Las características del estudio consideraron tanto a la institución de salud como a los pacientes, para ello se evaluó a mujeres adultas en situación de hospitalización temporal (entre tres y treinta días). El hospital corresponde al tercer nivel denominado de especialización en oncología, en donde se evaluaron tres tipos de cuartos: privados, semi-privados y públicos. Los principales instrumentos psicométricos de evaluación de las características ambientales fueron desarrollados por Ortega (2002) y fueron:

- La Escala de Evaluación Ambiental, que mide las condiciones ambientales deseables, la percepción espacial y las condiciones ambientales negativas del lugar.
- La Escala de Imagen Institucional, que mide la valoración de la calidad de la atención médica, así como de la institución y los sentimientos que les genera su estancia en el lugar.



- La Escala de Estrés (tomando como base la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación de Kings, Burrows y Stanley, 1983), que evalúa el auto-reporte del estado de ánimo en el momento de la aplicación.

Para el presente estudio, se utilizó sólo la Escala de Evaluación Ambiental, debido a los objetivos planteados.

A partir de investigaciones, principalmente estadounidenses, se sustenta la importancia de resaltar la realidad hospitalaria en México, esencialmente aquellas características del ambiente que afectan la privacidad en pacientes hospitalizados, y por lo tanto, fundamentar la relación que las pacientes tienen con él.

El ambiente afecta al comportamiento, pero no de una forma mecánica como podría plantearse desde una perspectiva ingenua. Existen numerosos componentes psicológicos y sociales que hacen que el entorno sea experimentado de diferente manera por los individuos y por los grupos. El presente estudio tuvo como meta contribuir, desde un enfoque académico, al mejoramiento de los servicios de los espacios hospitalarios en su doble sentido: hospedaje y espacio de salud que, seguramente redundan en el aspecto social y humanitario de las instituciones en beneficio de los pacientes. Pero sobre todo, incidir en el aspecto multidisciplinario de la psicología ambiental con las diferentes disciplinas dedicadas al diseño de espacios de bienestar, como la arquitectura y la ingeniería, que involucran una delicada relación entre el individuo y el ambiente de manera negativa o positiva.

CAPÍTULO

1

AMBIENTES

INSTITUCIONALES Y

AMBIENTES SOCIALES

TOTALES

CAPÍTULO 1. AMBIENTES INSTITUCIONALES Y AMBIENTES SOCIALES TOTALES

Las instituciones, según Milgram (1970), son resultado de circunstancias que se presentan principalmente en las ciudades, y se ocupan de los problemas y de muchas de las demandas de la gente. Aunque se observa claramente el buen propósito de algunas instituciones y que realzan la vida de muchos, algunas de nuestras instituciones tales como prisiones y hospitales especializados en salud mental son disfuncionales y parecen causar más problemas de los que solucionan. Lo interesante es que, a pesar de las pruebas crecientes de su naturaleza iatrogénica, continúan siendo consideradas como piedras angulares de nuestra propia ideología social.

Holahan (1996) sugiere que a partir de la presión constante por parte de diseñadores, ciudadanos conscientes y estudiantes interesados, se promueve la intervención de la psicología ambiental para evaluar los efectos psicológicos del ambiente en algunas instituciones.

Es posible decir que la psicología ambiental tiene sus inicios en la investigación en hospitales psiquiátricos. Tres de los primeros programas fueron financiados para hacer investigación ambiental en dichos escenarios. Así, estos primeros esfuerzos identificaron las insuficiencias del hospital en una valoración temprana (Bechtel, 1997) y formaron la base para la investigación en otras instituciones como son los hospitales generales, asilos, casas hogar para niños, centros correccionales y escuelas. Llegando a obviarse que los diferentes ambientes que las instituciones proporcionan a la sociedad debieran transformarse considerando al espacio físico y al comportamiento para el que están diseñadas.

Se ha definido a las instituciones como maneras regularizadas de resolver necesidades humanas. Goffman (1961) definió la institución total "como lugar de trabajo en donde una gran cantidad de individuos situados, separados de la sociedad por un período de tiempo considerable, son administrados formalmente alrededor de la vida". Aunque esta definición puede darse para las prisiones y los hospitales psiquiátricos, es demasiado estrecha para las instituciones "menos totales" como hospitales, museos, parques, zoológicos y muchos otros. Además, la investigación entre el ambiente y el comportamiento al principio se acentuó en los edificios y los ambientes físicos de estos lugares más que en las reglas y los aspectos sociales.

De acuerdo con Holahan (1996), "se deben buscar nuevos planteamientos con respecto al diseño de las instituciones para satisfacer el derecho y la necesidad de privacidad que tienen los residentes" (p. 289).

1.1 AMBIENTES HOSPITALARIOS

Proshansky y Altman (1979) destacan la influencia del ambiente construido sobre la conducta de las personas en ambientes institucionales, concluyendo que las formas positivas de interacción social pueden incrementarse acorde con el lugar físico.

Canter y Canter (1979) señalan que el ambiente físico puede tener un papel determinante para el adecuado funcionamiento en hospitales, puede facilitar la recuperación de los pacientes, apoyar las actividades del personal, aunado a la posibilidad de brindar una estancia confortable, segura y bien atendida para todos los tipos de usuarios.

Reizentein, Grant y Simons (1986) describen cuatro factores ambientales que son responsables de la insatisfacción en escenarios para el cuidado de la salud respecto al ambiente y son: *confort físico*, que hace referencia a la falta de satisfacción respecto a

factores como temperatura, ruido, iluminación, humedad, acceso a ventanas, manipulación del mobiliario (por parte del usuario); *contacto social*, relacionado con la dificultad de los usuarios de ejercer control sobre el contacto social real y percibido que lleva a cabo dentro de una institución; *orientación y señalización*, se refiere a la ausencia o inadecuada presencia de señalización, que impide a los usuarios su ubicación dentro de un lugar, así como para encontrar el camino que los lleve a su destino dentro de las instalaciones; y finalmente *significado simbólico*, haciendo referencia a la ausencia de atributos en el diseño de un hospital, lo que impide fortalecer el rol de los usuarios dentro de la institución y que le sean tomadas en cuenta sus necesidades y demandas para sentirse considerados dentro de la institución.

En México la investigación referente a privacidad en escenarios hospitalarios ha sido limitada. En 1991, Vázquez hizo un estudio para la evaluación de las habitaciones para pacientes en dos instituciones hospitalarias de la ciudad de México. Vázquez elaboró y aplicó un cuestionario de tipo diferencial semántico a los pacientes, el personal médico y el de enfermería, midió funcionalidad, ambiente físico, decoración, control del ambiente físico y ambientación arquitectónica. Encontró que los pacientes consideraban adecuado que en un cuarto hubieran tres o cuatro personas, y que en cada uno de ellos existiera un baño. Sugiere determinar por medio de la investigación un equilibrio entre lo que se construye y la conducta humana.

Ortega y Urbina (1988) evaluaron la satisfacción ambiental en un hospital general privado, tomando en cuenta la opinión de pacientes, médicos, enfermeras, directivos, trabajadores y visitantes. Encontraron que en general la imagen percibida fue buena, consideraron el hospital como eficiente, amable y flexible; las áreas que tuvieron evaluación negativa fueron: señalización, elevadores, apariencia del vestíbulo, sistema de voceo, ruido en la sala de espera y los pasillos, mobiliario, sanitarios y en la decoración en general. Concluyeron que los principales generadores de estrés e insatisfacción son: el ruido, la falta de privacidad, inadecuada señalización, inadecuado

diseño de las centrales de enfermeras; además encontraron una inadecuada imagen percibida con el inmueble.

Los pioneros de la investigación ambiental en hospitales en México han encontrado una forma de evaluar dichos espacios para favorecer las actividades que en ellos se desarrollan, por ejemplo:

Reidl, Ortega y Estrada (2002) evaluaron la sala de espera de un hospital público de atención especializada por medio de tres escalas psicométricas. Encontraron una relación positiva entre los altos niveles de humedad, ruido, temperatura, la poca limpieza del lugar, la decoración, la ubicación de la sala de espera, la incomodidad de las sillas y la mala señalización con los niveles mayores de estrés autorreportados por las pacientes.

Ortega (2002) investigó en un hospital general público cómo se relacionan las variables de la consulta médica, las socio-ambientales y físicas con las respuestas manifiestas e internas de estrés en pacientes que permanecen en salas de espera, para evaluar dichas variables desarrolló tres escalas:

- Escala de Evaluación Ambiental. Mide las condiciones ambientales deseables, la percepción espacial y las condiciones ambientales negativas.
- Escala de Imagen Institucional. Mide la valoración de la calidad de la atención, así como de la institución y de los sentimientos que les genera su estancia en este lugar.
- Escala de Estrés (tomando como base la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación de Kings, Borrows y Stanley, 1983), que evalúa el autoreporte de respuestas físicas, conductuales y emocionales de estrés.

Identificó que, aunque no se presentaron altos niveles de estrés autorreportados, las principales diferencias se encuentran en el tiempo de espera, el tipo de servicio al que se acude, encontrando mayores niveles de estrés en la sala de espera general. Con

relación a la valoración del ambiente físico, las condiciones ambientales fueron consideradas como inadecuadas, así también para la representación simbólica institucional relacionada con el servicio al que asistían, el lugar en donde esperaban y el tiempo de espera.

Recientemente, Ortega-Andeane y Dumitru (2006), con el propósito de determinar cuál es el impacto de los factores psico-ambientales sobre el estado emocional de estrés en pacientes con cáncer, realizaron un estudio en tres salas de hospitalización del servicio de Oncología y en una sala de espera del servicio de consulta externa en un hospital general público dirigido a la atención de mujeres. Para este estudio utilizaron las tres escalas desarrolladas anteriormente (Ortega, 2002).

