



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**CONTROL, AFRONTAMIENTO Y ESTRÉS AMBIENTAL
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA AMBIENTAL

PRESENTA
LUCINA FLORES RUÍZ

TUTORA: DRA. ROSA PATRICIA ORTEGA ANDEANE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ DE TESIS:

DR. VICTOR MANUEL CORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SERAFIN MERCADO DOMÉNECH
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. JAVIER URBINA SORIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. ALFONSO VALADEZ RAMÍREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE, 2015



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.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios de todo corazón por lo que está haciendo en mi vida, por el fruto del espíritu, la fe, la paz, la alegría y el amor que ha puesto en mí.

Expreso mi inmensa gratitud a mi esposo, maestro, amigo y desarrollador de ideas J. David Briseño Arrellin, por su confianza, apoyo, comprensión, paciencia y escucha incondicional que me impulsaron a concluir de manera satisfactoria la presente investigación; en general por ampliar mi horizonte vital y ayudarme a desarrollar mis potencialidades. Gracias por ser el compañero de mi vida, mi paz, mi amor y mi fuerza, por ser el tronco de mis ramas para siempre jamás. Espero nunca se olvide, ni por un segundo, como es grande mi amor, ya que ni el mismo el sol, ni las estrellas, ni el mismo mar o el infinito, se comparan con lo que siento por él.

Un agradecimiento especial a mis padres (in memoriam). Particularmente a mi padre Gabriel Flores Martínez porque representa para mí una fuente de inspiración y superación personal, su mejor herencia la educación que me proporcionó.

A mis hermanos Gabriel, Martín, Servando y Leticia Flores Ruíz quiero expresarles mi agradecimiento por el cariño, afecto y apoyo que me han ofrecido a lo largo de estos años, a mi cuñada María Eugenia Medina Ortega por su comprensión y ayuda.

A mi directora de tesis la Dra. Rosa Patricia Ortega Andeane a quien admiro, respeto y aprecio, además de sus valiosas aportaciones, consejos, apoyo y enseñanzas brindadas a la investigación científica, metodológica y estadística que han contribuido a mi crecimiento profesional y personal.

Así mismo quiero agradecer a mi sínodo por su revisión, observaciones y comentarios enriquecedores que me permitieron organizar mis conocimientos e ideas, a todos ellos mi agradecimiento sincero. Al Dr. Cesáreo Estrada por el apoyo brindado en la parte estadística. A todas aquellas personas que contribuyeron a que la presente tesis fuera una oportunidad para enriquecer el campo de la psicología ambiental.

A Marcela de la Luz Rubio y su esposo Enrique Arias por su paciencia, amistad y soporte técnico brindado en el diseño arquitectónico del hospital, la revisión y edición.

Mi gratitud también a las autoridades institucionales, a la Dra. Carmen San Germán de la Subdirección de Enseñanza e Investigación de la jefatura de servicios de investigación, al Psic. Rodolfo Cornejo Castillo así como al jefe de cirugía plástica y reconstructiva Dr. José S. Martín García Cano Pérez y su distinguida esposa la Dra. Claudia Arreola Mora, por el apoyo recibido, ya que sin su colaboración la conclusión de esta investigación no hubiera sido factible.

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo 1. Aportes de la psicología ambiental al diseño de hospitales	8
1.1 Situación actual	9
1.1.1 Nivel nacional	10
1.1.1.2 Estudios psicoambientales nacionales	17
1.1.2 Nivel internacional	26
1.1.2.1 Estudios psicoambientales internacionales	34
Capítulo 2. Estrés	54
2.1 Aproximaciones al concepto de estrés	56
2.2 El estrés como proceso: teoría procesual del estrés.....	71
2.3 El proceso ambiental de estímulos: cambia las respuestas funcionales	75
2.4 Aproximaciones ambientalistas al estrés.....	77
2.4.1 Perspectiva contextualista	77
2.4.2 Perspectiva teórica ajuste ambiente-persona	81
2.4.3 Modelos de estresores ambientales	84
2.4.3.1 Niveles de estimulación.....	86
2.4.3.2 Adaptación y afrontamiento.....	86
2.4.3.3 Predictibilidad	87
2.4.3.4 Modelos de sistemas.....	87
2.5 Estrés hospitalario	88
2.5.1 Estrés y diseño ambiental en hospitales	90
2.5.2 Estresores ambientales hospitalarios.....	95

2.5.2.1 Ruido	96
2.5.2.2 Hacinamiento, densidad y privacidad.....	97
2.5.2.3 Calor	98
2.5.3 Evaluación del usuario como indicador de satisfacción de los servicios médicos y de enfermería, como generador de estrés	101
2.5.3.1 Nivel nacional	102
2.5.3.2 Nivel internacional	105
Capítulo 3. Afrontamiento y apoyo social.....	108
3.1 Definiciones de afrontamiento al estrés.....	111
3.2 Taxonomías de estilos o estrategias de afrontamiento	117
3.3. Modelo de afrontamiento	122
3.4 Evaluación cognitiva del estrés	122
3.5 Modos o estilos de afrontamiento.....	126
3.6 Apoyo social.....	135
3.6.1 Definiciones de apoyo social	141
Capítulo 4. Locus de control	155
4.1 Definiciones de Locus de control.....	159
4.2 Estudios de Locus de control en México	162
4.3 Locus de control de salud.....	167
4.4. Planteamiento del problema	171
4.5 Justificación	174
Capítulo 5. Método.....	178
5.1 Objetivos	179
5.1.1 Objetivo general.....	179
5.1.2 Objetivos específicos.....	179

5.2	Hipótesis	179
5.3	Pregunta de investigación	180
5.4	Muestra	180
5.5	Criterios.....	181
5.5.1	Criterios de inclusión	181
5.5.2	Criterios de exclusión	181
5.5.3	Criterios de eliminación	182
5.6	Escenario	182
5.7	Tipo de investigación	182
5.8	Variables	183
5.9	Instrumentos de medición.....	192
5.10	Procedimiento	206
5.11	Aspectos éticos.....	211
 Capítulo 6. Resultados		212
6.1	Perfil socioeconómico de los pacientes.....	213
6.2	Perfil epidemiológico y características de los pacientes hospitalizados	218
6.3	Resultados acerca de las diferencias entre las variables.....	224
6.4	Asociación entre variables	228
6.5	Desarrollo de un modelo explicativo	237
6.6	Modelo de regresión	245
 Capítulo 7. Discusión y conclusión		251
7.1	De las relaciones entre variables.....	253
7.2	Densidad social.....	261
7.3	Estilos de afrontamiento	264
7.4	Locus de control.....	269
7.5	De las diferencias entre las variables	272
7.5.1	Variables atributivas	274

7.5.2 De la agrupación entre variables.....	276
7.6 En relación a las aportaciones y limitaciones.....	284
7.6.1 Aportaciones.....	285
7.6.2 Limitaciones.....	288
7.7 Conclusiones	288
Referencias	298
Apéndices.....	312

Índice de tablas

Tabla 1.	Variables	183
Tabla 2.	Los seis factores obtenidos de la Escala de evaluación Ambiental y los de la Escala de Imagen Institucional con sus respectivas varianzas.....	193
Tabla 3.	Los seis factores de la Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales	193
Tabla 4.	Los tres factores con valores Alpha de Cronbach de la Lista de Verificación de Adjetivos y Estrés y Activación	198
Tabla 5.	Lista de Adjetivos de Estrés, Activación y Agotamiento con sus respectivos reactivos y pesos factoriales	198
Tabla 6.	Factores de la Escala de Afrontamiento y sus respectivos coeficientes Alpha de Cronbach	200
Tabla 7.	Los cinco factores de la Escala de Afrontamiento con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales	201
Tabla 8.	Reactivos que se agregaron a la Escala de Afrontamiento	204
Tabla 9.	Los dos factores de la Escala de Locus de control con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales	205
Tabla 10.	Identificación de las entidades federativas de México participantes en la muestra	217
Tabla 11.	Número de días hospitalizado	222
Tabla 12.	Densidad social	227
Tabla 13.	Correlación entre todos los factores de los tres instrumentos de evaluación	228
Tabla 14.	Resumen del modelo I	245
Tabla 15.	Anova	246
Tabla 16.	Resumen del modelo II	246
Tabla 17.	Anova	247
Tabla 18.	Coeficientes	247
Tabla 19.	Resumen del modelo III	248
Tabla 20.	Anova	248
Tabla 21.	Coeficientes	249

Índice de figuras

Figura 1. Definiciones de estrés	58
Figura 2. Modelo de interacción de factores y estrés postraumático_	61
Figura 3. El proceso de estrés: una perspectiva interaccionista	70
Figura 4. Mecanismo de acción en estrés agudo	72
Figura 5. Neurobiología del estrés	74
Figura 6. Análisis de las interacciones del comportamiento con su ambiente (Stokols, 1978)	78
Figura 7. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes (2014)	103
Figura 8. Modelo del estrés–afrentamiento	114
Figura 9. Categorías de las demandas de los acontecimientos o situaciones potencialmente estresantes	115
Figura 10. Estilos de afrontamiento (Moss y Schaefer, 1986).....	118
Figura 11. Estilos de afrontamiento en adolescentes	121
Figura 12. Tipos de evaluación del estrés de Lazarus y Folkman (1991)	125
Figura 13. Tipos de evaluación del estrés Lazarus y Folkman	125
Figura 14. Problemas en los pacientes asociados al estilo de afrontamiento y calidad de vida	134
Figura 15. Factores en la estructura de Locus de Control por De la Rosa (1986)...	162
Figura 16. Procedimiento realizado	211
Figura 17. Porcentaje de distribución por sexo	214
Figura 18. Porcentaje de distribución por estado civil del paciente	215
Figura 19. Porcentaje de distribución por edad	216
Figura 20. Porcentaje de distribución por escolaridad	216
Figura 21. Porcentaje de distribución por ocupación de pacientes	217
Figura 22. Porcentaje de distribución de los servicios de salud a los que acudió el paciente	218
Figura 23. Clasificación de acuerdo a patología médica	219
Figura 24. Nivel general de salud percibido por el paciente	219
Figura 25. Creencia de los pacientes que se van a recuperar pronto	220

Figura 26. Creencia de los pacientes que se van a recuperar completamente	220
Figura 27. Número de veces que ha sido hospitalizado (incluye primera vez)	221
Figura 28. Número de días hospitalizado	222
Figura 29. Personas que si lo visitan	223
Figura 30. Personas que acompañan regularmente al paciente	224
Figura 31. Promedio de la percepción de afrontamiento en pacientes en cuartos de hospital	225
Figura 32. Escalamiento multidimensional de las tres escalas de evaluación: Escala de Evaluación Ambiental e Imagen institucional y Lista de Estrés, Activación y Agotamiento, Escala de Afrontamiento y Escala de Locus de Control	239
Figura 33. Dendrograma obtenido del análisis de cúmulos de las 13 variables analizadas	243
Figura 34. Número de conglomerados obtenido del análisis de cúmulos de las 13 variables analizadas	244
Figura 35. Modelo conceptual de relaciones entre las variables de Agotamiento y Locus de control interno generadas por ambientes estresantes en un hospital general regional	249

Resumen

Se evaluó el control, afrontamiento y estrés ambiental en pacientes hospitalizados en un hospital general regional. El objetivo fue identificar la relación entre las variables de la consulta médica, socioambientales, de personalidad, atributivas y estrés, así como explicar las variables que influyen en la generación de estrés en pacientes. La muestra fue de 114 pacientes, 68 mujeres y 46 hombres de 18 a 60 años, con diversos diagnósticos relacionados con enfermedades crónicas degenerativas, infecciosas y neoplasias. Se aplicaron las escalas válidas y confiables de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional, Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación, Locus de Control y Afrontamiento.

La Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional está integrada por 31 reactivos con una confiabilidad total del instrumento de .84; la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación conformada por 15 reactivos con una confiabilidad total de .54; la Escala de Locus de Control compuesta por 15 reactivos con una confiabilidad total de .84. La escala de Afrontamiento consta de 22 reactivos, con una confiabilidad total de .82.

Por medio de un análisis de escalamiento multidimensional se obtuvieron cuatro agrupaciones claras conceptual y teóricamente, las cuales se replicaron nuevamente en cuatro cúmulos. Estos análisis sirvieron de base para el desarrollo del modelo de la generación de estrés teniendo como variables relevantes o predictoras el Agotamiento y el Locus de Control Interno que tiene el paciente durante su estancia en el hospital, con un valor $F(28.286)$; $p < .000$ y con una R de .581. Los hallazgos muestran un modelo y la importancia de considerar los factores socioambientales y las variables de personalidad que influyen en la generación del estrés en pacientes hospitalizados.

Palabras clave: *Percepción del estrés, estilos de afrontamiento, locus de control, hospitales, diseño ambiental.*

Abstract

The evaluation consisted of the environmental stress of hospitalized patients in a general, regional hospital. It also focused on the extent to which the patients were able to cope in the situation. The purpose was to identify the relationship between the variables of medical consult, socio-environmental, personality, attributes and stress; as well as to explain the variables that influence the causing of stress in patients.

The sample study consisted of 114 patients: 68 women and 48 men ranging in age from 18 to 60 years, and with various diagnoses related to chronic degenerative, infectious and neoplasm-related diseases. The applied, valid and reliable scales were: Environmental Evaluation and Institutional Image, Verification List of Stress and Activation, Locus of Control and Coping.

The Environmental Evaluation and Institutional Image scale is formed by 31 items with a total reliability from the instrument of 0.84; the Verification List of Stress and Activation is formed by 15 items with a total reliability of 0.54; the Control Locus scale is formed by 15 items with a total reliability of 0.84, and the Coping scale is formed by 22 items with a total reliability of 0.82.

Through the analysis of a multiple linear regression, a model was obtained which explains the degree of tension the patient experiences during its stay with an F value of (14.453) $p = <0.000$ and with a R^2 of 0.46. This means that there is a 46.0% percentage of certainty that the impact and appraisal performed by the patient, their coping style (problem solving, cognatic restructuring, and negation) and locus of internal control influenced the production of stress.

These findings demonstrate the importance of considering the socio-environmental factors and the attribute and personality variables that influence the production of stress.

Introducción

Antes de adentrarnos en el carácter del presente trabajo y delimitar las directrices que dan cabida al título, parece necesario destacar brevemente la importancia que se ha dado en el siglo XXI a la investigación relacionada con el entorno físico construido, especialmente se abordará el diseño ambiental hospitalario y su impacto en la conducta en los pacientes, este interés se focaliza principalmente en el desarrollo y/o evolución del contexto e identificar como ejerce una influencia potencial en el comportamiento de los pacientes, como son sus acciones, pensamientos y emociones.

En la actualidad las organizaciones hospitalarias requieren analizarse a la luz de la evolución de la posmodernidad y constante cambio, complejidad estructural y estratégica, proceso tecnológico creciente, cambios psicosociales y epidemiológicos.

Esta situación es reflejo del avance y cambio de perfiles de la población, así como de las mejoras socioeconómicas registradas en las últimas décadas, por lo que se plantean necesidades de conocimiento específico sobre el hospital y el grupo de pacientes con problemas de salud, para diversos fines entre los que destacan investigación, diseño, diagnóstico, prevención y tratamiento.

Con el uso creciente de nuevas tecnologías en los procesos ordinarios de las organizaciones, así como la aparición recurrente de innovaciones disruptivas, entendidas en la práctica como inclusión de equipamientos, habilidades, formas organizacionales y valores que las hacen adaptarse para el uso y bienestar de sus usuarios, sean estos finales o productivo, tendientes a adaptar sus estrategias en la innovación y la tecnología (Christensen, 1997; en Sieber y Valor, 2007).

Tal cambio exige replantearse el diseño de hospitales y la transformación creativa, a fin de evitar caer en la obsolescencia y la tendencia a desaparecer. Las

organizaciones que perduran y prosperan no sólo han sido capaces de manejar el cambio sino de proponerlo, esto es rediseñar e innovar.

Un edificio hospitalario adecuadamente diseñado debería generar y/o promover un ambiente sano y productivo a sus usuarios y consumir sus recursos en el menor número y tiempo posible, así mismo debería ofrecer información para los interesados al mejorar su desempeño y ofrecer oportunidades de participación a los usuarios en términos generales en la construcción de un circuito de retroalimentación para evaluar su desempeño.

En el análisis de esta investigación se utilizó una aproximación epistemológica, donde se examinan los procesos transaccionales, de tal modo que el significado que tiene el ambiente para los sujetos no solo depende de las propiedades físicas del entorno, sino de lo social y las interpretaciones que el paciente realiza de cada evento revelador. Ahora bien es innegable que existe una relación estrecha entre el ser humano y el ambiente, objeto de estudio de la psicología ambiental (Mercado, Landázuri, Terán y Hernández, 2003).

Con estas afirmaciones centrales se considera que los seres humanos ocasionalmente nos detenemos a pensar ¿cómo impacta nuestra vida el entorno en el que vivimos, estudiamos, trabajamos, jugamos o nos recuperamos de alguna enfermedad? Es decir los diversos escenarios que nos rodean, que sustentan nuestra cotidianidad y ejercen una gran influencia en la manera de pensar, sentir y comportarnos (Holahan, 1996).

No cabe duda que los problemas de interacción individuo – entorno físico representan desafíos metodológicos, dada la naturaleza y complejidad del objeto de estudio, por lo que al respecto Proshansky, Ittelson y Rivlin (1978) refieren que tradicionalmente la psicología ambiental se ha ocupado del ambiente físico sea como

una fuente de estímulos físicos a los cuales responde el organismo, o como un objeto al que hay que apreciar o reconocer.

A su vez el entorno físico construido influye cotidianamente sobre el comportamiento de sus ocupantes. Sin embargo al ir modificándolo de acuerdo a sus necesidades emocionales y motivacionales, ha creado un ambiente rígido, destruyendo todo aquello que es natural y que no le es de interés inmediato (Heimstra y Mc Farling, 1979; Holahan, 1996; Proshansky, et al. 1978; Zimring, 1981).

Por lo que el ambiente físico adquiere un papel muy importante en el establecimiento y la conformación de las relaciones sociales. En el caso de la conducta y el aprendizaje del individuo, están inmersos en diversos aspectos de los ambientes interiores donde vive, trabaja, se educa, es decir las condiciones físicas como son la luz, el sonido, la temperatura, el espacio y la privacidad que influyen en las acciones diarias que se realizan en los ambientes diseñados.

Mercado et al. (2003) señala que debemos focalizar el proceso de toma de conciencia y decisiones que permitan una nueva visión del mundo: el ser humano forma parte de la naturaleza, no está separada de ella y como una rama de la evolución y no el centro del universo, además de identificar los recursos como finitos.

Canter (1974; en Holahan, 1996) refiere que el significado de nuestro entorno, sea geográfico o arquitectónico es de vital importancia para nuestra sobrevivencia mental. Es decir que solo por medio del entendimiento de los procesos internos del individuo, podemos tener una imagen completa de las consecuencias del ambiente y casi nunca consideramos su impacto (Heimstra y Mc Farling, 1979; Holahan, 1996; Proshansky et al., 1978; Zimring, 1981).

El interés por el estudio y las aportaciones teórico-conceptuales de la psicología ambiental se han extendido con celeridad en varios países, como respuesta a

intereses tanto científicos como problemas sociales que necesitan y exigen la búsqueda de nuevas aproximaciones y respuesta a demandas específicas de la sociedad para el entendimiento y solución de necesidades de los usuarios.

De esta forma la conducta del hombre no sólo se reduce a advertir el ambiente, sino que también lo expresa, lo organiza, lo adapta y lo transforma para que se ajuste a sus demandas y necesidades personales.

El marco teórico que sustenta la presente investigación, está conformado por aportaciones del diseño hospitalario, estrés y variables personales como estilos de afrontamiento y locus de control y la revisión de estudios que se han realizado respecto del tema aquí tratado.

Por ello analizar el diseño ambiental hospitalario y cómo influye en la generación de estrés en los pacientes es revelador ya que con ello se pretende profundizar en la línea de investigación sobre su impacto y el proceso adaptativo al que se enfrentan los pacientes, para posteriormente informar y se tomen decisiones actuando sobre las variables, ya que el estrés incide en la salud física y psicológica de los pacientes por lo que a continuación se presenta el orden que integra el presente estudio.

En el Capítulo 1, se hace una revisión teórica de los aportes de la psicología ambiental al diseño de hospitales, su situación actual a nivel nacional e internacional y los estudios psicoambientales hospitalarios desarrollados.

En el Capítulo 2, se explora la conceptualización del estrés. Se analizan las distintas aproximaciones al estrés y el diseño ambiental en hospitales, así como los estresores ambientales y la evaluación del usuario como indicador de satisfacción de los servicios y como generador de estrés. El análisis de contenido realizado sobre estas aproximaciones permitió identificar los aspectos del estrés más evaluados por

los investigadores y contrastarlos posteriormente con la percepción que tienen los pacientes hospitalizados de un hospital regional general.

En el Capítulo 3, se presenta la literatura sobre el afrontamiento y apoyo social. Se revisan las aproximaciones al concepto, modelo de estrés-afrontamiento, modos o estilos de afrontamiento, se analiza así mismo el apoyo social, su concepto, funciones y teorías, se presentan algunos estudios que establecen relaciones entre el estrés y el apoyo social para identificar los indicadores y niveles de análisis más frecuentes.

En el Capítulo 4, se aborda el locus de control, su concepto, la clasificación, las aproximaciones para identificar los aspectos del locus de control y estrés más evaluados por los investigadores.

En el Capítulo 5, se plantea el método de investigación describiendo a los participantes, objetivos, hipótesis, variables, escenario, muestra, instrumentos de medición y por último el procedimiento que se llevó a cabo.

En el Capítulo 6, se proporcionan los resultados obtenidos acerca del estrés ambiental hospitalario, las diferencias significativas, escalamiento multidimensional y análisis de cúmulos considerando como predictores 13 factores resultantes del análisis de cúmulos y la V.D. estrés, así como su contrastación con la hipótesis y por último se elabora un modelo explicativo con regresión lineal como una aportación al campo de estudio de la psicología ambiental.

En el Capítulo 7, se presenta la discusión y conclusión, donde se analizan las relaciones entre las variables de la consulta médica, socioambientales, física y atributivas en la generación de estrés considerando los aspectos de personalidad como son estilos de afrontamiento y locus de control en un hospital regional general.

CAPÍTULO 1

APORTES DE LA PSICOLOGÍA AMBIENTAL AL DISEÑO DE HOSPITALES

“Hay edificios, centros comerciales, supermercados, aeropuertos, hospitales; hermosos hijos sin sentimientos. ¿Tienen sentido?” (Autor anónimo).

1.1 Situación actual

Es en la década de los ochentas cuando comienzan a surgir cambios en los estilos de vida y diferencias muy marcadas a nivel sociocultural en nuestro país, de ahí que se observaron variaciones en escenarios del cuidado de la salud, lo que se tradujo en una adaptación a ciertos patrones de comportamiento, dadas las actividades que se realizan en este tipo de lugares y al equipamiento médico de vanguardia.

Bajo esa perspectiva, recientemente se han efectuado estudios psicoambientales en los escenarios hospitalarios que consideran el impacto y/o influencia de los factores individuales y sociales sin descuidar los aspectos físicos y el diseño arquitectónico. Por otra parte el estado del arte en la línea de investigación en hospitales revela el mal estado en el que se encuentra la infraestructura hospitalaria y las condiciones de la arquitectura de la década de los 80's, en cuanto al volumen de pacientes se identificó que los equipos médicos eran escasos, no había cirugías ambulatorias ni hospitalización de día (Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich et al. 2004)

Cabe destacar que el hospital actual posee características muy diversas, entre las que se mencionan la renovación de equipos, adecuación de infraestructuras y sistemas de información dependiendo de las necesidades de los usuarios. El costo beneficio es en ocasiones paulatino ya que se requiere invertir en su mantenimiento sobre todo posterior a graves acontecimientos acaecidos como son derrumbes por inseguridad, e infecciones por falta también de mantenimiento y conservación.

A esta situación se ponen en marcha los proyectos ya sea de equipo o servicio. Se añade también la existencia de políticas sanitarias tradicionales y poco interesadas en la conservación y mantenimiento del buen estado de los centros sanitarios a pesar de la existencia de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 (que establece

los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada).

Es por ello que se hace ineludible que se emprendan acciones en los hospitales para elevar el grado de seguridad y satisfacción de las necesidades de los usuarios, priorizando la inversión en aspectos críticos, lo que redituará en una mejor atención y calidad de vida para el paciente.

1.1.1 Nivel nacional

En el siglo XXI, México se encuentra inmerso en las continuas transformaciones del entorno globalizado y la posmodernidad así como avances tecnológicos, que implican tanto amenazas y/o riesgos como nichos de oportunidades en materia de salud.

CONAMED (2005) señala que pareciera que el profesional de la salud está sujeto a que la relación médico-paciente pueda verse relacionada de alguna manera en conflicto por la pérdida de confianza, sobre todo cuando el escenario está pleno de equívocos, contradicciones y ambigüedades.

Un ejemplo de ello sería el caso del error médico y la falta de seguridad para los pacientes, algunos de ellos tienen su origen en el desacuerdo clínico, falta de certeza o que los criterios o procedimientos clínicos son débiles, es decir carecen de réplica lo que generaría inexactitud o descuido y originar fallas.

En los últimos años, el contexto epidemiológico ha ocupado el interés de los investigadores ya que se está transformando, la atención está centrada en el indicador de esperanza de vida y la cúspide de la pirámide de población ahora la ocupan los adultos mayores, además se aprecian nuevas enfermedades producto de una sociedad industrializada.

Particularmente en los últimos diez años existe una tendencia en la práctica de la medicina, la clínica y la enseñanza que se ha denominado Medicina Basada en Evidencia por lo que está exigiendo a los hospitales a modificar sus funciones como proveedores de servicios sanitarios. Este término fue acuñado por la Escuela de Medicina de McMaster en Canadá para definir una estrategia de aprendizaje desarrollada en esa escuela, la cual fundamenta criterios epidemiológicos y bioestadísticos (CONAMED, 2005).

Sin duda, los escenarios hospitalarios constituyen un campo de investigación que permiten identificar que una de las principales condiciones para que se dé la salud en una organización es un entorno hospitalario saludable, de lo contrario los problemas psicoambientales pueden generar no sólo alteraciones de salud a los pacientes sino también a sus visitantes.

Por consiguiente, existe un gran interés en los países desarrollados para identificar y gestionar los problemas ambientales en los hospitales como una necesidad de asumir prácticas sobre el modo de resolver y prevenir tales problemas. En ese sentido un ejemplo sería la calidad defectuosa del aire en interiores que puede derivarse de la presencia de sustancias químicas (incluidas partículas y agentes biológicos), así como de factores físicos coadyuvantes. En todo caso, es necesario identificar y eliminar escrupulosamente las fuentes que podrían ser estresantes. Hasta este momento, la dificultad de la presencia de agentes biológicos en el aire en interiores se ha abordado a través de diferentes directrices.

Se han detectado deficiencias en materia de seguridad y salud, tales como falta de espacio y de ventilación, deficiente iluminación en determinadas zonas y falta de persianas en las ventanas de todas las dependencias sanitarias con el considerable aumento de temperatura.

Por otro lado se están reflejando modificaciones en el contexto de la salud mexicana y un cambio de perfil en la sociedad ya que ahora es más plural, con contrastes más profundos, con derechos sociales –como así lo señala la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes - protección y servicios de salud- (CONAMED, 2014).

Se encuentra con cierto dimensionamiento la magnitud y extensión del problema en México, ya que se han vislumbrado los cursos de acción en políticas, principalmente en la vertiente hacia donde concurre la mayor parte de los todavía del caso del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007 - 2012, ya que mencionan que representa un desafío actual donde los usuarios como actores sociales cuentan con un nuevo perfil más informado, con mayor acceso a la información; un interlocutor en la toma de decisiones clínicas, con mayor información de resultados para su toma de decisiones, de libre elección y la segunda opinión son algunos de los cambios realizados, así como nuevas demandas (como por ejemplo servicios más abundantes, sofisticados y próximos) por consiguiente un cambio en las necesidades y expectativas de los usuarios. Por tal razón, es oportuno y pertinente investigar para conocer la importancia concreta que hoy tiene la salud hospitalaria y la psicología ambiental dentro de los hospitales y formular estrategias que coadyuven a las mismas.

Lo anterior dificulta el diseño y la instrumentación de estrategias de intervención de carácter local, capaces de dar respuesta oportuna y pertinente a la especificidad que adquiere el fenómeno en cada escenario particular, por lo que en el Programa Nacional de Salud 2007 - 2012, la atención se centra en el perfil epidemiológico, el cual se caracteriza por presentar enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, obedece a determinantes de naturaleza compleja asociados tanto a las condiciones y estilos de vida de la sociedad actual, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. Así mismo este perfil modifica las actuales estructuras hospitalarias y su diseño arquitectónico.

Se ha observado una transformación en el estilo de enfermar y de morir. Este periodo de transición está íntimamente asociado al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables.

Los cambios de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que aquejan la sociedad, demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad (Programa Nacional de Salud 2007-2012, p. 17).

El retraso en la atención de estas enfermedades genera un doble costo social: acrecienta, por un lado la discapacidad en personas que viven más años y por el otro un mayor costo de su tratamiento. Permanece un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, fomentado por la desigualdad de oportunidades para el progreso íntegro de los individuos (Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018).

Cabe mencionar que en el Plan Nacional de Desarrollo actual 2013-2018 se vislumbran cinco metas nacionales, que brindarán la posibilidad de adopción de ajustes de manera innovadora y creación de ventajas competitivas para:

1. México en paz
2. México incluyente
3. México con educación de calidad
4. México próspero
5. México con responsabilidad global

Con tres estrategias transversales:

- I. Democratizar la productividad

- II. Gobierno cercano y moderno
- III. Perspectiva de género

El Plan Nacional de Desarrollo así mismo contempla asegurar el acceso a los servicios de salud, a través de las estrategias de:

1. Optimizar la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.
2. Crear acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
3. Optimizar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.
4. Responder al acceso efectivo de servicios de salud de calidad.
5. Promover la cooperación internacional de salud.

Por lo anterior se considera que los cambios generan cada vez más interés en los investigadores y la sociedad en general (Jeammeth, Reynauld y Consoli, 1982). En los escenarios hospitalarios se reconoce la expresión de las enfermedades, su instauración y aceptación por los profesionales de la salud, los cuales se encuentran íntimamente ligados a la estructura de la sociedad como son por ejemplo los factores endógenos y exógenos de ahí la importancia de considerarlos en el diseño arquitectónico hospitalario.

Se plantean nuevas estrategias en el diseño hospitalario y se pone de relieve la necesidad de adaptarse a un entorno altamente variable , competitivo y tecnológico, con nuevos perfiles, derechos y enfermedades que se van modificando a medida que la población se va haciendo más demandante y compleja, resulta imprescindible modificar las creencias y costumbres e incorporar nuevas conductas, siempre en busca de un servicio de calidad hospitalaria que garantice la satisfacción de los usuarios y cubra necesidades específicas como la motivación de los profesionistas de salud, donde deberán mobilizarse los recursos humanos y físicos.

Tomando en cuenta los elementos de un área de trabajo de salud que lo caracterizan y lo definen también más claramente, se hace necesario activar mayores recursos financieros y públicos; modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria e invertir en su implementación (Roses, 1999).

Una de las estrategias a emplear, sería mejorar la calidad de los servicios médicos abatiendo las desigualdad entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios de acuerdo a las leyes y los códigos de ética profesionales, proporcionándoles información completa y atención oportuna, además es uno de los ejes rectores que guiarán los esfuerzos sectoriales y dan respuesta a las demandas de la población, brindan atención con calidad, calidez y seguridad a toda la población, respetando los derechos y cumpliendo con las obligaciones.

Para llevar a cabo esta innovación y ampliación de la infraestructura sanitaria el Programa sectorial de Salud 2013-2018 señala que México cuenta con los siguientes objetivos:

1. Fortalecer las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Certificar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Avasallar los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la directriz de la Secretaría de Salud.

Analizar la figura del hospital en el contexto de la sociedad contemporánea es una tarea compleja, más aún cuando se considera que es una de las organizaciones con diversas funciones, estructuras, innovaciones tecnológicas, esquemas de administración y atención de los pacientes, característicos. De ser un escenario para recibir y atender pacientes se ha convertido en una organización gestionada científicamente, con acciones terapéuticas y bioéticas, además de que ha evolucionado y su dinámica es de gran complejidad. Esta situación se desarrolló paralelamente con la admisión de estilos de vida poco saludables de los pacientes y la cual considera riesgos.

Si bien el conocimiento del contexto de salud ha existido, sin duda, en la actualidad se ha convertido en cambios en la sociedad y transformación sucesiva en hábitos y creencias (como por ejemplo falta de actividad física, nutrición inadecuada, sexo inseguro, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, entre otras) lo que determina que se perfilen enfermedades crónicas no transmisibles como son la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa.

También persisten situaciones, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad, es decir hoy los más pobres enfrentan simultáneamente enfermedades transmisibles como son: gastrointestinales, respiratorias y crónicas no transmisibles. Por lo que la salud de las personas debería de ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe.

Luego entonces el reto hoy en día es reflexionar y diseñar pensando en el papel del hospital del siglo XXI como un escenario particular, donde se conjugan de manera compleja las actividades, dinámicas asistenciales, terapéuticas y de comportamiento de los pacientes y demás usuarios.

Respecto a ampliar la infraestructura sanitaria el área de la psicología ambiental colaborando con la arquitectura hospitalaria, se convertiría en pieza clave para la modernización y adaptación a las necesidades de los usuarios, como una forma de potencializar el desarrollo de cualquier país.

1.1.1.2 Estudios psicoambientales nacionales

El cuerpo de conocimientos de la psicología ambiental hospitalaria en México surgió con el estudio realizado por Ortega y Urbina (1988), en el cual se evaluó un escenario hospitalario, este estudio es ampliamente reconocido por ser pionero y por sus contribuciones psicoambientales a este campo. Ha sido de enorme aplicabilidad en la actualidad, ya que se creó y validó la escala de Evaluación Ambiental e Imagen institucional. Estos autores, se involucraron activamente en el estudio de ambientes para la salud, los cuáles serán descritos a lo largo de este capítulo.

Han sido de gran utilidad las aportaciones por estos autores ya que evaluaron un hospital general privado, considerando la satisfacción ambiental de los diferentes usuarios e identificaron necesidades específicas de mejoría de la organización ambiental, por otro lado precisaron el grado de generalización de las necesidades entre los diferentes tipos de usuarios y realizaron recomendaciones específicas de mejoría y propuestas formales para que se remodelará arquitectónicamente el hospital.

Según Ortega y Urbina (1988) el estudio demostró el papel del 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.

- La posibilidad de control personal que se tiene sobre el ambiente.

Se podría decir que fue la primera experiencia en México y explicó la mejora de un escenario hospitalario. La muestra se constituyó con 372 pacientes, 120 enfermeras, 44 médicos, 8 directivos, 13 damas voluntarias y 79 visitantes o familiares. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Permitió identificar en los pacientes una adecuada satisfacción ambiental particularmente en los cuartos y otros aspectos tales como el espacio, la iluminación diurna, la decoración, el ruido y el control sobre las condiciones ambientales.
- En el caso del personal médico y paramédico, el área del cuarto debería proveer de espacio que le permitiera el acceso al equipo y las condiciones ambientales que posibilitaron el cuidado y la recuperación del paciente.
- Respecto a las áreas públicas y las salas de espera, el 50% de los familiares manifestaron su disgusto ante la posibilidad de que fueran vistos en circunstancias emocionales.
- Identificó una valoración negativa en las centrales de enfermeras, dirigiéndose principalmente a los aspectos de organización y distribución interna, ruido, acceso y diseño.
- Mostró claramente la territorialidad del espacio de los médicos con límites claros y definidos. Casi todos los grupos de usuarios valoraron negativamente las áreas de circulación, por lo que las recomendaciones fueron dirigidas hacia la señalización para que se hicieran claras y visibles.

Cabe mencionar que los resultados estuvieron acordes a lo planteado por Carpman y Grant, 2002; Reizenstein, Grant y Simmons, 1986 (en Ortega et al., 2005 p. 49) donde el rol del diseño ambiental aparece más crítico en el área pública y en especial en las salas de espera, ya que ofrece la posibilidad de diferentes actividades de los usuarios sin que se manifiesten dificultades entre las áreas como son: a)

promotoras de aislamiento social con arreglo favorecedor para la integración de grupos, b) actividad moderada con apoyo de un televisor y por último c) una mayor actividad como puede ser el juego de niños.

En esta búsqueda Vázquez (1991) llevó a cabo una investigación sobre la evaluación de ambientes terapéuticos, considerando tres tipos de usuarios (personal médico, enfermería y pacientes) evaluó las habitaciones de dos hospitales generales de la Cd. de México enfocándose a los cuartos de pacientes. Aplicó un cuestionario del tipo de diferencial semántico, este autor encontró los siguientes factores principales:

- Funcionalidad de la habitación
- Percepción del ambiente físico
- Decoración
- Control del ambiente físico
- Ambientación de la habitación

Los resultados arrojaron diferencias significativas en ambos hospitales, considerando que el mejor evaluado estaba mejor diseñado; las diferencias se demostraron consistentemente en los dos hospitales siendo el grupo de pacientes donde se observaron mayores diferencias de opinión que externaron con relación a su entorno físico.

Según Vázquez (1991) el grupo de pacientes pertenecía a un nivel sociocultural y económico bajo, además de que provenían de provincia, no obstante lo anterior la valoración en ambas instituciones fue en general positiva dadas las ventajas que tienen los hospitales de la capital sobre los de provincia. Respecto al grupo de médicos valoraron de manera negativa y severa ambos hospitales, dados los conocimientos no solo de instituciones públicas como era el caso de estudio sino también de instituciones privadas.

Al ser los hospitales un elemento clave en la asistencia sanitaria, las investigaciones centran la atención en los procesos que tienen lugar durante la hospitalización y los efectos psicosociales sobre el ajuste del paciente, su calidad de vida y su cuidado (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Una aportación significativa fue la de Ortega, Reidl, Solorio, Chávez, Hernández y Estrada (1998) ya que realizaron un estudio en donde encontraron que la relaciones con el jefe, con aspectos de desempeño y con el trabajo en sí mismo, se vió afectada por las características físicas del escenario, en específico el diseño y el tamaño del espacio donde el personal médico realizaba su trabajo.

Amador (1999) llevó a cabo una investigación en una clínica de Colima y se planteó la pregunta ¿existe relación en la percepción del diseño ambiental de los pacientes y trabajadores de acuerdo a variables atributivas como son: sexo, edad, estado civil y ocupación? Evaluó 146 sujetos entre pacientes y trabajadores de dos turnos (vespertino y matutino) de los servicios de urgencias y hospital general.

Para tal fin aplicó dos escalas: WES de Moss y Escala de Evaluación Ambiental de Ortega. Los resultados que obtuvo identificaron que la percepción del diseño ambiental era totalmente favorable, el tamaño del edificio lo percibieron como pequeño, a pesar de que existía un lugar para cada actividad. Respecto a las características de ambiente diseñado por su forma y decoración lo consideraron adecuado para permanecer largo tiempo en él. La percepción acerca del color del piso, paredes y pasillos era agradable así como las condiciones de iluminación eran también óptimas.

Respecto a la hipótesis planteada encontró que las variables atributivas como son edad, sexo y ocupación no planteaban diferencias significativas a pesar de los cambios arquitectónicos de la clínica.

La investigación en escenarios hospitalarios potencializó el estudio del estrés y la percepción de bienestar del paciente, además de evaluar la interacción con otras personas, sentimientos de satisfacción y estados de ánimo (Ortega, Reidl, López y Estrada, 2000). Los autores demostraron la importancia que se les está dando últimamente a las variables socioambientales en los hospitales, se observó una mejor valoración del ambiente en condiciones de baja densidad.

Por otro lado a finales de los años ochenta se detectaron múltiples factores y riesgos psicosociales que generaban estrés y que influyeron poderosamente en el proceso salud –enfermedad. Las aportaciones a la psicología ambiental como las realizadas por Ortega, et al. (2000) constituyen piedras angulares en el terreno hospitalario ya que han puesto de manifiesto que existe una mayor influencia de las variables socioambientales en este tipo de escenarios y una mejor valoración del ambiente en condiciones de baja densidad que en los de alta densidad por lo que se aprecia la influencia de la densidad social en la evaluación ambiental de la sala de espera por parte de los usuarios.

Lo que significó que las condiciones ambientales se perciben negativamente a partir de un mayor número de personas que comparten el mismo espacio físico. De ahí que los usuarios se vieran obligados a permanecer largas horas de espera sin que el ambiente les proporcionará las condiciones y satisfactores mínimos necesarios.