En este estudio se plantea un “Modelo de Estrés” que explica la relación de las variables: confianza y calidad de la atención médica, funcionalidad, valoración física negativa y estado de salud autodefinido. A partir de este modelo sus resultados apuntan a que “la percepción de estrés en pacientes hospitalizadas y de consulta externa estará en función de que no tengan confianza en la atención médica, de que perciban una inadecuada funcionalidad del lugar, así como de los aspectos ambientales negativos (calor, frío, ruido) y de que valoren su estado de salud como muy malo” (p. 702).

1.2 LA DIMENSIÓN ESPACIAL

En psicología ambiental las nociones de espacio y de lugar son muy importantes, incluso centrales, porque ellas permiten reconocer el nivel de control de los individuos sobre el medio. De acuerdo con Moser & Uzzell (2003 citado en Navarro, 2004) existen cuatro niveles de interacción del individuo con su medio, teniendo fuertes implicaciones en la investigación ambiental:

Nivel I. Micro-Ambiente. Espacio privado o individual

Se trata de los lugares de los cuales tenemos el control total, que son importantes para el bienestar individual. Es el lugar de permanencia, de estabilidad (sentimiento de



seguridad), en donde se desarrolla la vida privada. Se trata del espacio personalizado, delimitado por barreras físicas o simbólicas, pero sobre todo, protegido de la intrusión del otro. Si se trata de un lugar permanente que produce apegos, hablamos de territorios primarios, pero si se trata de un lugar transitorio, hablamos de territorios secundarios.

Nivel II. Ambiente de proximidad. Espacio semi-público o semi-privado

Es el espacio de proximidad, el espacio es compartido lo mismo que el control. El apego afectivo puede ser fuerte o no según si el espacio es hostil o no; si es lo último, esto produce inversiones afectivas si hay correspondencias, intereses, no solamente sobre el carácter físico (bello, confortable), socialmente fundamental (existencia de lazos sociales).

Nivel III. Macro-Ambiente. Espacio público

El control es mediatizado y sobre todo es delegado. Se trata de un agregado de individuos en un espacio común. La ciudad se convierte en el espacio de la variedad, de la diversidad de elecciones, de facilidad de encuentros. A partir de la edad media la ciudad estaba concebida como un lugar asegurador, un lugar de oportunidades. Desde la industrialización y la extensión de las ciudades, éstas se convirtieron en lugares de anonimato. En consecuencia, las desviaciones son toleradas y surge entonces un sentimiento de vulnerabilidad, de inseguridad a causa de la delincuencia, de la contaminación y de la aglomeración.

Nivel IV. Ambiente global. Dimensión planetaria

El control está fuera de las posibilidades individuales. Podemos observar la emergencia de comportamientos llamados ecológicos. Aparición de la noción de "bien común".

Como ya se vio, la importancia de la interacción del individuo con su medio no depende solo del lugar en donde este se ubique, sino también de la forma en que lo

conozca, lo explore y la expectativas que tenga de su ambiente de esta forma el individuo forma su percepción del ambiente, que abordaremos a continuación.

1.3 LA PERCEPCIÓN AMBIENTAL

La percepción proporciona la información básica que determina las ideas que el individuo se forma del ambiente, así como de sus actitudes hacia él. A su vez, a partir de estas ideas y conocimientos, surge una serie de expectativas con respecto al ambiente de que se trata y estas modelan la percepción.

Por medio de la percepción, los diversos estímulos ambientales con que se encuentra el individuo se organizan para formar un cuadro coherente y ordenado del mundo. La percepción ambiental implica el proceso de conocer el ambiente físico inmediato a través de los sentidos.

Ittelson (1970, citado en Holahan, 1996) señala que a diferencia de un objeto que puede ser percibido adecuadamente desde un solo punto de vista, el ambiente debe experimentarse desde múltiples perspectivas a fin de percibirlo en forma total. Los ambientes son grandes en relación con las personas y circundan a aquellos que los perciben. Puesto que las personas están rodeadas por el ambiente, tienen que desplazarse en él para percibir todos sus aspectos.

El ambiente proporciona a los individuos tal cantidad de información perceptual que es imposible procesarla toda de inmediato. La proporción y complejidad de los ambientes hacen imposible que el individuo los perciba de forma pasiva. Así el ambiente envía mensajes que ayudan al individuo a orientar sus acciones.

Gibson (citado en Gifford, 1997) desarrolló la teoría de que la percepción del ambiente es producto de las características ecológicas de la estimulación ambiental. Por lo tanto la percepción ambiental es un producto directo de la estimulación que llega al individuo



por parte del ambiente. De esta forma el significado no se construye a partir de las sensaciones que envía el ambiente, el individuo percibe directamente el significado en la estimulación ambiental.

Así la percepción que se tiene del mundo circundante ayuda al individuo a regular su comunicación e interacción social con otras personas, a identificar las características importantes del ambiente cotidiano y a disfrutar de las diversas experiencias estéticas. En el presente estudio incorporaremos la percepción del escenario hospitalario y de manera concreta la de los cuartos de hospitalización considerando los elementos del ambiente que proporcionan o permiten oportunidades para ciertos tipos de conductas, en este caso, la privacidad y territorialidad, temas que abordaremos a continuación.

CAPÍTULO

2

PRIVACIDAD Y

TERRITORIALIDAD

CAPÍTULO 2. PRIVACIDAD Y TERRITORIALIDAD

La importancia de estudiar la privacidad reside en el impacto que tiene en la conducta de los individuos, de la influencia que ésta tiene en la constitución de su estructura como sujeto y la relación con otros individuos y su ambiente.

La vida se compone de muchas situaciones y circunstancias que nos hacen requerir privacidad. Necesitamos privacidad cuando estamos enfermos, tristes, afligidos, enojados, cansados, y ansiosos. Necesitamos privacidad para el desarrollo intelectual, ético, espiritual, creativo y físico. “Necesitamos privacidad para la autoevaluación, para la intimidad, para la autonomía, para la contemplación, y para el rejuvenecimiento” (Pedersen, 1997. p. 147). Todas estas situaciones y circunstancias de la privacidad son parte de nuestras vidas.

La privacidad personal constituye una parte esencial de la vida (Holahan, 1996). En la actualidad éste es un tema un tanto descuidado por parte de los investigadores, ya que en México su importancia no se encuentra tan arraigada como en otros países.

La necesidad de privacidad se encuentra presente en los miembros de cualquier cultura, aunque en cada una de ellas su regulación tome formas sumamente diferenciadas, ya sea por disposiciones espaciales, por pautas culturales o normas sociales (Valera y Vidal, 1998).

El fracaso en el nivel de privacidad deseado provoca un desequilibrio en quien lo padece, produciendo un desgaste físico y psicológico en la búsqueda de adaptación a las circunstancias; en caso extremo, suelen presentarse sentimientos de desindividuación, de desnudez social o causar fallas en la percepción. En el lado contrario, el individuo puede buscar en exceso el contacto social (López, 1991).

El deseo de privacidad, en ocasiones, lleva al individuo a buscar un tranquilo rincón dentro de un ambiente diseñado. Aquí la cuestión del espacio es de gran relevancia, pero como se verá más adelante no es absoluta la relación del espacio con la privacidad. Lo anterior es de vital importancia ya que existe otra línea por considerar en la privacidad, y es el acceso del individuo hacia sí mismo con respecto a otros. En los estudios sobre esta temática existen diversas posturas, interpretaciones y aportaciones al respecto.

La privacidad es entendida y analizada desde campos tan diversos como la antropología, la etiología, la política, la sociología, el derecho; y en cada uno de ellos toma perspectivas y matices distintos (Valera y Vidal, 1998). Puede referirse a la idea de estar solo, alejado físicamente de otras personas o de algunas. Por otra parte, se considera una situación de privacidad cuando la persona o el grupo puede regular efectivamente la información que ofrece ante otros (Valera y Vidal, 1998). Es debido a esta complejidad que el concepto privacidad requiere una definición básica: Altman (1975) define la privacidad como “*el control selectivo del acceso a uno mismo o al grupo que uno pertenece*” (p.18). Esta definición hace referencia a dos aspectos esenciales en la privacidad: el control selectivo de la interacción social y de la información ofrecida a los otros. Ello implica controlar la interacción tanto al nivel de “entradas” como de “salidas”, en un sentido bidireccional (Valera y Vidal, 1998).

La privacidad se refiere a la capacidad de la persona, o grupo de personas, de regular o controlar selectivamente la cantidad e intensidad de contactos o interacciones sociales en un contexto socioambiental determinado, así como el flujo de información que se produce en tales interacciones, todo ello en función de las necesidades concretas de la persona o grupo de relacionarse con el mundo social en un momento y situación determinados (Valera y Vidal, 1998).

La privacidad se experimenta en diferentes ámbitos de la vida cotidiana así como en diferentes tipos de ambientes. En el ambiente laboral, Stewart-Pollack y Menconi (2005) afirman que la naturaleza del trabajo ha cambiado radicalmente, y un nuevo paradigma del trabajo ha configurado de nuevo el ambiente construido. Hoy, los trabajadores utilizan a menudo un proceso de trabajo de pensamiento y de solución de problemas más creativos. Mientras que nuestra tecnología compite a menudo con nuestras necesidades humanas, es incuestionable que necesitemos diversos niveles de privacidad. El tipo de trabajo diferencia las necesidades del trabajador. Algunos trabajadores pueden trabajar en sitios como cubículos y sentir que tienen su nivel deseado de la privacidad. Otros trabajadores, dependiendo de las variables en el ambiente, pueden sentir que necesitan un grado mayor de privacidad en el espacio arquitectónico. Ambos tipos de trabajadores necesitan espacios individuales para el trabajo privado, así como la capacidad de regular interacciones sociales y privacidad. Los trabajadores necesitan espacios privados, iluminación adecuada, y baja estimulación sensorial, así como gozar de experiencias de privacidad, de restauración y de recuperación; ya que la gente anhela una conexión con la naturaleza debido a que los ambientes son cada vez más tecnológicos y necesitan producir experiencias visuales y sensoriales como acceso a la luz del día y a estímulos de interiores y al aire libre.

En la vivienda, según Carlisle (1982 citado en Mercado, Ortega, Luna, y Estrada, 1995), es donde la privacidad es más necesaria; el área de mayor intimidad se encuentra atrás de barreras como puertas, ventanas y cortinas. “Necesidades tan importantes como el confort, el descanso o la privacidad, que se toman muy poco en cuenta, y que la vivienda debe proveer, dificultan e invaden el derecho de los individuos a aislarse cuando así lo desean, a trabajar o descansar tranquilamente, pues además de las presiones cotidianas de transporte, de contaminación, económicas y muchas otras, tienen que enfrentarse a una vivienda donde se sienten hacinados, donde perciben mucho ruido exterior y donde no pueden tener privacidad” (Mercado, et. al. 1995, p.87).

Parke y Sawin (1979) investigaron cómo los niños desarrollan las conductas de privacidad en el hogar. Descubrieron que a medida que van creciendo los niños utilizan más las señales físicas de privacidad, como cerrar las puertas, así como reglas tales como tocar en una puerta cerrada. El deseo de privacidad en el uso del cuarto de baño aumenta considerablemente cuando comienzan a aparecer las características sexuales secundarias. Las conductas de privacidad que los niños practican en el hogar están influidas por variables ambientales, como por ejemplo, el número de recámaras y baños disponibles.

Así como en la mayoría de los ambientes construidos en la vivienda existen áreas privadas en las que una sola persona o grupo llevan a cabo determinada actividad distanciados de los demás, y áreas públicas o comunes en las que no hay barrera alguna para el acceso a las personas. Cuando no existe privacidad, los individuos toman actitudes negativas que les genera tensión y/o estrés que en ocasiones generan agresividad e inconformidad (Mercado, et. al., 1995).

Así, la privacidad se puede ver como el proceso de control del límite con el cual el individuo regula con quién ocurre el contacto y cuánto y qué tipo de interacción será (Pedersen, 1997). Marshall (1972) desarrolló la Escala de Preferencia de Privacidad en estudiantes universitarios y sus padres. Descubrió que tenían seis distintas tendencias con respecto a la privacidad mismas que pueden agruparse en dos factores principales: *aislamiento y control de la información*. Tres de las tendencias identificadas ponen énfasis en el aislamiento: *soledad, reclusión e intimidad*. Las tres tendencias restantes hacen referencia al control de información: *anonimato, reserva y retraimiento*.

Wolfe y colaboradores (Wolfe y Laufer, 1974; Laufer, Proshansky y Wolfe, 1976) investigaron la privacidad en escolares desde los cuatro años y hasta la última etapa de la adolescencia. Descubrieron que un niño de cinco años ya cuenta con cierto sentido del significado de privacidad. La idea de aislamiento y soledad es común en las

primeras definiciones de privacidad y nunca se pierde. La noción de privacidad como control de información se desarrolla un poco después. Mientras que para los niños muy pequeños la privacidad es posesión de objetos personales, los niños mayores definen la privacidad según su capacidad para controlar el uso de sus posesiones por parte de otros (citado en Holahan, 1996).

Warren y Laslet (1967 citados en Holahan, 1996) señalan que la privacidad es un consenso entre los miembros de una sociedad y un derecho individual (Holahan, 1996). Newell (1995) define la privacidad como una “separación del dominio público, voluntaria y temporal, y dentro de la cual el Estado, como representante del dominio público, no puede justificadamente inmiscuirse. Incluye tanto la separación física, psicológica e informacional y funciona en las dos direcciones”.

Wolfe y colaboradores (Wolfe y Laufer, 1974; Laufer, Proshansky y Wolfe 1976, Laufer y Wolfe 1977) señalan que la regulación de las relaciones interpersonales es esencial en la experiencia cotidiana de la privacidad (citados en Holahan, 1996).

Por su parte, Westin (1967) propone cuatro dimensiones de la privacidad: soledad, intimidad, anonimato y reserva. Pedersen completa la tipología de Westin y la amplía a seis dimensiones:

Las primeras dos se refieren al control de la interacción:

- Soledad
- Aislamiento

Las dos dimensiones siguientes hace referencia al control de la información en una situación de interacción:

- Anonimato
- Reserva

Las dos últimas hacen referencia al concepto de intimidad:

-
- Intimidad con la familia
 - Intimidad con los amigos

La privacidad no significa alejarse de la presencia de otras personas; implica el controlar la cantidad de contacto con otros (Pedersen, 1997). El nivel de privacidad para una persona, en un determinado momento y contexto es evaluado en función del nivel deseado de interacción con otras personas. El carácter sistémico del modelo de Altman conlleva a entender el proceso en términos de equilibrio entre la privacidad deseada y la realmente obtenida (Valera y Vidal, 1998).

Schwartz señala que la privacidad tiene un precio; la privacidad por lo regular se compra y se vende en hospitales, hoteles y servicios de transporte. La privacidad también contribuye a mantener las diferencias del status social esenciales para lograr un efectivo funcionamiento del grupo; mientras más alto llegue un individuo en el escalafón organizacional, más privacidad personal se le asegura y mayor protección contra intromisiones indeseables (Holahan, 1996).

Una de las ideas centrales del modelo de privacidad de Altman es que las personas utilizan múltiples mecanismos psicosocioambientales para buscar y conseguir un equilibrio aceptable y efectivo entre la privacidad deseada y la privacidad obtenida. Cuando la primera es claramente superior a la segunda se produce una percepción de hacinamiento o invasión con las consiguientes manifestaciones conductuales y costos psicosociales. Cuando la privacidad obtenida es superior a la deseada se produce una situación de aislamiento social que también puede acarrear consecuencias negativas para la persona como son: la soledad, el aislamiento o el anonimato que no son buscados sino impuestos por el propio contexto.

La privacidad desempeña dos importantes funciones psicológicas: en primer lugar, interviene en la regulación de la compleja interacción social que se realiza entre la gente; segundo, ayuda a establecer un sentido de identidad personal (Holahan 1996).

Numerosos estudios han analizado la relación entre las disposiciones físico-arquitectónicas, la posibilidad de obtener privacidad y las consecuencias psicológicas que se derivan de ello. De manera concreta diversas investigaciones han demostrado la relación entre disposiciones ambientales de centros hospitalarios y el grado de satisfacción e incluso recuperación de los pacientes (Ittelson, Proshansky y Rivlin, 1978; Osmond, 1957; Somer y Kroll, 1979; Wolfe, 1975; citados en Valera y Vidal, 1998).

2.1 LA PRIVACIDAD EN ESCENARIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Ulrich, Zimring, Quand y Joseph (2006) reportan diversas investigaciones que han evaluado cómo el diseño de los ambientes para el cuidado de la salud, facilita u obstaculiza el contacto social de pacientes con sus familiares. Estudios rigurosos desarrollados principalmente en instalaciones de salud y clínicas de reposo mentales, han mostrado que los niveles de interacción social y el contacto social benéfico puede ser incrementando sustancialmente proporcionando mobiliario confortable y movable, en salas de espera y en cuartos de día con el cual se puedan conformar grupos pequeños y flexibles. Por el contrario, la práctica común de arreglar de lado a lado el mobiliario fijo a lo largo de las paredes del sitio inhibe fuertemente la interacción social (Holahan, 1972). En clínicas de reposo y hospitales de salud mental se ha demostrado que el mobiliario apropiado con sillas movibles alrededor de las salas pequeñas aumentan la interacción social (Melin y Gotestam, 1981).

En otro contexto Derlega y Chaikin (1977) agregan que una característica del servicio hospitalario que proporciona la asistencia pública a los grupos de baja condición socioeconómica, es que la privacidad se ve limitada o negada del todo.

El desafío de proporcionar niveles apropiados y deseados de privacidad en los centros para el cuidado de la salud es mayor que para otro tipo de ambientes. Las instalaciones de estas instituciones son utilizadas por una amplia variedad de personas con diversas necesidades y características individuales, pacientes, personal médico y visitantes experimentan una variedad de respuestas físicas y emocionales en estos ambientes de la salud y del proceso curativo (Stewart-Pollack et, 2005). El que un paciente esté internado en un dormitorio con otros pacientes, significa que debe permanecer en constante contacto con otros, con o sin el deseo de ello, y por tanto sin posibilidad de mantener un nivel de privacidad adecuado (López, 1991).

Puesto que los métodos y procedimientos médicos son a menudo física y psicológicamente amenazadores para el paciente, en el hospital, la autonomía de los pacientes se ve deteriorada a menudo por las reglas y las regulaciones que restringen su libertad de movimiento y por la reglamentación que impregna sus vidas día y noche (Stewart-Pollack y Menconi, 2005).

De acuerdo con Stewart-Pollack y Menconi (2005), la ansiedad y la tensión pueden ser más altas para los pacientes y sus familias en ambientes para el cuidado de la salud que en la mayoría de otros ambientes, requiriendo así una mayor necesidad de satisfacer experiencias tales como privacidad.