Se han desarrollado también estudios ambientales acerca del estrés en profesionales de la salud en México a nivel internacional del SWS (Survey de Salud Mental, estrés y trabajo cuyas siglas están en inglés) y corresponden a los conceptos Self, Work, Social (SWS) bajo los auspicios de la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) la cual se desarrolla en 20 países y está coordinada por la UNAM y la Farleigh Dickinson University de Estados Unidos para evaluar profesionales de la salud y mencionan que en términos generales la dinámica organizacional en los

hospitales repercute en el estado físico y psicológico de los que lo habitan y que pasan la mayor parte del tiempo en él, por lo que conlleva a efectos nocivos y dañinos del estrés, el cual afecta la vida de millones de personas en el mundo y no detiene sus efectos a pesar de la edad, sexo, nacionalidad y posición económica (Gutiérrez, Contreras-Ibáñez, Ito y Ostermann, 2003).

Gutiérrez, et al. (2003) señalaron que los conflictos en la vida diaria de un hospital son consecuencia de estresores personales, sociales, organizacionales y ecológicos, además de los estrictamente económicos, condiciones que por necesidad involucran puntos de vista diferentes para la evaluación de cada uno.

Estos autores enfatizan que la convivencia en los hospitales es bastante compleja y varía en función de especialidad, tamaño, nivel y ubicación. Particularmente en los pertenecientes al sector salud mexicano, ya que se caracterizan por una serie de vivencias típicas de sistemas burocratizados, con un rígido control administrativo.

El estudio consistió en aplicar el instrumento a una muestra de 580 personas, en su mayoría mujeres (58%), en la primera fase tomaron algunos indicadores fisiológicos y evaluaron el desempeño (n=42), para relacionarlo posteriormente con respuestas dadas a las subescalas del SWS.

Observaron un alza en el nivel sanguíneo de colesterol y apoyo en el trabajo, por lo que “entre mayores son los apoyos percibidos en el trabajo de parte de compañeros y superiores, los empleados de la salud parecen sufrir una ligera alza en los niveles de colesterol. Así mismo detectaron una relación entre la glicemia capilar y la buena salud mental, lo que denota que a mayores niveles de bienestar, menor tensión. Por lo que ambos indicadores fisiológicos han sido asociados con una mayor sensibilidad a factores de riesgo de enfermedad coronaria” (Fosum, Høeggen, Moan,

Rostrup y cols. 2000; Rostrup, Mundal, Westheim, Eide, 1991; en Gutiérrez, et al. 2003 p. 44).

Posteriormente en otro estudio evaluaron la relación entre tensión arterial y el SWS y no encontraron relaciones directas entre estas variables, lo que representa por un lado que no por observar valores normales en la tensión arterial deje de percibirse el estrés (n= 285). Por otro lado la relación entre estrés, apoyo y la tensión arterial, al parecer puede ser detectada en patrones más complejos de diversa índole.

Por lo que concluyen que se esperaría que los profesionales de la salud encargados de prevenir, curar y asegurar la salud de diversos sectores de la población se encuentren en adecuadas condiciones de salud. Reiterando que si los profesionales no gozan de salud satisfactorios, los objetivos sociales de las instituciones se verán disminuidos y la población asistida recibiría una atención deficitaria y en ocasiones deshumanizada.

Basándonos en las aportaciones de Ortega, Mercado, Reidl y Estrada (2005) en salas de espera de hospitales generales públicos se encontró que crearon un modelo predictivo de estrés que explica la relación existente entre la generación del estrés subjetivo y la manifestación fisiológica, además del estudio de otras variables físicas y socioambientales para determinar sus efectos individuales y combinados.

Ortega, et al. (2005) desarrollaron un modelo de ecuaciones estructurales y los resultados obtenidos reflejan que las variables observadas como son: tiempo de espera, cantidad de personas presentes en sala de espera de un hospital tuvo una influencia directa y positiva con la temperatura ambiental de las salas, es decir en la medida que se incrementaba la densidad se incrementaba la temperatura.

Así mismo identificaron que el nivel de densidad afectó negativamente la percepción del espacio y el equipamiento de la sala de espera. El incremento en la

temperatura incidió negativamente en la evaluación de la estancia en las salas de espera y de forma positiva sobre el estrés.

Con estos estudios se llegó a la conclusión de que el tiempo, el espacio y el equipamiento en las salas de espera influyen directa y negativamente sobre la percepción del estrés, así como en la orientación del hospital y la percepción de agotamiento en las pacientes.

Estos autores identificaron que la confianza y seguridad en el servicio médico, falta de señalización e información en la orientación y funcionalidad de las salas de espera influyen en la evaluación de la calidad humana de la atención hospitalaria, la cual a su vez mantiene una relación negativa con la evaluación de la estancia en las salas.

También encontraron que la valoración de confianza y seguridad en el servicio médico influyó en la percepción de la orientación del hospital y esta a su vez en la percepción espacial y el equipamiento con el que cuentan las salas de espera para finalmente incidir sobre la funcionalidad.

Otros dos factores que incidieron moderada y negativamente sobre el estrés fueron la calidad humana de la atención y la percepción de la funcionalidad en salas. El significado ambiental influyó negativamente en el agotamiento y en la valoración física de las salas.

Por lo anteriormente descrito Ortega, et al. (2005) resaltaron el rol que juega el ambiente físico en la prevención, reducción de la problemática psicológica y social de los pacientes en escenarios para la salud. En ese sentido Holahan (1996) refiere que el trabajo de los psicólogos ambientales debe focalizarse en la disminución de fuerzas ambientales antagónicas que prolongan la enfermedad o que constituyan fuerzas que amenacen el proceso de recuperación.

Sobre la base de estudios en hospitales, en el 2010, Ortega, Irepan, Cantú de León y Estrada, realizaron estudios de privacidad en una institución de salud pública especializada en cáncer de la ciudad de México, con la finalidad de identificar si existía influencia del ambiente físico en los cuartos de hospitalización y la percepción de privacidad e intimidad en pacientes hospitalizadas.

Llegando a las siguientes conclusiones en cuanto a las variables medidas:

- El impacto ambiental en el estado de salud está determinado por el nivel de escolaridad de las pacientes y evidenciaron que a mayor escolaridad de los pacientes, mayor es la percepción de la influencia del ambiente físico en su estado de salud.
- Las pacientes con escolaridad alta percibieron que el ambiente si influye en su estado de salud y en su estado de ánimo, siendo también más críticas de su ambiente, este resultado está acorde a lo reportado por Ortega et al. (1998) en la evaluación en salas de espera.
- La facilidad ambiental (infraestructura ambiental) está determinada por la percepción de que el ambiente influye en el estado de salud y el estado de ánimo, así como la densidad social en los cuartos y la escolaridad de las pacientes.
- La densidad social arrojó que a mayor número de personas compartiendo el cuarto o un nivel mayor de densidad social (cuartos públicos) peor es la percepción de las condiciones que les proporcionaba el cuarto, siendo las pacientes de mayor edad las que percibían mayor privacidad en el cuarto.
- Por último las pacientes que percibieron mayor intimidad en el cuarto evaluaron que la privacidad y las condiciones físicas y de mobiliario del cuarto eran adecuadas.

Ahora bien como se ha visto se ha avanzado paulatinamente en el entendimiento del desarrollo de escenarios hospitalarios a nivel nacional así como de

sus diferentes perspectivas a lo largo de la historia. Por lo que a continuación veremos el interés por conocer los factores psicoambientales que inciden en ambientes hospitalarios y en el siguiente capítulo se describen los principales hallazgos al respecto.

1.1.2 Nivel internacional

Tras las aportaciones de Ulrich et al. (2004) se plantearon ¿cómo se visualiza el futuro del hospital del siglo XXI? Por lo que una opción de respuesta sería que es un diseño del espacio donde la seguridad y privacidad de los pacientes estaría garantizada, siendo la calidad de la atención importante, la eficiencia se maximiza y el personal se sentiría satisfecho y comprometido con su trabajo, donde se apoyan en la gestión y el ambiente laboral, por lo que pueden realizar mejor su trabajo

Estos autores señalan que en los ambientes terapéuticos se verá reflejado el aumento a la seguridad que requieren los pacientes, familiares y personal que trabaja en los hospitales y se proyectará el ambiente en términos de las necesidades, valores y su situación existencial.

Por otro lado mencionan que los espacios físicos hospitalarios pueden influenciar directamente el comportamiento y el bienestar del usuario. Las diferencias psicológicas individuales son modificadoras importantes de la percepción y evaluación ambiental y proponen algunos criterios de diseño como seguridad y privacidad que contribuyen a mejorar el ambiente hospitalario, promover la salvaguarda y elevar la dignidad y autonomía de los usuarios de los establecimientos de salud (Ulrich et al. 2004).

Así mismo destacan la supremacía de los aspectos de diseño de los ambientes terapéuticos sobre los aspectos propiamente médicos y señalan que se han realizado

muchas investigaciones que confirman los efectos terapéuticos que tiene el ambiente físico en el proceso de recuperación de los pacientes.

La evolución del diseño hospitalario plantea que existen nuevos paradigmas en este ámbito, en donde se delinearán con mayor precisión los paradigmas de la gestión de hospitales y los pacientes, ya que serán actores claves de cambios que se avecinan en las transacciones tradicionales y cambios más profundos de conducta, tanto en los pacientes como en el personal de enfermería y médico.

A medida que dichos paradigmas se presentan como consecuencia de elevación del nivel de educación en los ciudadanos y una mayor información pública y sanitaria, se está marcando una mayor nitidez, lo que se traduce en una modificación en el rol del paciente expectativas y exigencias de los usuarios.

El contexto particularmente donde se produjeron cambios importantes en el enfoque de las intervenciones es la Salud Pública, con gran énfasis en prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo que se reflejará a futuro en una disminución de hospitalizaciones.

De esta manera se aprecian modificaciones en los modelos de atención, lo que se manifiesta en una necesidad de servicios cada vez más de tipo ambulatoria debido al incremento y la poca oferta de los servicios. Hoy en día la opción de recurrir a servicios de laboratorio y diagnóstico clínico externos se reflejará en la disminución del tiempo, duración, frecuencia de las internaciones o procesos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Al parecer la complejidad del fenómeno del diseño ambiental y sus efectos en los pacientes, sus visitantes y en el mismo personal médico y paramédico son aspectos que contribuyen al surgimiento del estrés. Lo anterior dificulta el diseño y la instrumentación de estrategias de intervención de carácter local, capaces de dar

respuesta oportuna y pertinente a la especificidad que adquiere el fenómeno en cada lugar, lo que implica desarrollar investigación y facilitar la aproximación e intervención en el hospital con la población usuaria y demás personas afectadas por esta problemática.

Otro aspecto significativo es la infraestructura que debe programarse para mejorar la calidad de la atención de los pacientes y los espacios donde se desenvuelven tanto los pacientes como el personal que brindan la atención.

Al analizar la relación de situaciones o experiencias estresantes hospitalarias, se encontró que están directamente relacionadas con la incertidumbre y las carencias informativas de su propia situación (ejemplo: pensar que pueden sufrir dolor debido a cirugía o análisis, comer a horas distintas de las habituales, tener aparatos extraños alrededor, usar bata del hospital, compartir la habitación con personas desconocidas y dormir en la misma habitación, tener compañeros graves, etc.).

Desafortunadamente, desde el punto de vista curativo, los fármacos y otros tipos de tratamientos así como hospitalizaciones repetidas y prolongadas generan cierto malestar y dolor en los pacientes y si a esto le agregamos una lista de sucesos y situaciones relacionadas con el impacto de la hospitalización (Volicer y Bohannon, 1975 y Kendall, 1987; en González, 2006).

Se advierte que el estrés que se percibe durante la hospitalización es de origen multifactorial, ya que es el resultado de la combinación de varios aspectos entre los que destacan: la exposición al entorno hospitalario, a los procedimientos, las normas, el material, las rutinas y el personal médico y paramédico con los que el paciente no está familiarizado. Así mismo durante esta práctica médica, otros factores generadores de estrés es la separación de los familiares y conocidos, un contexto extraño no familiar, pruebas diagnósticas, anestesia y cirugía particularmente en

grupos vulnerables (Kendall, 1987; Richart y Cabrero, 1990; Volicer y Bohannon, 1975; en González, 2006).

Otro estresor adicional en algunos casos es el aislamiento, al que algunos pacientes se someten y se tienen que adaptar a las normas hospitalarias (Richart y Cabrero, 1990; Rodríguez y Zurriaga, 1997; en Latorre, 1981; Zimring, 1981).

Cabe mencionar que dependiendo del diagnóstico o enfermedad se agregan los malestares propios del paciente que incluyen los resultados de las revisiones y tratamientos médicos y quirúrgicos, el dolor y el discomfort (Volicer, 1975 en González, 2006).

Por lo tanto el rol del diseño ambiental se vuelve crítico en áreas públicas y en especial en las salas de espera, ya que puede ofrecer la posibilidad de diversas actividades de los usuarios. Carpman y Grant (2002) encontraron que los resultados obtenidos estuvieron acordes a lo planteado por Reizenstein, Grant y Simmons (1986).

Enamorado, Somoza, López y Romero (2005) en Honduras identificaron los efectos negativos que produce el estrés en 120 pacientes hospitalizados en un estudio que realizaron en el Hospital Escuela en Honduras, encontraron que casi la totalidad de los pacientes hospitalizados presentaban algún nivel de estrés, ya que la tasa de prevalencia institucional fue de 98.3%. Por otro lado demostraron que no hubo diferencias significativas entre sexos.

Con la escala de hospitalización empleada, hallaron que los estresores que más preocupaban a los pacientes y que percibieron, fueron:

- 1) Estar separado de su pareja, hijos, familiares o personas que a menudo lo atienden (91.5%) siendo este factor como el principal agente causante de estrés.
- 2) El difícil acceso de los familiares al hospital (87.3%).

Además de identificar el hecho de que falleciera algún compañero en la misma habitación (75.4%) y no tener nadie que lo visite (75%).

Moreau (2005) sintetizó y expuso las conclusiones del proyecto de reinención del hospital a futuro y que patrocina Sanofis, dividiéndolo en tres líneas principales (docente e investigador, los profesionales y el modelo organizativo y de gestión) a continuación se resumen las características principales que debe reunir el hospital del futuro:

- Focalizar la atención alrededor de las necesidades y expectativas de un cliente externo e interno.
- Adoptar el modelo de negocio-empresa que lo gestionen los profesionales y en la empresa los gestores tradicionales. Lo que amplía un nuevo reparto de poder (empoderamiento) entre profesionales y gestores.
- Orientar las medidas diagnósticas y terapéuticas que se ejercen hacia la medición en función de los avances técnicos y científicos, lo que traerá como efectos una mayor integración en la atención primaria y especializada.

El funcionamiento interno del hospital del futuro incorporaría un modelo intermedio entre la estructura cerrada convencional de los hospitales públicos y el modelo de clínica abierta. El modelo organizativo de este nuevo hospital, radicaría en la separación entre gobierno y gestión hospitalaria siendo necesario para dar respuesta a la dimensión de ser propietario de los ciudadanos y para asegurar la continuidad de la línea institucional. Según Moreau (2005) y Pol (1997) este cambio

de gestión traerá consigo el final de la uniformidad actual de los organigramas hospitalarios y cada centro adecuará su modelo organizativo a las particularidades del mercado y de los negocios.

Es una iniciativa innovadora, aunque aún no se sabe si es demasiado ambiciosa para un enfoque tan restrictivo. El modelo de hospital del futuro dependerá del sistema sanitario actual. La expectativa es que no sea una campaña de marketing respaldada únicamente por la industria farmacéutica y que considere si el gobierno querrá usarlo. El hospital del futuro reforzará las actividades de apoyo clínico como la gestión de pacientes, la planificación operativa, la calidad y atención al cliente, como una medida estratégica para su desarrollo a futuro.

La percepción del estrés, se ha considerado como la principal variable a tratar en el concepto de diseño ambiental, por el papel que juega como factor de riesgo para abandonar el tratamiento además de la exacerbación de la enfermedad, de ahí la importancia de identificar el papel de las variables generadoras de estrés y los factores considerados como salutogénicos que promoverían el bienestar subjetivo del paciente hospitalizado.

El estrés como proceso descrito por Holahan (1996) está estrechamente vinculado con el comportamiento adaptativo de las personas y el estilo de percibir, con lo cual el ambiente se adaptará con el paso del tiempo a las características y requerimientos en particular del lugar donde el individuo se desenvuelve cotidianamente.

Una estrategia de investigación para el estudio de la influencia del contexto es precisamente la percepción del ambiente y consiste en evaluar aquellos escenarios que contribuyen de algún modo al bienestar físico y mental de los individuos. Por tal motivo, en la presente investigación en el campo hospitalario diversos autores destacan (Cedres de Bello, 2000; Carpman y Grant, 2002; Shumaker y Pequegnat,

1989; Ortega, et al. 2005; Ulrich et al. 2004), que la atención para el cuidado de la salud está experimentando un cambio radical, esto es en parte debido al papel cada vez mayor de proveedores de salud privados, al aumento de la tecnología, el cambio de la epidemiología de las enfermedades así como a los factores demográficos y también del ambiente.

En Taiwán, Chun-Yen et al. (2007) evaluaron la relación entre las características de las percepciones del paciente, las necesidades del entorno físico de las salas de espera del hospital, se analizó el papel de las características de los pacientes ambulatorios de diferentes áreas de especialidades de un hospital. El objetivo de la investigación era disponer de elementos para generar entornos físicos más agradables y satisfactorios.

Chun-Yen et al. (2007) investigaron el centro médico, el cual consta de cinco edificios principales e incluye diecisiete áreas de espera principales para las consultas externas y nueve especialidades médicas: 1) medicina interna, 2) oftalmología, 3) cirugía, 4) obstetricia-ginecología y pediatría, 5) medicina china, 6) otorrinolaringología 7) Ortopedia, 8) medicina familiar y 9) dermatología.

Estos autores consideraron cuatro dimensiones del ambiente físico: 1) ambiente visual (iluminación, suelo, diseño del paisaje, diseños de muebles, diseño de colores y diseño de espacios) 2) ambiente auditivo (nivel de ruido, volumen, emisión de servicios), 3) ambiente de contacto corporal (aire fresco, temperatura, comodidad de los asientos, suficiencia) 4) limpieza (limpieza global y aire fresco en los lugares de descanso).

Los hallazgos indicaron que las condiciones sociodemográficas de los pacientes y los antecedentes del contexto demostraron satisfacción con el entorno físico ambulatorio de las salas de espera. Además de darse cuenta que las clasificaciones globales fueron elementos menos satisfactorios, lo que debería recibir

más atención es la consideración de las características personales de los pacientes a la hora de rediseñar los entornos físicos más cómodos.

Por lo tanto encontraron que tradicionalmente las mujeres toman más responsabilidad por la limpieza del ambiente en el país, lo que podría explicar el tener mayores expectativas y responsabilidad en la limpieza que los hombres.

En este sentido en España, Jovell (2008) señala que otra de las tendencias a futuro radica en los cambios en los hospitales, en los sistemas de valores de la población y de lo que exijan o demanden sus necesidades, particularmente la seguridad del paciente. Resaltan la multiculturalidad y/o diversidad de la sociedad actual o el cambio de perfiles entre los que destacan los cambios en los estilos de vida y las enfermedades como factores importantes, siendo el más destacado el incremento en el manejo de la información.

Se encontró que demandan mayor atención sanitaria de calidad, transparente y de forma inmediata, empleando la innovación en la gestión hospitalaria. Por otro lado el informe que presenta Jovell (2008) incluye cuáles son las nuevas tendencias en la gestión de los hospitales y la sociedad del conocimiento como son los nuevos perfiles de los pacientes y el conocimiento de las nuevas tecnologías, el internet o la transmisión de datos a través del teléfono móvil, las actividades que están incorporadas a la vida diaria de los pacientes. Por lo tanto exigen mayor eficacia e inmediatez en la gestión del hospital.

En suma el diseño de los hospitales debe transformarse para adaptarse de forma rápida y flexible a los cambios como los de la Medicina basada en evidencia y superar a futuro los retos de forma eficiente, sostenible e innovadora.

Bechtel (1997) afirma que en la mayoría de los países el arquitecto no está involucrado con el edificio después de construirlo, su compromiso termina al concluir

la construcción a menos que hubiera alguna falla física en la estructura. Lo que significa que el arquitecto literalmente se va después de la construcción. Menciona que algunos arquitectos ni siquiera inspeccionan sus edificios de vez en cuando una vez que están concluidos. Algunos de ellos hasta se asombran de encontrar años después adaptaciones hechas sin su conocimiento.

Por lo tanto uno de los objetivos en las evaluaciones psicoambientales es identificar las necesidades de los usuarios así como los efectos que han tenido al habitar el edificio y las adaptaciones que se han hecho si es que no fueron diseñadas con un fin predeterminado.

1.1.2.1 Estudios psicoambientales internacionales

Se presenta una visión panorámica de los estudios psicoambientales en el ámbito internacional, el objetivo de la revisión es analizar la trayectoria, los avatares, y los logros de la psicología ambiental en este campo de estudio.

Fue en 1958 donde se encontraron los primeros antecedentes de la psicología ambiental en escenarios hospitalarios, por lo que con el objetivo de estudiar la influencia del diseño de las salas de psiquiatría sobre la conducta de los pacientes, específicamente se estudió la privacidad y el aislamiento físico de un individuo con respecto a otro (Proshansky y Altman, 1979).

Se observaron los efectos que produce el ambiente físico en la conducta y la experiencia del individuo, por lo que se realizaron estudios de mapeo conductual en hospitales psiquiátricos estatales y particulares en Estados Unidos con los cuales se contribuiría a satisfacer la eficacia terapéutica de los servicios psiquiátricos, los diseños adecuados y por último entender los elementos fundamentales de las relaciones del hombre con su ambiente físico inmediato.

Proshansky, et al. (1978) investigaron sobre el impacto en los patrones de conducta de privacidad de los pacientes y el diseño arquitectónico y finalmente las conclusiones a las que llegaron son las siguientes:

- Existen ciertas regularidades en las salas a intervalos breves como son las horas del día y los días de la semana lo que les permitió hacer ciertas generalizaciones empíricas, teniendo que ver la primera con la distribución de las actividades en el espacio y la segunda con la estabilidad de la distribución.
- Se dieron cambios que se producían en la sala como eran: la gente, las políticas internas y las distribuciones en el arreglo físico y se observó su impacto en los patrones de conducta.
- Se observaron y analizaron pautas de actividad en cada sala y surgió la necesidad de reconsiderar el concepto de privacidad. En términos generales se ha visto la privacidad como el aislamiento físico de un individuo con respecto a otro.

La conclusión a la que llegaron estos autores es que hay toda una gama de diferencias individuales, culturales y situacionales relativas a las actividades que pueden desarrollarse frente a otros pacientes y otras actividades que solo se harían en privado. Se determinaron los rasgos en común de las salas de psiquiatría y se identificaron las características físicas, las diferencias o rasgos distintivos para comprender mejor las conductas que se observaron en ellas.

Como se ha visto hasta aquí el ambiente o entorno físico construido juega un papel fundamental en la conformación de las conductas sociales y particularmente en las que implican interacción en las relaciones humanas, por lo que Holahan (1996) señala que la conducta y la experiencia del individuo están influidas por diversos escenarios y/o espacios o factores ambientales interiores, particularmente en el análisis que se está haciendo, en donde se recupera o trata algún padecimiento. Aspectos físicos como son la luz, el sonido, la temperatura, la extensión del espacio,

la privacidad, el territorio impactan en las actividades diarias que se efectúan en los ambientes hospitalarios.

La información derivada de estudios, distintas metodologías y enfoques, nos permitirá incluso comparar los resultados de diferentes países en diferentes épocas, por lo que a continuación se revisarán estudios psicoambientales en materia de salud a nivel internacional y su impacto en la preservación, bienestar u obstaculización de la salud de los pacientes hospitalizados.

Según Becker y Poe (1980) los efectos de modificaciones de diseño ambiental generan cambios en el comportamiento en los usuarios de un hospital general y mencionan que el ambiente construido es algo más que un techo y que un contenedor de etapa de actividades, es un sistema de comunicación (Becker, 1977; Bettelheim, 1974; Cooper, 1971; Jencks y Baird, 1970; Rapoport, 1973; Sommer, 1972; en Becker y Poe, 1980).

Sin embargo como señala Ekman y Friesen (1975; Weitz, 1974, en Becker y Poe, 1980) una consecuencia de la mala interpretación la conducta no verbal comunicada es por la posición del cuerpo, las expresiones faciales y el comportamiento paraverbal y generalmente ocurren a nuestro alrededor todos los días como resultado de una mala interpretación de los mensajes no verbales comunicados en un contexto físico específico.

Por otro lado Shumaker y Pequegnat (1989) en Estados Unidos realizaron una investigación acerca del diseño de hospitales y su efectividad en el cuidado de la salud, llegando a las siguientes conclusiones:

Los estudios se ubican en una de las más complejas estructuras organizacionales de salud como son los hospitales en Estados Unidos (por su

planeación, diseño, construcción y evaluación), los cuales al irse modificando generan:

- Diversos grupos de usuarios, con diferentes perfiles y necesidades.
- Estructura organizacional confusa.
- Variación de los ambientes.
- Cambios de diseño dados los adelantos médicos tecnológicos.

Se investigó con el propósito de evitar o reducir el estrés en las instituciones hospitalarias, considerando que su principal meta es la preservación de la vida (Moos y Schaefer, 1987; Newman, 1984; Rachman y Phillips, 1978; Shumaker y Reizenstein, 1982; Sommer y Dewar, 1963; Taylor, 1979; Winkel y Holahan, 1985 en Shumaker y Pequegnat, 1989).

Respecto al diseño de hospitales Shumaker y Pequegnat (1989) plantearon dos modelos que enlazan los factores sociofísicos que proporciona el propio diseño para el bienestar y la recuperación de la salud de los pacientes, enfatizando que la organización ambiental y el diseño de un hospital puede afectar de la siguiente forma:

- Modelo 1: Directamente.
En la recuperación de la salud ya que impiden la entrega y recepción efectiva e inmediata del cuidado de la salud, al crear desde la perspectiva de los pacientes una orientación y desplazamiento difícil en el escenario hospitalario obstaculizando la atención oportuna de su salud (Carpman, Grant y Simmons, 1986; Shumaker y Reizenstein, 1982 en Shumaker y Pequegnat 1989).
- Modelo 2: Indirectamente.
Creando estrés en algunos usuarios del grupo. Para ello se estudió la interacción entre las enfermeras y pacientes, las diferencias entre ambos grupos y el diseño del ambiente hospitalario.

Adicionalmente encontraron como los pacientes pueden ser influenciados negativamente por el impacto del ambiente sociofísico en la salud, consideraron las siguientes características físicas desagradables:

- Iluminación insuficiente y ruido.
- Ubicación inapropiada para los equipos médicos.
- Largas distancias en los pasillos y la comunicación entre áreas o servicios relacionados.

Por lo que concluyeron diciendo que el diseño inadecuado impide de manera indirecta la atención inmediata de servicios de salud. De lo anterior se deriva que un ambiente puede ser estresante para los usuarios debido a las características físico-arquitectónicas del hospital. Esto es porque los estresores cambian las habilidades de adaptación del individuo y es necesario apoyar al paciente en su proceso de adaptación, lo que implica un ajuste consigo mismo y en ocasiones una larga exposición a los mismos, lo que pudiera generar un agotamiento físico y psicológico y disminuir considerablemente los recursos de afrontamiento de las personas (Selye, 1974; en Shumaker y Pequegnat, 1989).

Así mismo señalan que el argumento básico del modelo de estrés en el contexto hospitalario es que los ambientes sociofísicos pueden impedir u obstaculizar más que facilitar el logro de las metas de la preservación de la salud y por lo tanto se pueden evitar daños, mejorar el cuidado y bienestar del paciente, quizás manejando los efectos de los estresores en los pacientes afectados (Stokols, 1979; en Shumaker y Pequegnat, 1989).

El estrés es consecuencia del diseño deficiente del ambiente sociofísico y contribuye a una inadecuada percepción del control y privacidad. Así mismo puede generar amenaza o daño y promover recursos fisiológicos y psicológicos que le

permitan recuperarla. Con frecuencia y sutilmente los estresores pueden perjudicar su habilidad para mejorar su salud y puede tener indirectamente efectos en el paciente (como obstaculización y frustración por no lograr objetivo primordial que es la preservación de la vida, Shumaker y Pequegnat, 1989).

Una respuesta ante esta situación ha sido la creación de ambientes restauradores de salud, por lo que diversos investigadores han considerado las implicaciones de este problema en el personal médico y de enfermería (Moos y Schaefer, 1987) pacientes (Reizenstein et al. 1986; Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich, et al. 1984) y visitantes (Carpman y Grant, 2002).

Estos autores refieren específicamente que el diseño y las intervenciones en las organizaciones hospitalarias se han limitado por lagunas empíricas en la investigación y deficiencias dentro del ambiente hospitalario, impacto directo e inmediato del estrés en grupos de usuarios y posibles limitaciones para atenuar el estrés e incrementar la efectividad del cuidado de la salud.

Respecto a algunos límites de los estudios empíricos en ambientes hospitalarios señalan que sin pruebas directas del diseño ambiental o indirectas del estrés ambiental es imposible demostrar inequívocamente el impacto en los usuarios o el diseño efectivo en las intervenciones.

Finalmente Shumaker y Pequegnat (1989) mencionan que las lagunas empíricas en esta área quizás se deban fundamentalmente a dos problemas:

- a) La complejidad y duración del proceso de diseño del hospital que quizás mitigue o disminuya en contraste con la investigación empírica.
- b) La eficacia del paciente para orientarse en el diseño y los cambios que pueden ser limitados.

Según estos autores afirman que los hospitales están incrustados en la historia y teorías de la medicina y por lo tanto juegan un rol significativo en el diseño y las facilidades médicas, últimamente en el tratamiento, la tecnología médica, el cambio de perfiles de los pacientes y la diversificación de roles de los profesionales de la salud y las políticas de regulación han influido en la organización y el diseño del cuidado de la salud en el hospital.

También mencionan que los pacientes son vulnerables al paso del tiempo de hospitalización. Los estresores en el ambiente hospitalario pueden adicionalmente promover o amenazar la salud y los recursos fisiológicos y psicológicos por lo que pueden con frecuencia perjudicar la habilidad de proveer salud de manera eficaz. Los estresores son implacables y sutiles, pueden tener un efecto indirecto en los pacientes, aunado al estado ya alterado de los pacientes por su propia enfermedad.

Orlowsky y Gullledge (1986) enfatizan que el ambiente técnico de las unidades de cuidados intensivos es un factor de estrés debido a que las nuevas tecnologías están continuamente poniendo en situación de compromiso la propia competencias profesional, sí es válido para la actividad sanitaria en general lo es mucho más para las unidades con elevado desarrollo tecnológico.

Weber (1996; en Rubin y Owens, 1998) señala que la investigación científica ha puesto a prueba la premisa de la influencia de los aspectos de los entornos de atención médica y sus efectos en los resultados terapéuticos. Por otro lado menciona que después de revisar más de 78,761 títulos potencialmente relevantes a partir de bases de datos médicos, el equipo de investigación identificó sólo 1,219 artículos que describen las investigaciones sobre el impacto de los factores ambientales en la salud, así mismo encontraron un amplia gama de diversos aspectos del medio físico que abordan temas tales como el tamaño de la habitación, sala de privacidad, capacidad de control del medio ambiente por parte del paciente, la música, la iluminación, el tipo de vista de la ventana, la humedad, y temperatura, entre otros.

Desafortunadamente, el rigor metodológico de las investigaciones varía enormemente, menos de un tercio de los estudios, por ejemplo, eran ensayos aleatorizados, no se controlaron las técnicas científicas más fiables para evaluar los efectos de una intervención médica o una variable de tratamiento. En conclusión señalan que el análisis de este cuerpo de investigación al menos establece una relación de causa-efecto existente entre algunos factores de salud ambiental y los resultados terapéuticos de ciertos tipos de pacientes.

No obstante lo anterior se justifica la mejora de los resultados del paciente a través del diseño del entorno de la salud, el uso racional de los recursos sanitarios para mejorar el estado de los pacientes y su bienestar, promover la eficiencia, reducir la rotación de los empleados y evitar gastos innecesarios identificando los factores que abarcan el entorno construido y que pueden afectar los resultados de salud de los pacientes.

Bechtel (1997; en Morales, 1999) refiere que los programas originales de investigación en hospitales psiquiátricos mostraron aspectos inadecuados de éstos y colocaron la plataforma para el desarrollo de la investigación en otro tipo de estudios.

Al respecto este autor señala que la mayor parte de las instituciones pueden ser entendidas como formas reguladas de satisfacer necesidades humanas (ejemplo los hospitales, museos etc.) que engloban principalmente los centros psiquiátricos y las prisiones.

Instituciones totales es un concepto ideado por el sociólogo Goffman (1972), para denominar así a un lugar de residencia o trabajo, en donde varios individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.

En el caso de los hospitales psiquiátricos se han considerado como un generador de carga de cronicidad, de pérdida de habilidades y de deterioro de la población ingresada.

Sus características centrales, según Goffman (1972) es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna: la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos coparticipantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto. Las instituciones totales se caracterizan por:

1. Las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
2. Las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
3. Las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
4. Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución.

Se dice que el concepto de institución total generó una enorme influencia en las reformas institucionales de los años setenta que afectaron a cárceles, orfanatos, hospitales o manicomios y, en particular, en el surgimiento del movimiento denominado anti psiquiatría.

Al respecto hipotetiza que las instituciones psiquiátricas no funcionan para lo que fueron concebidas; el internamiento con sus consecuencias y efectos, son más un

método de desajuste que de ajuste y organización del yo del paciente, siendo más una perspectiva sociológica con ordenamientos institucionales, enmarcados en un contexto psicosocial.

Por otro lado Bechtel (en Leff, et al. 1998) describe un estudio acerca del diseño de hospitales: la evaluación postocupacional más famosa fue la que realizaron Trites y Cols. En dicho estudio estudiaron la eficacia de tres diseños de hospitales, uno radial, uno de pasillo sencillo y otro de doble pasillo. Posterior a la observación y al registro de movimiento de las enfermeras por los pasillos y la estimación del tiempo y dinero que se gastaba debido al tránsito inadecuado de las enfermeras por los espacios desperdiciados de los pasillos, fue evidente que se podría ahorrar gran cantidad de dinero al eliminar este caminar inútil y utilizar un cambio a un diseño radial. Por lo que se cuestiona ¿cuál ha sido la influencia de este estudio? Es imposible medirlo, pero prácticamente todas las unidades de cuidados intensivos tienen un diseño radial.

Este autor señala que muchos diseñadores de hospitales han resistido el diseño radial para la construcción principal; sin embargo, han construido diseños cuadrados con un interior radial.

Un aspecto importante a considerar recientemente son los efectos que producen la restauración o restablecimiento de los pacientes en los hospitales. Ulrich (1984) menciona estudios realizados en pacientes quirúrgicos colesistectomizados entre los años 1972 y 1981 a los cuales se les examinó en suburbios de Estados Unidos en un hospital de Pennsylvania (200 camas) ya que estos pacientes a menudo experimentan ansiedad y el estar en el hospital en confinamiento limita su acceso a diversos ambientes naturales casi en su totalidad, sin embargo la vista a través de las ventanas al exterior puede ser especialmente importante para pacientes quirúrgicos que han modificado invariablemente los horarios y pasan gran cantidad de tiempo en el misma habitación.

Los registros de recuperación revisados después de la colecistectomía de pacientes en el hospital fueron examinados para determinar si la asignación a una habitación con una vista de la ventana de un entorno natural podría tener influencias reconstituyentes. Veintitrés pacientes quirúrgicos asignados a las habitaciones con ventanas que daban sobre un escenario natural tuvieron menor estancia hospitalaria postoperatoria, recibieron menos comentarios valorativos negativos en las notas de enfermería, y tomaron menos analgésicos potentes que 23 pacientes emparejados en los cuartos similares con ventanas que dan a un edificio de ladrillo pared.

Es posible que una ventana del hospital pudiera influir en la respuesta emocional del paciente y el consumo de analgésicos y en consecuencia esto podría afectar su recuperación. Los resultados arrojaron que los pacientes que opinaban que con ventana y árboles pasaban menos tiempo de estancia en el hospital comparados con aquellos que opinaban que la pared de ladrillo: se redujo de 7.96 días frente a 8.70 días por paciente.

De hecho, sólo el 45 % de los pacientes ingirieron sus analgésicos, después del quinto día, de los días 2 a 5 pacientes con la vista de árbol redujeron moderadamente analgésicos y en cambio en aquellos que tenían la vista a la pared tuvieron que aumentar la dosis. El grupo de pared, por lo tanto, recibieron mayor cantidad de dosis de los narcóticos potentes, mientras que el grupo con la vista de árboles recibieron otro tipo de fármacos como aspirina y el paracetamol, con más frecuencia.

En conclusión comparando la opinión del grupo de pacientes que veía a la pared, y los pacientes que veían al árbol, estos últimos tenían una estancia hospitalaria más corta, tenían menos evaluación negativa y comentarios por parte de las enfermeras, tardaron menos tiempo consumiendo dosis de analgésicos moderados y fuertes y tuvieron puntuaciones ligeramente más bajas de menores complicaciones postquirúrgicas. Los hallazgos sugieren que el escenario natural tenía

influencia favorable en ambientes terapéuticos y el ambiente construido influyó negativamente respecto a la restauración de los pacientes. Señala que no lo puede trazar por completo, pero una reciente adición al Centro Médico de Tucson ha sido un patio lleno de plantas que todos los pacientes pueden ver desde sus camas.

En este sentido señala que en investigaciones acerca de la biofilia de Kellert y Wilson (1995) han demostrado que las plantas pueden reducir el estrés en seres humanos, esta hipótesis incluye animales además de plantas y otras investigaciones independientes demuestran los efectos calmantes de las mascotas. La preferencia por los ambientes con biofilia, es decir los ambientes en términos de evolución están estructurados para prestar una atención selectiva a otros tipos de vida y como resultado del contacto con otras especies, animales o vegetales, pueden producir importantes influencias en el cerebro de las personas conocimiento, la salud y el bienestar.

Por lo que concluye diciendo que sería interesante investigar si estos pacientes permanecen menos tiempo y tienen menos problemas de los que tienen un jardín a la vista, aunado a lo anterior otra influencia de la evaluación postocupacional es evitar que se sigan construyendo diseños inadecuados donde las evaluaciones postocupacionales están obligadas a una revisión de los procesos de construcción y hacer que el diseñador y los clientes comprendan, que si bien tales ahorros pueden parecer atractivos a corto plazo, a veces son mortales para la vida posterior del edificio.

La hipótesis acerca de la biofilia hace referencia a que los seres humanos se sienten atraídos por otros organismos vivos y que este contacto con el mundo natural puede beneficiar a la salud. Por lo que no debería ser sorprendente que el homo sapiens, todavía siente una preferencia innata por el ambiente natural del que forma parte.

Lo anterior apunta a la evidencia empírica en función de la búsqueda de la unión de la psicología ambiental con la investigación médica y el diseño ambiental. Al respecto Ulrich (en Leff, et al. 1998) presenta evidencia empírica de beneficios de salud del tipo de contacto con el entorno natural: el contacto con las plantas y los paisajes de visualización.

Esta teoría contemporánea en el estado del arte aplicado a los espacios de salud es la hipótesis de la biofilia, que sostiene que los seres humanos mantienen, como un vestigio de la evolución, la necesidad visceral, de supervivencia para ser sensible y receptivo a su entorno. La respuesta de sobresalto de los niños podría ser un ejemplo de dicha teoría (Kellert y Wilson, 1995).

Respecto al diseño institucional, mencionan que en particular, se caracteriza a menudo por los sentimientos de los ocupantes de ser abandonados, ignorados y tratados impersonalmente. Refieren que esto es por la ausencia de cualquier comunicación directa con las personas responsables de las decisiones que afectan el diseño de los ambientes, los usuarios pasan una gran cantidad de tiempo tratando de interpretar las actitudes de los funcionarios de las instituciones o administraciones que ellos dan hacia la naturaleza de su entorno físico: la cantidad y calidad de espacio, su disposición, color, etc. (Roethlisberger y Dickson, 1939; Steele, 1973; en Becker y Poe, 1980).

Las decisiones sobre la forma en que los recursos ambientales están disponibles y se manejan contribuyen al carácter del entorno físico y por lo tanto constituyen una parte del sistema de comunicación ambiental como son las cualidades ambientales.

En conclusión encontraron que el diseño influye y ha tenido efectos positivos sobre el estado de ánimo y la percepción de la calidad de la atención de la salud,

especialmente para aquellos usuarios que pasan la mayor parte del tiempo en el ambiente hospitalario.