Por otra parte, para el personal médico y paramédico las demandas físicas, mentales y emocionales de largas horas de trabajo, de gran responsabilidad y de prolongada atención pueden producir niveles elevados de fatiga y tensión mental. Por tales razones, el proporcionar niveles deseados y apropiados de privacidad a los pacientes, visitantes y al personal son parte necesaria para crear un ambiente curativo para los pacientes y restaurativo para el personal y los visitantes.

Ulrich, Zimring, Quand y Joseph (2006) a partir de evidencia empírica señalan que los cuartos privados propician la presencia de familia y amigos. Una clara ventaja de los cuartos privados es el hecho que proporcionan más espacio y muebles para el paciente y sus visitantes en comparación con cuartos públicos. Los cuartos públicos disminuyen la privacidad para las interacciones paciente-familia y son más propensos a restringir las horas de visita. Algunos resultados sugieren que estos últimos disuaden realmente la presencia de la familia (Sallstrom y Norberg 1987). Resultados de diversos estudios indican que en la mayoría de casos, la presencia de un compañero de cuarto es una fuente más de tensión que de restauración. El estrés por ruido generado por otros pacientes en el mismo cuarto se suma a la falta de privacidad que refleja esta situación; los pacientes de los cuartos privados, comparados con los que tienen más pacientes en el mismo cuarto están más satisfechos y se preocupan menos por su privacidad.

Stewart-Pollack y Menconi (2005) señalan que las necesidades de privacidad en los ambientes para cuidado de la salud incluyen:

- *soledad* para la contemplación, rejuvenecimiento, y autonomía;
- *intimidad* entre el personal médico y pacientes, entre los pacientes, la familia y amigos, y entre los miembros del personal médico.
- *reserva*, en este caso un tipo de privacidad informativa o confidencial, de modo que los pacientes puedan proteger la información sobre sí mismos contra la intromisión de extraños.
- El *anonimato* es un tipo de privacidad que se desea raramente pero se experimenta a menudo en ambientes para el cuidado de la salud cuando el paciente se siente desamparado, impotente y despersonalizado.

“En el caso de los visitantes y pacientes que requieren controlar el acceso de otros en busca de niveles adecuados de privacidad visual y/o acústica, así como para los pacientes, el personalizar su territorio dentro del medio hospitalario, son aspectos que muchas veces no son permitidos por el diseño arquitectónico, especialmente en los



cuartos de pacientes y áreas públicas convirtiéndose éstos en fuentes de estrés” (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005, pág 36).

La evidencia empírica muestra cómo el contacto social proporcionado por la familia y amigos de los pacientes provee ventajas importantes en términos de reducción de tensión y consecuentemente restauración de la salud. El contacto social incluye la ayuda emocional o cuidado derivado de la relación interpersonal y la ayuda tangible de otros; muchos estudios han indicado que este contribuyó en la recuperación de pacientes que atravesaban por alguna enfermedad aguda y crónica (Ulrich, Zimring, Quand y Joseph, 2006).

De acuerdo con Ulrich y colaboradores (2006), la privacidad depende de las oportunidades proporcionadas por el ambiente físico, las circunstancias que nos hacen buscar privacidad y nuestras necesidades personales, motivaciones, expectativas y experiencias.

La privacidad es un proceso por el cual controlamos el acceso a nosotros mismos o nuestro grupo y una condición de la distancia selectiva o de privacidad (Altman, 1975). Implica nuestra continua necesidad de estar con otros y nuestra necesidad de estar solos. La privacidad no se puede ver como condición absoluta, sino como una necesidad dinámica que nos motive para buscar niveles óptimos de interacción así como control sobre quién tiene acceso a nosotros o a nuestro grupo y bajo qué circunstancias. Esta característica óptima de la privacidad significa que demasiada privacidad (tal como aislamiento social) o muy poca privacidad (tal como hacinamiento) es insatisfactoria y crea desequilibrios que pueden tener consecuencias serias sobre nuestro bienestar total (Pedersen 1997).

Los pacientes desean más control de su privacidad y del ruido. Ahora muchos hospitales proporcionan solamente cuartos privados, mientras que otros proporcionan

cuartos privados y semiprivados además de las habitaciones pequeñas de tres o cuatro camas.

Un espacio de conflicto potencial entre el paciente y el personal es la facilidad con la cual el paciente puede ver y ser visto desde el vestíbulo. Aunque los pacientes pueden tener gusto de tener una visión del vestíbulo, no desean necesariamente a gente que vea hacia adentro en ella. Para los pacientes, una puerta o una ventana interior (entre su sitio y el vestíbulo) puede proporcionar un enlace visual entre su sitio algo confinado y el pasillo ocupado. Mientras que ven hacia afuera, puede sentirse más que una parte del resto del hospital y gozar de la oportunidad de ver gente. Para el personal, la puerta y la ventana interior pueden proporcionar la supervisión visual fácil del paciente.

Las cortinas de separación, utilizadas en casi todos los cuartos por casi todos los pacientes durante el curso de su hospitalización, también reflejan la preocupación por la exposición indeseada. Como un estudio lo demuestra, las cortinas del cuarto se utilizan por una variedad de razones: para revisión médica o, preparación pre operatoria, dormir, recibir un baño en la cama, hablar con los visitantes o simplemente para bloquear la luz (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph y Choudhary, 2004). Aunque pocos pacientes en el estudio creyeron que la cortina del cuarto les proporcionó mucha privacidad, el poder manipularla era muy importante para ellos.

Barlas y colaboradores (2001) al aplicar una encuesta sobre historial médico, encontraron que los pacientes en cuartos públicos que tenían una cortina de separación entre las camas no proporcionaron toda la información requerida y rechazaron parte su revisión física debido a la carencia de privacidad, en contraste, los pacientes que se encontraban en cuartos privados proporcionaron toda la información requerida. Estos resultados sugieren que la carencia de privacidad puede reducir la seguridad del paciente.



Una evidencia adicional de la importancia del ambiente físico viene de las frecuentes violaciones de privacidad visual y auditiva en cuartos con cortinas de separación comparados con los cuartos con paredes sólidas reportados por Mlinek y Pierce (1997).

Con el aumento de cuartos privados, puede ser que asumamos que todos los pacientes cuentan con deseo de privacidad, pero éste no es siempre el caso. Por ejemplo, un estudio encontró que incluso si el costo no fuera ningún impedimento, 45% de pacientes elegirían un cuarto privado, 48% elegirían un cuarto semi-privado y 7% preferirían uno público. El hecho de que aproximadamente la mitad de los pacientes en este estudio elegiría un cuarto semi-privado, incluso si el costo no fuera impedimento, puede sorprender a algunos diseñadores y planificadores, porque la privacidad parece ser un elemento tan inusual y al mismo tiempo deseable en hospitales. Sin embargo, parece que mucha gente está dispuesta a negociar la privacidad por la compañía; muchos pacientes gozan el tener alguien cerca, alguien con quien hablar durante su estancia del hospital.

Por lo anterior, parece recomendable considerar cuartos privados y semi-privados dentro de un hospital. Para los pacientes hospitalizados por largos períodos de tiempo, como son los pacientes de rehabilitación, las habitaciones de tres o cuatro camas pueden proporcionar un adecuado contacto social.

2.2 TERRITORIALIDAD

La territorialidad se ha definido en varias formas, algunos investigadores la han definido como la actitud de personalizar y defender contra invasiones un área geográfica determinada (Sommer, 1969, Becker, 1973). Pastalan (1970) hace referencia al uso y defensa de un área espacial por parte de una persona o grupo que la considera suya exclusivamente (citado en Valera 1998).



Altman (1975) distingue varias características comunes en distintas definiciones, por lo general especifican que la territorialidad implica lugares o áreas geográficas e insisten en la posesión del lugar, además a menudo se refieren a la personalización del espacio y comúnmente consideran un territorio como jurisdicción de un individuo o grupo.

De acuerdo con Valera (1998) las diferentes definiciones conllevan a la inclusión de otros conceptos como defensa, espacio físico, posesión, exclusividad de uso, señales, personalización, identidad, dominación, control, seguridad y vigilancia.

Tipos de territorios.

Los seres humanos tenemos múltiples tipos de territorios; estos difieren según la importancia del papel que desempeñan en la vida de una persona o grupo y según el tiempo que el usuario ocupa el área. El tipo de privacidad que deseamos, también como el deseo y la capacidad de alcanzar privacidad, es afectado por el tipo de territorio que ocupemos en cualquier hora dada.

Altman (1975) identificó tres tipos básicos de territorios que explican estas diferencias: territorios primarios, secundarios, y públicos:

- Los territorios primarios son los que se encuentran (por lo general) bajo un control relativamente completo de los usuarios durante un periodo prolongado y su posesión esta claramente reconocida por otras personas.
- En los territorios secundarios la posesión no es permanente ni exclusiva y tienen un carácter semipúblico, por que es probable compartirlo con extraños.
- Los territorios públicos están abiertos a la ocupación pública de manera relativamente temporal, el derecho de posesión de áreas en territorios públicos es extremadamente limitado y temporal, se vuelve necesaria la presencia física para mantener la posesión de un territorio público.

De acuerdo con Edney (1976) una función psicológicas de la territorialidad es ayudar al individuo a desarrollar un “mapa” cognoscitivo de los tipos de conducta que se pueden

esperar en determinados lugares. La relación entre lugares específicos y sus actividades ayuda al individuo a organizar las conductas cotidianas inconexas en cadenas de conductas generalizadas e integradas (Holahan, 1996).