Cabe mencionar que los cambios de diseño aumentaron el uso de las áreas sociales y produjeron ciertos comportamientos como hablar entre ellos. Esto fue especialmente cierto en las noches, cuando los visitantes se encontraban presentes, sin embargo, las renovaciones afecto los diferentes grupos de usuarios.

Es por ello que los diseñadores, planificadores y administradores deben ser conscientes de que los efectos del cambio ambiental no son uniformes en todos los grupos de usuarios.

Con lo anterior demostraron que los efectos del diseño en los factores psicológicos particularmente en el estado de ánimo y la percepción de la calidad de la atención de salud y las actitudes del personal de la administración del hospital hacia los usuarios pueden generar mínimos cambios. Además, estos efectos no se limitan a los usuarios en la sala experimental, este efecto colateral es una ventaja de las manipulaciones y refleja el hecho de que el hospital es un complejo sistema interactivo.

En este estudio la confianza en la calidad de la atención médica se vió influenciada por las impresiones del ambiente. Estos datos, al igual que Sommer (1969; en Becker y Poe, 1980), indican que la sensibilidad a pequeños detalles ambientales pueden ser tan eficaces en un medio para lograr ciertos objetivos, como son los grandes y costosos esquemas de planificación o diseño.

Posteriormente Ulrich et al. (2004) identificaron en una revisión que efectuaron de la Universidad de Texas A y M y el Instituto Tecnológico de Georgia más de 600 estudios vinculados con efectos del rol del ambiente físico hospitalario del siglo XXI y su impacto en el estrés y fatiga en el desempeño laboral del personal médico y

particularmente de enfermería, así como los resultados clínicos y seguridad en el paciente, el estrés y su recuperación además del mejoramiento de la calidad de la atención de la salud bajo el enfoque de la psicología ambiental.

Según Ulrich et al. (2004) visitar los hospitales en los Estados Unidos puede resultar peligroso y estresante para todos los usuarios (pacientes, familiares y los empleados de la organización) debido a los errores médicos por estrés ocupacional y distracciones o interrupciones al proporcionar la atención al paciente, aunado a la probable adquisición de infecciones por la deficiente ventilación o difusión de bacterias, virus o propagación de enfermedades por vía aérea, estando éstas clasificadas entre las principales causas de muerte en su país entre otras.

Además señalan estos autores que el alto índice de cambios, rotación o ausentismo por parte del personal de enfermería impacta significativamente el cuidado de la salud, poniendo en riesgo la vida del paciente y la existencia del hospital que se basa en la fuerza de trabajo productiva del cuidado de la salud, lo anterior aunado a la necesidad de reemplazar los hospitales construidos en los años setentas y la introducción de nuevas tecnologías.

Lo que representó una oportunidad para establecer programas de construcción y diseño de hospitales al considerar al hospital como un sistema complejo y donde es difícil de aislar el impacto de los factores individuales y la construcción del edificio, especialmente reducir el estrés en el paciente, sus familiares y en los profesionales de la salud además de la fatiga con la finalidad de incrementar la efectividad en los servicios médicos proporcionados.

Cabe mencionar que estos autores ampliaron y profundizaron el sustento empírico sugiriendo un paralelismo entre la medicina basada en la evidencia y el surgimiento de un nuevo diseño arquitectónico hospitalario con base en la evidencia de investigación rigurosa planteándose las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es que a través de las investigaciones se puede decir que está bien o mal diseñado el hospital?
- ¿Hay suficiente evidencia científica del impacto en el diseño, en el personal y en los resultados clínicos de los pacientes?
- ¿Se puede mejorar el diseño del hospital y con ello disminuir el riesgo y el estrés de los pacientes, sus familiares y el personal?

Encontraron e identificaron el impacto del ambiente físico y las características del diseño en:

- Cuartos: privados o aislados.
- Tipo de sala: general con camas múltiples.
- Mejoría en: ruido, iluminación, ventilación y el diseño ergonómico.

Dichas características físicas facilitan o sustentan una mejoría, lo que permitiría en el personal reducir errores médicos y por consiguiente el estrés ocupacional o burnout (ya que en el personal se generan distracciones e interrupciones), en el paciente se produce mejoría en el sueño y en los resultados clínicos, además de reducir el dolor y el consumo de las drogas, por lo que concluyen que “la mejoría en los ambientes físicos puede ser una importante herramienta para hacer hospitales seguros, más salubres y mejores lugares de trabajo” (Ulrich et al. 2004 p. 3).

También mencionan que el equipo de investigación encontró estudios científicos que enlazan el ambiente físico con los pacientes y el personal, señalando a continuación los hallazgos de cada área.

Mejorías:

- En la entrega y recepción de los cuidados de salud (a través de condiciones ambientales de apoyo ergonómico y acordes a las necesidades del personal, considerando sus cargas de trabajo).
- En la seguridad de los pacientes al evitar los errores o distracciones del personal y al evitar la contaminación aérea.
- A nivel fisiológico se incrementa la necesidad de oxígeno, la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la respiración y mejora el sueño (Jonson, 2001; Slevin, Farrington, Duffy, Daly y Murphy, 2000; Zahr y Traverstay, 1995; en Ulrich et al. 2004).
- En la calidad y el cuidado de la salud.

Reducción:

- De estrés y fatiga en el personal.
- De estrés en el paciente al facilitar el apoyo social recibido por parte de los familiares y mejoría de los resultados clínicos.
- De niveles de ruido en la habitación del paciente.

La profundidad y extensión de los estudios basados en la evidencia sugiere el paralelismo con la medicina, surgiendo el diseño basado en la evidencia (cuyas siglas en inglés son DBE).

Refiriéndose con ello al proceso de crear edificios al cuidado de la salud, que se encuentran informados y con evidencias disponibles, acordes con las metas tanto intrínsecas como extrínsecas (ayudar a la recuperación del paciente y seguridad de los mismos durante su estancia, proporcionando el apoyo necesario) comprometidos con la mejoría de los resultados, la monitorización continua del diseño y la subsecuente toma de decisiones.

Presentan las características del diseño basado en evidencia como son:

- Proveer de camas de preferencia en habitaciones individuales disminuiría: el índice de infecciones por contagio, errores en la medicación, ruido. Mejoraría: la salud del paciente, confidencialidad y privacidad, soporte social de la familia, la comunicación del paciente con el personal, incrementaría la satisfacción del personal con los cuidados de salud.
- El nuevo hospital podrá tener las siguientes ventajas como son: quietud y disminución del estrés, mejoraría el sueño entre otros indicadores de tipo fisiológico, como los ya señalados previamente, los niveles de ruido serán considerablemente disminuidos a través de la intervención ambiental.
- Suministrar ventilación adecuada y menos estrés, viendo la naturaleza y otro tipo de distracciones posibles.
- Mejorar la iluminación, especialmente el acceso a luz natural.
- El diseño de salas y distribución de las estaciones de enfermería reducirían el agotamiento al caminar y la fatiga, se incrementaría el tiempo del cuidado del paciente, se brindaría apoyo en las actividades del personal, suministro adecuado de la medicación y en términos generales se reduciría el estrés.

El diseño basado en la evidencia se emplea en la creación de hospitales que ayuden realmente a los pacientes a su recuperación, que sean más seguros y ayuden al personal a hacer mejor su trabajo, es un proceso cuya finalidad es la generación de edificios que proporcionan atención a la salud y que están mejor informados y con evidencia empírica disponible:

- El entorno físico puede interferir con las actividades de apoyo a los pacientes, familias y personal (facilitando o entorpeciendo).
- La estructura física proporciona experiencias que brindan un cuidado eficaz, seguro, centrado en el paciente y ambiente, así como la confidencialidad del paciente.

Esto puede parecer evidente por sí mismo, sin embargo podríamos notar que sólo unos pocos estudios han examinado directamente el papel de la unidad de diseño o arquitectura hospitalaria. Así mismo señalan que se requiere investigación adicional para confirmar los hallazgos de estudio y para identificar maneras de mejorar el diseño de entornos de trabajo que pueden reducir o impedir la probabilidad de errores que se produzcan.

Ulrich et al. (2004) señalan que la calidad en la salud es un problema público e importante en los Estados Unidos, de hecho y de acuerdo con un estudio de la Salud de RAND financiado por la Robert Wood Johnson Fundación (RWJF), los pacientes tienen sólo alrededor de un 50% de probabilidad de recibir atención adecuada a sus problemas de salud.

Los hospitales están en una situación de crisis, es decir el personal de enfermería a menudo trabaja en el hospital sólo dos o tres años antes de optar por desertar. Las enfermeras se están reclutando de otros países. A nivel nacional en Estados Unidos entre el 15 y 17% de los puestos de enfermería del hospital están vacantes.

Lo anterior se ha atribuido a los entornos de trabajos caóticos y estresantes en la mayoría de los hospitales. El estrés, hacinamiento y el ruido puede enlentecer la recuperación de los pacientes encamados. Estos autores mencionan que las investigaciones en este campo requieren más estudios como evidencia empírica. El esfuerzo parece estar justificado si proyecta más evidencia y se encuentran asociaciones significativas entre la variable ambiental investigada y los resultados en la mejora de salud de los pacientes (Ulrich et al., 2004).

En resumen la estructura física y la disposición de los ámbitos arquitectónicos afectan la naturaleza, la calidad de las funciones individuales y las interacciones

sociales que en ellos se llevan a cabo. Por supuesto que los contextos físicos más amplios como los hospitales también influyen en el carácter de las relaciones humanas (Carpman y Grant, 2002; Holahan, 1996; Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich et al. 2004).

CAPÍTULO 2

ESTRÉS

“El estrés es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga”
Hans Seyle

Si bien es cierto que la transformación paulatina de la sociedad y la vida moderna han originado un conjunto de fenómenos que ponen en riesgo la vida y el bienestar de las personas. Uno de los signos más peculiares de nuestros tiempos modernos es el estrés y sus efectos que han invadido diversos ámbitos, como una realidad evidente al desarrollar respuestas a nivel emocional al que somos orillados todos de alguna manera al entrar en contacto con estímulos que consideramos como nocivos o patógenos y que deterioran nuestra calidad de vida (Holahan, 1996).

La aparición del estrés hospitalario identificado como una patología tiene diversas causas y relación directa con modelos médicos, ambientales, psicológicos y hace patente la necesidad de revisar en este capítulo los estudios realizados y su evolución, considerándolo como un factor de riesgo de carácter psicosocial, además de analizar los conceptos que han hecho los investigadores e identificar los que han sido más frecuentemente utilizados en el entorno hospitalario. De esta revisión teórica se destacan los siguientes puntos:

En la evolución del estrés González y Shapiro (2008); González y Landero (2008) refieren que el desarrollo del tema ha fluctuado en las últimas décadas, la investigación fue impulsada en los años 1929 por Cannon y Bernard, posteriormente en 1956 Selye explicó el término estrés retomándolo de la física -síndrome de estrés-. La mayor producción científica sobre el estrés se centra en los años 1960 con Lazarus y Folkman. En el año 2000 Caballo, Valenzuela, Anguiano, Irurtia, Salazar y López-Gollonet (en González y Shapiro, 2008) indican que los modelos explicativos del estrés han evolucionado también a lo largo del tiempo, desde modelos biológicos, psicológicos hasta ambientales y los más recientes conciben el estrés como un fenómeno interactivo y multidimensional. Por lo tanto, hablar de estrés es complejo, dada la gran cantidad de elementos que lo caracterizan, como son la interacción de factores socio-ambientales, cognitivos, conductuales, fisiológicos, psicológicos (personalidad, locus de control y afrontamiento -entre otros-).

Sin embargo la gran diversidad de estudios y definiciones sobre el estrés se está considerando actualmente a la luz de demandas crecientes y futuras tendencias, por lo que la psicología ambiental está desarrollando investigación sobre el estrés y factores estresantes, considerándolo como un constructo y entendido de formas distintas por lo que no se podría decir que hay una sola definición conceptual u operacional ampliamente aceptada.

Según González y Shapiro (2008); González y Landero (2008) señalan que diversas investigaciones se han difundido mucho sobre todo en el campo de la salud y se ha demostrado que el estrés es una de las variables psicológicas que más influencia tiene en el proceso de salud-enfermedad como es el caso de la aparición de las enfermedades psicosomáticas o psicofisiológicas cuya aparición, mantenimiento e inclusive agravamiento puede estar relacionada con factores psicológicos y su impacto va desde el sistema psiconeuroinmunoendocrinológico, hasta la interacción con el medio ambiente; además, resalta que su influencia en la salud puede ser directa o indirectamente.

En el año 1996, Holahan refiere que se está formando un área de especial importancia y que está evolucionando y desarrollándose de manera vertiginosa, respecto al estudio de la naturaleza del estrés y la forma en que las personas afrontan las condiciones ambientales, por lo que el análisis efectuado en la presente investigación se ha centrado en el papel del ambiente hospitalario y el comportamiento de los pacientes para identificar su impacto.

2.1 Aproximaciones al concepto de estrés

El estrés ha sido investigado desde diversas aproximaciones teóricas y metodológicas, surgidas más recientemente en las últimas cincuenta décadas, encontrándose en la literatura científica que la investigación en esta área ofrece mejorar la calidad del ambiente y satisfacer las necesidades de los usuarios en una

forma más efectiva. Por lo que a continuación se desarrolla la evolución histórica del concepto u objeto de estudio central para nuestra investigación.

Predominan diferentes conceptos como consecuencia de la evolución del término. Del análisis de algunas de las definiciones, surgidas en las últimas décadas, se desprende que el estrés tiene múltiples explicaciones ya que lo definen como un estímulo, haciendo referencia a situaciones que generan estrés o estresores. Desde este marco de referencia, el estrés es algo exterior a la persona y todos estamos expuestos a los estresores.

Analizado el estrés como proceso se ponen en marcha una serie de respuestas fisiológicas, endocrinas, cognitivas y conductuales que incrementan los niveles de activación con la finalidad de ayudarnos a afrontar un problema o situación estresante para el que a veces no tenemos o tenemos suficientes recursos. Sus efectos serían difícilmente controlables; viéndolo así es fácil considerarse víctima del estrés. Otras explicaciones lo consideran una respuesta, considerándolo como especialmente el elemento fisiológico, sin dar tanta importancia a los aspectos ambientales y cognitivos.

Otras definiciones o posturas como la de Sandín (1999 y 2002) la describen como un proceso, por lo que considerar el estrés de esa manera ha sido una de las formas más difundidas y aceptadas para estudiarlo, reflejándose en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (en Sandín, 1999 y 2002) y el modelo procesual del estrés.

Del análisis realizado se presentan en la siguiente Figura 1, algunas de las definiciones acerca del estrés y su evolución histórica:

Figura 1. Definiciones de estrés

<p>1. Hooke, Robert (1635-1703)</p>	<p>Con la “ley de elasticidad” explica el concepto de “carga” (load) o presión sobre una estructura, ésta origina un efecto de “estiramiento” y un cambio de la forma; el efecto de la interacción entre la presión (o carga) genera el estrés. El concepto de estrés hace referencia a una situación en la cual la exigencia externa actúa sobre el cuerpo y éste, se expone a un desgaste (<i>wear and tear</i>) semejante a una máquina. Ante esta demanda, el cuerpo necesitaría “energía” proveniente del sistema nervioso para sobrellevar los desgastes.</p>
<p>2. Bernard, Claude (1813-1878)</p>	<p>Refiere que las influencias exteriores no producen modificaciones y perturbaciones en la intensidad de las funciones del organismo, sino en tanto que el sistema protector del medio orgánico resulta insuficiente en condiciones dadas (Campos, 2007).</p>
<p>3. Cannon, Walter (1929)</p>	<p>Lo definió como una reacción de lucha o huida ante situaciones estresantes basada en el estímulo.</p>
<p>4. Selye, Hans (1949)</p>	<p>Lo afinó para la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior. Selye explicó el estrés como una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecífica en sus causas.</p>
<p>5. Wolff, Harold (1940 y 1950)</p>	<p>Aportó un elemento importante al enfocar el estrés como un proceso dinámico en el cual el organismo interactúa con el estímulo, implicando una adaptación a las demandas que se dan y ofreciendo la ventaja de apuntar a una definición mucho más integral y completa que las propuestas anteriormente presentadas.</p>
<p>6. Lazarus y Folkman (1991)</p>	<p>El estrés como un proceso siendo el conjunto de relaciones entre la persona y el ambiente, evaluado por la persona como algo que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar personal. De este modo el estrés se concibe como un proceso en el que la persona percibe e interpreta los acontecimientos, y los valora como que sobrepasan sus recursos personales para hacerles frente. Lazarus (1966; en Lazarus y Folkman, 1991) sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador manejado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal.</p>
<p>7. Holahan, Charles (1991)</p>	<p>La percepción del contexto estresante por parte del individuo es imprescindible; una situación objetivamente neutra, que es percibida como una amenaza, causará un estrés psicológico.</p>
<p>8. Rodríguez y Zurriaga (1997)</p>	<p>Definen el estrés como un proceso dinámico de intercurso entre la extensión y el tipo de los estresores que impactan sobre el individuo y los recursos adaptativos o de apoyo en los cuales la persona se enfrenta a sus propias circunstancias.</p>

Definiciones de estrés, elaboración propia

La definición de este síndrome se entiende mejor si lo ubicamos en el contexto de sus precedentes históricos. Gran parte de lo que se sabe actualmente sobre el estrés se debe a la recopilación histórica que se ha efectuado. Aunque existen muchos ejemplos en la literatura médica y muchas descripciones clínicas posteriores, se considera que el término estrés fue introducido por Cannon (1929).

Se atribuye a Cannon el primero en definirlo como una reacción de lucha o huida ante situaciones estresantes, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático-adrenal (Cannon, 1929 y López, 2004; Campos, 2007). Así mismo consideró el estrés como una respuesta orgánica adaptativa que se realizaba de forma refleja a través de la estimulación del sistema nervioso simpático y la secreción de epinefrina para las glándulas suprarrenales. Por lo que Cannon, estableció que si el estímulo provocaba cambios fisiológicos y se mantenía de manera prolongada se cronificaba y ocasionaba una pérdida de la homeostasis interna y terminaría ocasionando alguna enfermedad.

Cannon (1929) fue el pionero en el estudio de las respuestas primarias al estrés cuando describió la huida o la lucha ante una situación amenazante liberando el organismo una serie de sustancias neuroquímicas y neurohormonales.

Otro autor que investigó acerca del estrés fue Selye (1956) y derivado de sus investigaciones endocrinológicas planteó el esfuerzo y la tensión; años más tarde, retomó el término de estrés de las ciencias físicas a partir de la investigación de las propiedades elásticas de los materiales sólidos.

El estrés (stress) significa la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que la tensión (strein) significa la distorsión que se produce en la estructura que sufre esa fuerza extraña, posteriormente refirió que “strein” es el término correcto para identificar los cambios corporales, ya que el estrés se aplica a la fuerza en sí, al igual que Cannon lo planteó.

Selye diferenció el estrés positivo o necesario para toda vida más o menos intensa, conocido como eutrés, del estrés negativo que agota las fuerzas vitales y puede causar enfermedades psicosomáticas, conocido como distrés. Los seres humanos vivimos con cierta dosis de estrés y sin el cual no se puede vivir, ya que el estrés positivo o sano tonifica el cuerpo. El estrés negativo es el que consume las fuerzas corporales y genera enfermedades.

También señaló que la respuesta al estrés no era específica y propuso hablar de un Síndrome General de Adaptación (cuyas siglas son SGA) en 1976 planteó dos conceptos diferentes a tomar en consideración:

- El estrés para designar al sistema de respuesta normal con el cual coexistimos (conductas de afrontamiento o coping).
- El distrés como el sistema de respuesta disfuncional, anormal o patológica que genera enfermedad.

Llegándose a la conclusión de que la vida está hecha de una balanza oscilando entre eutrés (placer) versus distrés (angustia).

A partir del estrés o Síndrome General de Adaptación se procedió a resumir todo en un conjunto de síntomas psicofisiológicos. Selye (1956) separó los efectos físicos del estrés de otros síntomas manifestados por sus pacientes a través de su investigación e identificó que los pacientes sufrían trastornos físicos que no eran generados directamente por su condición médica o enfermedad. Si el estímulo es muy estresante entonces surge el estrés y a la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas y exposición continua a una reacción sistemática del estrés, el cuerpo termina perdiendo su equilibrio u homeostasis.

Selye (1956) relacionó las enfermedades de adaptación que reproducían las características de la patología humana como son las artropatías crónicas, hipertensión

arterial, nefroesclerosis, poliarteritis nodosa, úlceras gastrointestinales, hemopatías, etc. Explicó que la respuesta al estrés obedecía a la producción de las hormonas de la glándula suprarrenal, la adrenalina y especialmente los corticoides.

Por otro lado la definición de estrés incluye procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando se presenta un exceso de demandas ambientales percibidas sobre las capacidades del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando se fracasa tiene consecuencias importantes para la persona (Sandín, 2002) en el ejemplo de estrés postraumático se aprecia en la figura 2 la interacción, percepción y los recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno (Di Nasso, 2009).

Figura 2. Modelo de interacción de factores y estrés postraumático



Modelo de interacción entre factores y estrés. Adaptado de "Trastorno por estrés postraumático" por Di Nasso, P. copyright (2009).

Selye explicó el funcionamiento del estrés como una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecífica en sus causas. Así mismo reveló que la respuesta de huida o ataque reflejaba sólo una de las múltiples respuestas fisiológicas que podían surgir por el estrés, de tal forma que con esto se amplió la teoría de Cannon y la definió con otro tipo de respuestas secuenciales que constituyen el Síndrome General de Adaptación.

Entre sus principales aportaciones se encuentran el desarrollo de una teoría general de las reacciones del organismo, una amplia variedad de estresores, una nueva forma de pensar sobre la interacción entre los factores ambientales y fisiológicos. Además de un mecanismo fisiológico que explica la relación entre el estrés y la enfermedad.

Por otro lado las principales limitaciones a esta teoría radican en que no dejaba lugar a la valoración psicológica de los acontecimientos estresores, por lo cual la respuesta del organismo a los estímulos es de forma inespecífica.

Se podría decir que con la investigación posterior se demostró que es necesario tomar en cuenta los procesos psicológicos ya que algunos estresores provocan una respuesta emocional más fuerte que otros y los procesos de valoración del estímulo parecen jugar un papel primordial en la reacción fisiológica ante el estrés.

Posteriormente Valdés y Flores (2000) señalan que Selye detalló los ejes biológicos a través de los cuáles se manifestaba el estrés y se efectuaba la transformación del organismo, el resultado de respuestas (fase de alarma o activación, resistencia y agotamiento) decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad, cualquiera que éste fuese.

Algunos estímulos resultaban amenazadores para el organismo, a pesar de no estar claro si lo eran para el individuo (por ejemplo agresiones somáticas como una

infección). Así es como se le atribuye al estrés una respuesta restauradora de la homeostasis, y se hablaba de adaptación en el que el organismo responde y actúa en automático desde el punto de vista biológico y donde el individuo no participaba voluntariamente (Valdés y Flores 2000).

Selye (1956) propuso tres etapas continuas, en el Síndrome General de Adaptación que a continuación se describen:

- 1ª Etapa de reacción de alarma.
Representa la preparación para la resistencia.
- 2ª Etapa de resistencia.
Involucra los mecanismos de afrontamiento y adaptación.
- 3ª Etapa de agotamiento.
Surge cuando no hay éxito en el afrontamiento, declina el nivel de resistencia y sobreviene la caída fisiológica del organismo, generando susceptibilidad a la enfermedad e inclusive la muerte.

Este modelo biológico y fisiológico no discrimina entre el tipo de respuesta psicológica y fisiológica ante el estrés, en este caso las personas no responden solamente a las amenazas presente o tangibles sino que responden a los símbolos de estrés y a las expectativas de estos.

Por lo que diversos investigadores (Baum, Singer y Baum, 1981; Evans y Cohen, 1987; Glass y Singer, 1972; Lazarus, 1966; en Ortega et al. 2005) enfatizan el impacto de las variables psicológicas y ambientales sobre el estrés y lo definen como “reacciones fisiológicas y psicológicas no placenteras, a estímulos nuevos, demandantes y frecuentemente persistentes” (Ittelson, et al. 1974 p. 208; en Ortega et al. 2005) que inclusive pueden afectar o producir alteraciones o consecuencias motivacionales y que en general influyen en la salud humana (Evans, 2003; Evans y Stecker, 2004).

Por otra parte los diseños experimentales efectuados sobre el estrés utilizan fundamentalmente estímulos aversivos de naturaleza física (shock eléctrico, ruido, inmersión al agua etc.) que si bien producen en el organismo una activación, actúan como estímulos incondicionados; es decir configuran una cognición forzosamente amenazante de la situación, dadas las propiedades implícitamente nocivas del estímulo (Valdés y Flores, 2000).

Podríamos decir que la palabra estrés ha sido ampliamente utilizada desde entonces y ha tenido muchos significados, pero ninguno lo suficientemente operativo para imponerse sobre los demás. Entendido en términos de una intensa alteración no-adaptativa del ordenamiento homeostático original.

Lo anterior dificulta la conceptualización y la instrumentación de estrategias de intervención, capaces de dar respuesta oportuna y pertinente a la especificidad que adquiere el fenómeno dependiendo del enfoque o modelo empleado. En el ámbito de la psicología hay autores que consideran el estrés como un estímulo, otros lo han considerado como respuesta e incluso en psicología ambiental como interacción entre el sujeto y el medio. Todos coinciden en que es un proceso multifactorial, amplio, complejo y dinámico al cual se le atribuyen los llamados trastornos psicofisiológicos o los trastornos psicosomáticos.

Por lo que pretendiendo dar respuesta a ¿por qué un estímulo puede resultar estresante para un individuo y no para otro? Se comprende que con la alteración no adaptativa de la persona se genere un estado de mayor activación que rompe el equilibrio por lo que actualmente se esbozaron una serie de modelos procesuales los cuales resaltan que el estrés se manifiesta a través de relaciones particulares que se establecen entre el individuo y el ambiente.

Fue Lazarus (1966, en Lazarus y Folkman, 1991) quien planteó uno de los modelos psicológicos más reconocidos, el cual se enfoca en la interpretación del

individuo de los eventos ambientales y en la evaluación de los recursos personales para afrontarlo, también sugirió que el estrés es un concepto organizador empleado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por lo tanto no considera al estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos.

Por otro lado menciona que el estrés ha sido definido, casi siempre como un estímulo o como una respuesta, las definiciones como estímulo se ubican en los acontecimientos del entorno, es decir como diferentes fuentes de presión que inciden en las personas (como desastres naturales, condiciones nocivas para el organismo, enfermedad o despido del empleo).

Respecto a las que consideran al estrés como una respuesta, son las que de alguna manera han prevalecido en biología y medicina, se refieren al estado del estrés; se dice del individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés (como respuestas psicofisiológicas y conductuales), como de alguien que está bajo estrés.

La definición que defiende es la que hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en el cual se tiene en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro. Refiere que el estrés psicológico es consecuencia de un vínculo entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar y/o estabilidad, donde integra las dos posturas anteriores y donde se valora la situación teniendo la opción de luchar o huir (Lazarus y Folkman, 1991).

González y Shapiro (2008) formularon que desde la óptica de la teoría transaccional, existe una relación el individuo y su entorno y se manifiesta el estrés cuándo se desbordan los recursos de las personas y resulta amenazante o pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984; en González y Shapiro, 2008). Es decir el estrés que percibe una persona se debe a la interpretación que hace de una

situación que enfrenta, tomando en cuenta sus habilidades y su historia. Desde esta perspectiva cognitiva, las personas tienen un papel más activo en el manejo de su estrés.

En el afán de explicar el estrés, Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) señalan que desde el modelo transaccional en donde se da la interacción del hombre con el ambiente surge el estrés. Lazarus y Folkman (1991) establecieron un marco teórico integrador de estudios e investigación que sirven para unir una línea de trabajo diversa. Este autor menciona que desde que Selye formulara su modelo en los años treinta, el constructo de estrés ha servido como paradigma científico para unificar y dar estructura a estudios muy variados acerca de factores que dañan a la salud.

No obstante, el marco de trabajo que utiliza es más amplio pues se incluyen en el estudio los factores que favorecen y desarrollan positivamente la salud. Probablemente, el elemento más distintivo del equipo de trabajo formado sea el enfoque procesual y transaccional del estrés.

El estudio de los factores de estrés, personales y contextuales, tiene una mención importante en los estudios del grupo. La investigación sobre acontecimientos estresantes, incidentes críticos ha dado lugar a diferentes estudios y publicaciones. En este contexto se han desarrollado líneas de investigación sobre el estrés, con sus diferentes modelos, ha tenido una clara relevancia en los estudios del equipo desarrollando una amplia línea de investigación y reflexión (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999).

Si los aspectos anteriores, respuestas y estresores, marcan e indican la investigación de los aspectos procesuales del estrés, la investigación sobre las variables procesuales de personalidad marca el enfoque transaccional del estudio. El enfoque elegido ha sido la inclusión de variables positivas de personalidad que inciden y modulan los procesos de estrés (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999).

De acuerdo a la revisión de González y Shapiro (2008) señalan que aunque existen diversas aproximaciones a la investigación del estrés, éste se puede considerar como:

1. Una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc.); en este caso el estrés actúa como variable dependiente.
2. Un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones, etc.); en este caso el estrés se considera variable independiente y
3. Una interacción (transacción) entre el sujeto y el medio (como proceso).

En resumen, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1991) concibe el estrés como un proceso en el que la persona percibe e interpreta los acontecimientos y valora sus recursos personales como escasos e insuficientes para hacer frente a las demandas del ambiente, por lo que lo sobrepasan. La definición está localizada en la interacción entre la persona y su medio. Por lo que la evaluación del organismo se dirige hacia el individuo y el entorno y mantienen una relación bidireccional y recíproca, donde la evaluación cognitiva de la situación es un elemento fundamental.

Como transacción y unidad de análisis el estrés, significa proceso, lo que implica que no está ni en la persona ni en el ambiente, sino que se refleja en la interacción entre los dos, ambos componentes con características muy específicas y que inciden en la importancia del ajuste entre personas y ambiente (Buendía, 2006).

Dentro de esta última perspectiva el modelo transaccional de Lazarus se presenta como el modelo de mayor uso y ocurrencia en la literatura especializada sobre el estudio del estrés, y de los fenómenos con que éste se asocia (Aldwin, 2000; Cooper y Dewe, 2004; Miller, Sabin, Goldman, Clemente, Sadowski, Taylor y Lee, 2000; Moos y Schaefer, 1993; en Paredes, 2005).

Esta teoría establece tres procesos básicos en el manejo del estrés:

- Evaluación primaria.- Se refiere a la valoración que la persona hace de la situación como tal, lo que significa en cuanto a riesgo o compromiso para su bienestar.
- Evaluación secundaria.- Referida a la evaluación que la persona hace de sus recursos personales para hacer frente a la demanda del medio y el afrontamiento que es el conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que la persona pone en marcha para manejar los eventos que son percibidos como estresantes.
- Estrategias de afrontamiento específicas.- La persona elegirá y utilizará los recursos personales y los esfuerzos que hará y se basarán en el resultado de estas dos evaluaciones.

Respecto al estrés psicológico Lazarus, Cohen, Folkman, Kanner y Schaeffer (1975; en Holahan, 1996) enfatizaron que el estrés implica un elemento psicológico esencial en el cual el individuo evalúa el significado personal y la importancia de la causa de estrés por lo que propone que el concepto de evaluación cognoscitiva como una variable mediadora entre el productor de estrés ambiental y las reacciones de adaptación del individuo.

Por lo tanto el estrés psicológico ocurre cuando el individuo estima que una condición ambiental productora de estrés representa a una amenaza o excede su capacidad para afrontarla.

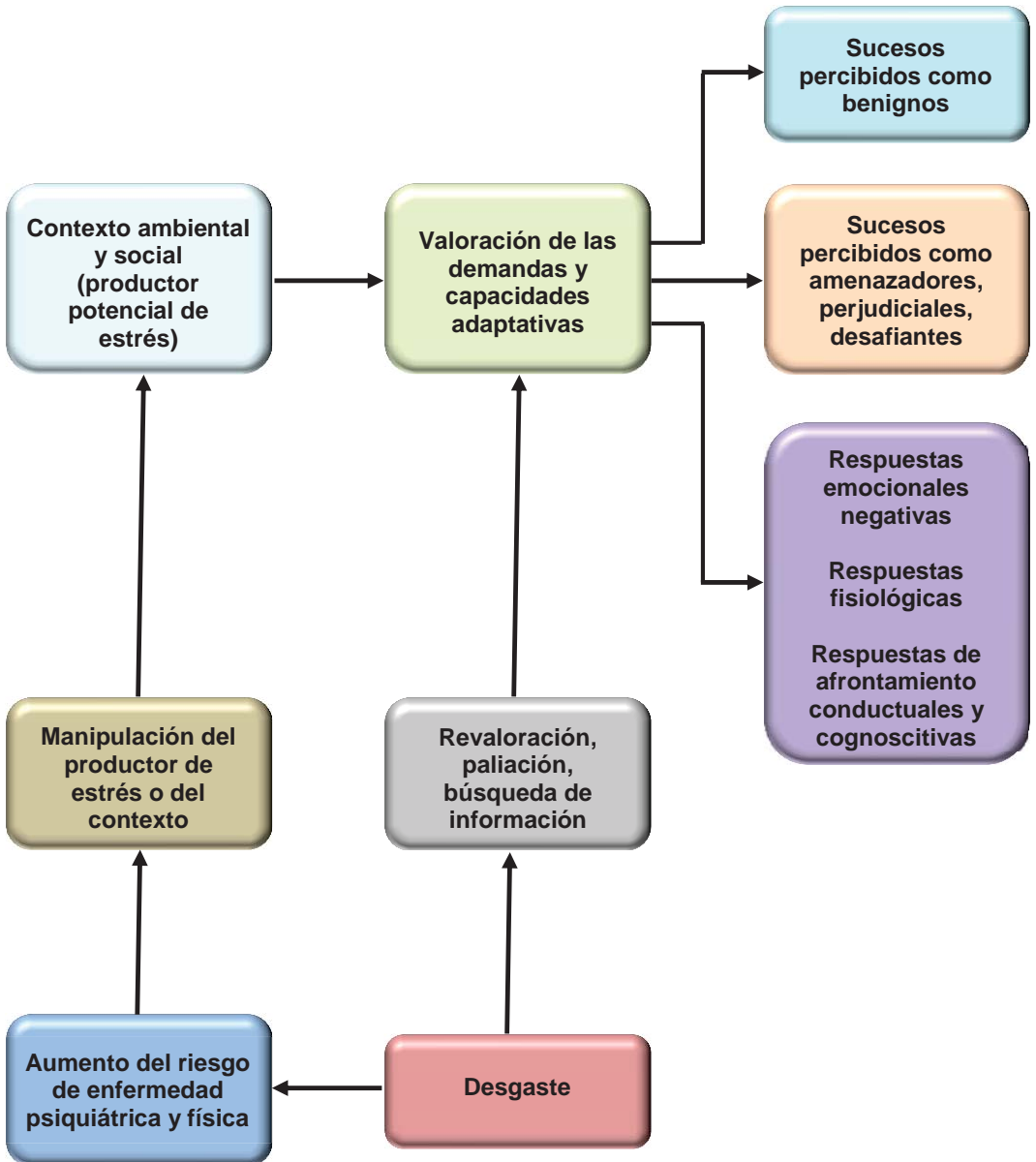
González y Shapiro (2008) mencionan que de acuerdo a la teoría transaccional el estrés no es particularmente un evento externo, en el cual el sujeto es víctima, sino el estrés psicológico se define como “una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo individuo evalúa como amenazante o desbordante respecto de

sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991 en González y Shapiro, 2008 p. 8).

De ahí que Holahan (1996) planteó que para que se dé la percepción de una situación estresante por parte de la persona es necesario que la perciba como amenazante y que está, le genere estrés psicológico.

En este sentido Trull y Phares (2003) se preguntaron ¿cuáles son los procesos por los que los factores psicológicos y sociales influyen en la salud y la enfermedad? Por otro lado señalan que el término estrés se emplea con mucha frecuencia, sin embargo no está definido con precisión (Brannon y Feist, 2000; en Trull y Phares, 2003) por lo que los psicólogos de la salud más contemporáneos adoptan el punto de vista interaccionista, es decir que la tensión es un proceso que comprende un suceso ambiental (productor de estrés) como lo evalúa el sujeto (¿es desafiante o amenazador?) las diversas respuestas del organismo (fisiológica, emocional, cognoscitiva, conductual) y las posteriores re-evaluaciones que suceden como respuesta a estos factores. También mencionan que existen otros estímulos psicosociales que pueden contribuir al proceso de estrés y que puede influenciar directamente al sistema hormonal, sistema autónomo e inmunológico (como se muestra en la figura 3).

Figura 3. El proceso de estrés: una perspectiva interaccionista



El proceso de estrés, una perspectiva interaccionista. Adaptado de "Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión", por Rice, P.L. (1998, en Trull y Phares, pág. 462) Health Psychology. Copyright Pacific Grove, C.A: Brooks/Cole. Pág.177. Copyright, 2003.

2.2 El estrés como proceso: teoría procesual del estrés

Lazarus y Folkman (1991; en González y Shapiro, 2008; Sacchi y Richaud, 1999) refieren que los procesos de evaluación cognitiva son responsables de la variación en los sistemas de respuesta entre personas bajo circunstancias similares. Por lo que la evaluación cognitiva constituye un aspecto central en la explicación del estrés; entendiéndola como un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que ocurre en relación con su bienestar personal. La evaluación cognitiva entendida como el proceso de categorización de un evento según su efecto sobre el propio bienestar. Postulan que los eventos no son aversivos por sí mismos, sino que lo son de acuerdo al significado que la persona les otorga. Lazarus y Folkman (1991) indican que una determinada relación individuo-ambiente será estresante o no según la evaluación cognitiva de la persona.

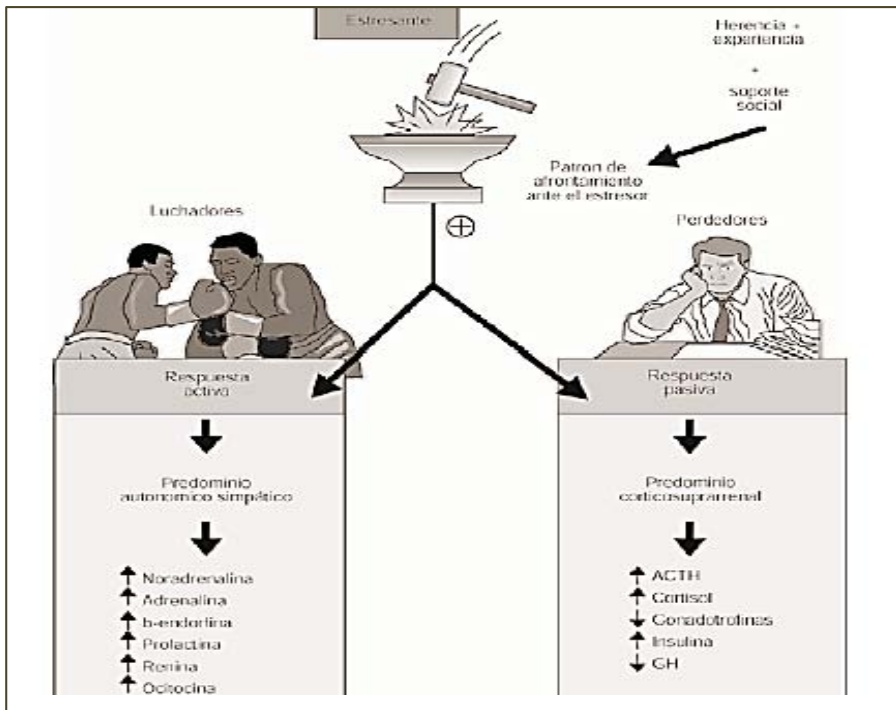
Los sucesos vitales que, en principio, fueron considerados como situaciones amenazadores en sí mismos, dieron lugar a la construcción de escalas de sucesos vitales. Luego entonces las mismas correlacionan con una variedad de condiciones físicas y psicológicas, tales como enfermedad física, ansiedad, depresión, etc. dejando un margen de incertidumbre. El problema es que la proporción de la varianza explicada por las escalas de sucesos vitales, aunque estadísticamente significativa, es relativamente pequeña o de poco valor práctico (Harari, et al., en Sacchi y Richaud, 1999). Por lo tanto el estrés no es un concepto unidimensional, razón por la cual se han buscado factores adicionales al evento mismo, o variables moderadoras que amortiguan el estrés e incrementan la resistencia al mismo, tales como el apoyo social y la creencia del control (Cobb, 1974, Johnson y Sarason, 1978; en Sacchi y Richaud).

Mason (1968; en López, 2004) señala que el estresor debe ser inédito, y que para que él mismo produzca una respuesta debe haber sido previamente evaluado cognitivamente por el individuo. Es decir que no influye tanto el estresor en sí mismo,

sino la evaluación cognitivo-simbólica que se realice de esa situación amenazante (esto se hace comparando situaciones peligrosas personales o culturales anteriormente vividas).

Bohus (1994; en López, 2004) recopiló todo lo anterior diciendo que en el estrés influyen de manera determinante, por un lado, las características y la duración del estímulo, y por otro, las estrategias de afrontamiento según los sistemas biológicos que tenga el individuo amenazado. Lo que genera desadaptación al estrés y resulten en cuadros de estrés crónico o depresión, lo que provocará la misma hiperactivación de los ejes adrenal y prolactínico e hipoactividad de los ejes tiroideo, gonadal, somatotrófico e inmunitario. Cómo a continuación se observa en la figura 4.

Figura 4. Mecanismo de acción en estrés agudo



Esquema de la Neurobiología del estrés. Adaptado de "Mecanismo de acción en estrés agudo".
 Por Márquez y Beretta, copyright 1999. Cardinal PNIE Favalaro, 2007.
 Recuperado de http://www.cemic.edu.ar/descargas/burnout_estresagudo.pdf

El estrés afecta diversas áreas de la vida de una persona y una de ellas es la percepción de la salud, ya que las situaciones de estrés producen un aumento o activación general de la respuesta fisiológica del organismo. Este hecho se produce tanto en personas sanas como en aquellas que sufren alguna enfermedad, por lo que se considera un factor de riesgo para la salud. El incremento de la activación fisiológica se asocia a la aparición de sintomatología que puede desembocar en diversos trastornos físicos, como son las altas demandas psicológicas, el bajo control y el bajo apoyo social, lo que conlleva a un mayor riesgo de enfermedad por lo que puede agravar la misma por la activación de los mecanismos cerebrales y psiconeuroinmunoendócrinos que lo desencadenan y lo perpetúan (Beretta y Márquez, 2013; Peralta, Robles, Navarrete y Jiménez, 2009).

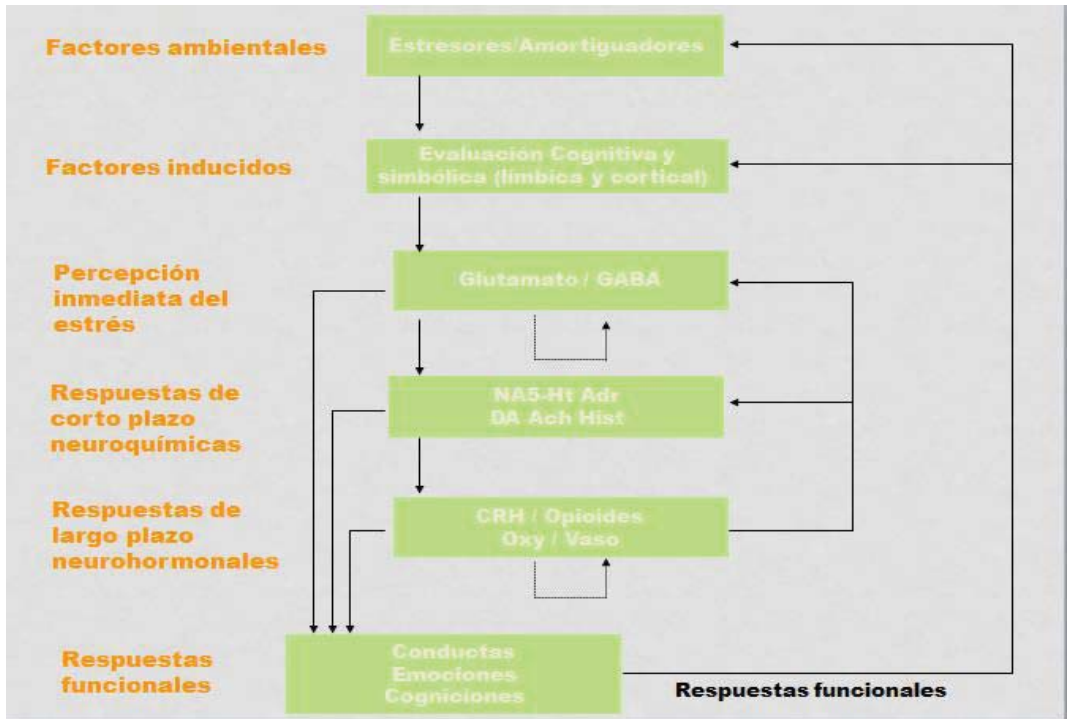
De hecho, los altos niveles de estrés constituyen un factor de riesgo para la salud, sobre todo cuando esta situación se hace crónica. También es importante tomar en cuenta que el estrés no actúa sólo como un factor de riesgo, sino que puede funcionar como un factor de mantenimiento de la enfermedad y/o como consecuencia de padecerla.

En resumen, investigaciones en este campo de estudio señalan que las personas que experimentan mayores niveles de estrés presentan mayor número de quejas tanto físicas como psicológicas, siendo frecuente que los estados emocionales negativos como ansiedad y depresión, pronostiquen tanto síntomas como signos de múltiples enfermedades.

Por otro lado, estudios recientes (Beretta y Márquez, 2013; Peralta, et al. 2009) han mostrado que el estrés cotidiano es uno de los factores ambientales que pueden propiciar la desadaptación y el empeoramiento de la enfermedad. El cual puede manifestarse el mismo día o al día siguiente de experimentar un incremento del estrés. Aún y cuando no están totalmente demostrados los posibles mecanismos responsables del deterioro del curso de la enfermedad por el efecto del estrés, existen diversas

hipótesis que tratan de abordarlo atribuyéndole un papel fundamental a la secreción de cortisol, IL = 6 y la prolactina como a continuación se muestra en la figura 5.

Figura 5. Neurobiología del estrés



Esquema de Neurobiología del estrés. Adaptado de variables moderadoras del estrés. Revista Latinoamericana de Psicología. 31(2), 355-365, por Sacchi (1999).

Una parte importante de la investigación aplicada en psicología refiere nuevas contribuciones provenientes de la teoría cognitiva y plantean fundamentalmente cuatro modalidades de respuestas primarias ante el estrés: 1) lucha o fight; 2) huida o flight; 3) desmayo o faint 4) parálisis o freeze. Krestchmer (en López, 2004) había descrito conductas de congelamiento o parálisis en los peces en su maravilloso libro "Histeria, Reflejo o Instinto", por lo que podemos homologar hoy las respuestas al estrés con las respuestas innatas programadas genéticamente. Otros autores como Kleist y Monchablon (en López, 2004), refieren tres modos vivenciales innatos de

reaccionar frente al estrés: el epiléptico, el histérico y la catatónico. Estos corresponderían el epiléptico con el tipo de respuesta fight-flight, el histérico con la faint y el catatónico con la freeze.

2.3 El proceso ambiental de estímulos: cambia las respuestas funcionales

Se considera que los factores ambientales intervienen sobre la persona como estresores o amortiguadores, requiriendo en primera instancia de un procesamiento individual cognitivo y simbólico, el que se producirá a nivel límbico-cortical. Desde el punto de vista de neurobiología del estrés, esto genera una percepción inmediata del estrés, mediada por sistemas de canales iónicos (glutamato excitatorio, gaba inhibitorio), como todo lo que es inmediato en el cerebro (López, 2004).

De alguna manera si con el estrés se atraviesa esta barrera por haberse cronificado en el tiempo o por ser de bastante intensidad, entonces se pasa a una segunda etapa, en la cual las respuestas son de corto plazo, neuroquímicas, mediadas por neurotransmisores. Solamente si se pasa esta barrera, otra vez por la magnitud, la intensidad o la cronicidad del estresor surgen respuestas a largo plazo neurohormonales, las cuales están mediadas por la hormona liberadora de corticotropina, opioides, oxitocina, y/o vasopresina. Todo lo anterior, determinará las respuestas funcionales de conductas, emociones y cogniciones.

Todo el circuito tiene subsistemas de retroalimentación. Por lo que cada vez que se realice una conducta ante un estresor, todos los cambios efectuados van ser utilizados para la evaluación cognitiva y simbólica de un nuevo estresor, la vivencia y familiaridad del estrés es aprendida (López, 2004).

Caballo, Valenzuela, Anguiano, Irurtia, Salazar y López-Gollonet (2006; en González y Shapiro, 2008) indican que los modelos explicativos del estrés han evolucionado a lo largo del tiempo y los más actuales conciben el estrés como un

fenómeno interactivo, multidimensional y multidireccional. Todo lo anterior depende de una primera evaluación sobre lo amenazante o perjudicial de la situación, así como de sus propias capacidades. El estresor puede producir sensaciones positivas, satisfacción en la relación con los demás, o negativas -sobrecarga o estrés percibido-. Por lo que se considera que el modelo se enmarca dentro de la conceptualización del estrés realizada por Lazarus y Folkman (1991).

Por lo tanto, hablar de estrés es complejo, dado la cantidad de elementos que lo caracterizan y la evaluación que se realiza, por lo que debe contemplar la interacción de factores cognitivos y conductuales, sin olvidar los factores fisiológicos y procesos de afrontamiento.

Sandín (1999) menciona que el estrés es un proceso de siete etapas, en el que están involucradas diversas variables. Este modelo muestra en primer lugar las demandas psicosociales, que pertenece a los estresores tanto ambientales como psicosociales, en segundo lugar la evaluación cognitiva, que se refiere a la valoración que hace el individuo con respecto a la situación.

Posterior a la evaluación cognitiva se muestra la respuesta al estrés, que incluye respuestas tanto fisiológicas como emocionales y conductuales (afrontamiento), producto de la evaluación de la situación como estresante o no.

Los esfuerzos cognitivos o conductuales que el individuo pone en práctica para hacer frente a las demandas estresantes se refieren a las estrategias de afrontamiento, Sandín (1999) indica que ésta es la última etapa del proceso de estrés; incluyo en el modelo procesual del estrés tanto las variables sociales como las disposicionales, debido a la evidencia reciente sobre la relación de estas variables con los procesos vinculados al estrés. Y por último, el estatus de salud, que es el resultado del proceso de estrés y dependerá de lo que suceda en las etapas anteriores.

En conclusión, el modelo procesual de Sandín (1999) considera a los estresores como la parte ambiental del estrés, los procesos cognitivos, las respuestas fisiológicas y conductuales, sin dejar de considerar otros aspectos relacionados con el proceso del estrés. A continuación se revisará la aproximación ambientalista al estrés.

2.4 Aproximaciones ambientalistas al estrés

Además de las perspectivas teóricas planteadas con anterioridad, existen diversos modelos relevantes para la investigación de estrés ambiental. Por lo que para abordar el estudio del estrés desde la perspectiva teórica existente se deben considerar las demandas ambientales y la evaluación cognitiva. De ahí que sea importante como evalúa el individuo la situación y si tiene recursos de afrontamiento ante el estresor.

Dado lo anterior se pretende emplear como propuesta la complementación de teorías que prevalecen y cuya colaboración responde a demandas provisionales para explicar el objeto de estudio.

2.4.1 Perspectiva contextualista

Desde esta perspectiva se explica la especificidad situacional de las relaciones comportamiento-ambiente. El nivel de análisis se refiere a la decisión de representar un ambiente desde la perspectiva en este caso de grupo.

En 1978, Stokols propuso un esquema de análisis de las interacciones del comportamiento humano con el ambiente, bajo el cual un individuo logra su adaptación al medio a través de varios procesos. De acuerdo con este autor, estos procesos se caracterizan de acuerdo a dos dimensiones básicas: formas de transacción cognoscitiva (simbólicas) contra conductuales (físicas) y transacción de fases activas contra reactivas.

Estas fases se refieren básicamente a la forma en la que las representaciones cognoscitivas y las características físicas y sociales del ambiente influyen o son modificadas por el individuo. Por último estas dimensiones producen cuatro modos de transacción individuo-ambiente y los campos de contenido de la psicología ambiental quedando descritos, como se muestra en la figura 6 (Stokols, 1978):

Figura 6. Análisis de las interacciones del comportamiento con su ambiente (Stokols, 1978)

FASES DE TRANSACCIÓN	FORMAS DE TRANSACCIÓN	
	Cognoscitiva	Conductual
Activa	Interpretativo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Representación cognoscitiva del ambiente espacial ▪ Personalidad y ambiente 	Operativo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis experimental de la conducta ecológicamente relevante ▪ Conducta humana espacial ▪ (proxémica) ▪ Privacidad ▪ Territorialidad ▪ Espacio personal ▪ Hacinamiento
Reactiva	Evaluativo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes ambientales ▪ Evaluaciones ambientales 	Responsivo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respuesta humana al ambiente físico ▪ Ambientes estresantes ▪ Impacto del ambiente edificado ▪ Impacto del ambiente natural ▪ Psicología ecológica

Esquema de formas de transacción. Adaptado de: "Origins and directions of environment - behavior research". Por Stokols, copyright 1978.

Estas dimensiones se combinan en una matriz, creando cuatro modos de transacción, a lo que Stokols denominó interpretativo, evaluativo, operativo y responsivo.

- Modo Interpretativo (activo-cognoscitivo): Implica la representación cognoscitiva del ambiente espacial, en esta área se investigan los procesos perceptuales, cognoscitivos y afectivos por medio de los cuales las personas identifican y discriminan su ambiente socio físico, así como los procesos por los cuales adquiere, codifica, almacena, recupera y decodifica información sobre los lugares y sus atributos.

Stokols (1978) señala que el estudio de la cognición espacial resalta los procesos por los que las personas en general construyen el ambiente.

Respecto a la personalidad y ambiente señala que se centran en la organización única y en la expresión de estos procesos en individuos específicos. Craik (1976; en Stokols, 1978) publicó un trabajo sobre el paradigma del estudio de la personalidad en la psicología ambiental, en el que abordó el desarrollo de nuevas técnicas para medir las disposiciones hacia el ambiente y el empleo de la medición de la personalidad en la predicción del comportamiento.

- Modo Responsivo (reactivo-conductual): Involucra los efectos ambiente sobre la conducta y/o respuesta humana e incluye el impacto del ambiente físico estresante y edificado y psicología ecológica.

Las condiciones ambientales se pueden convertir en estresantes al no alcanzar o rebasar los límites de la adaptación individual. Entre las más estudiadas se encuentran el ruido, las temperaturas extremas, la contaminación y la alta densidad social.

Baum, Singer y Baum (1981) hacen énfasis en el papel instrumental de los factores psicológicos, además de la valoración y afrontamiento entre eventos ambientales estresantes, así como a la posibilidad de acceso al control o de anticipación a la fuente estresora y el apoyo social como factores que mediatizan los efectos nocivos del estrés psicológico.

En el caso del impacto del ambiente edificado, Stokols (1978) circunscribe en su revisión ambientes residenciales, dormitorios y ambientes educativos; a éstos se agregaron ambientes institucionales, las poblaciones y las ciudades, así como algunos aspectos del quehacer arquitectónico. Este tema es muy importante, Osmond (1957 y Sommer, 1969; en Mercado, Urbina y Ortega, 1981) trabajaron en hospitales psiquiátricos, lo que condujo a la clasificación de los ambientes en sociófugos y sociópetos.

- Modo Evaluativo (reactivo-cognoscitivo): Este campo se clasifica en evaluación física, social o sociofísica:
 - Evaluación física.- Se refiere a la calidad percibida en edificios y paisajes, así como el agua, aire y ruido.
 - Evaluación social.- Compete a climas interpersonales en ambientes organizacionales e institucionales.
 - Evaluación sociofísica.- Apreciación cualitativa de hogares, vecindarios y al impacto en la comunidad de las intervenciones sociales y tecnológicas. Moss (1974, 1976, 1979, 1981; Moos y Smail, 1974; en Mercado, et al. 1981) en sus estudios ha difundido ampliamente lo que designa como las Escalas de clima social, de las cuales ha construido nueve, que se aplican a cuatro grandes categorías ambientales:
 - Ambientes terapéuticos (hospitales, comunidades terapéuticas)
 - Instituciones totales (correccionales, prisiones, cuarteles)
 - Ambientes escolares (salones de clase, dormitorios escolares)
 - Ambientes comunitarios (familias, industrias)

Una consideración importante para la investigación en el futuro inmediato con respecto a relación hombre-ambiente, es la de ligar, conceptual y empíricamente, los diferentes modos de transacción y describir sus modos de ocurrencia dentro y a través de diferentes ambientes.

Es así como se considera que a la luz de crecientes demandas y tendencias futuras la psicología ambiental se encuentra desarrollando investigación sobre el estrés y factores estresantes.

2.4.2 Perspectiva teórica ajuste ambiente-persona

Dado lo complejo del concepto de estrés, otra aproximación teórica a revisar es la de Kaminoff y Proshansky (1982). Esta teoría examina la tradición individualista y molecular del análisis del entorno. En ella se analiza la percepción y la cognición como vitales y además de ser mecanismos de ajuste a las necesidades de adaptación de las personas y lo que concierne al ambiente y el ajuste ambiente-persona. Esta teoría enfatiza el impacto del ambiente y cómo es que acomoda, facilita o apoya las conductas y necesidades relevantes de la persona o usuarios que lo utilizan.

De las principales aportaciones de esta teoría es la definición del máximo ajuste de la relación del individuo con su ambiente o entorno en el que el individuo o grupo, obtiene sus metas con el máximo apoyo y la mínima interferencia de parte del ambiente físico, de forma contraria con el mínimo ajuste las personas reciben el menor apoyo y la máxima interferencia del ambiente.

Otra de las aportaciones en términos empíricos a considerar de esta teoría es la carencia de ajuste entre las propiedades del ambiente físico y las necesidades de los usuarios de ahí que se enfatice la importancia que tiene el ambiente al inducir el estrés y generar demandas que exceden su capacidad de afrontamiento lo que impide el logro de los objetivos en el ambiente. Por lo tanto el ambiente que se percibe de los

hospitales y el grado de carencia de ajuste puede inducir estrés en los pacientes y la forma como de acuerdo a sus necesidades personales intentan disminuir significativamente estas discrepancias. Lo anterior genera tres clases de determinantes en esta compleja interacción:

1. Propiedades del ambiente físico
2. Características del sistema social
3. Atributos del individuo.

De ahí que no se estudia de manera segmentada el ambiente sino en conjunto y se evalúa la compatibilidad de los escenarios físicos con las especificaciones o requerimientos personales, sus metas, y la capacidad de los ambientes como sistemas sociofísicos y sus normas de operación así como el grado de ajuste o desajuste y sus implicaciones en términos de suficiencia o insuficiencia para cubrir las expectativas y/o necesidades para lo cual fueron creadas (Ortega, et al. 2005).

En ese sentido Evans y Cohen (1987) refieren que el estrés se genera cuando hay un desequilibrio de las demandas del ambiente y los recursos, reconocen que es un proceso dinámico que depende en gran medida de los distintos recursos de afrontamiento.

Se entiende que en el proceso transaccional entre el ambiente y el comportamiento humano en gran medida se ha visto afectado por diversas investigaciones tanto psicológicas, como sociológicas además de factores personales, y organizacionales que influyen a su vez en el proceso de estrés y afrontamiento.

Por otro lado señalan que todos los sistemas biológicos tienden a autorregularse en el contexto tan cambiante junto con las demandas ambientales. Por lo que para comprender las respuestas humanas a tales demandas, se requieren

conocimientos tanto de los procesos individuales como de las características ambientales de los lugares que habitamos.

Un aspecto específico a considerar por estos autores es que los estresores ambientales son comúnmente aversivos, primariamente no controlables y depende de las variables duración, periodicidad e intensidad por lo que necesitan regularse para mantenerlos bajos y que no afecten el funcionamiento de la salud humana, ya que dependiendo de la duración y periodicidad de los estresores pueden tener importante influencia en el bienestar y la salud humana.

El estrés se produce cuando los estímulos percibidos del ambiente agravan o superan probablemente la capacidad de afrontamiento personal. Por lo que los psicólogos ambientales han aceptado la perspectiva de la interacción (Evans y Cohen, 1987) y señalan que se enfatiza que el estrés ambiental es fundamentalmente un concepto relacional.

Por otra parte mencionan que el estrés significa un desequilibrio entre las oportunidades ambientales, los objetivos particulares y capacidades para hacer frente a ese desequilibrio (Baum, Singer y Baum, 1981; Calan, 1982; Carson y Driver, 1970; Evans, 1982; French, Rodgers y Cobb, 1974; Lazarus y Cohen, 1977; Mc Grath, 1976; Stokols, 1979; en Evans y Cohen, 1987). En conclusión señalan que están a favor de este punto de vista, porque abarca los principales componentes de la interfaz organismo-ambiente.

Refieren que no están argumentando que las características de estímulo son más importantes que algunos otros factores que influyen en la dinámica del estrés y el proceso de mediación de la persona con el ambiente. Las metas llaman la atención de diversos aspectos de los entornos físicos en los que cotidianamente trabajamos ya que directamente pueden generar estrés.

2.4.3 Modelos de estresores ambientales

Baum, et al. (1981) consideran que el estrés es un proceso mediante el cual los eventos ambientales se perciben como estresores, por lo que amenazan la existencia del organismo y su bienestar, por lo cual el organismo responde a la amenaza.

El proceso de adaptación a los estresores es una actividad común, lo que significa que a veces esos cambios sean mínimos y en otras estos cambios pueden ser amenazadores e incluso hasta severos.

Según Gifford (1997) existen algunas teorías en psicología ambiental que postulan que regularmente los individuos tratan de ajustarse. Se han propuesto estas teorías y se han dividido en dos grandes categorías. Un grupo se centra en la estimulación y la otra se centra en el control.

De estas se han generado dos modelos básicos de estrés que predominan hoy en día. Uno de los modelos enfatiza respuestas fisiológicas; otro de los modelos promueve respuestas psicológicas (Evans, 1982; en Gifford, 1997). Del lado fisiológico, Selye (1976) describió por primera vez el síndrome general de adaptación, un patrón de reacciones corporales que sigue siendo similar incluso cuando la fuente específica de la tensión varía. Las glándulas pituitarias y adrenales responden a factores de estrés en una secuencia particular: alarma, resistencia y agotamiento.

El aspecto psicológico del estrés se ha estudiado durante mucho tiempo por Lazarus (1966; en Gifford, 1997), quien destaca el papel de la evaluación cognitiva, es decir, los efectos de evaluar la gravedad de la situación y hacer frente al estrés. Por lo tanto, el significado del factor de estrés se convierte en un factor importante.

Refiere este autor que un segundo grupo de teorías en psicología ambiental están integradas por el énfasis en el control en lugar de estimulación. Podemos

adaptarnos a un cierto nivel de estimulación y a veces enfrentarnos con muy poco o demasiada estimulación. Otra consideración obviamente importante es la cantidad de control que tenemos sobre la estimulación ambiental.

Las teorías del control personal (Barnes, 1981; en Gifford, 1997) han sido desarrolladas tomando en cuenta los efectos de la capacidad de influir en los patrones de estimulación. Como por ejemplo, la falta de control a menudo conduce a la reactancia psicológica (Brehm, 1966; en Gifford, 1997) y el intento de recuperar la libertad se ha perdido. Las personas que llegan a la conclusión de que el control es difícil o imposible de recuperar, pueden sucumbir a la indefensión aprendida o impotencia (Seligman, 1975; en Gifford, 1997), es decir tener la convicción que ninguna cantidad de esfuerzo puede tener éxito en la superación de una situación desagradable por muy dolorosa que sea. Por lo que tratamos de lograr un control personal a través de varios mecanismos de regulación de límites (Altman, 1975; en Gifford, 1997; Evans y Cohen, 1987) como es el espacio personal y la territorialidad.

Por otro lado se desarrolló una tercera formulación teórica importante, la cual se basa en el concepto de comportamiento de fijación (Barker, 1968; Wicker, 1979; en Gifford, 1997) es decir la noción de patrones consistentes, prescritos de comportamiento llamados programas.

Un cuarto grupo de teóricos han buscado un modelo que captura toda la complejidad de las relaciones persona-entorno cotidiano. Estas aproximaciones en conjunto pueden llamarse teorías integrales y son intentos de capturar toda la esencia interrelacionada de las relaciones persona-ambiente.

Por ultimo una quinta perspectiva teórica es el enfoque operante usado por algunos psicólogos ambientales (Geller, 1987; en Gifford, 1997). Este enfoque se basa en los principios de Skinner, y su objetivo es modificar el comportamiento de los individuos cuyo comportamiento está contribuyendo a una problemática ambiental.

Lo anterior denota que la psicología ambiental parte de múltiples paradigmas y el uso de múltiples métodos para acercarse al conocimiento y la investigación, además de reconocer que el comportamiento del sujeto recibe muchas influencias.

Respecto a esto último Evans y Cohen (1987) mencionan que además de los modelos de estrés procesual descritos existen otros modelos que se derivan de la investigación en tradición psicológica, estos modelos se basan principalmente de la tradición psicológica, sin embargo algunos de ellos muestran mayor influencia que la tradición fisiológica como son:

2.4.3.1 Niveles de estimulación

Esta es una de las explicaciones más comunes acerca de los efectos de los estresores que han producido los estímulos e informan acerca del modelo de sobrecarga-privación sensorial.

La hipótesis de este modelo plantea la función de la U invertida, por lo que postula que cuando la estimulación es excesiva con sobrecarga o lo contrario muy poca (privación sensorial) se produce el estrés. Las variables físicas relacionadas con la estimulación y la sobrecarga incluyen la intensidad de estimulación, la complejidad o variedad de la estimulación, novedad, ambigüedad, conflicto o recursos inconsistentes de información, y finalmente inestabilidad o cambio (Berlyne, 1960, 1971; Fiske y Maddi, 1961; Mehrabian y Russell, 1974; Wohwill, 1974; en Evans y Cohen, 1987).

2.4.3.2 Adaptación y afrontamiento

Otra perspectiva que provee el entendimiento del estrés ambiental son los aspectos psicológicos de las capacidades adaptativas humanas, estos modelos de estrés ambiental señala que las personas tienen una gran cantidad de recursos de

afrontamiento lo que les permite mantenerse en equilibrio ante ciertas condiciones ambientales adversas.

De acuerdo con esta teoría de adaptación refiere que los estándares de juicio sobre los estímulos físicos cambian de acuerdo con las experiencias previas. Por otro lado menciona que la exposición prolongada a un estímulo intenso causará un proceso de habituación.

2.4.3.3 Predictibilidad

Desde la perspectiva de este modelo Evans y Cohen (1987) refieren que los estresores imprevisibles distraen en el caso del ruido para concentrarse en las tareas complejas, si el individuo considera que puede controlar algún factor ambiental que le causa alguna molestia, las consecuencias negativas por estrés suelen ser menores. La percepción de control sobre el ambiente puede influir en el estrés.

Por lo que se podría decir que el control puede funcionar como un mediador situacional al proceso estresante.

2.4.3.4 Modelos de sistemas

La perspectiva psicológica del estrés enfatiza el balance dinámico entre las demandas ambientales y las habilidades del organismo para afrontar esas demandas. El estrés ocurre cuando las oportunidades ambientales son insuficientes para satisfacer necesidades o metas ya sean personales o grupales.

En ese sentido refieren que los modelos ecológicos de conducta espacial han adoptado la visión sistémica al dar énfasis a la relación entre el número de gente en un escenario y el número de roles necesitados. De ahí que cuando existen mayor

número de personas que las requeridas, se propicia el hacinamiento, el cual surge ante el sentimiento de no ser necesitado en la organización (Evans y Cohen, 1987).

En conclusión las teorías descritas anteriormente son de mucha utilidad para llevar a cabo el proceso de investigación ya que se requieren de modelos que faciliten su comprensión.

2.5 Estrés hospitalario

Evans y Mitchell (1998) enfatizan que las personas pasan más del 90% de sus vidas al interior de los edificios. Ahora se sabe mucho más acerca de cómo las condiciones ambientales afectan la salud humana y cómo el entorno sanitario influye en la conducta. No es una prueba directa de cómo las características del entorno construido puede afectar la salud humana, estos autores investigaron sobre las propiedades del entorno construido que pueden afectar potencialmente y negativamente la salud humana. Al respecto señalan que la heurística puede proporcionar una idea y el concepto de estrés (Saegert, 1976; Zimring, 1982; en Evans y Mitchell 1998, Evans y Cohen, 1987, Cohen, Kessler y Underwood, 1997).

El estrés ambiental puede ser percibido en el contexto hospitalario como un problema debido a su multicausalidad, en tanto que se pretende que al ingresar a un hospital un paciente se recupere, no se enferme más de lo que ya está. La siguiente revisión responde a examinar holísticamente el problema desde una perspectiva ambientalista.

La importancia de estudiarlo es para comprender el papel que ejerce el ambiente hospitalario en el usuario, particularmente es una aproximación al paciente, se revisará en el contexto del proceso salud-enfermedad. Por lo que a continuación se presenta un análisis de diversos autores respecto al estrés, así como estresores

psicoambientales en escenarios hospitalarios y sus efectos en la conducta del individuo.

La definición que proporcionan Rodríguez y Zurriaga (1997 p. 37) es:

“Al proceso dinámico de intercurso entre la extensión y el tipo de los estresores que impactan sobre el individuo y los recursos adaptativos o de apoyo en los cuales la persona se enfrenta a sus circunstancias”.

Por lo que el estrés puede provocar directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud. También puede influir sobre la salud de una forma más indirecta a través de conductas no saludables (como son estrategias de afrontamiento nocivas como fumar, beber alcohol, conductas de riesgo) o bien inhibir conductas relacionadas con la salud, como el ejercicio físico.

Los comportamientos asociados con la salud han sido definidos como componentes de una vía a través de la cual variables ambientales y personales pueden afectar a los mecanismos fisiológicos e incrementar el riesgo de enfermar. Es decir bajo situaciones estresantes puede provocarse reducción de conductas favorables para la salud y un aumento de conductas dañinas para ésta. Se ha visto de igual forma que el apoyo social proporcionado por el grupo de amigos o un club social, disminuye la frecuencia de conductas no saludables y aumenta las saludables como son hacer más ejercicio físico y evitar el uso de estimulantes. Por otro lado las variables disposicionales han sido asociadas a la práctica de conductas nocivas para la salud (Ibáñez, 1989; en Rodríguez y Zurriaga, 1997).

La conducta tipo “A” se ha relacionado con el consumo elevado de alcohol y con el hábito de fumar y el neuroticismo parece correlacionar negativamente con la práctica continuada del ejercicio físico. Recientemente se han desarrollado algunas líneas teóricas y de investigación que enfatizan los determinantes personales de las conductas de salud.

Bajo esta perspectiva la hospitalización por enfermedad física es una experiencia que se presenta en un contexto muy específico y es una situación que por sí misma plantea situaciones que para el paciente pone en juego los recursos que posee y genera disfuncionalidad. Existen situaciones consideradas específicas como son la sala de cuidados intensivos o intervenciones quirúrgicas, que aparecen como factores estresores adicionales al acontecimiento mismo de la hospitalización y la situación de estar hospitalizado (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

A la luz de la investigación actual y los cambios más recientes en el diseño de hospitales se ven como grandes estructuras especializadas y complejas, con una gran variedad de tipos de pacientes y profesionistas que desarrollan sus actividades laborales en ellas.

Desde que se introdujo el término estrés en el ámbito de las ciencias de la salud, generó debates y al analizar su impacto en el paciente, la discusión gira en la respuesta de una macro-estructura social, cuya estructura y funcionalidad pueden originar y sostener pautas de conflicto, confusión y distrés, lo que genera disfuncionalidad y poca eficacia en los pacientes (Rodríguez, Reig y Mira, 1987; en Latorre, 1981).

Al considerar los efectos psicológicos del estrés durante la hospitalización en los pacientes se examinarán los estresores y los recursos para identificar el ciclo de afrontamiento y control para poder establecer los efectos tanto fisiológicos como psicosociales, lo que a su vez permitirá analizar diferentes niveles de atención, líneas de acción y posibles intervenciones a futuro.

2.5.1 Estrés y diseño ambiental en hospitales

De la revisión de la literatura se desprende que el efecto del estrés fue lentamente imponiéndose y terminó por dominar el campo de la psicología ambiental,

al respecto algunos autores (Cohen, et al. 1997; Evans y Michell,1998; Moos y Schaefer, 1987; Newman, 1984, Rachman y Phillips, 1978, Shumaker y Reizenstein, 1982, Sommer y Dewar, 1963, Taylor, 1979; Winkel y Holahan, 1985; en Shumaker y Pequegnat, 1989; Proshansky, Ittelson y Rivlin, 1978; Ulrich et al. 2004) resaltan el papel del diseño ambiental y los efectos sobre los individuos, incluyendo las estrategias para medirlo, así como los niveles de la interacción social y la orientación espacial. Zimring (1981) propuso que la estructura y el diseño del ambiente generan estrés.

Respecto a la evaluación del estrés Volicer (1978) desarrolló una Escala para medir el estrés, la cual aplicó en la experiencia de hospitalización a 535 pacientes intervenidos médica y quirúrgicamente en un hospital comunitario. Así mismo solicitó a los pacientes que calificarán el dolor que estaban experimentando y empleó un inventario de recuperación para que los pacientes registraran mediante auto-informes su estado físico, durante la hospitalización y después de la misma. Se llevó un control estadístico de las características del paciente y se correlacionó con los auto-informes de dolor y el estado físico, se concluyó que se apreciaron asociaciones entre el estrés hospital y estas variables. Cabe mencionar que los pacientes con puntuaciones altas en estrés del hospital reportaron más dolor, menor mejoría del estado físico durante la hospitalización, y también menor mejoría tras el alta de los pacientes cuya puntuación fue baja con el estrés hospitalario.

Razón por la cual los pacientes de Alemania hoy en día prefieran elegir el hospital donde decidan permanecer para recibir su tratamiento como es el caso expuesto por Leister y Stausberg (2000; en Volicer, 1978) en el cual los pacientes deciden sobre los servicios hospitalarios. Dado lo anterior, la comprensión de los criterios de selección de hospital, es importante. En la investigación realizada examinaron los antecedentes de la selección del hospital empleando una metodología conjunta con respecto a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los criterios de elección pertinentes?
2. ¿Qué criterios reciben una mayor importancia?
3. ¿Cuáles son las diferencias entre los pacientes con seguro privado y el obligatorio?
4. ¿Cuáles son las diferencias entre los hospitales con respecto a su tamaño?
5. ¿Cuáles son las diferencias que existen entre pacientes mujeres y hombres?

Cabe mencionar que tanto la pertinencia como la importancia de los criterios preseleccionados se establecieron a través de dos análisis conjuntos. Las conclusiones arrojaron que la experiencia es más importante, seguido de remisión por el médico general, el sistema de gestión de la calidad certificado, la cobertura de prensa positiva, la recomendación de familiares y conocidos y la distancia al hospital.

También se encontró que el diseño del área de recepción y la amabilidad del personal, así como la calidad de la web y el informe de calidad publicados son menos relevantes. También, para algunos criterios se encontraron discrepancias notables entre los pacientes de ambos sexos y entre los pacientes con diferentes pólizas de seguros.

Es así como el diseño ambiental se concibe como un sistema psicosocial donde los elementos interactúan complejamente y guían la estructura social, las metas y necesidades. Específicamente este autor habla del arreglo del espacio, diseño de los sistemas de circulación y planeación del lugar (Zimring, 1981).

Zimring (1981) hizo una revisión del estrés como resultado de una interacción dinámica de personas en el ambiente: el estrés viene a producir una inadaptación o desajuste entre las necesidades individuales y los atributos del ambiente. Plantea que dicha severidad a la larga produce consecuencias para el individuo, pudiendo ser

aguda y crónica, analizó la naturaleza de esas estrategias disponibles para afrontar el estrés y resolverlo.

La regulación entre ambos es afectada por las características propias del individuo y el diseño del ambiente (situación, necesidades del individuo-cognitivas, social- separación, intimidad, información y desempeño de tareas-).

Este autor señala que cuando se perciben alteraciones, el individuo se frustra y adopta una estrategia de adaptación (mecanismos de adaptación, considerando los diferentes tipos de vulnerabilidad, de personalidad del individuo, activación y vulnerabilidad a las enfermedades) la cual es influenciada por la calidad de la situación, la experiencia previa y algunas otras influencias.

Postula que en segundo lugar el diseño del ambiente físico afecta a la persona tanto directa como indirectamente por el logro o no de las metas de las personas (de manera directa la relación entre temperatura y tareas, arreglo del espacio y eficiencia, tamaño de los espacios que quizás frustre las metas de los usuarios).

También señala que el diseño de ambientes de manera indirecta afecta a la persona (en una clara transición entre los espacios públicos y los privados, la necesidad de privacidad de los ocupantes de un área suburbana). Adicionalmente identifica la influencia entre el ambiente y los individuos, así como el proceso de adaptación, estrategias de afrontamiento o mecanismos que se emplean en el afrontamiento, como por ejemplo, al cambiar (Zimring, 1981).

- Las necesidades intrapersonales.
- La situación.

Por otro lado el diseño ambiental afecta específicamente la segunda estrategia por lo que un diseño apropiado quizás produzca un cambio en la situación, en el

escenario o directamente en el control del ambiente, por ejemplo en una oficina dependiendo de las demandas y el tipo de tareas que desempeña la persona y en el caso de requerir más atención en la tarea en virtud de que el ruido le distrae. Este autor señala que el diseño ambiental afecta la interacción social de dos formas:

- Puede proveer un escenario apropiado o inapropiado de acuerdo al nivel de interacción.
- Durante el proceso se puede alterar la interacción y se dificulta por lo que puede afectar la percepción real o control de la gente, logrando un apropiado nivel de interacción.

Zimring (1981) señala que existe una estrecha relación entre el estrés y la interacción social por lo que tiene diversas implicaciones en el diseño ambiental. Postula que el diseño ambiental incrementa la predictibilidad de interacción, el control incrementa la interacción por lo que se reduce el estrés. La predictibilidad quizá se incrementa por dos formas:

- Número de usuarios potenciales en espacio reducidos.
- Diseño del espacio donde quizás interactúe el sistema social.

Richart, Cabrero y Reig (1993) investigaron los estresores hospitalarios e identificaron que tanto el ambiente y los procedimientos usados en los tratamientos generan estrés y se preguntaron ¿cómo es que perciben las personas la experiencia de hospitalización? y ¿Qué factores precipitan la naturaleza generadora del estrés en la hospitalización?

Estos autores mencionan que Volicer y Bohannon (1974, 1975; en Richart, et al. 1993) desarrollaron una escala de estimación del estrés hospitalario y una lista amplia de experiencias que pueden producir estrés en los hospitales. Los resultados

obtenidos señalan que los eventos más estresantes se agrupaban de la siguiente forma:

- La posibilidad de padecer una enfermedad grave o la pérdida de algún sentido u órgano.
- La falta de información sobre la propia condición.
- Dolor y disconfort.

Se encontró que lo que menos estrés generaba tenía que ver con algunas circunstancias y rutinas hospitalarias como por ejemplo compartir la habitación, horario de comidas, bata del hospital, aparatos extraños alrededor, recibir ayuda para bañarse o para orinar, tener que permanecer en la cama todo el día.

Por otro lado Richart et al. (1993) concluyen que el grado de acuerdo fue alto entre hombres y mujeres, pacientes quirúrgicos y médicos y grupos de enfermos con distinta patología. Así mismo refieren que en posteriores investigaciones con otras muestras de pacientes (de cirugía de bypass cardiaco con alto nivel educativo y profesional) coincidieron con los trabajos de Volicer, respecto a que la gravedad del problema como es la cirugía sobre un órgano vital era el primer estresor, ocupando un lugar importante y el tercero también como es el dolor y el disconfort.

Descubrieron que diferían en que en el segundo estresor aparecía la preocupación por alcanzar el nivel de vida previo, los progresos de la recuperación y el incremento de la actividad.

2.5.2 Estresores ambientales hospitalarios

Los estresores ambientales se han asociado a diversos factores físicos, sociales y biológicos. Por lo que se presenta evidencia en torno a la explicación de las

variables físicas, lo que posibilitará la comprensión de la interrelación de estos factores en el ambiente hospitalario.

Evans y Cohen (1987) mencionan que una forma de comprender la relación entre el ambiente y la conducta humana es analizando las condiciones ambientales y su capacidad para interferir en el óptimo funcionamiento. Es así como dependiendo de estas condiciones el concepto de estrés ha sido empleado para especificar las características que pueden generar tanto psicológica como fisiológicamente el disconfort y en algunos casos predisponen a la enfermedad.

De ahí que evaluaciones individuales de la amenaza potencial de daño de ambiental y la disposición de los recursos de afrontamiento eficaces; en gran medida determinan las condiciones ambientales que afectan la salud humana y el bienestar.