Gifford (1982) plantea que la territorialidad funciona como un proceso central que incluye la personalización y la señalización de los territorios, la agresión y la defensa territorial de los aspectos de la jerarquía o dominación y el control.

McAndrew (1993) indica como funciones de la territorialidad: la organización de sistemas sociales humanos y la comunicación de la identidad personal, además de conseguir privacidad facilitada por el territorio.

El control sobre el ambiente, que representa la territorialidad, es conseguido en tres aspectos: prioridad en el acceso a un área espacial, elección de los tipos de actividad que se darán en esa área y la capacidad de resistir el control de otras personas en dicha área (Valera, 1998).

Como se puede observar la psicología ambiental cobra una relevancia fundamental en relación al individuo y el medio en el que éste se desarrolla. Muchos han sido los investigadores que a lo largo de la última década han aportado acerca de la necesidad del individuo por la privacidad y la territorialidad y cómo ésta se vincula con los cuatro niveles. Entre ellos el Nivel I, relacionado con el espacio individual y el Nivel II, con el semi-privado, se vinculan con la realidad hospitalaria en el mundo, particularmente con México.

Hasta el momento se puede identificar que existe una relación importante entre los pacientes y la privacidad en la restauración de la salud. En el presente estudio nos proponemos identificar si existe relación de las variables de diseño, atributivas y/o de la consulta médica con la percepción de la privacidad y territorialidad en pacientes internados en un hospital público de especialidades de la Ciudad de México.

CAPÍTULO

3

LA PERCEPCIÓN DE
PRIVACIDAD Y
TERRITORIALIDAD EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS



CAPÍTULO 3. LA PERCEPCIÓN DE PRIVACIDAD Y TERRITORIALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Pregunta de investigación:

¿Existe relación entre las variables tipo de cuarto, atributivas y/o de la consulta médica con la percepción de la privacidad y territorialidad en pacientes con cáncer de un hospital público de especialidades de la Ciudad de México?

Objetivo general:

Evaluar la percepción de privacidad y territorialidad en pacientes con cáncer, de acuerdo al tipo de cuarto en el que se encuentran.

Variables Independientes:

Tipo de cuarto.

Tiempo de hospitalización.

Atributivas: Edad y escolaridad.

Variable Dependiente:

Percepción de privacidad y de territorialidad.

Definición de variables:

Variables Independientes:

➤ Tipo de cuarto:

Densidad social: Dada por el número de personas que se encuentran en el cuarto en el día de la entrevista.

Tipo de cuarto: -Privado (una cama)
 -Semi-Privado (dos camas)
 -Público (tres camas)



- Tiempo de hospitalización: Determinado por los días de hospitalización a la fecha de la encuesta.

VARIABLES ATRIBUTIVAS:

Edad: Determinada de acuerdo a la edad que el paciente declare al día de la entrevista.

Escolaridad: El grado de estudios o la falta de estos que el paciente reporta al día de la entrevista.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Percepción de privacidad y territorialidad: Determinado por las respuestas a la Escala de Evaluación Ambiental.

MUESTRA:

Se estudió una muestra no probabilística de 72 mujeres diagnosticadas con cáncer y hospitalizadas en un hospital público de especialidades de tercer nivel.

El criterio de inclusión fue:

- Mayor de 18 años .
- Al menos tres días de hospitalización.

ESCENARIO:

Las encuestas se aplicaron en 19 cuartos en una institución de salud pública de tercer nivel especializada en cáncer, estos, se clasificaron en tres tipos:

1. Cuarto Privado (contaba con una cama y baño).
2. Cuarto Semi-Privado (dos camas y baño).
3. Cuarto Público (tres camas).

En la figura 1 se muestra la distribución de los cuartos y de los servicios que conforman el piso del servicio de ginecología del hospital de especialidades. Donde se aprecian por los números de cama los diferentes tipos de cuarto (privado, semi-privado y público).



Figura 1. Planta física del piso del servicio de ginecología y distribución de los diferentes tipos de cuarto de pacientes.

Instrumento

Con el propósito validar la escala de Privacidad y Territorialidad, para el presente estudio se crearon 11 reactivos con opciones de respuesta de 0 a 10, donde 0 indica la ausencia de la característica que se mide y 10 la presencia total.



A continuación se enlistan los reactivos que conforman la escala:

- Me molesta ser escuchado por otros pacientes cuando platico con mis visitas.
- Me incomoda que me observen las visitas de los pacientes que están en mi cuarto
- El mobiliario de este cuarto me permite platicar fácilmente con los demás.
- El mobiliario de este cuarto me permite aislarme fácilmente de los demás
- La privacidad en el baño es adecuada.
- El tamaño del cuarto es suficiente.
- Hay privacidad en este cuarto.
- Las cortinas de separación entre camas me permiten tener privacidad.
- Me incomoda ser observado por los otros pacientes cuando me revisan los médicos o enfermeras.
- El acceso a los baños es fácil
- La distancia entre las camas vecinas es la adecuada.

Por el tipo de población (se tienen pacientes analfabetas) se creó una escala pictórica con equivalencia de 0 a 10. En donde 0 indica la ausencia de la característica que se mide (muy en desacuerdo) y 10 la presencia total (completamente de acuerdo) como se presenta en la figura 1.










RESPUESTAS										
Completamente de acuerdo	REGULAR									Muy en desacuerdo
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
										

Figura 2. Ejemplo de la escala de respuesta pictórica correspondiente a las Escala de Evaluación Ambiental.



Procedimiento:

Para este estudio y como primer paso, el proyecto fue sometido al comité científico y de ética de la institución en donde se realizaron estas entrevistas para su aprobación; cabe hacer mención que la aprobación del proyecto tardo aproximadamente seis meses.

Como segundo paso, realizamos un recorrido en esta institución para conocer más acerca de cómo funciona y las características ambientales de ella. En este recorrido conocimos el área de hospitalización, la distribución de los pacientes, así como los procedimientos y trámites para la hospitalización.

Como tercer paso, una vez aprobado el proyecto, establecimos contacto con el médico responsable del área de ginecología para que nos proporcionara un listado de aquellas pacientes que cumplieran con el criterio de inclusión para el estudio: al menos tres días de hospitalización (este listado fue proporcionado cada día de entrevista durante el tiempo que duró la recolección de datos). Una vez obtenido el listado buscamos en las habitaciones a las pacientes correspondientes al registro y realizamos una primera aplicación de la batería a partir de la cual hicimos las modificaciones y adaptaciones necesarias, tales como la adaptación de la escala de respuesta de numérica a pictórica y la simplificación en la redacción de algunos reactivos. Una vez éstas iniciamos las entrevistas a cada uno de los pacientes:

- Nos presentamos ante los pacientes, seleccionados como muestra, explicando tanto el objetivo de la entrevista como el motivo del estudio; finalmente agregamos que cualquier duda que tuvieran sería respondida por el grupo de investigación.
- Después de que el paciente aceptó participar, se le entregó la hoja de “Consentimiento Informado” dándole la instrucción de leer el documento completo y firmar si estaba dispuesto a participar en el estudio; en el caso de pacientes



analfabetas se les leyó el documento y una vez que estuvieron de acuerdo signaron con una cruz el lugar de firma. Ver anexo 1.

- Cubierto éste protocolo se procedió a la aplicación de las entrevistas. Para esto se buscó el momento apropiado, o de mayor probabilidad de que las respuestas fueran más confiables, esto es que el informante estuviera tranquilo, con disposición y sin interferencias, dentro de los procedimientos, necesidades y “política” de la institución. Logrado este momento, el entrevistador contó con una batería y le entregó al entrevistado un formato similar, de la escala de respuesta, para que señalara aquella opción que reflejara su opinión y se contará con un rango mayor de objetividad.

No obstante el cuidado, en la selección de la muestra y aplicación de las baterías, se presentaron situaciones que retardaron considerablemente la obtención de las mismas.

Por parte de la selección el principal problema es la alta demanda de hospitalización que obliga a que los pacientes permanezcan un periodo inferior al requerido para la investigación; otro problema lo constituye la escasa rotación de los pacientes: es decir que salen y reingresan los mismos, reduciendo, en ambos casos, las posibilidades de elección.

En el aspecto de la aplicación de baterías, el problema reside en que un aproximado al cincuenta por ciento de pacientes, y debido a la etiología de los mismos, presenta súbitas crisis que le llevan a medicación excesiva o intervenciones quirúrgicas de urgencia. Motivos por los cuales se retrasó la aplicación de sus correspondientes entrevistas. De esta manera el tiempo estimado de recolección de datos se prolongó a los seis meses.

CAPÍTULO

4

RESULTADOS

CAPITULO 4. RESULTADOS

A) CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

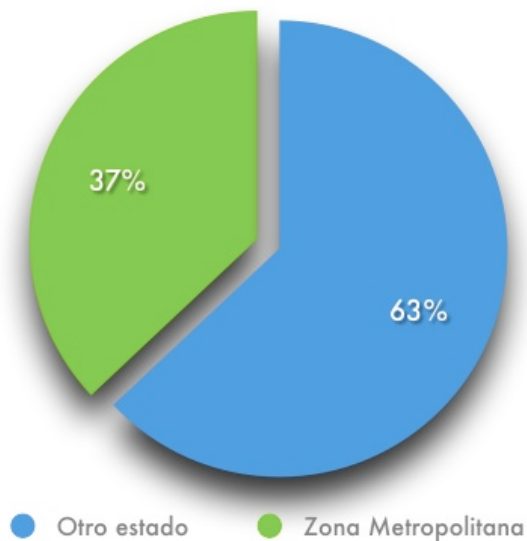
El instrumento fue aplicado a una muestra no probabilística de 72 pacientes hospitalizadas en una institución de salud pública especializada en cáncer de la ciudad de México, con edades de entre los 19 y 70 años de edad (gráfica 1), provenientes principalmente de provincia (gráfica 2). En cuanto a su escolaridad, la mayoría de las pacientes contaba con baja escolaridad (gráfica 3), y en cuanto a su ocupación, casi todas se dedicaban al hogar (gráfica 4).