En relación con los estresores ambientales y su efecto en la conducta humana, consideran los siguientes factores: ruido, hacinamiento, calor, contaminación ambiental. Los cuales se revisarán a continuación (Evans y Cohen, 1987):

2.5.2.1 Ruido

Por lo que plantean que dependiendo del ruido y sus características, como son la intensidad, frecuencia, periodicidad (continuo o intermitente), duración (agudo o crónico) varían los efectos, sin embargo se han encontrado evidencias fisiológicas que revelan que la exposición al ruido, incrementa las catecolaminas, eleva la presión sanguínea e incrementa los coeficientes del corazón y la conductancia de la piel (Cohen & Weinstein, 1982; Glass & Singer, 1972, MacLean & Tarnopolsky, 1977; en Evans & Cohen, 1987).

Los niveles de más de 90 db. interfieren con algunas tareas, se ha observado decremento en tareas secundarias, además de que el ruido interfiere con ciertas

tareas y con procesos psicológicos tales como la atención y/o vigilancia sostenida, reducción de procesos de memoria en forma compleja, deficiente comprensión, también afecta las relaciones interpersonales provocando agresión, hostilidad, y desempeño negativo.

En una revisión de las evidencias del ruido, se encontró que existe conexión entre el ruido y desordenes cardiovasculares en trabajadores (Welch, 1979; en Evans & Cohen, 1987), en otros estudios se asociaron la exposición al ruido en residencias y se encontraron alteraciones cardiacas, como efectos de la exposición al ruido crónico.

2.5.2.2 Hacinamiento, densidad y privacidad

Stokols (1972; en Evans y Cohen, 1987) distingue la densidad, como una medida física que hace referencia al número de personas por unidad de espacio (ej. un cuarto, un acre o una milla cuadrada). Por otra parte el hacinamiento es un estado psicológico que ocurre cuando las necesidades del espacio exceden el disponible. Al respecto Evans y Cohen (1987) mencionan que pocos estudios han medido en términos fisiológicos (niveles endocrinos) la densidad.

Se encontró que las catecolaminas se elevaron durante el hacinamiento además de los niveles de cortisol en dormitorios de alta densidad en personas que viajan diariamente en tren en Suecia. Otros estudios identificaron que cuando se eleva la densidad también se incrementa la presión sanguínea e índices cardiacos, así como la conductancia de la piel o los coeficientes de respiración y tensión muscular.

Por otro lado señalan que el hacinamiento frecuentemente se acompaña de efecto negativo como son los reportes de tensión, ansiedad y estrés (Baum y Paulus; en Evans y Cohen, 1987). También hay evidencias de género en reacciones agresivas en ambientes hacinados. Las conductas interpersonales negativas son mucho más frecuentes en hombres que entre mujeres con hacinamiento.

2.5.2.3 Calor

En respuesta a las situaciones de estrés la percepción de la temperatura se eleva, es decir aumenta la relación entre la temperatura externa ambiental y el cuerpo (Evans y Cohen, 1987).

En este sentido la termorregulación del cuerpo humano se mantiene en un rango de 37° C, si se excede esta temperatura se presentan serios desordenes e irrumpen produciendo agotamiento por calor, llegando quizás a presentarse la muerte. Otros factores que afectan el cambio de temperatura atmosférica producen alteraciones en la salud y bienestar el individuo por lo que se considera conveniente medir la humedad ambiental. Los efectos psicológicos afectados por el centro del mecanismo de termorregulación y los cambios en la temperatura ambiental, son monitoreados por células termosensitivas en la piel, las cuales retroalimentan la corteza e inervan al hipotálamo. Esto es cíclico, una vez que eleva la presión sanguínea, se produce vasodilatación periférica.

De lo anterior se han encontrado serias consecuencias fisiológicas como la alteración de los índices del corazón y la conductancia de la piel, las excesivas demandas en el sistema de termorregulación podrían generar un ataque cardiaco, particularmente en las personas de mayor edad. Por otro lado estos autores señalan que mientras esto sucede, algunas de las respuestas fisiológicas producen respuestas de estrés debido a los cambios entre el cuerpo y el ambiente. Hay pocos datos de respuestas endocrinas ante el estrés por calor. Así mismo refieren que hay pocas evidencias de la tensión muscular y alteraciones respiratorias bajo condiciones de calor.

Un estudio que permitió determinar los efectos del calor fueron los de Serrata (1996), este autor explicó el recuerdo inmediato de conferencias grabadas en video en estudiantes universitarios de 18 a 25 años de edad, de la Universidad de Texas en

College Brownsville y Texas Southmost PSYC y concluyó que la gente se siente incómoda e irritable cuando percibe mucho calor en el ambiente. El estrés térmico, es una forma de calor extremo, se ha estudiado mediante el examen de la respuesta humana, bajo estas condiciones ambientales y de esta manera, los científicos esperan obtener una mejor comprensión de cómo el cuerpo humano y la mente reaccionan a condiciones ambientales adversas y adaptarse a estas circunstancias y alrededores (Hancock, 1986; Bell, 1981; en Serrata, 1996).

Muchos estudios de este tipo se han enfocado en el estrés térmico y el rendimiento humano en el ambiente de trabajo (Bell, 1981; Bonete, 1990; Enander y Hygge, 1990; Hancock, 1986; Meese, et al. 1984; en Serrata, 1996). Por lo que un aumento de la temperatura ambiente produce estrés en el trabajo. Los investigadores parecen coincidir en que la temperatura central del cuerpo está íntimamente ligado a la percepción de calor o frío

Algunos investigadores como Pepler y Warner (1968; en Serrata, 1996) han manejado experimentalmente durante la aplicación de pruebas a las personas en tareas cognitivas y mentales. La temperatura ambiente para inducir estrés por calor, Había estudiantes universitarios y se efectuó un estudio de autoaprendizaje de texto programados durante la exposición a seis diferentes niveles de temperatura que van desde 16,7 hasta 33.3 ° C a 45% de humedad relativa.

Bell y Greene (1982; en Serrata, 1996) examinaron tres efectos para interpretar el estrés térmico en el rendimiento: la atención es uno de ellos; junto con la temperatura corporal y la excitación. En la teoría con respecto a la atención, mencionan que la sobrecarga de información se genera cuando la demanda de atención es superior a la capacidad de procesamiento de información limitada y disponible. Esta situación sería más probable que ocurra cuando un estresor ambiental esté presente. Por lo tanto, según esta teoría, en los cambios de tareas el rendimiento es bajo y el estrés térmico promueve la adaptabilidad de las estrategias

cognitivas para completar la tarea (Cohen, et al. 1986; en Serrata, 1996). Desafortunadamente, poca investigación se ha realizado sobre los efectos del estrés térmico en las tareas cognitivas y mentales.

Enander y Hygge (1990) refieren que en muchos entornos de trabajo el estrés térmico afecta el rendimiento humano, hay pruebas de que puede influir negativamente en varios aspectos sobre el rendimiento y comportamiento.

Encontraron que los efectos del estrés de un ambiente térmico definido pueden modificarse de acuerdo a varias características individuales de las personas, por ejemplo, edad, sexo, estado físico, etc. Se compararon diferentes estudios, emplearon diversos métodos para lograr el estrés térmico, como por ejemplo diversas temperaturas, velocidad del viento, el trabajo físico o sumergir el cuerpo en agua fría o tibia. Se midieron las distintas reacciones fisiológicas, a menudo es necesario antes de la revelación de tensión térmica. Si bien algunas medidas de la ejecución más simples parecen estar relativamente bien relacionadas con los cambios fisiológicos, a resultado mucho más difícil establecer relaciones entre los índices fisiológicos o medidas de estrés térmico y las tareas mentales y/o cognitivas (Enander y Hygge, 1990).

Estos autores concluyen que el desarrollo teórico reciente en el área de estrés térmico y el rendimiento implica la comprensión de un alejamiento de conceptos unidimensionales individuales tales como temperatura corporal, la excitación, o distracción como el estímulo o mecanismo mediático hacia los movimientos o conceptos más diferenciados como la temperatura, la dinámica, la estática del cuerpo o perfiles de efectos térmicos con respecto al estado de alerta, la selectividad, la velocidad, la precisión y la memoria a corto plazo.

Estas características son el intento de relacionar el perfil de estrés térmico con otros factores estresantes, tales como ruidos, hora del día, pérdida del sueño y el

aburrimiento. De esta manera se pretende una integración de efectos en el comportamiento y los factores de estrés.

Por otra parte la complejidad de los hospitales y los nuevos perfiles de los pacientes ha generado un aspecto simbólico institucional que tendríamos que considerar en la evaluación de la calidad de la atención médica y de enfermería, lo anterior derivado de las demandas que inciden en la atención a los pacientes y la búsqueda de los cuidados clínicos, funciones y la orientación a los objetivos y metas propuestas (Ortega, et al. 2005). A continuación se revisarán los indicadores con la finalidad de identificar los factores que inciden en la calidad del escenario en el que se proporcionan los servicios hospitalarios.

2.5.3 Evaluación del usuario como indicador de satisfacción de los servicios médicos y de enfermería, como generador de estrés

Por situaciones como el aspecto simbólico institucional se vuelve necesario reconocer la satisfacción del usuario para actuar sobre la calidad de la atención y la prestación de los servicios, por lo que un paciente informado y satisfecho está vinculado con los factores simbólicos ambientales. La satisfacción de los usuarios se encuentra estrechamente vinculada con la imagen que se desea transmitir a nivel institucional.

Ortega et al. (2005) menciona que la imagen simbólica en ocasiones envía mensajes negativos a los usuarios, familiares y/o visitantes en el aspecto de no ser bien recibidos o ambiguos que se interpretan como falta de pertenencia a algún lugar del hospital.

Lo importante de esto es la posibilidad de adaptarse o tener el control de los cambios en el ambiente, lo anterior depende de las evaluaciones y la habilidad para

generar nuevos cambios y reducir las discrepancias en el ambiente o las condiciones ambientales adversas que generen estrés o prolonguen o agraven la enfermedad.

A continuación se revisarán los indicadores con la finalidad de identificar los factores que inciden en la calidad del escenario en el que se proporcionan los servicios hospitalarios.

2.5.3.1 Nivel nacional

Desde la formulación del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se proponía mejorar la calidad de los servicios y abatir las desigualdades por entidades, instituciones y niveles de atención, lo que permitirá garantizar un trato digno y confiable a los usuarios, proporcionándoles información completa y atención oportuna.

Posteriormente con en el Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018 se plantea que el instrumento para llevar a cabo las estrategias y acciones que se proponen alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Programa Sectorial de Salud, 2013-2018 y en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes (2014), por lo anterior se resalta el esfuerzo que se llevará a cabo para progresar en el ámbito de la salud, lo que admite entre otros aspectos, la aplicación de normas y procedimientos en las instituciones con un sentido centrado en la calidad de la atención y reducir la brechas en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales.

Para hacer realidad esos proyectos, México deberá de contar con un Sistema de Salud que responda precisamente con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los usuarios, lo que permitirá ampliar sus posibilidades de elección, y que cuente con instancias eficaces para las quejas y mecanismos de participación para la toma de decisiones. En ese sentido el Sistema Nacional de Salud tiene aún

retos a superar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad.

Por lo que resulta necesario avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y es por ello que se encomendó a través de CONAMED, coordinar estos esfuerzos institucionales. En él se plantean los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención lo que generó el diseño de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y que a continuación se describe (CONAMED, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, 2014) como se muestra en la figura 7:

Figura 7. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes (2014)

Recibir atención médica adecuada
El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia con otro médico.
Recibir trato digno y respetuoso
El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
Decidir libremente sobre su atención
El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte a sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso a la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos en ley.

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Recibir atención médica en caso de urgencia

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Contar con un expediente clínico

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Esquema adaptado con información de la CONAMED.
Carta de los Derechos de los Pacientes (2014). Elaboración propia.

2.5.3.2 Nivel internacional

El estudio la calidad en los servicios médicos surgió por diversos autores entre los que se encuentran Donabedian (1990) Jiménez y Villegas, et al. (2003) quienes destacan la importancia de la satisfacción del usuario en instituciones de salud como indicador de calidad, señalando que la gestión del cuidado de la salud involucra un proceso en el cual la gestión de enfermería moviliza diversos recursos humanos y del entorno, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que vive experiencias relacionadas con la alteración de la salud y percibe constantemente la interacción enfermera-entorno-paciente en la provisión del cuidado en un sistema hospitalario o en la comunidad.

Donabedian (1990) describió y evaluó los métodos actuales en la prestación de servicios por lo que valoró la calidad de la medicina, atención y sugirió algunas orientaciones para su estudio. Señaló que es cuestión de los métodos en lugar de resultados, y con una evaluación de metodología en general, más que una crítica detallada de los métodos de estudios específicos y concluyó que no se trata de una revisión exhaustiva de la literatura pertinente.

En este caso se habla de la calidad por lo que este autor, trabajó casi exclusivamente con la evaluación de los médicos y el proceso de atención a nivel de la interacción médico-paciente. Excluyó los procesos relacionados principalmente con la prestación efectiva de servicios médicos atención en el nivel de la comunidad.

Varios de los estudios realizados por este autor, surgieron de la necesidad urgente de evaluar y controlar la calidad de la atención en los programas organizados de atención médica. Sin embargo, los estudios se analizaron únicamente en términos de su contribución a los métodos de evaluación y no en términos de sus objetivos más amplios socialmente. Este autor se ha mantenido, en general, en el territorio familiar con los cuidados de salud a cargo de médicos y ha evitado las incursiones en otros

tipos de cuidado. Además, el problema de los derechos económicos y la eficiencia como una dimensión medible de la calidad ha sido excluido.

El estudio de la calidad y la evaluación debe basarse en un marco conceptual y operativo. El hecho de que la calidad de los servicios médicos y muchos de los problemas estén presentes fundamentalmente por la calidad de la atención, es más difícil de definir, ya que su déficit genera incomodidad y malestar en los usuarios. Quizás Lee y Jones (en Donabedian, 1990) consideran la calidad como atributos o propiedades del proceso de atención y como objetivos de ese proceso.

Opinan que los criterios de calidad no son más que juicios de valor que se aplican a varios aspectos, propiedades, ingredientes o las dimensiones de un proceso llamado atención médica. Como tal, la definición de la calidad puede ser un reflejo de los valores y los objetivos actuales en el sistema de atención médica y en el grupo social de la cual forma parte. Se considera la calidad como un valor organizacional del sistema de salud por lo que para su medición se hace indispensable la evaluación como una actividad para demostrar los resultados del proceso de atención para la salud. De ahí la importancia de efectuar monitoreo y seguimiento de los servicios de salud.

Para evaluar algunos indicadores de calidad de los servicios e identificar satisfacción de los usuarios y la calidad humana de la atención se ha encontrado como una línea de orientación que ejerce influencia en la manera como la gente evalúa la amabilidad del personal, rapidez y eficiencia del servicio, agilidad en los trámites y por lo tanto se siente tomado en cuenta (Kaminoff y Proshansky, 1982; Jiménez y Villegas et al. 2003; Suárez et al. 2004).

Otro objetivo de la evaluación es monitorear hospitales y cómo impacta la percepción del significado simbólico, en este caso en la confianza y seguridad que brinda la institución al usuario y calidad humana de la atención, que se brinda y la

interrelación con el entorno y de manera general como incide como generador de estrés.

En otros estudios realizados por Jiménez y Villegas, et al. (2003) y Ortega, et al. (2005) midieron como la gerencia de enfermería en las tres últimas décadas ha establecido varios programas encaminados a la mejora continua de los servicios de enfermería y se han emitidos estándares de cuidado que permiten unificar criterios y asegurar la calidad de la atención. La percepción del paciente y como recibe los servicios de salud reflejará un aspecto básico de la calidad sanitaria, además de proporcionar la atención de enfermería mediante servicios excelentes y en base a la evidencia.

A partir del estudio sistematizado del estrés realizado desde los años sesentas, los conceptos de afrontamiento y apoyo social surgieron como variables que amortiguan los efectos del estrés en la salud física y psicológica (McCrae, 1984; Holahan y Moos, 1985; Thoits, 1995; en Paredes, 2005), por lo que se revisarán en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

“Cuándo buscas llegar a la cima, para luego dedicarte a actividades que te den paz y tranquilidad, estás conservando el modelo que fragmenta bien-estar y productividad , sosteniendo el sufrimiento y el estrés que paradójicamente te alejan cada vez más de la cima”
Fernando Sáenz Ford

Para hacer alusión y afrontar el estrés ambiental en el hospital, se puede suscitar un subconjunto del más amplio rango de estilos o estrategias. La literatura ofrece diversos modelos para conceptualizar y categorizar las estrategias posibles y los investigadores se basan en modelos de afrontamiento vigentes.

Este apartado tiene como propósito revisar la literatura científica sobre el afrontamiento y el apoyo social como variables para contar con fundamentos teóricos y explicar las implicaciones que tiene sobre el bienestar personal y social de los usuarios a los servicios hospitalarios, además de ser una aproximación histórica al concepto y su evolución hasta llegar a ser un tema central en el proceso del estrés.

Lazarus y Folkman (1986; en Gaeta y Martín, 2008) formularon que ante un evento estresante solo se reacciona si el sujeto lo considera como tal. De tal modo que se ha encontrado que el afrontamiento el estrés es un proceso dinámico, interactivo y reactivo, mediado por la apreciación y el afrontamiento. Es decir el afrontamiento entendido como el conjunto de pensamientos, actos realistas y flexibles que solucionan problemas y que por lo tanto disminuyen el estrés (Lazarus y Folkman, 1991).

Estos autores explicaron que es a través de esta evaluación cognitiva que el individuo establece el significado o interpretación de un evento como estresante, y sin ella, no hay experiencia de estrés. Sólo si como resultado de la evaluación primaria un determinado evento es identificado como negativo, se pone en marcha el proceso- denominado evaluación secundaria- a través de la cual la persona evalúa los recursos disponibles de afrontamiento (los cuales pueden ser de carácter físico, psicológico y material).

Siendo esta interacción entre estas evaluaciones los que determinarán el grado de estrés, la calidad, la intensidad de la respuesta emocional, de tal forma que la respuesta de estrés está determinada por la interacción entre las condiciones

ambientales objetivas, la personalidad del individuo y sus expectativas respecto a su capacidad para hacerle frente a esta situación (Aguado, 2005; en Gaeta, et al., 2008).

Nuestra aproximación parte de los estudios que señalan que en la actualidad el afrontamiento alude al modo en que el individuo trata de adaptarse activamente o ajustarse a la situación (Monat y Lazarus, 1991; en Gaeta et al, 2008). Cabe mencionar que esta autora menciona que el afrontamiento como proceso se ha abordado desde tres perspectivas esenciales:

- Psicoanalítica
- La de los rasgos
- Interaccionista o transaccional

Este proceso de afrontar se refiere a que se han encontrado algunas transacciones psicológicas de las personas con su entorno, de ahí que el enfoque interaccionista define al afrontamiento como un proceso por el cual el individuo evalúa la situación y su preeminencia para ella en términos de amenaza o reto, evalúa los recursos y posibles respuestas que puede ofrecer y selecciona una de éstas respuestas con el propósito de lograr un cambio en dicha situación (Aguado, 2005; en Gaeta et al. 2008).

En este contexto el afrontamiento al estrés puede ser tanto conductual, a través de comportamientos activos que le permitan enfrentar la situación, como cognitivo, suponiendo reformulación o replanteamiento del modo en que se evalúa dicha situación. De esta forma el afrontamiento trata de asombrar la situación real, las percepciones de la misma, los deseos del individuo o la importancia atribuida a sus deseos.

Es así como concluye esta autora diciendo que ambos procesos evaluación y afrontamiento se influyen mutuamente. Es decir si en un intento de afrontamiento no

tiene éxito se iniciará una nueva evaluación para indagar nuevas estrategias de afrontamiento buscando entre las nuevas estrategias de afrontamiento entre los recursos disponibles (Edwards, 1988; en Gaeta et al. 2008).

3.1 Definiciones de afrontamiento al estrés

Se ha encontrado que el afrontamiento es un aspecto importante para la calidad de vida de las personas en general, en el presente estudio se ha abordado desde diferentes perspectivas, siendo un constructo de naturaleza cognitivo-conductual, multidimensional y multicondicionado, que presenta cierta estabilidad por la relación que mantiene con las variables de personalidad a la vez que dinámico en función de la situación. Estos autores mencionan que se puede decir que posee una naturaleza mixta (Begoña, Aguado y Alcedo 2008 p. 1).

A continuación nos enfocaremos a las definiciones del concepto de afrontamiento y que ha tenido importancia en el campo de la psicología desde la década de los cuarenta y cincuenta, y que han aportado diversos autores, con la finalidad de concretar dicho término por lo que Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991 p. 165).

Rodríguez (1995; en Ascencio, 2001) define el término afrontamiento cuya traducción al castellano es de la palabra “coping” y corresponde con la acción de afrontar, es decir encarar, hacer frente al enemigo, al peligro, responsabilidad, etc. un agente o acontecimiento estresante.

Por otro lado señala que el término se utiliza ampliamente en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y la adaptación que se hace en circunstancias

estresantes. Concluye diciendo que no hay definición comúnmente aceptada, ya que existen definiciones muy variadas desde que señalan patrones de actividades neuroendocrinas y autónomas, hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social.

Sandín (1995,1999, p. 87; en Tobón, Vinaccia y Sandín, 2004) define las estrategias de afrontamiento y señala que “son acciones conductuales y cognitivas que aplican las personas para hacer frente a las demandas estresantes, a la activación fisiológica y al malestar emocional asociado a la experiencia del estrés”.

Al respecto Araujo y Chadwick (en Ascencio, 2001) señalan que el afrontamiento tiene dos funciones fundamentales cuando la persona se enfrenta e intenta:

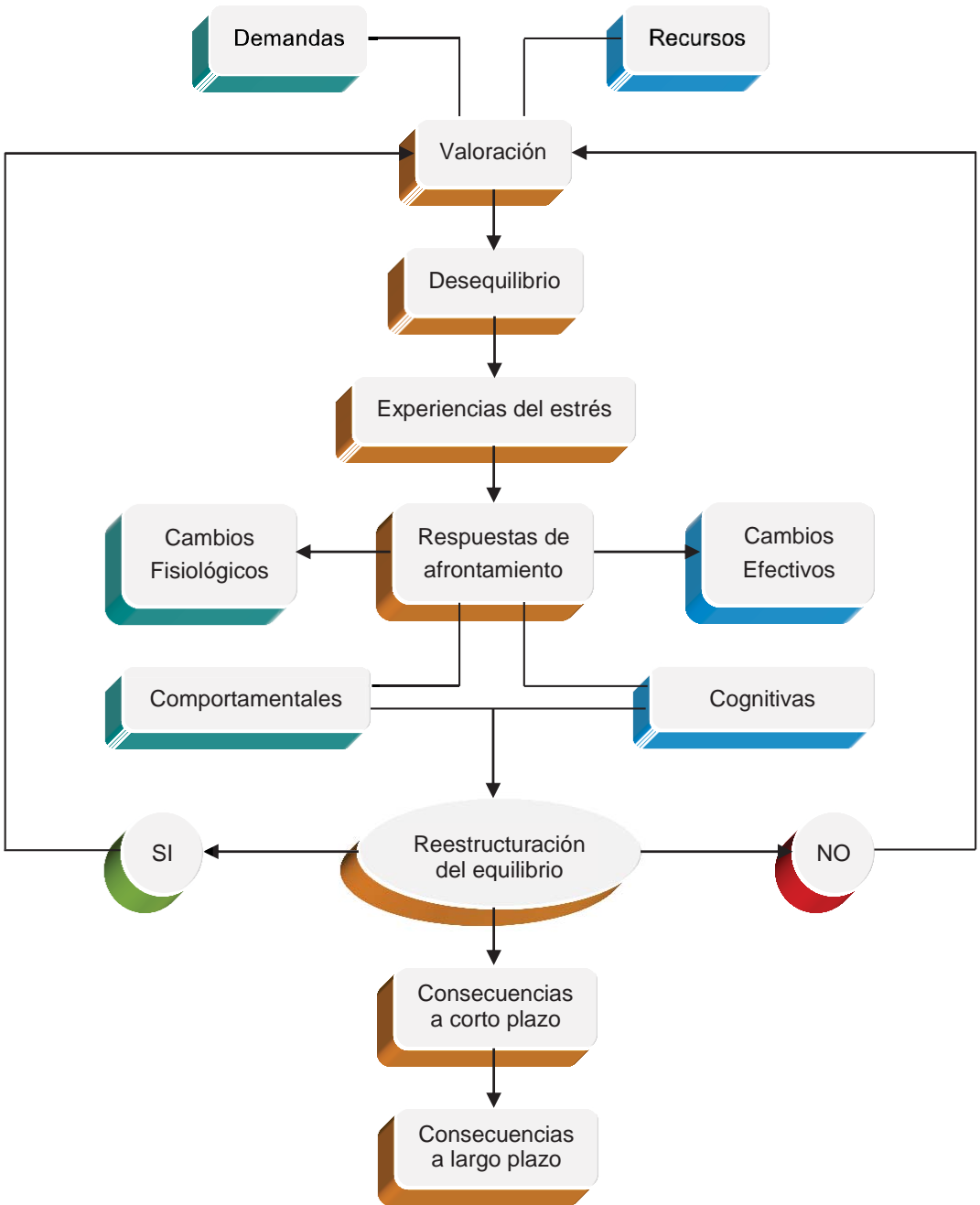
- 1ª Función. Liberarse de las consecuencias negativas de los agentes estresantes; por Ej. La ansiedad o la depresión.
- 2ª. Función. Cambiar la situación, potencialmente estresante mediante la resolución de los problemas; es decir el esfuerzo mental o la confrontación conductual o el esfuerzo físico.

Dicho planteamiento está orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de rasgo, ya que implica cambios en el modo de pensar y de actuar a lo largo de la interacción con la situación estresante.

Por lo cual son múltiples y diversas los estilos que el sujeto puede utilizar a medida que va modificando la relación con el entorno. En segundo lugar esta definición implica una diferencia entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, ya que limita el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como desbordantes o excedentes de los recursos del sujeto.

El estar limitado es debido a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización de recursos y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo, como se muestra en la Figura No. 8 Este modelo de afrontamiento del estrés refleja sus componentes interactivos y el modo como operan en una secuencia temporal, por lo que se retoma este modelo desde un enfoque cognitivo. Además expresa en conjunto las diversas demandas y recursos que emplean los individuos con el estrés, así como la forma como se restaura el equilibrio, lo cual es un marco de referencia para afrontar el estrés y aspectos a revisar en el presente estudio.

Figura 8. Modelo del estrés – afrontamiento



Modelo del estrés – afrontamiento. Adaptado por Ascencio (2001) p. 38.

Los estudios de Lazarus y Folkman (1991) distinguen un estilo de afrontamiento de un rasgo, por el grado y generalmente representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o que carece de poder, el amigable o hostil, el controlador o permisivo o a tipos particulares de situaciones tales como ambiguas, o claras, inminentes o alejadas, temporales o crónicas, evaluativas o no.

Los estilos de afrontamiento tienen que ver con patrones de conducta como por ejemplo el tipo “A” incidiendo más en conducta que en los procesos del yo y que está fuertemente con riesgos de enfermedades vasculares.

Rodríguez, 1995 (en Ascencio, 2001 p. 40) menciona que “los recursos y estrategias de afrontamiento son elementos y/o capacidades, internos y externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante” y refiere que se dividen en cuatro categorías, como se muestra en la figura 9.

Figura 9. Categorías de las demandas de los acontecimientos o situaciones potencialmente estresantes

<p>FISICO / BIOLÓGICOS</p>	<p>Se refieren a todos los elementos del entorno físico de las personas, incluyendo su propio organismo biológico que están disponibles para ella, indudablemente están relacionadas con la respuesta fisiológica a los estresores, como los ambientes físicos y el clima, además de la estructura física de su vivienda o del ambiente en que se ubica.</p>
<p>PSICOLÓGICOS / PSICOSOCIALES</p>	<p>El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.</p>
<p>CULTURALES</p>	<p>El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a que él médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud</p>

del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

SOCIALES

Comprenden la red social del individuo y sus sistemas sociales, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional y social. Parecen ser cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés y la enfermedad crónica en particular. (Familiares, amigos, conocidos etc.)

Esquema desarrollado sobre las categorías de recursos y estrategias de afrontamiento.
Por Rodríguez, 1995 (en Ascencio, 2001). Elaboración propia

Es fundamental reconocer que Montiel, Urquidi y Castañeda (1996) ponen énfasis en el contexto de salud y enfermedad y señala que los investigadores han propuesto una serie de modelos donde la participación de las variables psicosociales ocupan un lugar preponderante. Menciona que el afrontamiento se constituye en un modulador del impacto de las situaciones percibidas como estresantes sobre el funcionamiento del organismo, particularmente afectando la progresión de la enfermedad (Goodkin, Anthony y Blaney, 1986; Anthony y Goodkin, 1988; en Montiel y et al. 1996).

El afrontamiento puede definirse como “un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, donde esta relación es evaluada como estresante al igual que las emociones que ello genera” (Lazarus y Folkman, 1991).

A este respecto Montiel et al. (1996) refiere que en los procesos de salud y enfermedad supone hay una asociación entre la depresión, tipo de afrontamiento utilizado en situaciones estresantes. Por ejemplo en el caso del cáncer cervicouterino el afrontamiento de la enfermedad y la depresión asociada a la misma, impacta al funcionamiento del sistema inmune, y es el principal responsable del control de la enfermedad neoplásica (Beckman y Adams, 1984; en Montiel et al. 1996).

A partir de lo anterior esta autora señala que en estudios efectuados en Estados Unidos (Antoni, Goodkin y Helder, 1991, Goodkin, Antoni, Helder y Sevin,

1993; en Montiel et al. 1996) se encontraron diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento (pasivo o activo) a las situaciones generadoras de estrés y su relación con el desencadenamiento de enfermedades como por ejemplo el cáncer invasivo. Por lo que esta diferencia la atribuyo a la pertenencia a grupos étnicos y culturales diversos (es decir áfrico-americanos vs. angloamericanos).

Como se advierte en este tipo de hallazgos, es necesaria la pertinencia del estudio de estrategias de afrontamiento en mujeres que pertenecen a un grupo sociocultural específico, con la finalidad de detectar el estilo característico que pudiese estar vinculado a diversos tipos de enfermedades.

3.2 Taxonomías de estilos o estrategias de afrontamiento

De manera consecuente los estilos de afrontamiento son “aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, por su parte las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar dependiendo de las situaciones desencadenantes (González-Barrón, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002; en Gaeta y Martín, 2008). Respecto a los estilos de afrontamiento, existen diversas taxonomías, algunas identifican como en el caso de Lazarus y Folkman:

- Enfoque en el problema
- Enfoque en la emoción

Moss y Schaefer (1986) desarrollaron la siguiente taxonomía y refieren que existen dos grupos de estrategias:

- Afrontamiento cercano (enfrentar el problema)
- Afrontamiento de evitación (desviar la atención del problema)

Moss y Schaefer (1986) mencionan que las habilidades o estilos de afrontamiento se establecen de acuerdo al aspecto en el que se enfoca el afrontamiento. Proponen el afrontamiento centrado en el problema o en la emoción y por último la evaluación del problema (Lazarus y Folkman, 1984; en Moss y Schaefer, 1986).

Este último pretende esclarecer y encontrar un patrón de significado en una crisis. El proceso de evaluación y reevaluación es una forma de afrontamiento que se emplea para transformar el significado y comprender la amenaza de la situación.

Por lo tanto al interior de los estilos de afrontamiento centrado en la evaluación, en el problema y en la emoción contienen las siguientes estrategias (como se muestra en la figura 10):

Figura 10. Estilos de afrontamiento (Moss y Schaefer, 1986)

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EVALUACIÓN	
Estrategias de aproximación Categoría cognitiva Análisis lógico (al)	Estrategia cognitiva cuya finalidad es brindar atención en un aspecto de la crisis y al mismo tiempo fragmentarlo en pequeñas partes manejables, tomando en consideración las experiencias pasadas y sus posibles consecuencias, implica la planeación anticipada para enfrentarse al estresor.
Revaloración cognitiva (revaloración positiva rp)	Estrategia cognitiva mediante las cuáles una persona acepta la realidad básica de una situación, pero la reestructura para encontrarla favorable. Incluye razonamientos acerca de las cosas que podrían ser peor, compararse con otras personas en una situación peor a la propia y centrarse en una situación desfavorable dentro de la crisis.
Evitación cognitiva o negación (ec)	Incluye una serie de habilidades encaminadas a negar o minimizar el tamaño o la gravedad de una crisis. Se emplea una estrategia para evitar pensar realmente en el problema o estresor. Son útiles para los individuos porque proporcionan tiempo oportuno para que desarrolle otros recursos de afrontamiento necesarios o afronte situaciones estresantes

	sobre las que posee poco control.
--	-----------------------------------

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA	
Categoría conductual Búsqueda de información y apoyo (ba)	Esta serie de habilidades tienen como finalidad buscar información, apoyo y orientación acerca de la crisis y prever cursos de acción y sus posibles resultados. Suelen emplearse en combinación con Análisis lógico para restablecer su percepción de control sobre la situación y así prepararse para resolver el problema.
Resolución de problemas (rp)	Intentos conductuales de realizar una acción concreta para tratar directamente con el problema o estresor.
Estrategias de evitación (se organizan en estrategias cognitivas y conductuales) Búsqueda de gratificaciones alternativas (bg)	Intentos cognitivos de evitar y pensar en el problema en forma realista para reemplazar las pérdidas involucradas en ciertas transiciones y crisis por otras actividades y crear nuevos recursos de satisfacción.

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN	
Regulación afectiva	Implica los esfuerzos para mantener la esperanza y el control sobre las emociones cuando se enfrenta a una situación estresante o adversa.
Descarga emocional (de)	Intenta conductualmente reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos, como son enojo, desesperación, llanto, etc. Aunque también puede implicar desobedecer las normas sociales o la utilización de estrategias de reducción de tensión como beber, fumar, ingerir drogas o tranquilizantes.
Aceptación-resignación (ar)	Intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo. Su propósito es la aceptación del problema y la adopción de una actitud de resignación ante el mismo, lo cual no implica resolver el problema sino simplemente aceptarlo.

Adaptado de "Coping with life crises: an integrated approach". Por Moss, R.H.y Schaefer J.A. (1986) (Ed). New York: Plenum Press. "Life transitions and crises: a conceptual overview". Elaboración propia.

El análisis del tema, presentado en este apartado, permite identificar que el afrontamiento es el conjunto de respuestas que da una persona para manejar una

situación que evalúa como estresante, dependiendo de sus recursos o estilos de afrontamiento como los señalados anteriormente, si se encuentran o no en su repertorio conductual y dependiendo también del contexto, como el social (el apoyo, siendo este uno de los más relevantes como recurso de afrontamiento en la enfermedad en general y la crónica en especial), cultural (tiene que ver con las creencias que tiene la persona sobre los conceptos de salud y enfermedad) que le permitan emitir el recurso correspondiente a la persona, los recursos psicológicos como los estados afectivos y cognitivos, ver figura anterior.

Lo anterior hasta cierto punto explica porque existen variaciones, como lo expuesto por Moss y Schaefer (1986), quienes señalan que debido a una lesión o enfermedad como crisis de vida, la evaluación cognitiva que el individuo realiza, así como las acciones adaptativas y la efectividad de sus diversos estilos de afrontamiento dependen de tres factores:

- Aspectos demográficos y personales de la persona
- Características de la enfermedad
- Aspectos sociales y ambientales a los que se encuentra incierto, tanto el paciente como sus familiares y amigos.

A partir de acciones que el sujeto realiza para lidiar con su enfermedad o crisis de vida, por lo que se han empleado los tres estilos de afrontamiento de Moss en el ámbito de salud-enfermedad.

Cohen y Lazarus (1983; en Gaeta y Martin, 2008) señalan otras que son más exhaustivas respecto a la identificación de tales estrategias se refiere a 8 factores diferentes:

- Confrontación
- Escape-evitación
- Reapreciación positiva

La escala de afrontamiento para adolescentes se agrupa en tres estilos de afrontamiento, como se muestra en la figura 11:

Figura 11. Estilos de afrontamiento en adolescentes

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	CONDUCTAS
Resolver el problema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrarse en resolver el problema (estudiar el problema y analizar diferentes puntos de vista u opciones). ▪ Esforzarse y tener éxito (compromiso, ambición y dedicación). ▪ Buscar pertenencia (preocupación e interés por las relaciones con los demás y por lo que otros piensan). ▪ Fijarse en lo positivo (ver lo positivo de la situación y considerarse afortunado). ▪ Buscar diversiones relajantes (actividades de ocio como leer o pintar). ▪ Distracción física (hacer deporte, mantenerse en forma, etc.).
Afrontamiento en relación con los demás	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar apoyo social (compartir el problema y buscar apoyo en su resolución). • Acción social (dar a conocer el problema y solicitar ayuda mediante peticiones o actividades). • Invertir en amigos íntimos (buscar relaciones personales íntimas). • Buscar apoyo espiritual (uso de la oración y creencia en la ayuda del líder o dios). • Buscar ayuda profesional (opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros).
Afrontamiento improductivo	<ul style="list-style-type: none"> • Preocuparse (temor por el futuro y preocupación por la felicidad futura). • Hacerse ilusiones (esperanzas y anticipación de una salida positiva). • Falta de afrontamiento (incapacidad para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicossomáticos). • Reducción de la tensión (intentar sentirse mejor y relajar la tensión). • Ignorar el problema (rechazar conscientemente el problema). • Autoinculparse (sentirse responsable de los problemas o preocupaciones). • Reservarlo para sí (huir de los demás e impedir que conozcan sus problemas).

Adaptado de "Estrés y adolescencia: estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar".
 Universidad de las Américas, Puebla/ Universidad de Zaragoza STVDIVM.
 Revista de Humanidades, 15 (2009) ISSN: 1137-8417, p. 327-344.
 Por Frydenberg y Lewis, Copyright 1997; en Gaeta G. y Martín P. (2008).

Los dos primeros estilos como resolver el problema- que proyectan la tendencia a abordar las dificultades de manera directa- y afrontamiento en relación con los demás- que incluye compartir las preocupaciones con otros y buscar su apoyo- son considerados como funcionales.

El último estilo al que se refiere Frydenberg y Lewis (1997; en Gaeta y Martin, 2008) resultaría disfuncional, ya que las estrategias que involucra no permitirían encontrar una solución de los problemas, orientándose más hacia la evitación.¹

3.3 Modelo de afrontamiento

Un modelo que más impacto ha tenido en la descripción del afrontamiento ha sido el de Folkman y Lazarus (1991). Por un lado está el afrontamiento orientado a la emoción que es el que aborda la regulación del malestar y las emociones (incluye afrontamiento cognitivo y emocional) y por el otro está el afrontamiento orientado al problema que es aquel que aborda el manejo del problema que origina el malestar y comprende la conducta activa de afrontamiento.

3.4 Evaluación cognitiva del estrés

Como se mencionó anteriormente dentro de la perspectiva transaccional del estrés, la evaluación cognitiva representa un aspecto central en la explicación del estrés, Lazarus y Folkman (1991) señalan la necesidad de evaluar el estrés dadas las presiones y demandas ambientales que provocan estrés en un gran número de personas, considerando sus diferencias individuales y de grupo, en cuanto a grado y clase de respuesta, observando que son siempre manifiestas.

Cada grupo e individuo difieren en sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos.

Estos autores mencionan que ante situaciones similares se encuentran diversas respuestas emocionales que van desde cólera, depresión, ansiedad, o culpabilidad y en ocasiones se sienten amenazados (González y Shapiro, 2008).

Es así como plantean que para poder entender las distintas reacciones observadas en diferentes individuos es necesario tomar en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, además de los factores estresantes que afectan la naturaleza de la mediación de lo contrario no podremos entender dichas diferencias.

A esta postura se incluyen los trabajos de Baum, et al. 1981; Magnusson (1982; en Evans y Cohen, 1987) quienes mencionan que para entender las relaciones entre el ambiente y la conducta humana hay que analizar las condiciones ambientales que son capaces de interferir con el funcionamiento humano óptimo.

Inclusive cuando desde la perspectiva física el entorno es idéntico o casi idéntico ya sea para un niño o para un adulto, el escenario psicológico puede ser esencialmente diferente, la situación debe representarse en la forma en que es real para el individuo en cuestión, es decir, en la forma en que le impacta.

El concepto de evaluación cognitiva entendido como el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento determinado provocará en el individuo, (Lazarus y Folkman, 1991).

Así mismo distinguen tres clases de evaluación primaria, en la cual se pregunta el sujeto ¿me perjudica o me beneficia?, ¿ahora o en el futuro y de qué forma?

La teoría de Lazarus y Folkman distingue tres tipos de evaluación, como se presenta en la figura 12 con sus características:

- Evaluación primaria.

Se produce en cada transacción (o encuentro) con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: la primera modalidad es la de beneficio, lo que no desencadenaría el proceso de estrés; no obstante, las otras tres como son amenaza, daño o pérdida, desafío pueden desencadenar el proceso de estrés.

Daño o pérdida hace referencia a la pérdida que ya se ha producido, amenaza que se vincula con un posible daño o pérdida y el desafío se refiere a una dificultad que puede ser superada por el individuo con entusiasmo y confianza en uno mismo.

- Evaluación secundaria.

Se refiere a la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación. La evaluación secundaria corresponde a una situación de peligro o amenazante, donde es preciso actuar sobre la situación, este tipo de evaluación permite identificar que puede hacerse. Esta es característica de cada confrontación estresante y los resultados dependen de lo que se haga. La pregunta es ¿puede hacerse algo al respecto? Se reconocen los recursos que pueden emplearse en una situación dada, así como la evaluación de aquellas opciones confrontativas por el que se tiene la seguridad de que la opción determinada cumplirá con lo que se espera.

- Evaluación terciaria.

En donde las personas realizan reevaluación, que implica una retroalimentación y permite realizar correcciones respecto a valoraciones anteriores (Sandín, 1995; en González y Shapiro, 2008).

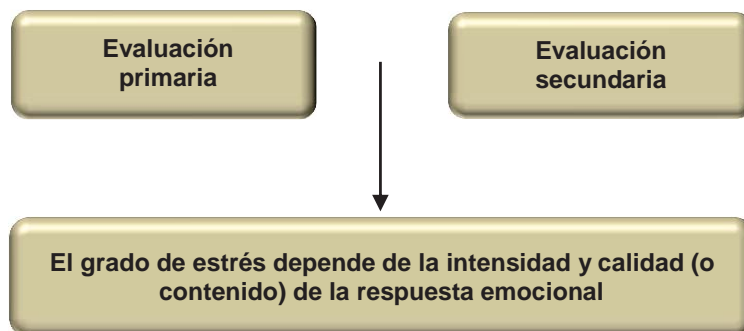
Figura 12. Tipos de evaluación del Estrés de Lazarus y Folkman (1991)

EVALUACIÓN PRIMARIA		
Irrelevante	Benigna-positiva	Estresante
Se presenta cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, El individuo no siente interés por las posibles consecuencias o, dicho con otras palabras, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la transformación	Se efectúan si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Se caracterizan por generar emociones placenteras, sin cierto grado de aprensión son raras	Incluyen aquellas que significan daño / pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño o la estima propia o social, o bien haber perdido a un ser querido

Esquema desarrollado con base en la información obtenida de Lazarus y Folkman (1991).
Elaboración propia.

Los tipos de estilos de afrontamiento (primaria y secundaria) interactúan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad de la calidad o contenido de la respuesta emocional, como se muestra en la figura 13 donde se aprecia la interacción de la evaluación primaria y secundaria y las estrategias de afrontamiento que emplean las personas.

Figura 13. Tipos de evaluación de estrés de Lazarus y Folkman



Adaptado de "Estrés y procesos cognitivos ". Por Lazarus y Folkman (1991) elaboración propia.

3.5 Modos o estilos de afrontamiento

Centrado en la evaluación cognitiva que realiza el individuo, el afrontamiento expuesto por Lazarus y Folkman (1991) señalan dos tipos de estilos para afrontar el estrés, como se mencionan a continuación:

Dirigidos al problema

Estos están dirigidos a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas basándose en el costo-beneficio, elección y aplicación. Engloba un conjunto de estrategias mucho más amplio, implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, se incluyen estrategias que hacen referencia al interior del sujeto, entre las que destacan las dirigidas a:

- a) Notificar presiones ambientales, obstáculos, recursos, procedimientos.
- b) Cambios motivacionales o cognitivos, como son la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos a la gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Dirigidos a la emoción

Entre otros incluyen la búsqueda de información reconfortante que sea coherente con las actitudes y esperanzas de la persona, “prácticas de magia”, hostilidad, búsqueda de apoyo, evitación, uso de tranquilizantes y exteriorización de la responsabilidad.

Ascencio (2001) efectuó un estudio en México sobre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, en el servicio de

Oncología de un hospital general donde la muestra estuvo integrada por 47 pacientes del sexo femenino con diagnóstico de cáncer, en síntesis concluye que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama establecen como las pacientes hacen frente al diagnóstico, tratamiento y al periodo de vigilancia, después de 6 meses.

De acuerdo al análisis de resultados se establece que la estrategia más utilizada en la etapa de diagnóstico es la aceptación de la enfermedad y mantener una actitud positiva, ya que al confirmar la noticia del diagnóstico se generan ideas de muerte, sufrimiento y el dolor, la segunda estrategia más frecuente en el manejo del estrés en las citas médicas debido a la espera de la confirmación del diagnóstico que provoca incertidumbre en las pacientes y finalmente el mantener la actividad de independencia.

En hospitalización se han efectuado diversos estudios sobre el afrontamiento y dolor entre los que destacan los estudios de Plata, Castillo-Olivares y Guevara –López (2004) los cuales evaluaron el dolor crónico en pacientes hospitalizados con el objetivo de identificar cuáles eran las características y las repercusiones que confluyen en el mismo, incrementando la fiabilidad del diagnóstico y variables que exacerbaban el dolor, seleccionando las conductas clave y estrategias terapéuticas que resultaron más adecuadas para cada paciente y evaluaron la eficacia del tratamiento. Para ello evaluaron diferentes variables psicológicas de los pacientes entre las que destacaban afrontamiento, depresión y ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico y determinaron si existía relación significativa entre cada una y la topografía del dolor.

Entrevistaron y aplicaron a 70 pacientes una batería de pruebas psicológicas que acudían por primera vez a la clínica del dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” con el fin de evaluar: depresión, ansiedad,

estrategias de afrontamiento, percepción del control, autoeficacia e incapacidad funcional.

Estos investigadores emplearon un diseño no experimental, seccional y explicativo. Los resultados reportaron que la intensidad del dolor se relacionaba significativamente con depresión y catastrofización, la incapacidad funcional mostró correlación con ansiedad y depresión.

Respecto al afrontamiento y dolor refieren que los modelos de estrés y afrontamiento se están empleando satisfactoriamente, para explicar las diferencias en los niveles de ajuste entre los pacientes con dolor crónico.

Con este enfoque el dolor es considerado como un importante agente estresor que es necesario afrontar eficazmente para que, en lo posible se minimice dicha experiencia. Por otro lado señalan que la relevancia de los pensamientos adoptados por los pacientes con dolor se manifiesta en los estudios de Boston, Pearce y Richardson (1990; en Plata, et al. 2004); donde plantean que los resultados obtenidos confirman correlaciones positivas entre pensamientos de desamparo y nivel de dolor, aunado al distress emocional y la conducta de dolor aparecen asociados positivamente con los pensamientos negativos. Vista la catastrofización, como una forma de afrontamiento, como constructo multidimensional que incluye elementos de: rumiación, magnificación y desesperanza.

Estos autores refieren que la estrategia de desviar la atención del dolor, correlacionó significativamente con percepción del control y la percepción de habilidad para atenuarlo; agregan que un resultado similar se reportó entre auto declaraciones de afrontamiento y percepción de habilidad para disminuir el dolor. Con respecto a ignorar el dolor y percepción de la habilidad para disminuirlo, la estrategia de afrontamiento de reinterpretar las sensaciones de dolor correlacionó significativamente con depresión y ansiedad.

Los hallazgos evidenciaron que la estrategia de afrontamiento orar y tener esperanza correlacionó significativamente con percepción de control del dolor, lo que significó que los pacientes con dolor crónico que utilizan la oración y pensamientos de esperanza como recursos de afrontamiento tienen la creencia de tener mayor percepción de control sobre su dolor.

Concluyen que la relevancia que tienen los procesos de atención en la percepción del dolor, no depende únicamente de las dimensiones sensoriales y afectivas de éste, sino que están influyendo otros factores como son: experiencia pasada del paciente, expectativas de control sobre el dolor y las comparaciones que hacen de estas experiencias con las de otros sujetos.

Es así como teniendo en cuenta dichos factores en las áreas de hospitalización se debe desviar el foco de atención de la experiencia dolorosa, dando como resultado que la percepción de control y autoeficacia sean mayores. Por otro lado la percepción del control se correlacionó negativamente con la catastrofización, lo que sugiere que disminuyendo la catastrofización e incrementando la percepción de control pueden ser determinantes cognitivos fundamentales para el ajuste del dolor.

Se identificó que no todas las estrategias de afrontamiento correlacionaron significativamente con la duración e intensidad del dolor, por lo que las propuestas en la literatura como funcionales para disminuir el dolor tal vez no sean funcionales en la práctica.

Adicionalmente consideran necesario incluir en futuras evaluaciones otras variables psicosociales y medición de otras cogniciones, afrontamiento y factores medioambientales que pudieran tener asociación significativa con el dolor y medidas de funcionamiento como las utilizadas en su estudio.

Tobón et al. (2004) observaron que las estrategias de afrontamiento para reducir el estrés pueden dirigirse al problema, con el propósito de eliminar o reducir las fuentes que lo generan; por lo que pueden dirigirse a la reducción de estados emocionales negativos y a la activación fisiológica y cuando la estrategias empleadas no logran atenuar el proceso del estrés, existe un alta probabilidad de que se generen alteraciones a la salud. Estos autores desarrollaron el modelo procesual del estrés en pacientes con dispepsia funcional y sus implicaciones para la evaluación y el tratamiento.

Al respecto señalan que si se emplean estrategias inadecuadas de afrontamiento al estrés y se mantienen en el tiempo sin resolverse, inciden en el origen o exacerbación del padecimiento de la dispepsia y que sus estudios concuerdan con los de Lee (2000; en Tobón, et al. 2004) quienes investigaron estrategias de afrontamiento en un grupo de 30 pacientes con dispepsia funcional y lo compararon con un grupo de personas sanas. Identificaron que los pacientes con dispepsia funcional tienden a emplear un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema.

Los resultados obtenidos sugieren que los pacientes con dispepsia funcional están menos orientadas a:

1. Definir el problema.
2. Generan menos alternativas de solución.
3. Evaluar las alternativas en términos de costo-beneficio y cambiar acorde a esto.
4. Obtener bienestar emocional e información de otros.

Por lo que concluyen diciendo que se requieren nuevas investigaciones para contrastar los hallazgos y llegar a conclusiones más sólidas.

Por otro lado nuevos avances mostraron según Contreras, Espinosa y Esguerra (2008) hallazgos sobre el tema, empleando diferentes variables psicológicas que median el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con enfermedad renal como es insuficiencia renal crónica que estaban siendo tratados con hemodiálisis y su adhesión al tratamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que los estilos de afrontamiento son los mejores predictores al tratamiento. Estos autores señalan que el afrontamiento según Baldree y cols. (1982; en Contreras et al., 2008) resulta de gran importancia en el estudio de la adhesión al tratamiento, y que se ha comprobado que puede intervenir en la adaptación a la enfermedad y facilitar el ajuste psicológico del paciente.

Por otro lado mencionan que era importante evaluar en particular el afrontamiento, las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar como mecanismos que intervienen en la regulación y adaptación a la enfermedad y facilitar el ajuste psicológico (Calvanese, Feldman y Weisinger, 2004; Martelli, Auerbach y Mercury 1993; en Contreras, et al. 2008). Se ha encontrado que los métodos de afrontamiento orientados al problema son más efectivos que los centrados en la emoción (Cristovao, 1999; Sjudén y Lindqvist, 2000; en Contreras, et al. 2008).

Quizás lo más relevante en esta línea de investigación son los hallazgos de ciertos comportamientos en los pacientes que tienen un manejo menos efectivo de su enfermedad que suelen emplear estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la aceptación o resignación pasiva, lo cual se asocia con manifestaciones elevadas de ansiedad y depresión, bajo nivel de ajuste psicosocial, mayor atribución de control externo y menos expectativas de rehabilitación.

Otros estudios que se realizaron fueron los de Begoña, Aguado y Alcedo (2008) sobre el afrontamiento de la lesión en médula y la incorporación de las teorías del

estrés en la rehabilitación. Y parte de sus conclusiones señalan que es una variable de gran relevancia para entender el proceso de adaptación que junto con otras variables psicológicas como son las de personalidad, su acercamiento y el locus de control ofrecen apoyo al modelo de las diferencias individuales.

Estos autores resaltan que en los años ochenta y también en los noventa, el estudio en lesión de médula, experimentó un cambio cuantitativo y cualitativo, al incorporar el modelo cognoscitivo de estrés y el empleo de instrumentos estandarizados para su evaluación. Además encontraron que la variable afrontamiento era una variable central de adaptación (Frank, Elliot Corcoran y Wonderlich, 1987, entre otros en Begoña, Aguado y Alcedo, 2008).

Por otro lado señalan que el afrontamiento es un constructo cuya naturaleza es de tipo cognitivo-conductual, multidimensional y multicondicional que presenta cierta estabilidad por su relación estrecha con las variables de personalidad, además que depende de la situación.

Los resultados demostraron que las conductas de afrontamiento más eficaces y asociadas a aun mayor bienestar es la resolución de problemas, planificación y reestructuración cognitiva (Buckelew, et al., 1990; Elliot, Goshall et al., 1994; Hanson et al., 1993; en Begoña, Aguado y Alcedo, 2008) y la búsqueda de apoyo social (Coca, 1990; Reidy et al., 1991; Moore et al., 1994; Kennedy et. Al., 1995; en Begoña, Aguado y Alcedo, 2008).

En general afirman que el afrontamiento activo y centrado en la resolución de problemas se encuentra asociado a menores índices de estados emocionales como depresión, por lo que con el afrontamiento pasivo que involucra estrategias de evitación de la emoción se encuentra acompañado de malestar psicológico.

Silva y Agudelo (2011) refieren que tanto la percepción de la enfermedad como los estilos de afrontamiento de los pacientes se relacionan con la percepción de la calidad de vida en la enfermedad. Estas autoras llevaron a cabo una investigación para identificar las creencias sobre de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento predictoras de la calidad de vida de los pacientes en una muestra de 80 pacientes asistentes a un programa de rehabilitación cardiovascular en Colombia.

Los resultados que se obtuvieron denotaron la influencia de las estrategias de afrontamiento del tipo pasivas en los pacientes sobre la baja calidad de vida en la muestra, adicionalmente las creencias focalizadas en limitaciones conlleva a patologías. Por otro lado mencionan que un aspecto psicológico importante a considerar en el riesgo cardiovascular son los estímulos ambientales estresantes, tales como la alta demanda, la baja capacidad de decisión, poca autonomía y bajo apoyo social, lo que aumenta la predisposición de sufrir un infarto de miocardio (Lameiras y Failde, 2000; en Silva y Agudelo 2011).

Otra de las categorías que destacan y que aumenta el riesgo cardiovascular son los estilos de afrontamiento ante ciertas condiciones, por la relación dependiente de cómo evalúa cognitivamente la persona, además de las creencias frente a sí mismo, el mundo y los demás.

Los estilos de afrontamiento cambian continuamente y se desarrollan para adaptarse y controlar las demandas externas e internas de la persona, con ellas se busca disminuir el estrés y sus efectos negativos sobre el estado de salud y el estilo de afrontamiento activo está relacionado con una mejor salud cardiovascular, a pesar de la reacción del cuerpo a la reactividad fisiológica que genera el cuerpo ya que permite regresar a su estado basal (y por lo tanto se encuentra menos expuesto a las catecolaminas) comparado con el estilo pasivo.

A continuación se presentan algunos de los beneficios o problemas asociados de acuerdo al estilo de afrontamiento de los pacientes (Silva y Agudelo, 2011, como se muestra en la figura 14):

Figura 14. Problemas en los pacientes asociados al estilo de afrontamiento y calidad de vida

Estilo de afrontamiento activo (Dirigido al problema)	Estilo de afrontamiento pasivo (Centrado en la emoción)
Aumento de bienestar	Deterioro funcional
Adaptación a la enfermedad	Pérdida de control y poco uso de estilo de solución de problemas o búsqueda de soluciones
Adherencia al tratamiento	Insuficiente bienestar psicológico y peor calidad de vida
Mejor función inmune	Menores comportamientos funcionales
Mejores estados afectivos o positivos	Presencia de trastornos emocionales (depresión y ansiedad) y/o conductas patógenas para la salud
Mayor auto-control o autoeficacia (sirve como atenuante de ansiedad, valoración amenazante) lo que permite identificar recursos propios, confianza y motivación	Bajo soporte social

Adaptado de "Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular". *Acta Colombiana de Psicología* 14 (1), 47-60. Por Silva y Agudelo (2011). Elaboración propia.

Para finalizar este apartado acerca del afrontamiento, en el 2013 Ornelas et al. realizaron un estudio con 203 pacientes mujeres que tenían cáncer de mama y que estaban en tratamiento con radioterapia, estudiaron el afrontamiento mediante el análisis de la Escala COPE breve, donde señalan que se ha incrementado el sufrimiento por la situación estresante a la que se enfrentan las pacientes. Por otro lado señalan que generalmente las personas que presentan una enfermedad crónica

requieren acudir más frecuentemente al hospital y por lo tanto enfrentan constantemente situaciones estresantes relacionadas inclusive con el propio tratamiento y los efectos secundarios de este. Resaltaron en este estudio que las respuestas de afrontamiento como el humor, la planeación, la valoración positiva y la búsqueda de apoyo social, parecieran como señalan los autores encontrarse implícitamente la aceptación.

En el caso de que una mujer que ya haya aceptado que tiene cáncer de mama no solo bromea, planea formas de afrontar la enfermedad y/o busca información y apoyo, además de que puede aprender y mostrar algún crecimiento personal, lo que revelaría una revaloración positiva de su vida. Otras de las conductas manifiestas directamente estaban orientadas a eliminar o reducir el estresor (cáncer) incluyendo haber acudido a sus citas médicas.

3.6 Apoyo social

Al entrar en contacto con el ambiente el individuo establece una relación ya sea de tipo físico, psicológico o social, lo que de alguna manera implica estar expuesto cotidianamente al estrés, lo que genera una serie de respuestas a las demandas, lo que a su vez representa en ocasiones una amenaza o peligro.

Dependiendo de la situación, la estimulación y el nivel de riesgo implica un cierto grado de tensión. Analizando el tema desde la evaluación cognitiva expuesta anteriormente, si la situación se interpreta como extenuante o desgastante, esto determina el estrés. De ahí la importancia de enfocar nuestra atención en como el individuo busca la adaptación mediante intentos de liberar tensiones demandantes y frecuentemente persistentes, para recuperar nuevamente el equilibrio (Selye, 1956).

El objetivo del presente análisis de apoyo social es analizar desde la aproximación de la psicología ambiental el rol del ambiente social tanto como inductor

de estrés o como reductor del mismo. El sistema social es conceptualizado como poseedor de elementos estresores y/o amortiguadores del estrés. López de Roda y Chacón (1992) reportaron que tras la publicación en los años 70 de los artículos de Caplan, 1974, Cassel (1974,1976) y Cobb (1976; en López de Roda y Chacón, 1992).

El modelo biológico del estrés no discrimina entre respuesta fisiológica y psicológica no placentera, de ahí que como proceso individual que refleja la relación del individuo con el ambiente, manifiesta de acuerdo con varios autores (Baum, Singer y Baum, 1981; Evans y Cohen, 1987; Glass y Singer, 1972 y Lazarus,1966; en Ortega et al. 2005) el impacto de las variables psicológicas sobre el estrés, manifiesta en la relación de múltiples variables tanto personales como ambientales (entre ellas el apoyo social).

Diversos autores entre los que destacan López de Roda y Chacón (1992) mencionan que tras la publicación en los años 70 de los artículos de Caplan (1974, Cassel,1974, 1976 y Cobb,1976; en López de Roda y Chacón, 1992) se ha dirigido la atención hacia los acontecimientos vitales estresantes y hacen referencia en algunas ocasiones al cambio o reajuste a los cambios de vida o a actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos como indeseables (Barrón, 1998; en López de Roda y Chacón, 1992).

El constructo apoyo social (AS) surge recientemente asociado al proceso salud-enfermedad, Prince (1997; en Calvo y Díaz, 2004) refiere que un deficiente apoyo social se relaciona con mayores riesgos de enfermedades, es decir se vincula el apoyo social con numerosas implicaciones sobre el bienestar personal y social, como el sentido de coherencia y los recursos generalizados de resistencia planteados por la teoría salutogénica (Antonovsky 1979, 1987; en Lindström y Eriksson, 2006).

Tsouna-Hadjis y cols. (2000; en Calvo y Díaz, 2004) refieren patología cardiovascular asociada a un bajo apoyo social (Barrón y Sánchez, 2001; McInnis y White, 2001; Martínez, García y Maya, 2001; en Calvo y Díaz, 2004) así mismo

manifiestan peor salud mental y alteración inmunológica (Myers y Fahey, 2000; en Calvo y Díaz, 2004).

Ahora bien el apoyo social como metaconstructo, ha sido difícil ponerse de acuerdo sobre sus componentes y relaciones entre ellos, abordado desde varios enfoques multidisciplinarios y dinámicos. El futuro de esta integración en el apoyo social está en el esclarecimiento teórico del concepto, en la búsqueda de ordenadores medulares como mediador en el proceso del estrés, y no sólo como constructo configuracional, en la elaboración de un modelo teórico-general que permita su consecuente operacionalización a campos particulares.

Su desarrollo histórico-conceptual ha estado vinculado a las condiciones objetivas a través de expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y los valores del hombre (factores personales, valorativos y emocionales); en definitiva, si lo que se evalúa es apoyo social cómo situaciones objetivas de la persona se transforman en apoyo subjetivo, la psicología tendrá que jugar un papel decisivo en el esclarecimiento del proceso por el cual se perciben, estiman e interpretan los factores objetivos, en la identificación y caracterización de los pasos o eslabones que conducen a la estructuración de sus elementos.

Por otra parte nuevas orientaciones en investigación sobre los factores de estrés incluyen el examen de las distintas repercusiones y una serie de resultados en salud física y mental, así como los beneficios derivados de experiencias negativas y los factores determinantes del significado de los factores de estrés.

A pesar de intentar asignarle un sentido de control personal y la percepción de salud y de influencia del apoyo social y de salud mental, se observan directamente como elementos o variables amortiguadoras del estrés (Antonovsky 1979, 1987; en Lindström y Eriksson, 2006).

Las limitaciones estructurales se refieren a los esfuerzos de los individuos que prometen nuevas direcciones en la investigación de apoyo social, así como incluir estudios de los efectos negativos de las relaciones sociales y de apoyo, indicando, afrontamiento y el apoyo mutuos, lo que coincide con las necesidades de los individuos y el apoyo recibido, así como las propiedades de los grupos que pueden proporcionar un sentido de apoyo social como un meta-constructo.

Gottlieb (1983; en Calvo y Díaz, 2004) señala que siendo un constructo multidimensional integrado por dos ámbitos: área estructural (existencia de redes o vínculos sociales) se definen como los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de personas según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento, siendo sus características más importantes fuerza de los vínculos, el tamaño, densidad, homogeneidad y dispersión.

En el área funcional, el apoyo social se articula de acuerdo a tres elementos principales (Cobb, 1976; House, 1981; Gottlieb, 1983; en Calvo y Díaz, 2004 p. 570):

- Recursos emocionales.- muestras de empatía, amor y confianza
- Recursos instrumentales.- conductas dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora
- Recursos informativos.- recibir información útil para afrontar un problema
- Supone la existencia de tres niveles los cuales se relacionan en un proceso necesario, dinámico y transaccional entre el sujeto y su ambiente:
 - Recursos de la red de apoyo, que comprenden una de las partes de la red social más amplia, a la que la persona acude en busca de ayuda para manejar las demandas para afrontar o lograr determinadas metas.
 - Conductas de apoyo, relacionando con ellas los distintos intentos de ayudar a conseguir en las personas unas conductas concretas implicadas, bien sean de tipo material, emocional u otro.

- Evaluaciones de apoyo, donde se hacen valoraciones subjetivas de los elementos anteriores y que se traducen en sentirse querido y satisfecho con el apoyo recibido.

Tobón, et al. (2004) señalan que el contexto social está involucrado en las demandas psicosociales, las respuestas de estrés, afrontamiento y la condición de salud. Por lo que en esta dimensión se analizan de manera relevante las variables: nivel socioeconómico y el apoyo social, este último se vincula al estatus socioeconómico y tiene efectos amortiguadores del estrés, así como efectos directos sobre la salud.

Cabe mencionar que estos autores identificaron que en respuesta a las situaciones estresantes las personas con bajo apoyo social son más vulnerables a enfermar y a experimentar perturbaciones emocionales que los que tienen un alto nivel de apoyo social (DeLongis, Folkman y Lazarus, 1998; en Tobón, et al. 2004).

Lee (2000; en Tobón, et al. 2004) comparando pacientes con dispepsia funcional y grupo de personas sanas, se observó que los pacientes con dispepsia funcional tuvieron menos apoyo interpersonal que el grupo control. Por lo que concluyen diciendo que se requiere mayor investigación a futuro con la finalidad de incrementar la evidencia y hacerla más sólida y contrastada.

Otros autores como Lemos y Fernández (1990) investigaron el efecto del soporte social en la salud y bienestar y concluyeron que el interés por la investigación de la influencia del soporte social sobre la salud y la enfermedad se ha incrementado significativamente en las últimas décadas. En estudios enfocados en la interacción entre acontecimientos vitales y soporte social han llevado a concluir que el soporte social influye como un efecto protector únicamente en presencia de un acontecimiento vital estresante.

Según Domínguez y Salas (2009) algunas de las investigaciones realizadas en el área de psicología social abordan la probable relación existente entre diferentes enfermedades e inadecuadas e insuficientes redes de apoyo social. Con estos resultados se concluye que existen variables relacionadas con la mayor aparición de enfermedades, hay confusión sobre las normas adecuadas de conducta, existen barreras en la comunicación y dificultad para obtener el apoyo y reconocimiento.

Desde entonces estos autores refieren que fue a partir de los años setenta cuando el interés del apoyo social se centró en la dimensión emocional y subjetiva del apoyo (Moss, 1973; en Domínguez y Salas, 2009) y los recursos sociales de apoyo (Ensel, Kuowen, Lin y Simeone, 1979; en Domínguez y Salas, 2009).

Resaltan las investigaciones de este periodo que concluyen que las personas que experimentan altos niveles de estrés no suelen presentar consecuencias negativas para la salud cuando no han sido apoyadas. Reconoce que otro autor que ha hecho aportaciones al apoyo social es Caplan (1974; en Domínguez y Salas, 2009) el cual identifica los aspectos positivos que poseen los sistemas de apoyo sobre la salud y el bienestar de los individuos.

En los años ochenta, aparecen nuevas perspectivas de investigación como propuestas integradoras que permiten vincular los distintos enfoques relacionados con el apoyo social y surgen autores como Hobfoll y Stokes (1988; en Domínguez y Salas, 2009) quienes definen el apoyo social como la serie de interacciones o relaciones sociales que ofrecen ayuda o también como un sentimiento de conexión hacia una o varias personas que son queridas.

Otro autor que define el apoyo social es Vaux (1988; en Domínguez y Salas, 2009) el cual refiere que consiste en una interacción y transacción de recursos, dotando al proceso de un carácter interactivo.

Así mismo señala que es un metaconstructo que se integra de tres elementos conceptuales asociados en un proceso dinámico transaccional y que se genera entre la persona y el ambiente: recursos disponibles de la red, conductas de apoyo y las evaluaciones que se realizan sobre dicho apoyo.

3.6.1 Definiciones de apoyo social

A continuación nos centraremos en las definiciones que diversos autores han efectuado con el fin de concretar dicho metaconstructo. El apoyo social ha sido investigado desde muchas aproximaciones metodológicas y teóricas, encontrándose en la literatura científica muy diversas definiciones:

Cohen y Syme (1985, p. 4) definen el apoyo social como “los recursos proporcionados a ciertas personas por otras. Al ver el apoyo social en términos de recursos potenciales la información resulta útil ya que permiten la posibilidad de que el apoyo pueda tener efectos tanto negativos como positivos sobre los servicios sanitarios, así como también en el bienestar, por lo que se ha aceptado el concepto de la organización mundial de la salud que la define como el estado completo físico, mental y de bienestar social”.

Barrera (1986; en Domínguez y Salas, 2009) indica que una de las aproximaciones más referidas en la literatura considera al apoyo social como la apreciación cognitiva de estar confiablemente relacionado con otros.

También, en términos generales, el apoyo puede ser definido como la asistencia y protección otorgada a otros (Cohen, Gottlieb, y Underwood, 2000; en Domínguez y Salas, 2009) y otros tangibles, como por ejemplo otorgar dinero, o intangible, como la ayuda emocional.

Según Colarossi (2001; en Domínguez y Salas, 2009) el apoyo social se considera que es un concepto multifacético que requiere separación y especificación a través de dimensiones estructurales y funcionales implicando a ambos agentes, reconociendo aquellos que dan y aquellos que reciben el apoyo social y que generalmente se proporciona en las personas de una misma raza o país (Bastida, 2001; en Domínguez y Salas, 2009). El apoyo social puede considerarse como un flujo de interés emocional, ayuda instrumental y/o apreciación recíproca entre individuos, que puede hacer referencia a eventos pasados o potencialmente posibles (Acuña y Bruner, 1999; House, 1981; en Domínguez y Salas, 2009).

Pantelidou y Craig (2006; en Domínguez y Salas, 2009) se refieren a la provisión particular y personal de relaciones sociales y sus componentes subjetivos como son intensidad, reciprocidad de interacción, confidencialidad y tranquilidad.

Por otro lado señala Cobb (1976; en Aduna, 1998, p.31) que al apoyo social se le denomina “información que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua”.

Caplan (1974, en Aduna, 1998 p. 31) menciona que los sistemas de apoyo social se definen como “conjuntos sociales continuos (principalmente interacciones continuas con otro individuo, una red, un grupo, o una organización) que proporcionan a los individuos oportunidades de retroinformación acerca de ellos mismos.”

Gottlieb (1983, en Calvo y Díaz, 2004) concibe el apoyo social como una comunicación verbal o no verbal, apoyo tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que posee efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.

Por lo tanto, vemos que la relación con el apoyo social, ha sido generalmente caracterizado como el grado de soporte provisto a un individuo, particularmente en

momentos de necesidad, por las personas involucradas con él,- esposo/a, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y miembros de la comunidad (Johnson y Sarason, 1979 a y b, Lin, Simeone, Ensel y Kuo, 1979; en Sacchi y Richaud, 1999).

Esta idea viene apoyada por Sacchi y Richaud (1999) quienes señalan que sin embargo algunas investigaciones sugieren que el apoyo social funciona como un moderador de efectos negativos del estrés. Por otra parte se menciona que algunas investigaciones no han encontrado interacción entre apoyo social y estrés. Concluyen que parece de gran importancia estudiar si el apoyo social actúa o no como variable modeladora del estrés (Cobb, 1976; Slater, 1981; Aneshensel y Stone, 1982; Ganellen y Blaney, 1984; en Sacchi y Richaud, 1999).

Típicamente se define el apoyo social en varios términos funcionales en los cuáles las relaciones personales sirven para una función particular.

Las funciones más citadas son: emocionales (p. ej. tener una persona a quién se le expresa simpatía), de ayuda instrumental o tangible (p. ej. provisión de apoyo financiero, bienes inmuebles, transportación, ayuda doméstica, etc.), de información o consejo (p. ej. tener una persona con la cual compartir actividades como ir al cine, comer o ir de compras), y de validación -p. ej. tener a alguien a quien pedirle retroalimentación acerca de uno mismo- (Barrera, 1986; Cohen et al., 2000; House, 1981; en Domínguez y Salas, 2009).

El apoyo emocional implica dotar de cariño, empatía, amor y confianza, siendo para House (1981; en Domínguez y Salas, 2009) la categoría más importante a través de la cual los individuos perciben el apoyo de otros. El apoyo instrumental implica la provisión de bienes materiales, servicios o ayuda tangible, ya sea por ejemplo, dar ayuda financiera o realizar alguna actividad a favor de otros.

La información y evaluación son categorías definidas en términos de la información otorgada a una persona, para la solución de problemas o para la autoevaluación (Tilden y Weinert, 1987; Wong, Yoo y Stewart, 2007; en Domínguez y Salas, 2009), todo esto proviene de muy diversas fuentes (padres, maestros, amigos cercanos, compañeros de clase o trabajo, etc. (Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson, y Rebus, 2005; en Domínguez y Salas, 2009).

Autores como son Ayala y Nurit (2003; Curran y Saguy, 2001; en Domínguez y Salas, 2009) reconocen que existen aspectos en el apoyo social que son específicos para cada sexo, como por ejemplo, la tendencia de las mujeres a buscar apoyo en sus esposos o madres, mientras que los hombres lo buscan en sus amigos.

Las mujeres buscan mayor apoyo social de tipo emocional y de evaluación, mientras que los hombres buscan el apoyo social de tipo informativo e instrumental (Banyard y Graham-Bermann, 1993; Gecková, van Dijk, Stewart, Groothoff y Post, 2003; Monnier, Stone, Hobfoll y Johnson, 1998; Olson y Shultz, 1994; Porter y Stone, 1995; en Domínguez y Salas, 2009) asimismo, las mujeres buscan, utilizan y proveen apoyo social más frecuentemente y efectivamente que los hombres (Belle, 1987; Day y Livingstone, 2003; Gecková et al., 2003; Stokes y Wilson, 1984; en Domínguez y Salas, 2009).

A este respecto la socialización femenina ha enfatizado la expresividad, calidez y búsqueda de intimidad, lo que las hace más conscientes de la necesidad y fortalecimiento de las relaciones de apoyo (Olson y Shultz, 1994; en Domínguez y Salas, 2009) por lo que resulta que las mujeres dan mayor valor al apoyo que los hombres (Kessler, Price y Wortman, 1985; en Domínguez y Salas, 2009). Estas diferencias de género entre hombres y mujeres no implican que no exista una necesidad de apoyo social para ambos; más bien que las manifestaciones de apoyo son cualitativamente diferentes.

Se observó que los hombres que no cuentan con alguien que los consuele (tal vez busquen apoyo a través de la iglesia o un consejero espiritual que les brindará apoyo) sin exponerse ante los demás como una persona vulnerable o demasiado débil para enfrentar eventualidades, ya que de acuerdo a los roles tradicionales masculinos se espera que los hombres resuelvan sus problemas de manera independiente y no acudan con otros por ayuda o apoyo (Barbee et al., 1993; Belle, 1987; Díaz-Guerrero, 1990; en Domínguez y Salas, 2009).

A diferencia de los hombres, las mujeres tradicionalmente se les percibe como personas que dan y reciben consuelo y apoyo emocional a quién lo necesite, así como son aquéllas que más lo requieren (Cohen et al., 2000; Monnier et al., 1998; en Domínguez y Salas, 2009).

Es fundamental reconocer que el apoyo social es un fenómeno que está directamente comprendido en la salud física y mental de las personas, siendo éste un predictor de buena salud, y de mejor calidad de vida, así como atenuante de los efectos perjudiciales originados por eventos negativos.

Existe un número considerable de estudios que indican una relación directa entre el apoyo social y desórdenes psiquiátricos, los cuáles han indicado que a falta de apoyo se experimenta estrés y depresión mientras que un alto apoyo se relaciona positivamente con un alto bienestar subjetivo y reduce el estrés por aculturación (Domínguez y Salas, 2009).

Lazarus y Folkman (1991) mencionan que el hecho de tener apoyo emocional, informativo y /o tangible ha funcionado como el recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre el estrés, utilizadas tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social (Antonovsky, 1972,1979; Berkman y Syme, 1979; Cassel, 1976; Cobb, 1976, Kaplan, Cassel y Gore, 1977; Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972; en Lazarus y Folkman, 1991).

Por lo que al respecto se han efectuado diversos estudios con la finalidad de identificar ¿qué eventos aversivos y estresantes tienen un impacto nocivo sobre el proceso salud-enfermedad? Entre los que se mencionan los sucesos vitales que requieren de un proceso de homeostasis o adaptación a una nueva situación (Aduna, 1998; Acuña, 1998).

Acuña (1998) señala que a pesar de que se han detectado bajas las relaciones entre la salud y ocurrencia de eventos vitales (varían entre .12 y .30 de acuerdo con Gunderson y Rahe, 1976, Lauer, 1973; Marx y Garrity (1978; en Acuña, 1998) ha sido sorprendente y consistente tanto entre diferentes investigaciones, como entre diversas poblaciones (Mitchell y Moos, 1984; en Acuña, 1998).

Cabe mencionar que esta autora refiere que a pesar de haber observado esta consistencia en los resultados, la aparición de una enfermedad, después de experimentar un cierto número de eventos vitales, hay cierta variabilidad de individuo a individuo, por lo que señala que mientras que algunas personas caen enfermas después de experimentar una serie de eventos vitales, otras conservaban su salud.

Esta variabilidad se ha asociado a su vez con un número de variables psicológicas que actúan como moduladoras de los efectos nocivos del estrés sobre la salud. Entre las que Acuña (1998) enfatiza la variable red de apoyo social de un individuo, su rol sexual o la forma como afronta dichas situaciones estresantes (Ensel y Lin, 1991; Holahan y Moos, 1990; Roos y Cohen, 1987; en Acuña, 1998).

Una de las variables más investigadas sobre la resistencia al estrés es el apoyo social, además de ser uno de los recursos sociales de redes o apoyo social más empleados. Esto se debe a que se ha identificado que la presencia de recursos sociales o relaciones sociales está asociada a la mejoría en la salud física y mental de las personas (Holahan y Moos, 1987; Heller y Swindle, 1983; Moos y Mitchell, 1982; en Aduna, 1998).

Acuña (1998) enfatiza que los estudios realizados por diversos autores y a pesar de haber mucha investigación, relacionan el apoyo social con diferentes índices de salud física, psicológica y existe un desacuerdo considerable respecto a la definición.

Por lo que Caplan (1974; en Aduna, 1998) menciona las funciones que cumplen en las personas que se involucran en este tipo de sistemas:

- Ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos.
- Comparten sus tareas.
- Les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporcionan entendimientos cognoscitivos y guía que puede mejorar el manejo de la situación.

Por otra parte Jacobson (1986; en Aduna, 1998) proporciona una clasificación de tipos de apoyo social:

- Apoyo emocional.- Conducta que favorece sentimientos de confort y lleva a un individuo a creer que es admirado, respetado y amado y que otros están disponibles para proporcionarle cuidado y seguridad.

- Apoyo cognitivo.-Información, conocimiento y/o consejo de otros que ayudan al individuo a entender su mundo y a ajustarse a los cambios dentro de él.
- Apoyo material o instrumental.- Bondades y servicios que le ayudan a resolver problemas prácticos

Acuña (1998) señala que el apoyo social hace referencia a relaciones tales como confianza, intimidad, cercanía emocional, ayuda práctica y en general el afecto por parte de otro individuo.

Esta autora menciona que cuando una persona se da cuenta que tiene el apoyo de otros, el efecto perjudicial del estrés sobre la salud es menor que cuando no se percibe dicho apoyo. Por lo que enfatiza el papel del efecto mitigador del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de las personas.

Diversos estudios como los de Whethington y Kessler (1986; Roos y Cohen, 1987; en Acuña, 1998) establecieron que en pacientes diagnosticados como deprimidos y ansiosos a causa de la ocurrencia de algún evento vital, la percepción del apoyo social disminuyó el impacto de tal evento.

Por otro lado Rock (1987; en Acuña, 1998) menciona que los pacientes con síntomas psicósomáticos que percibieron apoyo social sufrían estos síntomas en menor grado que los que no percibían apoyo social, esto último acorde con lo que señala Tobón, et al. (2004) en su modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional y sus implicaciones para la evaluación y el tratamiento.

Cobb (1976; en Acuña, 1998) considera que las investigaciones en las que los pacientes hospitalizados recibieron apoyo social de los miembros del hospital, familiares y amigos, se recuperaron más rápido, requirieron menos medicamentos y

los que fueron operados corrieron con menor peligro de muerte, en comparación con aquellos pacientes que no tenían apoyo.

En una revisión posterior se encontró que los estudios realizados por Mitchell y Moos (1984; en Acuña (1998) aquellos pacientes con enfermedades diagnosticadas por un médico y puntajes altos de unidades de cambio de vida (cuyas siglas son LCU) recibieron apoyo familiar y sufrieron menos las enfermedades. Entendiendo como Unidad de Cambio de Vida, a los eventos vitales que pudieran tener efectos nocivos sobre la salud, al promedio de puntajes se le conoce como LCU.

Respecto a la respuesta inmune Zinder, Roghmann y Sigal (1993; en Acuña, 1998) investigaron la respuesta inmune en dos grupos de mujeres universitarias divididas en aquellas que percibían apoyo social y aquellas que no lo hacían. Lo que encontraron fue que el sistema inmune de aquellas mujeres con apoyo social y con una prueba de antígeno, tenían un nivel de funcionamiento más elevado, a pesar de haber sufrido eventos vitales estresantes, Knox (1993, en Acuña, 1998) demostró que los individuos que percibían poco apoyo social, tendían a aumentar su tasa cardíaca bajo situaciones de estrés, en comparación con los participantes con apoyo social.