Por el amplio rango de edades se conformaron tres grupos: el grupo de pacientes jóvenes (19-39 años) representando el 18%; el de las adultas (40-50 años) el 54% y; finalmente las adultas mayores (mayores de 60 años) el 26%.



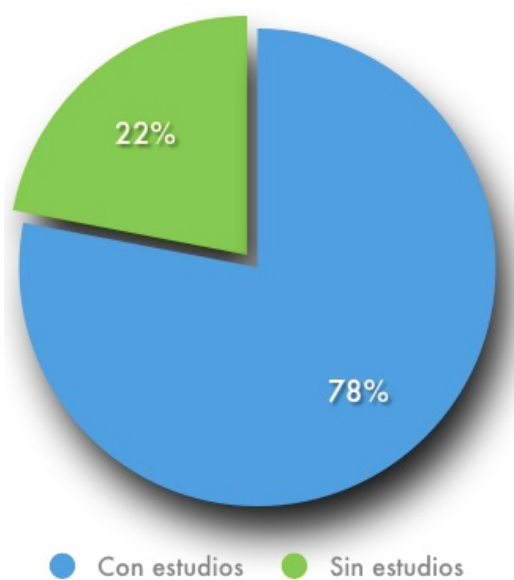
Gráfica 1. Muestra la distribución de la muestra por edad.

En cuanto al lugar de procedencia, el grupo más grande de pacientes fue el de provincia (63%); el 37% de la zona metropolitana.



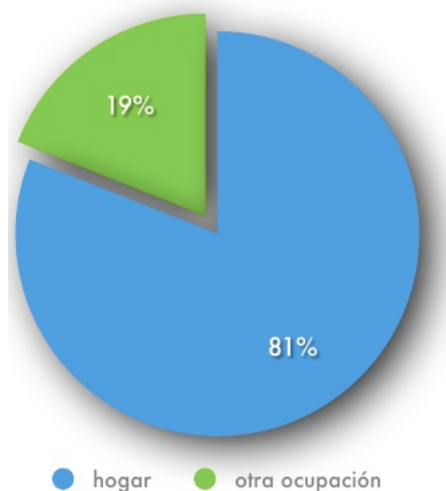
Gráfica 2. Lugar de procedencia

En el nivel de escolaridad de las personas entrevistadas, el 22% de la muestra no contaba con estudios y el 78% agrupa a las personas que contaban con: estudios de primaria (53%), secundaria (21%), preparatoria (o equivalente) (3%) y licenciatura (2%).



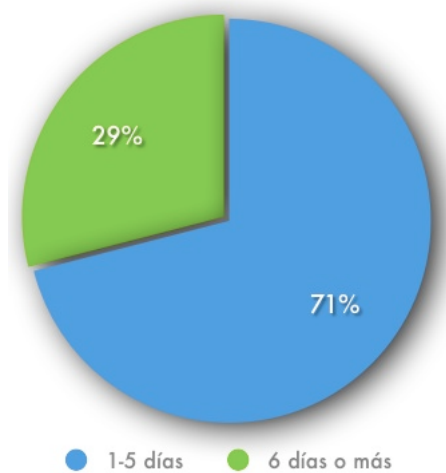
Gráfica 3. Nivel de escolaridad

En lo referente a la ocupación, el 81% se dedicaban al hogar y el 19% comprende todas las demás ocupaciones de las entrevistadas: costurera, contadora privada, partido político, comerciante, seguridad privada, campesina y empleada domestica.



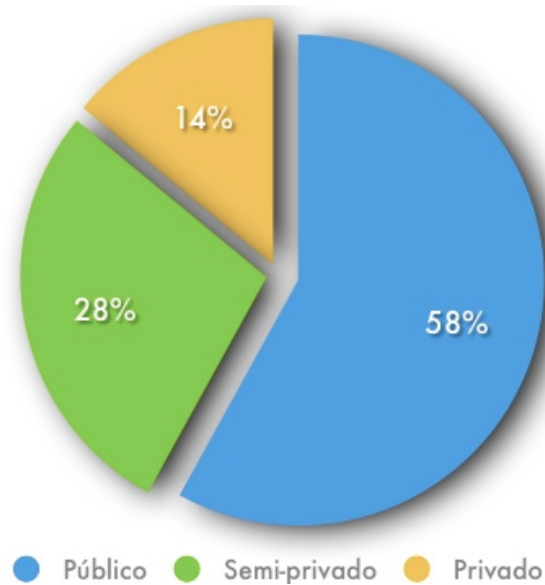
Gráfica 4. Ocupación

En cuanto a los días de hospitalización, el 71% de la muestra contaba de uno a cinco días de hospitalización y el 29% con más de seis días de hospitalización.



Gráfica 5. Días de hospitalización

La institución cuenta con tres tipos de cuartos; el 14% de la población entrevistada se encontraba en cuartos privados (de una cama), el 28% en cuartos semi-privados (dos camas) y el 58% en cuartos públicos (tres camas).



Gráfica 6. Tipo de cuarto

B) VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Como primer paso se determinó el grado de discriminación de los 11 reactivos por medio de la prueba t de Student para muestras independientes entre los grupos, que mostraron los valores más altos y bajos del instrumento de privacidad (percentiles 25 y 75) como se muestra en la tabla 1

Tabla 1. Análisis de discriminación de los reactivos de percepción de privacidad y territorialidad mediante la prueba t.

Reactivo	Altos y bajos	MEDIA	DE	t	GL	SIG
Me molesta ser escuchado por otros pacientes cuando platico con mis visitas.	Altos Bajos	9.14 5.21	2.30 3.99	-3.761	28.205	.001
Me incomoda que me observen las visitas de los pacientes que están en mi cuarto	Altos Bajos	9.00 4.42	2.46 4.08	-4.234	29.011	.000
El mobiliario de este cuarto me permite platicar fácilmente con los demás.	Altos Bajos	9.61 7.10	.58 3.43	-3.153	18.963	.005
El mobiliario de este cuarto me permite aislarme fácilmente de los demás	Altos Bajos	7.90 2.84	3.43 3.71	-4.461	36.793	.000
La privacidad en el baño es adecuada.	Altos Bajos	8.14 3.31	3.08 4.15	-4.138	33.069	.000
El tamaño del cuarto es suficiente.	Altos Bajos	8.23 5.10	2.62 3.78	-3.012	31.697	.005
Hay privacidad en este cuarto.	Altos Bajos	7.04 4.42	7.78 3.61	-2.239	38	.031

Las cortinas de separación entre camas me permiten tener privacidad.	Altos	8.52	2.58	-2.185	31.347	.037
	Bajos	6.26	3.78			
Me incomoda ser observado por los otros pacientes cuando me revisan los médicos o enfermeras.	Altos	6.85	4.18	-3.039	38	.004
	Bajos	3.00	3.80			
El acceso a los baños es fácil.	Altos	9.23	1.54	-3.228	23.086	.004
	Bajos	6.15	3.89			
La distancia entre las camas vecinas es la adecuada.	Altos	8.80	1.93	-5.757	27.251	.000
	Bajos	3.52	3.54			

La escala de privacidad validada quedó conformada por tres factores: Factor I Percepción de privacidad y territorialidad, Factor II Disposición ambiental y Factor III Invasión a la privacidad.

Lo anterior fue el resultado del análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua. Se obtuvieron tres factores válidos con valores eigen mayores a la unidad; se consideraron como factores aquellas agrupaciones de por lo menos tres reactivos y que tuvieron pesos factoriales mayores a 0.40.

A continuación se reportan los factores cada uno de ellos con sus respectivos pesos factoriales, porcentaje de varianza explicada y el coeficiente alpha de Cronbach para su confiabilidad.

En la tabla 2 se presenta el Factor 1 denominado “Percepción de Privacidad y Territorialidad” el cual agrupa cuatro reactivos que miden las características subjetivas de privacidad y territorialidad relacionadas con la percepción ambiental y manejo del espacio en el cuarto.

Tabla 2. Factor 1 Percepción de Privacidad y Territorialidad

Factor 1. Percepción de Privacidad y Territorialidad	
Reactivo	Peso factorial
Hay privacidad en este cuarto	.835
Las cortinas de separación entre camas me permiten tener privacidad	.761
La privacidad en el baño es adecuada	.611
La distancia entre las camas vecinas es adecuada	.530

$\alpha = .70$ y una varianza explicada de 28%

En la tabla 3 se presenta el Factor 2 denominado “Disposición Ambiental” que mide en que forma el ambiente físico proporciona o fortalece la privacidad del paciente.

Tabla 3. Factor 2 Disposición Ambiental

Factor 2. Disposición Ambiental	
Reactivo	Peso factorial
El acceso a los baños es fácil	.805
El mobiliario de este cuarto me permite platicar fácilmente con los demás	.678
El mobiliario de este cuarto me permite aislarme fácilmente de los demás	.561
El tamaño del cuarto es suficiente	.543

16% de varianza explicada y $\alpha = .62$

En la tabla 4 se presenta el Factor 3 “Invasión a la Privacidad” que mide los aspectos psicológicos provocan que las personas se sientan invadidas en relación con su privacidad.