Gottlieb (1983; en Calvo y Díaz, 2004) señala que para abordar el apoyo social se identifican tres niveles de análisis:

- a. Nivel comunitario o macro. Entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.
- b. Nivel medio. El cual comprende el apoyo social percibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel correspondería con el que se realiza con las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le proporcionaría un sentimiento de vinculación.

- c. Nivel micro o de relaciones íntimas. Procede de aquellas personas con las que el individuo mantiene un vínculo natural y más estrecho (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Caplan (1974; en López de Roda y Chacón, 1992) especifica las diferencias entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Estas diferencias las distinguió entre la transacción y lo transferido.

La transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido) mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible o psicológica. De cualquier forma de apoyo social estaría definida por posición respecto a los ejes objetivo-subjetivo y tangible-psicológico.

Cohen y Syme (1985) consideran que desde los años setenta el concepto de apoyo social ha tenido un aumento significativo, así mismo se han identificado los efectos en la salud y el bienestar, este realmente es un fenómeno interesante porque diversas disciplinas incluyen este concepto en sus investigaciones como son, antropología, arquitectura, diseño ambiental, epidemiología, gerontología, salud educacional, planeación, psicología, trabajo social y sociología, por otro lado finalizan diciendo que la importancia del apoyo social radica en que:

1. Se entiende como un factor etiológico que explica diferentes diagnósticos de enfermedad y salud.
2. Se utiliza como estrategia en la elaboración y desarrollos de programas de intervención (ya sea tratamiento y rehabilitación).
3. Es capaz de relacionar variables psicosociales con salud/enfermedad, ayudando a entender cómo influyen unas en otras.

En síntesis el Apoyo Social (cuyas siglas son AP) consta de los siguientes elementos de acuerdo con Lin, Dean y Ensel (1986,1989; en Domínguez y Salas, 2006):

- a. Tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales y redes íntimas).
- b. Cumple con funciones instrumentales (supone la provisión de medios, consejos o apoyo) para lograr un fin y /o expresivas (tiene que ver con la expresión de emociones).
- c. Distingue entre las interacciones reales (objetivas) o percibidas (subjetivas).
- d. Las provisiones se pueden producir tanto en situaciones vividas cotidianamente como en crisis, abarcando multitud de momentos y contextos en los que el apoyo puede resultar de vital importancia.

Además Cohen y Janicki-Deverts (2009) identificaron que las personas que cuentan con diversos tipos de relaciones sociales viven más tiempo y tienen menos deterioro cognitivo con el envejecimiento, favorece una mayor resistencia a las enfermedades infecciosas, y notan cierta mejoría cuando se enfrentan a enfermedades graves y crónicas. Se ha sabido de la importancia de la integración social (la participación en diversos tipos de relaciones) para la salud y la longevidad de 30 años.

Sin embargo, se sigue investigando que tener una red social más diversa tendría un efecto positivo en la influencia sobre la salud, y todavía se tienen que diseñar intervenciones eficaces que influyen en los componentes clave de la red y a su vez en la salud física.

Para una mejor comprensión del rol de la integración social en la salud sería necesaria una investigación sobre cómo la organización integrada de las redes

sociales influyen en los comportamientos de salud pertinentes, regulan las emociones y las respuestas biológicas, y contribuyen a nuestras expectativas y visiones del mundo.

Cohen y Janicki-Deverts (2009) señalan que en los últimos treinta años, se ha incrementado notablemente el interés en el rol que juegan los entornos sociales y de apoyo en el mantenimiento de la salud y la etiología de la enfermedad (Cohen, 2004; Uchino, 2004; en Cohen y Janicki-Deverts, 2009). Los investigadores han encontrado los resultados más consistentes en grupos de estudios centrados en la integración social y afiliación en una red social diversa.

Hallazgos comunitarios indican que aquellos que cuentan con más tipos de relaciones, por ejemplo, estar casado, tener familiares cercanos, amigos y vecinos, y que pertenezcan al desarrollo social, político y religioso-grupos viven más tiempo. En otros estudios se ha visto que cada vez más personas socialmente integradas tienen también menos deterioro cognitivo en el envejecimiento, menos demencia y una mayor resistencia a las infecciones respiratorias superiores (Cohen y Janicki-Deverts, 2009).

Por lo que se puede apreciar que se da una relación gradual entre la integración y la mejora de la salud y se observa en los hallazgos de estos estudios, pero en algunos casos la relación se atribuyó principalmente a una mala salud entre los pacientes más aislados. En este sentido se ha propuesto que las relaciones entre integración social y la salud puede ser accionado por dos procesos separados: uno que está aislado frente a tener un número mínimo de tipos de contacto (umbral común entre uno y tres), y el otro asociado con aumentos en la diversidad de red.

Cohen y Janicki-Deverts (2009) señalan que la evidencia más notable y consistente en las relaciones sociales y la salud física provienen de los estudios de integración social. No obstante, existe evidencia de que las personas perciben que se

les brindan mayor apoyo cuando lo necesitan (apoyo social percibido) y por lo tanto están protegidos de los efectos nocivos del estrés de la vida. También hay cierta evidencia de apoyo emocional percibido que protege contra el aumento del riesgo de mortalidad asociado con altos niveles de acontecimientos vitales estresantes y estrés laboral.

Por otro lado hay evidencia de apoyo social percibido en la disminución de las enfermedades potencialmente mortales y se han identificado también mayores niveles asociados a una mayor supervivencia de ataques al corazón y posiblemente con la supervivencia por cáncer de mama y el VIH-SIDA (Cohen y Janicki-Deverts, 2009).

Se asigna el efecto protector al apoyo percibido, lo que reduce el estrés asociado con tener una enfermedad potencialmente grave. Por último, los aspectos negativos de las relaciones sociales, incluidas las pérdidas sociales, interacciones negativas y la soledad (Cohen y Janicki-Deverts, 2009) pueden ser perjudiciales para la salud.

En conclusión el rol de los entornos sociales son importantes para los pacientes y particularmente para las personas mayores que comúnmente viven grandes transiciones sociales como son la jubilación, el fallecimiento o la incapacidad para participar en las actividades sociales debido a la falta de movilidad. También para las personas con enfermedades crónicas que amenazan su vida, tales como enfermedades del corazón, el cáncer y el VIH.

La cuestión es ¿Qué puede ser más interesante? ya que se sugiere que la integración a entornos sociales puede desempeñar un papel salutogénico y facilitador esencial en la salud y el bienestar de las personas que no son impugnadas por los factores de estrés importantes de la vida ni por la enfermedad grave como es en los hospitales (Cohen y Janicki-Deverts, 2009).

Álvarez, Troncoso y Sepúlveda (1995) en un intento de aproximarse a la comprensión del apoyo social investigaron en personas diagnosticadas con esquizofrenia y la relación con el concepto de emoción el apoyo social. Estos autores definen el apoyo social como algo personal y subjetivo; y lo distinguen de las redes de apoyo como un elemento de las redes socioestructurales y objetivo.

El apoyo se caracteriza por depender de las necesidades del individuo y el momento que vive. La efectividad del apoyo proporcionado por una la misma red puede variar según las situaciones. Estos autores señalan que lo fundamental no es cuánto sino qué clase de apoyo es el más favorable. También mencionan que por ello diversos autores coinciden en que una función relevante del apoyo social es que protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos. No obstante, lo anterior este supuesto no siempre es efectivo en las personas diagnosticadas con esquizofrenia (Álvarez, et al. 1995).

Lemos y Fernández (1990) plantearon la influencia de soporte social sobre la salud y bienestar y comentan que el interés por la investigación de la influencia del soporte social sobre la salud y la enfermedad se ha incrementado significativamente en las últimas décadas. En conclusión en estudios enfocados en la interacción entre acontecimientos vitales y soporte social han llevado a resumir que el soporte social influye como un efecto protector solamente en presencia de una situación adversa o acontecimiento vital estresante, en este caso como lo es la hospitalización.

CAPÍTULO 4

LOCUS DE CONTROL

“Hemos aceptado la creencia de que hay personas, lugares y situaciones fuera de control con las que no estamos unidos y que escapan de ese control. Sólo nos queda intentar cambiarlas, negociarlas o adaptarnos” Anónimo

Se ha visto en capítulos anteriores, que el estrés y las estrategias de afrontamiento y apoyo social han sido definidos y evaluados de formas distintas por los investigadores, posiblemente una de las razones de esta diversidad es que son un fenómeno que evoluciona y determina las condiciones propias de cada individuo.

A continuación se revisarán aportaciones importantes al análisis del locus de control considerado como un factor y recurso salutogénico importante en la literatura científica por su efecto en el proceso salud-enfermedad.

En este sentido, el autor De la Rosa (1986; en Cervantes, 2000) refiere que el locus de control es un constructo que surge aproximadamente en la década de los años sesentas y está plenamente reconocido en la literatura mundial, representa el grado en que los individuos creen que su vida se encuentra bajo su propio control o bajo el control de otros.

Rotter (en De la Rosa, 1986; Cervantes, 2000) realiza estudios importantes, teniendo como referencia la diferencia en la percepción acerca de las contingencias del reforzamiento, el éxito o fracaso se pudieron clasificar diferentes tipos de atribución causal. Mientras que para algunas personas el éxito o el fracaso es percibido como resultado de la suerte, el destino, el poder de otros a lo que se llama control externo.

Por el contrario si el individuo percibe que el evento es contingente a su propia conducta entonces tiende a tener una creencia de control interno, Por lo que a partir de esto Rotter (1966; en De la Rosa, 1986) desarrollo el concepto de interno, externo. No fue sino hasta ocho años después que desarrollo el concepto de locus de control interno/ externo.

De ahí la necesidad manifiesta de investigar sobre el Locus de control asociado con la percepción de los individuos acerca de los requerimientos del ambiente y

clarificar en el proceso de ajuste el comportamiento ante diversas situaciones que pudieran ser estresantes, debido al esfuerzo que realizan (Baum et al, 1981; Cohen et al., 1997; Evans y Cohen, 1987; Zimring, 1981; Ortega et al., 2005).

La revisión teórica de Díaz Loving (2002; en Kimble et al., 2002) resaltan que el locus de control son las creencias y conductas individuales que se fundamentan en reforzamientos. Este autor menciona que la teoría de locus de control de Rotter, se centra en el control que los individuos asignan a sus actividades y capacidades personales o a las fuerzas situacionales.

Los hallazgos en la literatura intercultural denotan la importancia que representa el control del reforzamiento y del castigo, lo cual hace universal el constructo.

En México Díaz Loving y Andrade Palos (1984; en Kimble et al., 2002) refieren que reprodujeron las dimensiones tradicionales del locus de control interno (la manipulación directa del ambiente fundamentada en las capacidades instrumentales del individuo) y del control externo, explicadas por Rotter como la creencia de que las fuerzas sociales y ambientales dirigen la conducta y los resultados.

Además identificaron una nueva dimensión en los mexicanos denominada control interno-afectivo, la cual se refiere al empleo indirecto del ambiente mediante las capacidades afiliativas y comunicativas del sujeto (si soy amable con alguna persona, obtendré algún beneficio de ella). En rigor, desde la perspectiva teórica original, esta dimensión podría clasificarse como control externo, pues la definición de Rotter hace referencia a individuos poderosos que controlan el destino del individuo como parte del control externo.

Por lo tanto en México y analizado desde una perspectiva cultural sociocéntrica es aceptable manipular el ambiente mediante otros que pueden efectuar la modificación directa. Por lo que controlar a otros equivale a controlar nuestro destino,

es decir tener un control interno, ha sido reproducida en adolescentes y adultos por De la Rosa, Díaz Loving y Andrade Palos (1986; en Kimble et al., 2002) lo cual denota que esta característica no es consecuencia del desarrollo humano, sino que es un rasgo estable de la cultura.

Díaz Guerrero (1994; en Kimble et al., 2002) mencionó que el control interno afiliativo exige un estilo de afrontamiento acorde con la obediencia afirmativa y con el estilo automodificador de afrontamiento de la filosofía mexicana de la vida y de sus principios socioculturales. Los hallazgos etnopsicológicos refieren que el grupo cultural se adapta al ambiente en formas que favorecen su supervivencia, lo cual hace que los estilos de locus de control, su manifestación y sus dimensiones sean específicas de cada cultura.

Desde la perspectiva de la evolución del constructo de locus de control como un recurso importante de afrontamiento y con un factor predictivo sobre otras variables entre las que destacan actitudinales, afectivas y comportamentales Oros (2005) indica que se inició la investigación en los años sesentas.

En su origen se consideraba un concepto unidimensional, con el tiempo se modificó y ahora se considera que es multidimensional y por lo menos se han reconocido seis modalidades diferentes que lo integran y se asume desde una perspectiva multidimensional (Oros, 2005).

Este autor señala que el locus de control, es un concepto que se manifiesta en la ejecución de una tarea determinada, las personas se comportan de forma muy diferente según crean que su desempeño depende de ellos mismos o no. También se le conoce como control interno–externo, por lo que aquellas personas que creen que en el desarrollo de determinada tarea depende de ellos mismos tienen un locus de control interno, mientras que aquellas que creen que el desarrollo exitoso de la tarea obedece a factores externos tienen un locus de control externo.

Por otro lado se considera que el locus de control constituye un rasgo de la personalidad estable en el tiempo, y sitúa a las personas en un continuo según la responsabilidad que aceptan sobre los eventos sociales que experimentan –positivos, negativos o neutros–. Así se muestra la percepción del origen del propio comportamiento, ya sea de manera interna o externa.

4.1 Definiciones de Locus de control

Esqueda en 1981 (p. 6) menciona que el locus de control teóricamente está definido como “las creencias u opiniones del sujeto acerca de los determinantes de su conducta, sean estos el mismo, otras personas (otros poderosos) u otros factores externos -suerte, azar, destino”.

Lazarus y Folkman, 1991 hacen referencia a las creencias que afectan la evaluación cognitiva de las personas, por lo surge la hipótesis de que los individuos confían en su poder de dominio sobre el entorno o por el contrario temen ser dañados en un mundo concebido como hostil y peligroso, por lo que las evaluaciones del contexto se evalúan como amenazadoras o desafiantes.

Estos autores definen el locus de control como las “creencias generales sobre el control, que incluye el grado en el que el individuo asume que puede controlar los eventos y/o acontecimientos importantes”. Rotter (en Lazarus y Folkman, 1991) hace la siguiente clasificación:

- Locus de control interno: Creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno.
- Locus de control externo: Creencia de que los acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás.

De acuerdo con Esqueda (1981) desde la monografía de Rotter, menciona que la investigación en locus de control se ha enfocado en diversos aspectos y entre los hallazgos reportados destaca por ejemplo las siguientes características de los individuos con locus de control interno:

- Disponen de procesos de atención más refinados
- Buscan más información
- Usan mejor la información
- Aprenden más en tanto en forma intencional como accidental
- Ejecutan mejor en condiciones no estructuradas o de baja disciplina en contraposición a los externos quienes logran mejores resultados en condiciones estructuradas o de alta disciplina

De la Rosa (1986) enfatiza la importancia del constructo de locus de control, pudiendo ser evaluada a partir del número significativo de investigaciones realizadas empleando el mismo constructo.

Por otro lado este autor señala que Lecfocourt (1981, 1983,1984; en De la Rosa, 1986) editó tres volúmenes con estudios del constructo y cuyo título general es “Research with Locus of Control Constructo” por su parte Rotter (1966; en De la Rosa, 1986) definió el locus de control cuando un refuerzo se percibe por un sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean.

Por lo tanto si el acontecimiento es interpretado de este modo, se denomina como una creencia de control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina que es una creencia en el control interno.

El problema del control es fundamental, no solo por la inmensa literatura que trata del asunto y de sus múltiples implicaciones, sino también por la experiencia personal a la que se enfrenta uno cotidianamente.

Para concluir, es posible advertir la congruencia de la revisión teórica e histórica psicológica que refleja que el término locus de control se ha centrado en la necesidad inherente del ser humano de tener el control (Oros, 2005), por lo que se han encontrado ciertas características cognitivas asociadas a la personalidad y donde se asocia que quizás la externalidad pudiera estar asociada a la percepción de mayor estrés y la internalidad a mayor control del estrés y capacidad de afrontamiento, como un proceso que involucra la valoración, interpretación y formulación de creencias de las situaciones ambientales y hasta cierto punto manejables o no.

Laborin (2008, p. 63) lo refiere como “un rasgo de personalidad vinculado con la atribución que hacen los individuos acerca de sus éxitos y fracasos”. Por otro lado señala que los estudios en diferentes naciones y sociedades han demostrado que existen características tanto generales como particulares respecto a la percepción de control donde la cultura juega un papel muy importante.

Por otro lado señala que si bien se ha demostrado que en distintas culturas la importancia de tener alguna expectativa sobre el origen tanto de los éxitos como los fracasos, existen diferencias respecto a las atribuciones en la vida cotidiana (Díaz Loving, 1998; en Laborin, 2008).

En países desarrollados e individualistas (Europa y Estados Unidos) el control tiende a ser internalizado, mientras que en países con economías emergentes y colectivistas (Latinoamérica) el control se externaliza (García y Reyes, 2000; Spector, Sánchez, Siu, Salgado y Ma, 2004; en Laborin, 2008). Por lo que se puede apreciar que las personas de ciertas regiones son más propensas a desarrollar determinados

tipos de control, lo anterior considerando las condiciones de globalización, industrialización, y un mayor contacto con otras culturas.

4.2 Estudios de Locus de control en México

Desde la perspectiva del ser humano y evaluación del entorno, se concibe que el individuo ejerza un control o papel más dinámico con su ambiente, lo que le permite diseñarlo o modificarlo de acuerdo a sus necesidades.

En este sentido en 1986, De la Rosa construyó y validó la escala de Locus de control en México la aplicó a 1,083 participantes (50.4% hombres y 49.6% mujeres) en una muestra seleccionada en forma de muestreo por cuotas, de diferentes carreras universitarias (incluyó a estudiantes del segundo año de preparatoria N= 221) identificó los siguientes factores en la estructura de Locus de Control, como se presenta en la figura 15:

Figura 15. Factores en la estructura de Locus de Control por De la Rosa (1986)

<p>PRIMER FACTOR Fatalismo suerte</p>	<p>Creencias que se tienen del mundo en el que los reforzadores llegan de factores azarosos.</p>
<p>SEGUNDO FACTOR Poderosos del macrocosmos</p>	<p>Control que ejercen otras personas sobre nuestras conductas, por el hecho de tener el poder sociopolítico.</p>
<p>TERCER FACTOR Afectividad</p>	<p>Situaciones en las cuales por medio de relaciones afectivas con la gente que lo rodea, el sujeto consigue sus objetivos.</p>
<p>CUARTO FACTOR Internalidad instrumental</p>	<p>Situaciones en las que el individuo tiene que esforzarse y trabajar para lograr control de su vida.</p>
<p>QUINTO FACTOR Poderosos del microcosmos</p>	<p>Control que ejercen las personas cercanas al individuo sobre su vida.</p>

Adaptado de "Escala de Locus de control y Autoconcepto, construcción y validación" por De la Rosa, J. (1986). Elaboración propia.

En los hallazgos sobre el constructo de afrontamiento a los problemas y el locus de control se identificó que estos factores consistentemente median la relación entre el estrés y la adaptación; se le reconoció un papel central en este último proceso (Holahan y Moos, 1994; en Góngora y Reyes, 2000).

García y Reyes (2000, p.158) refieren que en los Estados Unidos los individuos han desarrollado expectativas generalizadas en situaciones de aprendizaje, en la cual la recompensa o el éxito de sus acciones depende de su comportamiento o de factores externos.

Las características tanto de locus de control interno y externo de manera general quedarían como a continuación se indica:

- Control interno. El éxito en una tarea depende de su propio esfuerzo, Rotter lo denominó locus de control interno. Los reforzadores para estos individuos están dados por el propio “yo” del sujeto, se atribuyen las contingencias en sus conductas y los eventos consecuentes.
- Control externo. El éxito o las recompensas se atribuyen a factores tales como la suerte o la situación, los denominó control externo. Los reforzadores son administrados por el ambiente (elementos fuera del individuo). La contingencia entre los eventos consecuentes y la conducta estaría dada por la suerte, el destino o poder que tienen otras personas a las que el sujeto no tiene acceso para modificarlo (Strickland, 1989; en García y Reyes, 2000).

Por otro lado señalan que se han encontrado diferencias entre los estadounidenses y otros países occidentales que tienden a tener un mayor locus de control interno, no así los asiáticos como son los japoneses y países que viven en

países en vías de desarrollo que tienden a tener locus de control externo (Berry, Poortinga, Segal y Dasen, 1995; Matsumoto, 1991, en García y Reyes, 2000).

Otros hallazgos indican que las diferencias socioeconómicas afectan el locus de control, predominante en los individuos. Además de que el locus de control externo está más relacionado con el nivel socioeconómico bajo (Lester, en García y Reyes, 2000).

Los estudios de Góngora y Reyes (2000) refieren que en el estudio de afrontamiento ha habido desde hacía ya varios años una creciente convicción de las creencias acerca del control personal que están fuertemente relacionadas con él individuo (Folkman, et al. 1991; en Góngora y Reyes, 2000). No obstante lo anterior, no está claro cómo influyen estas creencias, lo que sí es que la relación entre el control, el estrés y el enfrentamiento es más compleja de lo que se había pensado anteriormente.

Se ha encontrado que la percepción del control personal influye en las variaciones, el estilo y la dirección del mismo (Fleming, Baum y Singer, 1984; en Góngora y Reyes, 2000) y por otro lado que el significado de adaptación de las estrategias de enfrentamiento puede depender de la percepción de la controlabilidad del evento que se está enfrentando.

Cabe mencionar que la percepción del afrontamiento atañe a diversos conceptos como: locus de control, la autoeficacia, el desamparo aprendido y los factores de atribución, entre otros (Skinner, 1996; en Góngora y Reyes, 2000).

Góngora y Reyes (2000) realizaron un estudio sobre locus de control (interno y externo) de Rotter con el fin de profundizar aún más en la cultura mexicana enfatizando su relación con el afrontamiento.

En el estudio, estos autores obtuvieron en una muestra de 1,398 personas (795 de Mérida y 603 de cinco municipios del interior del estado) de cinco diferentes niveles de edad, aplicaron dos instrumentos, una prueba de afrontamiento a los problemas multidimensionales y multisituacionales (identificando afrontamiento como rasgo) y una segunda dimensión más cambiante y temporal (afrontamiento como estado).

En el caso del afrontamiento, se resalta que encontraron que las dimensiones directas y revalorativas, correlacionaron entre sí, en el caso de Locus de control, se encontró una correlación significativa entre el factor externo y social afectivo.

De los resultados obtenidos se identificó algo peculiar en los estilos de enfrentamiento de la muestra estudiada, cuatro de las seis situaciones problemas de la escala multidimensional-multisituacional de enfrentamiento, aparecen los factores directos y revalorativos pero no separadamente como se encontró en la literatura científica que consultaron.

Se presentó que en el caso del locus de control, aunque la atribución a factores externos ha disminuido respecto a las preferencias de los individuos estudiados, juega un papel muy importante en su estructura cognoscitiva, ya que representa el primero de los factores y explica consecuentemente la mayor parte de la varianza.

Los resultados confirman que existe una relación en la manera como se enfrentan los problemas y la percepción de control, tal y como lo han señalado diversos autores (Bandura, 1997; Fleming, 1984, Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1984/1991; MacCrae, 1984; Parkes, 1984 Petrosky y Birkimer, 1991; en Góngora y Reyes, 2000).

En suma señalan que los datos aportados validan la aproximación etnopsicológica, ya que encontraron la presencia de constructos universales con características idiosincráticas particulares y adicionalmente comprobaron la

dinamicidad e influencia mutua de los ecosistemas y los sujetos que pertenecen a ella (Díaz Guerrero, 1972; 1994; Triandis, 1994; en Góngora y Reyes, 2000).

Según Cervantes (2000) una de las dimensiones del constructo locus de control se establece a partir de las diferencias culturales, en donde la ideología juega un rol importante, en virtud de la percepción de conductas que un individuo pueda controlar, sugiere está determinado por las normas de dicha sociedad, por lo que se esperaría surgieran las premisas socioculturales como son formas de enfrentar los problemas, proverbios, mandamientos, formas de vivir la vida y percibir al ser humano, además de considerar sus roles y relaciones).

También Díaz Guerrero (1979; en Cervantes, 2000) mencionó que la manera de enfrentar los problemas, se encuentra en todos los seres humanos, en todas las culturas y no se pueden escapar del estrés. Algunas culturas adoptan el modelo de Estados Unidos, donde el estrés se encara activamente, se modifica el ambiente físico o interpersonal- para resolver el problema. En el caso de México el modelo es diferente, se piensa que la vida plantea problemas, la percepción del estrés es muy fuerte y la forma de enfrentarlo es pasiva, no modifica el ambiente, sino a los propios individuos.

Según los planteamientos de Rotter (en Díaz Loving, 2002; en Kimble 2002) en rigor y desde la perspectiva teórica original, la dimensión Locus de control social-afectivo podría clasificarse como control externo, pues la definición de Rotter describe a personas poderosas que controlan el destino del individuo como parte del control externo.

Díaz Loving (2002; en Kimble 2002) refiere que analizando este fenómeno desde una perspectiva cultural sociocéntrica es aceptable manipular el ambiente mediante otros que pueden realizar la modificación directa (como son el personal médico o de enfermería o en este caso su pareja). Por lo tanto De la Rosa, Díaz

Loving y Andrade Palos (1986; en Kimble 2002) mencionan que controlar a otros equivale a controlar nuestro destino; o sea un control interno, dicha característica menciona no es consecuencia del desarrollo humano, sino que es un rasgo estable de cultura. El control interno afiliativo exige un estilo de enfrentamiento compatible con la obediencia afiliativa y con un estilo automodificador de enfrentamiento de la filosofía mexicana de la vida y de sus principios socioculturales (Díaz Guerrero, 1994, Díaz Loving, 2002; en Kimble 2002).

4.3 Locus de control de salud

Desde la perspectiva en el ámbito hospitalario la conducta del paciente basada en el entorno, con características de ser compleja como organización y con alta demanda en su cultura e idiosincrasia propia, las personas despliegan los mecanismos de adaptación de los que dispongan. Si su conducta y sus recursos de adaptación en particular están disminuidos y a veces severamente, el simple hecho de sacarle de su ámbito natural y sumergirlos en un ambiente desconocido agudiza aún más el desajuste y la desorientación que origina la hospitalización.

Guerra, Haranburu, Escalante y Franco (2011) señalan que la experiencia de hospitalización tiende a ser cada día más corta y esporádica con la finalidad de conseguir una mayor rotación de camas hospitalarias. Con los nuevos tratamientos y las nuevas tecnologías se abordan los tratamientos de forma ambulatoria. En el caso de padecimientos que exigen exámenes más profundos y seguimientos continuos en casos graves se ingresa a los pacientes por períodos más o menos prolongados.

Al colocar a una persona fuera de su medio natural, trasladarla y ponerla en un contexto extraño lo que puede generar es estrés y el individuo trata de adaptarse a la situación. Las consecuencias de esta inmersión total en un ambiente desconocido hasta cierto punto están condicionando aspectos premórbidos y depende de la edad del paciente. Algunas personas se adaptan al contexto hospitalario más fácilmente

que otras que no lo consiguen, y está podría ser una dimensión importante a investigar (Holmes y Rahe, 1967; Ulla, 2003; en Guerra, et al. 2011).

Por otro lado al ingresar al hospital el paciente manifiesta conductas parapacientes, debe adoptar y aceptar las normas de convivencia de la institución hospitalaria, ritmos y rutinas diarias, además de cumplir, naturalmente con las prescripciones y tratamientos médicos integrándose de la forma más pasiva posible.

En la perspectiva del modelo biomédico, significa básicamente reducir la enfermedad empleando factores biológicos y potencialización de la terapia farmacológica y física. En ocasiones se olvidan de la persona y se reduce al término de paciente. Se le llega a ignorar psicosocialmente lo que puede ser determinante en procesos sobre todo de enfermedades crónicas. Se descuida la capacidad empática, tratando más a las personas más como enfermedades que como enfermos con sus particularidades. En ocasiones los médicos frecuentemente utilizan terminología médica incomprensible para el paciente lo que le genera una mayor ansiedad y sensación de indefensión (Guerra, et al., 2011).

Los médicos enfatizan la parte biomédica y en ocasiones ignoran las necesidades emocionales y gestión de la información, que son importantes en un modelo de gestión de la satisfacción del cliente (Kano, 1985; en Guerra et al., 2011) así como un trato cercano e incluso otro factor relevante es la calidez afectuosa que se evalúa por las personas que prescinden del servicio de salud y resulta más efectivo cuando se trata al paciente de manera íntegra.

Siguiendo las sugerencias de Guerra, et al. (2011), todo lo anterior se tiene que considerar al brindar información al paciente cómo es la gravedad de su enfermedad, su nivel cultural, así mismo como las variables de personalidad (afrentamiento y locus de control) es importante saber cómo transmitir la información relacionada con el diagnóstico, pronóstico y alternativas de solución de la patología médica.

En el contexto hospitalario se puede generar en los pacientes una sensación de pérdida de control, ya que experimentan que no tienen control sobre su vida y su salud, se abandonan en manos de los asistentes sanitarios, algunos adoptan una actitud sumisa, que abarca tanto aspectos médicos y de tratamiento como comportamentales, lo cual provoca cambios en pautas de conducta habituales, como la ropa que debe usar, horarios de sueño y de comida, incluso aspectos íntimos en necesidades fisiológicas.

El locus de control de la salud fue investigado por Wallston (1992; en Fernández y Edo, 1994) quien publicó un texto con el nombre de Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health.

Wallston, inició con esta línea de investigación al aplicar la teoría del aprendizaje social y el constructo de locus de control de Rotter (1954; en Fernández y Edo, 1994) en el campo de la salud. La hipótesis clasifican el tipo de Locus de control:

Locus de control interno: Aquellas personas que crean que su salud depende de ellas mismas y tendrán mejor salud. Este tipo de locus facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

Locus de control externo: Son aquellas personas que crean que las causas de sus enfermedades son ajenas a ellas.

Wallston (1992; en Fernández y Edo, 1994) reconoció los errores en su planteamiento y junto con otros autores reformula sus ideas y consiste en adoptar la idea de competencia personal percibida como sustituto al concepto de locus de control interno, donde se localiza una buena motivación para llevar a cabo conductas que mantengan la salud cuando la percepción de la competencia personal percibida alta consiste en:

1. Valorar la salud como un bien importante.
2. Creer que se es capaz de realizar esas conductas saludables (basadas en la teoría de autoeficacia de Bandura (1986; en Fernández y Edo, 1994).

Uno de los objetivos de trabajar con el locus de control es explicar la percepción de control o control percibido, el cual es necesario para que las personas mantengan conductas saludables, y es esencial para superar la ansiedad. Encontrando que el control percibido es una característica psicológica que proporciona la clave para entender la relación entre emociones y salud.

En México Ortega y Reyes (2008) realizaron una investigación sobre el Locus de salud e identificaron en una muestra de 88 pacientes de sexo femenino internadas en un hospital de especialidades para la atención del cáncer y los puntajes más altos obtenidos con la escala de Locus de Control en Salud (1978, de Wallston y de Vellis, traducida y adaptada por Navarro y Reyes) pertenecen a los factores Interno y otros poderosos, donde se resaltó el hecho de que se producen puntajes altamente sesgados hacia completamente de acuerdo. Mientras que los puntajes del factor destino tienden a distribuirse en forma diferente.

Los resultados de esta investigación concluyeron que “las creencias sobre el estado de salud en mujeres con cáncer manifiestan la incertidumbre que tienen sobre el pronóstico de su propia enfermedad, es decir desean creer que tienen el control sobre la evolución de su enfermedad, pero también creen que es cuestión de suerte o del destino” (Ortega y Reyes, 2008 p. 122).

Por otro lado la investigación identificó las creencias polarizadas en mujeres con cáncer, situación que manifiesta la falta de confianza en ellas mismas para poder afrontar la enfermedad (locus externo) pero con un mayor creencia en los otros poderosos para poder ayudarlas, considerando entre ellos a los médicos, de ahí que

se desprenden como propuestas para implementar estrategias de intervención el empleo de apoyo psicológico con base en figuras de autoridad, así como en la prevención y detección temprana de cáncer (Ortega y Reyes, 2008).

A continuación pasaremos a revisar el problema y como se ha abordado para entenderlo mejor.

4.4 Planteamiento del problema

Abordar actualmente el estudio del cuidado de la salud implica reconocer la influencia de diversidad de factores ambientales en la salud. La presente investigación se centra en el estudio del estrés particularmente en cuartos de pacientes en una de las organizaciones más complejas como son los hospitales (por el tipo de diseño arquitectónico, adelantos médicos tecnológicos, grupos diversos de usuarios con perfiles diferentes y necesidades específicas, estructura organizacional con frecuencia confusa). Surge de una línea de investigación en psicología ambiental que contribuirá a fundamentar el estudio del fenómeno y por ende a conseguir el logro de la meta de los hospitales como es el cuidar la salud y preservar la vida (Moos y Schaefer, 1987,1987; Newman, 1984; Ortega, 2002; Ortega y Aguilar, 2003; Ortega, et al, 2005; Rachman y Phillips, 1978; Shumaker y Reizenstein, 1982; Sommer y Dewar, 1963; Taylor, 1979; Winkel y Holahan, 1985; en Shumaker y Pequegnat, 1989) además de atender la demanda social de los pacientes.

Si bien es cierto que los hospitales como escenarios de atención a la salud requieren afrontar en el desempeño de su trabajo con pacientes y familiares, ciertas demandas de atención, curación y alivio, por lo que la excelencia del cuidado del paciente exige que en la práctica clínica se consideren los beneficios de la Psicología Ambiental ya que a través de su aplicación y basada en evidencias científicas se brindaría un contexto y servicios hospitalarios, integrados con el resto de la asistencia sanitaria. Todo ello conlleva a que tengamos investigaciones donde se observen las

condiciones ambientales al interior de los hospitales, se analicen los aspectos de prevención, tratamiento y recuperación de la salud de los enfermos y por último se identifiquen las relaciones e interrelaciones entre las personas y el entorno hospitalario.

A lo largo de esta sección se ampliará el desarrollo de la investigación para analizar la existencia de las situaciones hospitalarias y su papel preponderante en el vínculo entre los ambientes y la influencia en el comportamiento de los usuarios. De esta manera puede entenderse que el abordaje que se hace en esta investigación a la luz de la psicología ambiental como disciplina cuyo objeto de estudio y comprensión de procesos psicosociales derivados de relaciones, interacciones y transacciones se justifique.

En México Ortega (2002), Ortega y Aguilar (2003) Ortega, et al. (2005) ha demostrado cómo algunas condiciones socioambientales y físicas en salas de espera se relacionan con la generación de estrés ambiental, lo que impacta la salud y el bienestar de los pacientes en salas de espera.

Por lo que se reconoce que hay aspectos relacionados con el diseño inadecuado que inciden en la conducta indirectamente e impiden la atención inmediata de servicios de salud. De lo anterior se deriva que un ambiente puede ser estresante para los usuarios debido a las características físico-arquitectónicas del hospital y por lo tanto los estresores cambian las habilidades de adaptación del individuo, de ahí que una larga exposición a los mismos posiblemente agoten física y psicológicamente los recursos de afrontamiento (Selye, 1974; en Shumaker y Pequegnat, 1989; Zimring, 1981 y 1984).

Uno de los ejes teóricos en que se basa esta investigación es el modelo de estrés en el contexto hospitalario, el cual fundamenta algunas de las explicaciones que generan los ambientes sociofísicos y que pueden impedir más que facilitar el

logro de las metas de la preservación, cuidado y bienestar del paciente, quizás por los efectos de los estresores a los pacientes afectados (Stokols, 1979; en Shumaker y Pequegnat, 1989, Ortega et al., 2005). Por lo que se sugiere posiblemente que el diseño deficiente y las intervenciones en las organizaciones hospitalarias han limitado hasta cierto punto:

- a. Los recursos de estrés.
- b. El impacto directo e inmediato del estrés en varios grupos y hospitales.
- c. La intervención eficiente en el diseño del hospital y atenuar el estrés e incrementar la efectividad del cuidado de la salud.

Desde esta perspectiva esta investigación explora las interrelaciones entre los factores médicos, físicos socioambientales, atributivos y de personalidad que incurren en la experiencia de bienestar, satisfacción o estrés en pacientes hospitalizados.

Un contexto hospitalario con una estructura compleja con altos niveles de estrés y demanda se asocia a impedir el avance significativo del cuidado de la salud y es considerado clave para establecimiento de relaciones clave y eficaces que favorecen la salud. Por lo tanto es relevante reconocer que las experiencias en los hospitales tiene una influencia positiva o negativa dependiendo de la percepción del paciente y las facilidades que se brinden al interior del mismo.

Cuando se habla de las implicaciones que tiene el cuidado de la salud, se considera necesario establecer una visión multifactorial que permita desarrollar una mirada holística, en esta mirada debemos considerar el papel que juega el psicólogo ambiental a efecto de que contemple aspectos como la influencia que ejercen los hospitales por su planeación, diseño y construcción, sobre la percepción del estrés en los pacientes, y generar una voz que le permita expresar a través del dialogo sus hallazgos, con otros profesionales de la salud y autoridades para la toma de decisiones.

Ahora sabemos que se establece con el contexto un vínculo de interacción específica y los autores lo validan. Lo anterior generó una línea de investigación con diversas investigaciones realizadas tanto en el ámbito nacional como internacional a nivel hospitalario (Moos y Schaefer, 1987,1987; Ortega et. al, 2005; Rachman y Phillips, 1978, Shumaker y Reizenstein, 1982, 1985; en Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich et al. 2004).

Si bien es cierto que el bienestar y la satisfacción del paciente, derivados del entorno hospitalario y determinados en gran medida por aspectos individuales y el marco de incorporación de mejoras en la calidad de vida hospitalaria de los usuarios se fundamenta la imperiosa necesidad de considerar lo aspectos ambientales planteados como un componente clave de éxito el contexto ambiental hospitalario y su influencia lo que puede de alguna forma convertirse en un factor moderador, de satisfacción y apoyo a la salud del paciente.

4.5 Justificación

El presente trabajo se justifica por la importancia de la evaluación en procesos ambientales y de personalidad asociados a identificar los aspectos que inciden en las necesidades y mejora de la salud de los usuarios en el ámbito hospitalario. Ello queda fundamentado en trabajos previos en diversos hospitales.

Sin embargo la elección de identificar la influencia del ambiente físico hospitalario y abordar la temática sobre el control, estilo de afrontamiento y estrés ambiental en pacientes hospitalizados se explica porque enfatiza cuartos de hospitalización, donde la estancia del paciente es más prolongada. Además integra en primer lugar un análisis teórico y una revisión documental del estrés hospitalario donde se establece una visión multidimensional que permita obtener una mirada

sistémica u holística de la problemática. Lo anterior supone una cadena de relaciones que se establecen entre el ambiente y los usuarios.

En segundo lugar y para darle soporte teórico se refinó la búsqueda y se encontró que existen diversos estudios sobre el impacto del estrés ambiental en escenarios hospitalarios, sin embargo la revisión documental revisada indicaba que en México solo Ortega et al. (2005) había realizado investigación centrada en pacientes en salas de espera.

Por tal razón, cuando se realizó la investigación el abordaje se planteó en el modelo del estrés ambiental y se implementó como consecuencia directa del análisis realizado de los modelos teóricos y las variables generadoras de estrés hospitalario. Actualmente se considera imprescindible incluir factores de bienestar y salud al evaluar la calidad de los servicios médicos ya que la aparición del estrés puede generar serios problemas en los usuarios.

En términos generales se podría decir que esta investigación es un acercamiento para generar un estudio exploratorio de análisis y de abordaje que genere líneas de acción para la prevención de estrés y atención integral en pacientes hospitalizados. Por otro lado se pretende que los resultados se incorporen a la línea de investigación para la comprensión del estrés hospitalario ya que en el cual se agregaron factores de personalidad como son estilos de afrontamiento y locus de control.

En la actualidad, existe un mayor interés por parte del sistema de atención a la salud en cubrir las necesidades psicológicas de los usuarios en el ámbito hospitalario, y a raíz de las nuevas reformas en materia de salud, que actualmente requieren dotar a los hospitales de calidad en el servicio, abordaje y tratamiento integral a los enfermos a lo largo de cada una de las fases de la enfermedad, poca capacidad e insatisfacción de usuarios, así como ajustes en la oferta de servicios, reducción de la

oferta de camas hospitalarias, mayor participación ciudadana y del personal de salud en la dirección del hospital, la prioridad es en efectividad y calidad.