Tabla 4. Factor 3 Invasión a la Privacidad

Factor 3. Invasión a la Privacidad	
Reactivo	Peso factorial
Me incomoda que me observen las visitas de los pacientes que están en mi cuarto	.850
Me molesta ser escuchado por otros pacientes cuando platico con mis visitas	.744
Me incomoda ser observado por los otros pacientes cuando me revisan los médicos o enfermeras	.736

13% de varianza explicada y $\alpha = .69$

Con objeto de poder identificar las variables que predicen la percepción de privacidad y territorialidad en las pacientes, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método enter. A continuación se presenta el resumen del análisis de regresión lineal para las variables que predicen la percepción de privacidad y territorialidad (N=72).

Tabla 5. Resumen de la regresión lineal Percepción de Privacidad y Territorialidad

VARIABLE	B	Error estándar	Beta	Sig.
Disposición ambiental	.498	.119	.432	.000
Invasión a la privacidad	-.262	.112	-.241	.023
Considera que el ambiente del cuarto influye en su estado de salud	-5.008	2.460	-2.11	.046

$R^2 = .281$ ($p < .000$)

Los resultados de este análisis arrojaron un modelo estadísticamente significativo ($F_{3, 68} = 8.841$), considerando como variable dependiente al factor Percepción de la Privacidad y de la Territorialidad y como variables predictoras a los factores Disposición Ambiental e Invasión a la Privacidad y el reactivo “Considera que el ambiente del cuarto influye en su estado de salud”. La R^2 fue de .28, que nos explica que el 28% de la variación en la percepción de privacidad esta determinada por la disposición ambiental, por la invasión a la privacidad y si se considera que el ambiente del cuarto influye en el estado de salud.

CAPÍTULO

5

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.

En la actualidad lograr privacidad es cada vez más difícil, en nuestro estudio el concepto de privacidad resulta de gran relevancia en escenarios hospitalarios ya que ayuda a regular la interacción de las personas con el ambiente, logrando los pacientes una mejor estancia en el hospital cuando le es posible su regulación.

Vázquez (1991) en su estudio de evaluación ambiental que realizó en dos hospitales de la ciudad de México, incluyó seis preguntas referentes a privacidad, sin embargo en sus resultados éstos reactivos no se agrupan en un solo factor referente a privacidad; sino que se distribuyen en los factores: *funcionalidad del baño, funcionalidad de la habitación, percepción del ambiente físico y control del ambiente físico.*

En los estudios de privacidad han predominado los métodos de autorreporte debido a que la experiencia de privacidad es afectada por las impresiones y necesidades subjetivas de cada individuo. El presente estudio propuso diez preguntas, algunas de ellas similares a las de Vázquez, para medir el concepto de privacidad, y en comparación del estudio anteriormente citado, los resultados obtenidos a través del análisis factorial distribuyeron los reactivos en tres factores denominados “Percepción de Privacidad y Territorialidad”, “Disposición Ambiental” e “invasión a la Privacidad”, lo que nos permite identificar éstos tres aspectos como aspectos ambientales relevantes que inciden en la relación de la interacción social.

De acuerdo con Altman la posesión de un territorio supone, entre otras cosas, preservar y regular el grado de privacidad, la persona puede sentir una pérdida de privacidad cuando el territorio es invadido, el territorio protegido en los hospitales para las pacien-

tes son las habitaciones, en ellas la privacidad se regula a través de la distancia entre las camas, las cortinas de separación entre estas y la privacidad en el baño.

La relación entre disposición ambiental y privacidad tiene influencia en el grado de satisfacción e incluso de recuperación de sus ocupantes, si el mobiliario y el tamaño del cuarto facilitan que el paciente controle la interacción social, tendrá una menor percepción de hacinamiento y niveles menores de estrés que la hospitalización por si misma genera.

En los resultados de este estudio se pueden observar las condiciones en las cuales el ambiente no favorece las necesidades o requerimientos de privacidad de las pacientes durante su estancia en hospitalización; en otras palabras los pacientes perciben que el mobiliario, el espacio, el tamaño y limpieza del cuarto y la separación entre las camas son aspectos importantes en la percepción de los dos conceptos centrales del presente estudio.

Se considera una situación de privacidad cuando la persona o el grupo puede regular efectivamente la información que ofrece ante los otros. De acuerdo con Altman la regulación de la interacción, así como el control del acceso de la información son mecanismos que permiten conservar una adecuada distancia psicológica.

Algunos investigadores opinan que la invasión a la privacidad, como son ser observado cuando esta siendo revisado por el personal médico, cuando la paciente platica con sus visitas o simplemente ser observado por las visitas de otros pacientes son perjudiciales porque destruyen el sentimiento de autonomía personal y producen en el individuo un sentimiento de incapacidad de controlar su interacción con el mundo social.

Altman pone énfasis en que los efectos psicológicos negativos de la invasión a la privacidad se deben a la perdida de control más que a la divulgación de la información per-

sonal, de esta forma el individuo es más dado a comportarse de una manera antisocial cuando no tiene el control de la interacción.

En cuanto al modelo obtenido deseamos subrayar cómo la percepción de la privacidad por parte de las pacientes está en función de que tengan fácil acceso al baño cuando así lo deseen (basta recordar que deben salir del cuarto cada vez que requieren ir al baño), que el tamaño del cuarto sea suficiente, que el mobiliario del cuarto les permita platicar o aislarse socialmente cuando ellas así lo desean, que puedan platicar con sus visitas sin ser escuchados ni ser vistos por otros, ni tampoco ser observados por otros cuando son revisados por el cuerpo médico o paramédico. Cabe mencionar la importancia que le dan al ambiente para su salud y en especial al relacionarlo con la percepción de privacidad.

En cuanto a los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables del tipo de cuarto, tiempo de hospitalización, edad, lugar de procedencia y escolaridad con la percepción de privacidad, debido principalmente al tipo de muestra, ya que las pacientes provenían casi todas de un estrato socioeconómico y nivel educativo muy bajo, y en consonancia con Mercado, Ortega, Luna, y Estrada (1995) la privacidad constituye un valor en sentido cultural y socioeconómico y es por lo tanto una respuesta aprendida ante las situaciones sociales determinadas. De igual forma Ortega, Mercado, Reidl y Estrada (2005) consideran que en México los usuarios mayoritarios de los hospitales públicos son de clase obrera o campesina, mismos que provienen de ambientes muy depauperados por lo que perciben de manera positiva las condiciones ambientales de los hospitales, por que en muchos casos, en comparación con sus niveles de vida son mejores.

Otro elemento importante a considerar es el estado de salud de las pacientes en donde la mayoría se encontraba en estados de salud muy grave debido al cáncer y algunos casos se trataba de enfermas terminales.

Estos resultados refuerzan los resultados obtenidos por Ortega y Dumitru (2006) en su estudio sobre estrés con pacientes con cáncer en el que reportan que el estrés percibido por las pacientes se ve favorecido tanto por aspectos ambientales del entorno hospitalario, de la percepción de la calidad de la atención médica, así como de su propia valoración de su estado de salud.

Como se ha observado el contacto social es un elemento importante para la recuperación del paciente y se podría pensar que para algunos pacientes los compañeros de cuarto proporcionan un adecuado contacto social, sin embargo, resultados de varios estudios (citados en Ulrich, Quan, Zimring, Joseph y Choudhary, 2004) indican que la presencia de un compañero de cuarto es generalmente una fuente de tensión más que de ayuda social. En la mayoría de los casos, relacionan a los compañeros de cuarto con diversos estresores como por ejemplo, la pérdida de privacidad, o el tener la posibilidad de un compañero de cuarto que no congenie con el paciente, o que pueda tener muchos visitantes y por tanto exceso de ruido, el cual también pueda provenir de la presencia de otros pacientes y que pudieran ser una causa importante de la pérdida del sueño.

Finalmente es necesario considerar como punto central para obtener niveles adecuados de privacidad una habitación que contemple en ella el cuarto de baño de los pacientes de manera integrada, las medidas físicas deberán considerar la población a la que va a ser destinada, teniendo especial cuidado en las necesidades que a futuro se tengan en la institución con respecto a la demanda de los servicios como lo proponen Reinzeintein, Grant y Simons (1986).

Los cuartos privados disminuyen enormemente el ruido, mejoran la confidencialidad y la privacidad en los pacientes, facilitan el contacto social de las familias, mejoran la comunicación del personal con los pacientes y aumentan la satisfacción total de los pacientes en cuanto al cuidado médico.



Acorde con Ortega y cols. (2005) en sus estudios sobre estrés ambiental, quienes mencionan que si una persona se encuentra enferma, cansada, frágil o debilitada conlleva una menor energía para desarrollar el enfrentamiento a situaciones diferentes a la vida cotidiana. La estancia en un hospital ubica a los pacientes en ambientes despersonalizados carentes de control, y por tanto, el que un paciente cuente con la posibilidad de regular su interacción social con base en un mayor espacio o mejor equipamiento en los cuartos, les brindará la posibilidad de una mejor estancia en aras de una pronta recuperación de su salud.



REFERENCIAS

REFERENCIAS:

- Altman, I. (1975). *The Environment and Social Behavior*. Monterey, CA: Brooks Cole.
- Altman, I., (1977) . Privacy regulation: culturally universal or culturally specific?. *Journal of Social Issues*, 33, 66-84.
- Aragonés, J. y Américo, M., (1998). Psicología Ambiental. Aspectos conceptuales y metodológicos. En J. Aragonés y M. Américo (Eds.) *Psicología Ambiental*. (pp. 21-41). Madrid: Pirámide.
- Barlas, D., Sama, A. E., Ward, M. F., & Lesser, M. L. (2001). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 135-139.
- Bechtel, R. B. (1997). *Environment and behavior. An introduction*. Thousand Oaks: Sage.
- Canter, D. Y Canter, S. (1979). Building for therapy. En D. Canter y S. Canter (eds.), *Design for Therapeutic Environments: A Review of Research*, (p.p. 1-28). Chichester: Wiley.
- Derlega, V. y Chaikin, A. (1977). Privacy and self-disclosure in social relationship. *Journal of Social Issues*, 33, 102-116.
- Edney, J. (1976). Human territories: Comment on functional properties. *Environmental and behavior*, 8, 31-49.
- Gifford, R. (1982). Projected interpersonal distance and orientation choice. *Social Psychology Quarterly*, 45, 145-152.
- Gifford, R. (1989). *Environmental Psychology: principles and practice* (2^a ed.). U.S.A.: Allyn and Bacon
- Goffman, E. (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, N.Y.:Anchor.
- Harris, P., Werner, C., Brown, B., & Ingebritsen, D., (1995). Relocation and privacy regulation: A cross-cultural analysis. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 311-320.
- Holahan, Ch., (1996). *Psicología Ambiental. Un enfoque integral*. México: Limusa.

- López, S., (1991). *Hospitalización: distribución socioespacial en la estancia de los pacientes*. Tesis de Licenciado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Marshall, N., (1972). Privacy and environment. *Human Ecology*, 1, 93–110.
- Melin, L. & Gotestam, K., (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviours of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 14, 47-51.
- Mercado, S., Ortega, P., Luna, M., Estrada, C. (1995). *Habitabilidad de la vivienda urbana*. México: UNAM.
- Milgram, S. (1970), The experience of living in cities. *Science*, 167, 1461-1468.
- Navarro, O., (2004). Psicología ambiental: visión crítica de una disciplina desconocida. <http://www.psicologiacientifica.com>. Extraído diciembre 2006.
- Newell, P. (1995). Perspectives on privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 87-104.
- 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- Andeane P., Dumitru, A. (2006). Medición y Evaluación del Impacto del Ambiente sobre el Estado Emocional de Pacientes con Cáncer. En R. Sánchez, R. Díaz y S. Rivera (Eds), *La Psicología social para el rescate de nuestra raíces.*, vol 11, 2 (pp. 698-703). México: AMEPSO..
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L., y Estrada, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortega-Andeane, P., & Urbina-Soria, J. (1988). A case study of wayfinding and security in a Mexico City hospital. *Proceedings of the Environmental Design Research Association, USA*, 19, 231-236.
- Parke, R. y Sawin, D. (1979). Children's privacy in the home: Developmental, ecological, and childrearing determinants. *Environmental and Behavior*. 11, 87-104.

- Pedersen, D., (1997). Psychological functions of privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 17, 147–156.
- Proshansky, H. M., y Altman, I. (1979). Overview of the field. En W. P. White (Ed.). *Resources in Environment and Behavior*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Proshansky, H., Ittelson, W., Rivlin, L. (1978). *La psicología ambiental: el hombre y su entorno físico*. México, Trillas.
- 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 en Psicología Ambiental*. México: UNAM, GRECO, Fundación Unilibre, pp. 215-234.
- Reizenstein, G., Grant, M., & Simmons, P. (1986). *Design that cares*. Chicago: American Hospital Publishig.
- Sallstrom, C., Sandman, P., & Norberg, A. (1987). Relatives' experience of the terminal care of long-term geriatric patients in open-plan rooms. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1(4), 133-140.
- Sommer, R. (1969). *Personal Space*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Stewart-Pollack, J., y Menconi, R., (2005). *Designing for Privacy and Related Needs*. New York : Fairchild Publications
- Sundstrom, E., (1987). Work environments: offices and factories. En D. Stokols y I. Altman, (Eds.), *Handbook of environmental Psychology*, Vol. 1 (1996) New York: John Wiley & Sons.
- Ulrich, Quan, Zimring, Joseph y Choudhary (2004). *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Report to The Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project.
- Ulrich, R., Zimring, C., Quan, X. y Joseph, A. (2006). The environment's impact on stress. En Marberry (Ed.), *Improving Healthcare with Better Building Desing*. (pp. 37-61). Chicago: Health Administration Press.



- Valera, S., y Vidal, T., (1998). Privacidad y territorialidad. En J. Aragonés, y M. Américo, (Eds.), *Psicología Ambiental*. (pp. 123-147). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, R., (1991). *Evaluación de ambientes terapéuticos: valoración de dos hospitales generales*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vinsel, A., Brown, B., Altman, I. & Foss, C., (1980). Privacy regulation, territorial displays, and effectiveness of individual functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 39, 1104–1115.
- Warren, C. y Laslett, B. (1997). Privacy and secrecy: A conceptual comparison. *Journal of Social Issues*. 33, 43-52.
- Werner, C., Altman, I., y Brown, B., (1992). A Transactional Approach to Interpersonal Relations: Physical Environment, Social Context and Temporal Qualities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(2), 297 - 323.
- Westin, A. (1967). *Privacy and freedom*. N.Y.:Atheneum.
- Zaldívar, D., (2007). *Psicología y medio Ambiente*. <http://www.sld.cu/>. Extraído en marzo de 2007.



APÉNDICES

APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Instituto Nacional de Cancerología y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del hospital o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer su opinión sobre las características ambientales del hospital, su opinión sobre las molestias que pueda ocasionar a su bienestar y tranquilidad en el lugar, así como de sus actitudes hacia los problemas cotidianos.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que proporcione será anónima no habrá forma de identificarlo a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en la absoluta libertad de contactar con la Dra. Patricia Ortega Andeane, supervisora del proyecto o con cualquiera de sus auxiliares.

Dra. Patricia Ortega Andeane
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
E-mail: andeane@servidor.unam.mx
Tel.: 56 22 23 06

Testigos:
Psicóloga Rocío Estela Martínez
psicodew@gmail.com
Tipo de relación con el paciente: ninguna

Psicóloga Maricela Irepan Aguilar
maricela.mia@gmail.com
Tipo de relación con el paciente: ninguna

Con mi firma, declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes.

APÉNDICE 2. ESCALA DE EVALUACIÓN AMBIENTAL PARTE I: DATOS GENERALES

Número de folio	
Encuestador	
Fecha y hora de aplicación	
Tipo de cuarto	
Numero de personas hospitalizadas en el cuarto	
Diagnóstico	
Días de Hosp.	
Días po	

Somos un grupo de profesores universitarios que estamos realizando una investigación sobre las características ambientales que están presentes en el hospital, así como de sus actitudes hacia los problemas cotidianos.

Por lo que le solicitamos nos ayude a responder las siguientes preguntas, destacando que la información que nos proporcione es confidencial y nos será de mucha ayuda para la investigación.

Conteste o marque con una "x" las siguientes preguntas según sea el caso:

1. Escolaridad:

Primaria	()	Licenciatura	()
Secundaria	()	Posgrado	()
Bachillerato o carrera técnica	()	Sin estudios	()

2. Años cumplidos: _____

3. Sexo: (F) (M)

4. Ocupación: _____

5. ¿De qué lugar proviene?

D. F. () Zona Metropolitana () Otro Estado () ¿Cuál? _____

APÉNDICE 2

PARTE II: ESCALA DE EVALUACIÓN AMBIENTAL

A continuación se le leerán una serie de afirmaciones que tienen relación con su entorno. Indique qué tan de acuerdo esta con cada una de ella, tomando en consideración que, entre más grande es el cuadro indica que esta completamente de acuerdo con la oración. Si señala el cuadro más alejado y más pequeño esto indica que esta muy en desacuerdo con lo que afirma la oración.

El resto de los espacios indican diferentes grados de acuerdo. Menciónelos para indicar el grado de acuerdo que mejor refleje su opinión.

Completamente de acuerdo		Regular						Muy en desacuerdo		
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

Completamente de acuerdo										Muy en desacuerdo	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1	Hay ruido en este cuarto.											
2	Aquí hay olores desagradables.											
3	Hace calor en este lugar.											
4	El color de las paredes es agradable											
5	La iluminación diurna es suficiente.											
6	Me molesta ser escuchado por otros pacientes cuando platico con mis visitas.											
7	Me incomoda que me observen las visitas de los pacientes que están en mi cuarto.											
8	El mobiliario de este cuarto me permite platicar fácilmente con los demás.											
9	El mobiliario de este cuarto me permite aislarme fácilmente de los demás											
10	Este lugar esta limpio.											
11	La privacidad en el baño es adecuada.											
12	El tamaño del cuarto es suficiente.											
13	Hay privacidad en este cuarto.											
14	Las cortinas de separación entre camas me permiten tener privacidad.											
15	Me incomoda ser observado por los otros pacientes cuando me revisan los médicos o enfermeras.											
16	Hay ventanas que me permiten ver al exterior											
17	El acceso a los baños es fácil											
18	Las camas son cómodas											
19	Los letreros y señales de emergencia se ven fácilmente en este hospital.											
20	La ubicación de letreros de orientación y señalización es adecuada en este hospital.											
21	En una situación de emergencia las rutas de evacuación están claramente señaladas.											
22	Durante su estancia en este hospital ha tenido la esperanza de que todo va salir bien.											



23	La distancia entre las camas vecinas es la adecuada.											
24	En su opinión consideraría que el ambiente físico del cuarto influye en su estado de salud?											
25	En su opinión consideraría que el ambiente físico del cuarto influye en su estado de ánimo?											