Como a nivel teórico se identificó la influencia del contexto hospitalario particularmente el diseño arquitectónico y la interferencia en el cuidado de la salud, la presente investigación profundizará en el estudio de variables que generan estrés en pacientes hospitalizados y que pueden ayudarnos a comprender mejor el origen del mismo. La psicología ambiental, como eje teórico principal argumenta sus explicaciones tomando el proceso del estrés ambiental como uno de los pilares explicativos. Este estudio contempla algunos de los factores que se interrelacionan entre sí como son los factores ambientales y de personalidad que pueden generar una mayor vulnerabilidad en los pacientes.

Por otro lado y acordes con el planteamiento teórico y el modelo de estrés de Ortega et al. (2005) los resultados presentados aportan evidencias sobre el estudio de ambientes para la salud en un hospital general regional en cuartos de pacientes, en el cual se consideran las relaciones entre variables socioambientales, de la consulta médica, física, y atributivas, así como factores psicológicos de personalidad que generan respuestas de estrés en pacientes hospitalizados.

Desde esta perspectiva, se aprecia que la investigación psicológica puede tener efectos beneficiosos a nivel hospitalario disminuyendo el impacto del estrés en los pacientes y usuarios, lo que implica reconocer y abordar los factores ambientales que influyen en los procesos de salud-enfermedad particularmente el estrés y disminuir la vulnerabilidad en los pacientes además de cumplir con los estándares que se requieren y disminuir las quejas de los pacientes y familiares.

Tomando en cuenta estas consideraciones, se propone la presente investigación, la cual realiza un abordaje a nivel metodológico retomando un modelo ya evaluado y validado de estrés hospitalario (Ortega, et al. 2005). Para concluir el

ámbito hospitalario es fundamental como un ambiente integrador con características complejas y de alta demanda y tecnologización, por lo que se considera importante analizar el comportamiento de los pacientes, en el siguiente apartado.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1 Objetivos

5.1.1 Objetivo General

Identificar si existen relaciones entre las variables de la consulta médica (servicio médico, tiempo de hospitalización, tipo de enfermedad) socioambientales (evaluación ambiental e imagen institucional), física (densidad social) y atributivas (sexo, edad, escolaridad, edo. civil) en la generación de estrés considerando los aspectos de personalidad (estilos de afrontamiento y locus de control) en pacientes hospitalizados de un hospital regional general y eventualmente generar un modelo que permita explicar los factores estresantes que afectan a los pacientes.

5.1.2 Objetivos específicos

1. Identificar las relaciones existentes entre las variables de estrés experimentado habitualmente en pacientes hospitalizados de un hospital general regional y las siguientes variables:
 - a. Consulta médica (servicio médico, tipo de enfermedad y/o tiempo de hospitalización).
 - b. Socioambientales (Evaluación Ambiental e Imagen institucional).
 - c. Física (densidad social).
 - d. Atributivas: sexo, edad, escolaridad, estado civil.
 - e. Personalidad (Estilos de afrontamiento y Locus de control).

5.2 Hipótesis

Existe relación entre las respuestas de estrés en pacientes hospitalizados de un hospital regional general con las siguientes variables:

1. Consulta médica (servicio médico, tiempo de hospitalización y tipo de enfermedad).
2. Socio-ambientales:
 - a. Evaluación ambiental: percepción espacial y equipamiento, funcionalidad, orientación, valoración ambiental.
 - b. Imagen institucional: confianza y seguridad en la atención médica, calidad humana del servicio y significado ambiental.
3. Física (densidad social).
4. Atributivas: sexo, edad, escolaridad, estado civil.
5. Estilos de afrontamiento y Locus de control.

5.3 Pregunta de investigación

“¿Qué relaciones existen entre las variables de la consulta médica (servicio médico, tiempo de hospitalización, tipo de enfermedad) socioambientales (evaluación ambiental e imagen institucional) física (densidad social) y atributivas (sexo, edad, escolaridad, estado civil) en la generación de estrés considerando los aspectos de personalidad (estilos de afrontamiento y locus de control) en pacientes hospitalizados de un hospital regional general?”

5.4 Muestra

La muestra se seleccionó de manera directa e intencionalmente y estuvo compuesta por 114 pacientes (68 mujeres y 46 hombres).

En este estudio participaron voluntariamente los pacientes previo consentimiento informado.

En una primera reunión con las autoridades del hospital se tomó la decisión de que se aplicarían los instrumentos en los pisos: sexto (Ginecología y Perinatología) séptimo y octavo (Medicina Interna) noveno y décimo (Cirugía general) y décimo primero (Ortopedia).

Los pacientes fueron asignados, controlando los criterios de inclusión y exclusión que se citan a continuación:

5.5 Criterios

5.5.1 Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta los elementos en el estudio necesarios para poder participar:

- Del servicio de hospitalización.
- Estancia en el servicio de hospitalización de por lo menos dos días.
- De 18 a 60 años.
- Que sepan leer y escribir.
- Que otorguen el consentimiento informado para participar en el estudio.

5.5.2 Criterios de exclusión

Se consideraron aquellos datos cuya existencia obligue a prescindir del paciente como elemento de estudio, a pesar de reunir los requisitos de inclusión.

- Retraso mental o trastornos neurológicos.

- Condición médica que impida contestar las evaluaciones.
- Falta de consentimiento del paciente para participar.

5.5.3 Criterios de eliminación

Las siguientes son las causas que obligaban a retirar al paciente como elemento del estudio una vez que ha sido incluido en la investigación:

- No finalizaron las aplicaciones de los instrumentos de evaluación.
- Respuestas inadecuadas de los instrumentos de evaluación.
- Indisposición durante la aplicación.

5.6 Escenario

Hospital regional general dirigido a la atención de pacientes cuenta con los siguientes servicios médicos: Ginecobstetricia y Perinatología (piso 6, ver apéndice E), Medicina Interna (piso 7 y 8), Cirugía General (piso 9 y 10), Ortopedia (piso 11).

Los cuartos de los pacientes miden: $3.38 \times 6.42 \text{ m.} = 21.6 \text{ m}^2$. Cada cuarto cuenta con tres camas por habitación (ver croquis de una sala del hospital regional general, apéndice E).

5.7 Tipo de Investigación

Observacional.- Presencia un fenómeno sin modificar intencionalmente sus variables.

Transversal.- Examina las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado.

Comparativa.- Establece la comparación entre dos o más grupos de variables.

5.8 Variables

Tabla 1. Variables

ATRIBUTIVAS	INDEPENDIENTES	DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo ▪ Edad ▪ Escolaridad ▪ Estado civil 	<p>Médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio médico ▪ Tiempo de hospitalización ▪ Tipo de enfermedad <p>Socioambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación ambiental: percepción espacial y equipamiento, funcionalidad, orientación, valoración ambiental. ▪ Imagen institucional: confianza y seguridad en la atención médica, calidad humana del servicio y significado ambiental. <p>Física</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Densidad social <p>Personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estilos de Afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de Problemas - Apoyo social - Reestructuración Cognitiva - Expresión emocional - Evitación de problemas y/o cognitiva ▪ Locus de control <ul style="list-style-type: none"> - Locus de control Externo - Locus de control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrés

I. Variables atributivas

- **Sexo:**

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer, condición de género en dos grupos (hombre, mujer) y el rol social del paciente. Se codificó con 1= hombre, 2= mujer.

- **Edad:**
Número de años transcurridos a partir del nacimiento. Periodo o zona de fechas. Se codificó 1 = 18-31 años, 2 = 32-45 años, 3 = 46-60 años.
- **Escolaridad:**
Tiempo durante el que el encuestado asiste o asistió a la escuela o cualquier centro de enseñanza. Se codificó con: 1 = sin estudios, 2 = básico, 3 = medio superior, 4 = superior.
- **Estado civil:**
Clase o condición de cada paciente en relación con los derechos y deberes civiles. Se codificó con 1 = casado, 2 = divorciado, 3 = soltero, 4 = unión libre, 5 = viudo.

II. Variables independientes

Variables de la consulta médica:

- **Servicio médico.**
Se consideraron cinco servicios: piso 6 (Ginecología y Perinatología) pisos 7 y 8 (Medicina Interna) pisos 9 y 10 (Cirugía general) y finalmente piso 11 (Ortopedia).
- **Tiempo de hospitalización.**
El tiempo de hospitalización fue definido como el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente al hospital para internamiento hasta el día en que se realizó el estudio (obtenido con la escala de evaluación ambiental). Puede variar entre 2 y 10 días según la enfermedad y tratamiento utilizado y según la evolución del paciente. También

prolongarse si el paciente presenta alguna complicación por vulnerabilidad y morbilidad postoperatoria.

- Tipo de enfermedad.

La literatura médica actual hace mucho énfasis en que los seres humanos estamos expuestos a miles de enfermedades que se pueden clasificar de distintas maneras. Una forma de hacerlo es de acuerdo a sus causas; siguiendo este criterio de identificación existen patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psicosociales. Producen problemas desde leves hasta severos dependiendo del tipo de enfermedad, también son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros diagnósticos.

Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

Se definen como desviaciones en la salud con características muy específicas y se clasifican de acuerdo al cumplimiento de criterios de diagnóstico en relación a las conductas que presentan los sujetos y las consecuencias que producen a nivel físico, emocional y/o social. Esta definición engloba cuatro patologías médicas principales, Harrison principios medicina interna (Longo, et al., 2010) las clasifica en:

1. Enfermedades crónicas degenerativas.

La enfermedad crónica entendida como un proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Posee etiología múltiple y desarrollo poco predecible.

Generalmente a la enfermedad crónica se le considera como un trastorno orgánico funcional que obliga a modificar el modo de vida del paciente y que probablemente persista durante largo tiempo.

2. Enfermedades infectocontagiosas.

Una enfermedad infectocontagiosa es una forma de enfermedad que es infecciosa y posee el potencial de ser transmitida. El término infeccioso se refiere al hecho de que la enfermedad infecto-contagiosa es causada por microorganismos o patógenos (organismos microscópicos de origen animal o vegetal) que pueden auto-reproducirse dentro del cuerpo y multiplicarse hasta un número considerable si no son destruidos.

3. Neoplasias.

Masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede al del tejido normal y no está coordinado con él y que persiste tras finalizar el estímulo que suscito la alteración.

4. Otras.

Como por ejemplo dentro de esta clasificación se encuentran las fracturas, lupus eritematoso, síndromes (ictérico, diabetes -db-, tlc, trauma y aplicación de injerto) y el embarazo (aunque este no se considera como enfermedad, sino como diagnóstico) entre otras (ver apéndice A).

Variables socioambientales:

Se consideraron para el presente estudio las investigaciones efectuadas por Reizenstein, Grant y Simón (1986) y por Shumaker y Reizenstein (1982; en Ortega et al., 2005) en donde concluyen que son cuatro los aspectos productores de estrés en ambientes hospitalarios: confort físico, significado simbólico, contacto social y orientación física. Se mide con base en el instrumento "Escala de evaluación ambiental" de Ortega et al. (2005) se consideraron los siguientes factores que evalúan al:

1. Confort Físico.

Mide la evaluación subjetiva de los factores físicos que pueden influir en el bienestar de los pacientes y está conformado por los siguientes factores de la Escala de Evaluación Ambiental:

1.1 Funcionalidad.

Integra aspectos relacionados con iluminación, limpieza, decoración, color de paredes, funcionamiento, flexibilidad del mobiliario, vigilancia.

1.2 Valoración física.

Integra ruido, olores desagradables y calor.

1.3 Percepción espacial y equipamiento.

Incluye la evaluación de los aspectos relacionados con la percepción del espacio y el adecuado equipamiento de los cuartos, contempla aspectos específicos como son: facilidad en la accesibilidad de los servicios sanitarios, tamaño del cuarto, nivel de comodidad y número de asientos disponibles, así como la posibilidad que brinda el mobiliario para el aislamiento en caso de que se desee.

1.4 Orientación.

Mide la posibilidad real de que las personas encuentren su destino final, particularmente quienes tienen disminuidas sus capacidades de reconocimiento de patrones o por su estado emocional alterado, como es el caso de los usuarios. Se obtuvo con el factor de Orientación de la Escala de Evaluación Ambiental (Ortega, et al. 2005).

2. Significado simbólico.

Mide la imagen del hospital y la percepción de los usuarios, de tal manera que el ambiente se convierte en el transmisor de significado simbólico el cual envía mensajes constantemente que fortalecen o debilitan el rol de los pacientes, considerando la percepción de los pacientes para ser tomados en cuenta y la importancia que se les brinda en el ámbito hospitalario.

Así mismo se refiere al concepto de imagen que proyecta la parte institucional, calidad de la interacción médico-paciente, confianza y seguridad que brinda la institución hospitalaria al paciente y está integrado

por los siguientes aspectos en la Escala de Imagen Institucional (ver apéndice B):

2.1 Calidad de la atención.

Hace referencia a la valoración de la calidad de la atención en términos de una mejor relación individual y humana, se enfoca a amabilidad, eficiencia y rapidez de servicio, así como a ser tomad@ en cuenta.

2.2 Confianza y seguridad en la atención médica.

Se enmarcan aspectos como valoración del servicio médico en términos de capacidad, amabilidad y bondad, así como la confianza que brinda la institución y la seguridad de sus instalaciones.

2.3 Significado ambiental.

Se refiere al mensaje simbólico que debería transmitir un escenario que brinde la recuperación de la salud y que ofrezca a sus usuarios la plena satisfacción de sus necesidades.

En caso contrario encontramos aquel escenario que no responde a las necesidades y expectativas, en términos de poca familiaridad ambiental, y de lo desagradable que resulta permanecer en ese lugar, considerando que los aspectos ambientales negativos puedan alterar el estado de salud de los pacientes.

Variable física:

▪ Densidad social.

Se refiere al registro del número de pacientes y familiares presentes en los cuartos de hospital (área física medida en m²). Bajo la consideración de la norma definida por las investigaciones de Reizenstein, Grant y Simmons (1986) corresponde a 1.3 m² por persona como medida ideal en escenarios hospitalarios (Ortega, et al. 2005).

Variables de Personalidad:

a. Estilos de Afrontamiento.

Considerando el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991). Se determinaron mediante la puntuación obtenida en la escala de afrontamiento de Moos y Schaefer (1986, ver apéndice D):

Factor 1. Resolución de problemas.

Estilo cognitivo mediante el cual una persona acepta la realidad básica de una situación, pero la reestructura para encontrarla favorable. Incluye razonamientos acerca de las cosas que podrían ser peor, compararse con otras personas en una situación peor a la propia y centrarse en una situación desfavorable dentro de la crisis.

Factor 2. Apoyo social.

Esta serie de habilidades tienen como finalidad buscar información acerca de la crisis y prever cursos de acción y sus posibles resultados. Suelen emplearse en combinación con Análisis lógico para restablecer su percepción de control sobre la situación y así prepararse para resolver el problema.

Factor 3. Restructuración cognitiva.

Implica tomar una acción concreta para tratar directamente con el problema o estresor.

Factor 4. Expresión emocional.

Intenta reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos, como enojo, desesperación, llanto, etc. Aunque también puede implicar desobedecer las normas

sociales o la utilización de estilos de reducción de tensión como beber, fumar, ingerir drogas o tranquilizantes.

Factor 5. Evitación de problemas y/o cognitiva.

Incluye una serie de habilidades encaminadas a negar o minimizar el tamaño o la gravedad de una crisis. Se emplea como un estilo para evitar pensar realmente en el problema o estresor. Son útiles para los individuos porque proporcionan tiempo oportuno para que desarrolle otros recursos de afrontamiento necesarios o afronte situaciones estresantes sobre las que posee poco control.

b. Locus de control.

Hace referencia a las creencias generales sobre el control, que incluye el grado en el que el individuo asume que puede controlar los eventos y/o acontecimientos importantes, lo esencial son las expectativas de la persona sobre las posibilidades de éxito o fracaso, lo que se ve reflejado en el Locus de control (Rotter, en Lazarus y Folkman, 1991).

Se determinaron de acuerdo a los puntajes obtenidos en la escala de Locus de control de Reyes Lagunes (ver apéndice C).

Rotter (en Lazarus y Folkman, 1991) denomina:

- Locus de control interno: la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno.
- Locus de control externo: la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás

III. Variable dependiente

Estrés:

El estrés como “el proceso en el cual las demandas ambientales exceden la capacidad adaptativa de un organismo, produciendo diversos cambios psicológicos y biológicos que están objetivamente asociados con fuertes demandas adaptativas” (Cohen, Kessler y Underwood, 1997, p.3). La medida se obtuvo a través de la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación (SACL) desarrollada en 1983 por King, Burrows y Stanley.

1. Activación.

Este factor está asociado a las respuestas psicológicas que emplean las personas para afrontar el estrés, tales como sentirse alertas, activos, vigorosos, animados y llenos de energía durante su estancia en el cuarto del hospital.

2. Agotamiento.

Está asociado a las reacciones fisiológicas y psicológicas del participante frente a situaciones estresantes o bien ante situaciones frecuentemente persistentes o monótonas, las cuales se reflejan en respuestas de cansancio, adormecimiento e indiferencia.

3. Estrés.

El estrés está asociado y engloba las reacciones psicológicas no placenteras de los pacientes en un momento determinado durante su estancia en los cuartos de hospitalización, las cuales se reflejan como inquietud, preocupación, aflicción, tensión, molestia, intranquilidad e irritabilidad evaluada en una escala de 0 (completamente en desacuerdo a 10 totalmente de acuerdo).

5.9 Instrumentos de medición

Psicométricos

Antes de emplear los instrumentos psicométricos (Escala de Evaluación Ambiental, Escala de Imagen Institucional y la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación) se identificó que ya habían sido ampliamente desarrollados en estudios previos en México, los dos primeros instrumentos por Ortega et al. 1997; Velásquez, et al. 1998; Ortega et al. 2000; Ortega, et al. 2000, 2002 (en Ortega, et al. 2005) y el tercer instrumento en 1983 en Inglaterra, Australia y Estados Unidos por los autores King, Burrows y Stanley. Después de haberlos utilizado se procedió a analizarlos psicométricamente.

Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional

Se empleó la Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional desarrollada por Ortega (2002; en Ortega, 2005) y adaptada para el presente estudio. Mide la valoración de la funcionalidad y condiciones ambientales deseables, la orientación e impacto y valoración ambiental de los cuartos de hospital, contiene la evaluación y percepción de aspectos físicos y ambientales (ver apéndice B).

Así como la calidad de la atención médica y de enfermería lo que les brinda confianza y seguridad a los pacientes, los lugares que le generan confort y seguridad para recibir a sus visitas durante su estancia en el cuarto de hospital.

Con la finalidad de determinar la estructura empírica del instrumento y obtener su validez se obtuvo a través de la aplicación a 114 pacientes internados en un hospital general regional con el método de extracción de componentes principales estando la solución sujeta a un método de rotación oblimin con normalización Kaiser, consta de 31 reactivos, obteniéndose seis factores y valores eigen mayores a 1

explicando el 55% de la varianza total, con una confiabilidad total del instrumento de .8477 a través de Alpha de Cronbach.

La escala de respuestas es de “0” a “10” en la cual el “0” indica la ausencia de la característica que se mide y “10” una presencia total.

Tabla 2. Los seis factores obtenidos de la Escala de evaluación Ambiental y los de la Escala de Imagen Institucional con sus respectivas varianzas.

FACTOR	VARIANZA
Funcionalidad y condiciones ambientales deseables	22.43%
Orientación	8.84%
Impacto y valoración ambiental	8.10%
Confianza y seguridad en el servicio médico	5.95%
Confort y seguridad	5.33%
Calidad de la atención del personal de enfermería	4.65%
VARIANZA TOTAL EXPLICADA	55.00%

Tabla 3. Los seis factores de la Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales.

FACTORES	REACTIVOS	PESO FACTORIAL
EVALUACIÓN AMBIENTAL		
1 Funcionalidad y condiciones ambientales deseables Confiabilidad: .831	4. El color de las paredes del cuarto es agradable	0.684
	6. Hay ventilación en este cuarto	0.664
	11. La decoración del cuarto es agradable	0.662
	12. El espacio del cuarto es suficiente	0.661
	5. La iluminación del cuarto es suficiente	0.652
	15. Las camas son cómodas	0.626
	10. El cuarto está limpio	0.495
	14. El acceso a los baños es fácil	0.427
2 Orientación Confiabilidad: .927	19. En caso de una emergencia en el cuarto, hay botones o alarmas que me permiten llamar a las enfermeras	0.386
	18. En una situación de emergencia las rutas de evacuación están claramente señaladas	0.954
	17. La ubicación de letreros de orientación es adecuada en este hospital	0.911
	16. Los letreros y señales de emergencia se ven	0.858

	fácilmente en el hospital	
IMAGEN INSTITUCIONAL		
4 Confianza y seguridad en el servicio médico Confiabilidad: .718	21. Los médicos están preparados	-0.826
	20. Hay buenos médicos en este hospital	-0.814
	25. Los médicos son amables	-0.763
	23. El servicio de atención médica me da confianza	-0.698
	24. La atención a los pacientes es rápida	-0.428
5 Confort y seguridad Confiabilidad: .776	46. Hay lugares en este hospital donde puedo estar a solas con mis visitas	0.752
	45. Hay lugares en este hospital donde puedo estar a gusto con mis visitas	0.610
	43. Los que me visitan durante mi internamiento son tratados de manera importante	0.556
	29. El edificio me ofrece seguridad ante un posible siniestro (incendio, temblor)	0.522
	42. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido tomada en cuenta	0.479
6 Calidad de la atención del personal de enfermería Confiabilidad: .848	26. Hay buenas enfermeras en este hospital	-0.705
	28. El personal de enfermería es amable	-0.623
	27. Las enfermeras están preparadas	-0.553
	9. El mobiliario del cuarto me permite platicar fácilmente con los demás pacientes	0.525

Factor 1.

Se identifica con Funcionalidad y condiciones ambientales deseables; agrupa 9 reactivos que evalúan las características físicas de los cuartos de los pacientes (como son el color de las paredes, ventilación, decoración, espacio suficiente, iluminación, camas cómodas, cuartos limpios, en caso de emergencia si hay botones o alarmas que permitan llamar a las enfermeras, además de la facilidad de acceso a los baños).

Este factor explica el 22.43% de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .831

Factor 2.

Se refiere a Orientación agrupa 3 reactivos que evalúa la percepción de orientación de los pacientes (como son en situaciones de emergencia las rutas de evacuación están claramente señaladas, la ubicación de los letreros de

orientación es adecuada en el hospital, los letreros y señales de emergencia se ven fácilmente en el hospital).

Este factor explica el 8.84% de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .927

Factor 4.

Se refiere a la Confianza y seguridad en el servicio médico, agrupa 5 reactivos se identifica con percepción de los pacientes respecto a la atención y servicio médico (rapidez en la atención a los pacientes, la atención médica da confianza, la amabilidad de los médicos, si hay buenos médicos en el hospital, si están preparados los médicos).

Este factor explica el 5.95 % de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .718

Factor 5.

Hace referencia al Confort y seguridad del hospital, agrupa 5 reactivos se identifica con percepción de los pacientes respecto a los lugares con los que cuenta el hospital y la seguridad que le ofrece al paciente el edificio (lugares donde el paciente puede estar a solas y a gusto con sus visitas, si son tratados sus visitas durante su internamiento de manera importante, si el edificio ofrece seguridad en posibles siniestros y si ha sido tratado con importancia durante su estancia).

Este factor explica el 5.33 % de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .776

Factor 6.

Hace referencia a la Calidad de la atención del personal de enfermería, agrupa 4 reactivos se identifica con percepción de los pacientes respecto a la atención del personal de enfermería (como son si las enfermeras están preparadas, si son amables y si hay buenas enfermeras en ese hospital).

Este factor explica el 4.65 % de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .848

Los seis factores con valores Alpha de Cronbach obtenidos con 31 reactivos discriminativos de la Escala de Evaluación Ambiental e Imagen institucional reflejan una alta congruencia y claridad de contenido de los reactivos.

Por otro lado y para adecuar el instrumento al escenario, se consideró pertinente agregar preguntas a la Escala de Evaluación Ambiental, lo anterior con la finalidad de aplicar los instrumentos más acordes al tipo de pacientes participantes en la investigación, como a continuación se presentan:

1. ¿Es la primera vez que está hospitalizado@ en este hospital?
2. En el caso de no ser la primera vez ¿Cuántas veces ha estado usted hospitalizado(a)?
3. ¿Cuánto tiempo ha estado usted hospitalizado (horas o días)?
4. ¿Quién le acompaña regularmente?
5. ¿Quién(es) lo visitan?
6. ¿Cómo percibe usted su estado de salud?
Escala de respuesta: Muy grave, grave, regular, poco sana, sana.
7. ¿Cree usted que recuperará su salud en poco tiempo?
Escala de respuesta: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo.
8. ¿Cree usted que recuperará su salud satisfactoriamente?

Escala de respuesta: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo.

Lista de verificación de adjetivos de estrés y activación

Fue desarrollada en 1983 por King, Burrows y Stanley, adaptada y traducida al español por Ortega (2002). Mide el estrés, definido como “el proceso por el cual las demandas ambientales exceden la capacidad adaptativa de un organismo produciendo diversos cambios psicológicos y biológicos que están objetivamente asociados con fuertes demandas adaptativas”. Constaba originalmente de 15 adjetivos (ver apéndice B).

En un primer estudio en México se aplicó a 218 mujeres de un hospital general público, en salas de espera para su validez y confiabilidad, se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose un 55% de la varianza y su confiabilidad por medio de Alpha de Cronbach que fue de .54.

Evalúa el autoreporte de respuestas físicas, conductuales y emocionales de estrés, a través de una escala que va de “0 a 10”, donde cero es la total ausencia y 10 total presencia. Las respuestas de completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo.

En el 2002, Ortega la empleó con 116 pacientes diagnosticadas con cáncer con 59 internadas y 57 pacientes externas en tres salas de hospitalización Oncología, sala general de espera del servicio de consulta externa de un Hospital General Público dirigido a pacientes mujeres, la escala constaba de 10 reactivos y para establecer su validez realizó a través del análisis factorial de componentes principales con rotación oblimin obteniendo tres factores explicando el 60% de la varianza total, con una confiabilidad total de .77

Para el presente estudio se aplicó a 114 pacientes de un hospital general regional, internados en cuartos de hospital, se obtuvo su validez mediante análisis factorial de componentes principales con rotación oblímín quedando una estructura de tres factores con valores eigen mayores a 1.00, se emplearon 12 reactivos con una varianza explicada del 58% como se muestra en la tabla 3, la confiabilidad total de la Lista de Verificación de Adjetivos y Estrés y Activación se obtuvo con el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de .759

Tabla 4. Los tres factores con valores Alpha de Cronbach de la Lista de Verificación de Adjetivos y Estrés y Activación.

FACTOR	VARIANZA
1. Estrés	23.54%
2. Activación	18.60%
3. Agotamiento	15.78%
VARIANZA TOTAL EXPLICADA	58.00%

Los tres factores con valores Alpha de Cronbach obtenidos con 12 reactivos discriminativos reflejan una alta congruencia y claridad de contenido de los reactivos.

En la siguiente tabla se presentan los tres factores con sus reactivos y sus cargas factoriales y su coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach.

Tabla 5. Lista de adjetivos de Estrés, Activación y Agotamiento con sus respectivos reactivos y pesos factoriales.

FACTORES	REACTIVOS	PESO FACTORIAL
1 Estrés Confiabilidad: .77	30. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido tens@	.687
	39. Durante su estancia usted se ha sentido indiferente	.683
	31. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido incómodo (a)	.683

	36. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido cansad@	.636
	35. Durante su estancia en este cuarto usted de se ha sentido inquiet@	.605
	41. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido enojad@	.601
2 Activación Confiabilidad: .78	34. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido animad@	.833
	32. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido satisfech@	.813
	33. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido vigoros@	.811
3 Agotamiento Confiabilidad: .63	38. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido preocupad@	.643
	37. Durante su estancia en este cuarto, usted se ha sentido adormilad@	.625
	40. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido alerta	.544

Factor 1.

Mide Estrés; agrupa 6 reactivos que evalúan como se ha sentido el paciente durante su estancia en el cuarto (tensión, indiferencia, incomodidad, cansancio, inquietud, enojo).

Este factor explica el 22.54% de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .77

Factor 2.

Mide Activación; agrupa 3 reactivos que evalúan como se ha sentido el paciente durante su estancia en el cuarto (animación, satisfacción, vigor).

Este factor explica el 18.60% de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .78

Factor 3.

Mide Agotamiento; agrupa 3 reactivos que evalúan como se ha sentido el paciente durante su estancia en el cuarto (preocupación, adormilado, alerta).

Este factor explica el 15.78% de la varianza y tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach = .63

Escala de Afrontamiento

Es una escala abreviada, consta de 24 reactivos con seis opciones.

A continuación se presenta el análisis factorial realizado para el presente estudio con el método de extracción de componentes principales con rotación varimax que arrojó cinco factores (ver apéndice D).

Los cinco factores con valores principales mayores a 1.00 obtenidos del análisis factorial de la escala de afrontamiento de Rudolf Moss original con 24 reactivos quedo integrada por 22 reactivos discriminativos, se presentan en la tabla 6 con los cinco factores y sus respectivos Coeficientes de Confiabilidad Alpha de Cronbach, la confiabilidad total tuvo un valor de .8289 y se explica el 70.31% de varianza con 22 reactivos, válidos y confiables.

Tabla 6. Factores de la Escala de Afrontamiento y sus respectivos coeficientes Alpha de Cronbach

FACTOR	CONFIABILIDAD
Factor 1. Resolución de problemas	.8723
Factor 2. Apoyo social	.9359
Factor 3. Reestructuración cognitiva	.7643
Factor 4. Expresión emocional	.7307
Factor 5. Evitación de problemas y/o cognitiva	.6260
CONFIABILIDAD TOTAL EXPLICADA	.8289

En la tabla 7 se describen los cinco factores con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales.

Tabla 7. Los cinco factores de la Escala de Afrontamiento con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales

FACTORES	REACTIVOS	PESO FACTORIAL
<p>1 Resolución de problemas Alpha de Cronbach = .8723</p>	<p>12. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor 11. Trato de analizar el problema y ver las cosas objetivamente 1. Trato de conocer más del problema 13. Trato de no precipitarme y no actuar impulsivamente 20. Trato de llegar a un acuerdo para rescatar algo positivo del problema 2. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema 8. Pienso en varias formas de resolver el problema</p>	<p>.839 .728 .723 .668 .666 .589 .584</p>
<p>2 Apoyo social Alpha de Cronbach = .9359</p>	<p>22. Cuento con amigos con los que puedo platicar mis problemas personales 24. Cuento con un grupo de amigos con los que mantengo contacto cercano 21. Cuento con amigos cercanos 23. Cuento con personas cercanas con las que puedo contar con su ayuda, en caso de que lo necesite</p>	<p>.952 .943 .913 .729</p>
<p>3 Reestructuración cognitiva Alpha de Cronbach = .7643</p>	<p>17. Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes 14. Me digo cosas a mí mismo para sentirme mejor 19. Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas las acepto como vienen 15. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que las cosas salgan bien</p>	<p>.799 .707 .690 .675</p>
<p>4 Expresión emocional Alpha de Cronbach = .7307</p>	<p>6. Cuando me siento deprimido me desquito con otras personas 5. Cuando me siento enojado me desquito con otras personas 16. Prefiero estar alejado de la gente 18. Me niego a creer lo que está pasando</p>	<p>.865 .850 .645 .538</p>
<p>5 Evitación de problemas y/o cognitiva Alpha de Cronbach = .6260</p>	<p>4. No me preocupo pienso que todo saldrá bien 7. Trato de ver el lado bueno del problema 10. Tomo las cosas como vienen y las resuelvo paso a paso</p>	<p>.846 .606 .423</p>

A través de la evaluación cognoscitiva que los pacientes realizan y la determinación de los significados de los eventos que de ellos hacen y la percepción de la experiencia de un evento estresante, ponen en marcha el recurso o estilo de afrontamiento, si el evento es considerado negativo y de acuerdo a su intensidad darán cierto grado la respuesta de estrés y dependiendo de la valoración y los recursos que tengan disponibles, será la calidad de su respuesta ante los eventos y/o condiciones ambientales.

De tal modo que la respuesta de estrés estará determinada por las condiciones ambientales y la personalidad de los pacientes, además de la capacidad para afrontar las circunstancias.

En este contexto los cinco factores obtenidos aluden a los estilos empleados por los pacientes para tratar de adaptarse de forma activa a la situación estresante.

Factor 1.

Mide Resolución de problemas. Agrupa 7 reactivos que evalúan como los pacientes afrontan los problemas y los resuelven (tratando de conocer acerca del problema, hablando con su pareja o familia para resolverlo, pensando en varias formas para resolverlo, tratando de analizar el problema y ver las cosas objetivamente, tratando de no precipitarse y no actuar impulsivamente, tratando de llegar a acuerdos para rescatar algo positivo del problema).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .8723

Factor 2.

Mide Apoyo social. Agrupa 4 reactivos que evalúan como los pacientes perciben el apoyo social durante su estancia en el Hospital (si cuenta con amigos cercanos y con los que pueda platicar sus problemas personales,

además de considerar si tiene personas que le pueden brindar su ayuda en caso necesario y un grupo de amigos con los que mantiene contacto cercano).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .9359

Factor 3.

Mide Reestructuración cognitiva. Agrupa 4 reactivos que evalúan y reestructuran cognitivamente para afrontar durante su estancia en el Hospital (que se dice a sí mismo para sentirse mejor, si sabe que debe hacer y si se esfuerza para que las cosas le salgan bien, si se propone hacer mejor las cosas la próxima vez y será diferente, si no puede hacer nada para cambiar las cosas y las acepta como vienen).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .7343

Factor 4.

Mide Expresión emocional. Agrupa 4 reactivos que evalúan la expresión emocional de los pacientes para afrontar su situación durante su estancia en el Hospital (Cuando se siente enojado se desquita con otras personas, cuando está deprimido se desquita, prefiere estar alejado de la gente, se niega a creer lo que está sucediendo).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .7307

Factor 5.

Mide Evitación de problemas y/o cognitiva. Agrupa 3 reactivos que evalúan la estrategia de los pacientes para evadir su situación y/o problema durante su estancia en el Hospital (No se preocupa y piensa que todo saldrá bien, trata de ver lo bueno del problema, toma las cosas como vienen y las resuelve paso a paso).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .6260

Es importante mencionar que antes de aplicar el instrumento en el presente estudio se consideró agregar los siguientes cuatro reactivos a la escala de afrontamiento con la finalidad de poder brindar una mayor caracterización de la muestra en cuanto a estilos de afrontamiento, como se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 8. Reactivos que se agregaron a la Escala de Afrontamiento

No.	Reactivo
21	Cuento con amigos cercanos
22	Cuento con amigos con lo que puedo platicar mis problemas personales
23	Cuento con personas cercanas con las que puedo contar con su ayuda, en caso de que lo necesite
24	Cuento con un grupo de amigos con los que mantengo contacto cercano

Escala de Locus de Control

Para la investigación se utilizó una versión reducida de la escala de Locus de control de García y Reyes (2000) la cual consta de 16 reactivos, emplea una escala tipo Lickert pictórica de 7 opciones, otorgándole un valor de siete a la respuesta completamente de acuerdo, hasta 1 muy en desacuerdo con lo que dice la oración (ver apéndice C).

Los autores efectuaron un análisis factorial de segundo orden, que conforma la versión corta de la escala de locus de control con una adecuada consistencia interna

general y congruente teóricamente con el análisis factorial que arrojó dos factores con valor propio superior a uno.

Para conocer la estructura de Locus de Control en la presente investigación se efectuó un análisis factorial y mostró dos factores que explican el conjunto y como se puede ver en la siguiente tabla altamente consistente: factor 1 locus de control externo y factor 2 locus de control interno.

La confiabilidad total del instrumento se obtuvo con el Coeficiente Alpha de Cronbach, con 15 reactivos discriminativos válidos y confiables con una confiabilidad total de la escala de .847 y una varianza total explicada de 53.53% (tabla 9).

Tabla 9. Los dos factores de la Escala de Locus de control con sus correspondientes reactivos y pesos factoriales

FACTORES	REACTIVOS	PESO FACTORIAL
1 Locus de control externo Alfa de Cronbach = .742	11. Tendré éxito si soy simpático	.834
	12. Mejorará mi vida si le caigo bien a la gente	.809
	16. Me va bien en la vida porque soy simpático	.803
	6. Lo que he logrado en mi vida ha sido porque así tenía que suceder	.754
	14. El destino de mi familia es estar unida	.734
	10. Los logros que he tenido en mi vida se deben a la casualidad	.722
	1. Mi éxito dependerá de que tan agradable yo sea	.711
	8. El éxito que tengo se debe a coincidencias de la vida	.678
	2. Mantengo a mi familia unida porque así lo quiero yo	.658
	11. Tendré éxito si soy simpático	.834
	2 Locus de control interno Alfa de Cronbach = .655	13. Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones
9. Conseguir mejores puestos de trabajo depende de mis capacidades		.711
5. Tendré éxito si me lo propongo		.623
15. El éxito que tengo se debe a mi esfuerzo		.690
4. Los logros que he tenido se deben a mi esfuerzo		.605

Factor 1.

Locus de control externo. Agrupa 5 reactivos que evalúan la percepción de los resultados obtenidos como atribuciones a factores externos -Dios, suerte o al azar- (ejemplo “He tenido éxito por accidente”, “Los logros que he tenido en mi vida se deben a la casualidad”, “El éxito que he tenido se debe a coincidencias de la vida”).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .742

El factor 2.

Locus de control interno. Agrupa 10 reactivos que evalúan la percepción de los resultados obtenidos y el esfuerzo realizado donde es necesaria la participación del grado de habilidad y/o capacidad y esfuerzos propios para la obtención de logros y éxito (ejemplo: “tendré éxito si me lo propongo”, “Mantengo unida a mi familia”, “los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones”, “conseguir mejores puestos de trabajo depende de mis capacidades“, “el éxito que tengo se debe a mi esfuerzo”).

Este factor tiene un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de = .655

Con equipo para la medición de densidad social

Densidad social. Midiendo con un dispositivo la longitud de las salas de espera en m² y contando el número de personas por área física medida.

5.10 Procedimiento

Solicitud y gestión con las autoridades del hospital

En primer lugar se realizaron los trámites administrativos para obtener la autorización del protocolo de investigación por parte del comité científico y de ética de la institución hospitalaria, además de llevar a cabo una serie de entrevistas para su aprobación y el acceso a las instalaciones hospitalarias correspondientes por parte de la Subdirección General Médica a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación y la Jefatura de Servicios de Investigación, ofreciendo confidencialidad en la difusión del nombre del hospital regional general (como se muestra en la figura 16).

Se aclararon dudas y se modificó la caratula considerando las sugerencias para el enriquecimiento del proyecto, así como para la adaptación del proyecto a las condiciones del hospital.

Capacitación del personal para levantamiento de datos y registro físico.

En segundo lugar una vez autorizado el protocolo de investigación se capacitaron a dos pasantes de la licenciatura en Psicología que apoyaron en el levantamiento de datos, el registro físico y aplicación de los instrumentos psicométricos:

Escala de Evaluación Ambiental e Imagen institucional, Lista de adjetivos de Estrés, Agotamiento y Activación, Escala de Afrontamiento y Escala de Locus de Control.

Posteriormente por parte del hospital se otorgaron credenciales para tener acceso a las instalaciones a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación y la Jefatura de Servicios de Investigación.

En tercer lugar se realizó un recorrido físico por el hospital, acompañados por la Jefa de Servicios de Investigación y se efectuaron visitas a los cuartos de los pacientes donde se dio la instrucción por parte de las autoridades del hospital para no

acercarse a los cuartos de pacientes infectocontagiosos en virtud de que forman parte de las medidas de aislamiento y precautorias para pacientes con enfermedades transmisibles y el riesgo de transmisión que representa este tipo de enfermedades para los aplicadores.

En la fase del levantamiento de datos, se aplicaron los instrumentos de auto-reporte de manera intencional a los pacientes hospitalizados en sus cuartos, solicitando su cooperación voluntaria para contestar los cuestionarios, garantizándoles una absoluta confidencialidad a fin de obtener la mayor veracidad en sus respuestas.

Los pasantes de la licenciatura en Psicología aplicaron las escalas de manera individual. Se leyeron las preguntas en voz alta y se estuvo presente en un intervalo de tiempo que osciló entre 20 y 30 min. con los pacientes, para resolver las dudas que surgieron en el proceso de evaluación.

Se aplicaron 30 cuestionarios con las cuales se llevaron a cabo modificaciones y ajustes, como se mencionaron de manera específica en el apartado de instrumentos.

Durante las entrevistas y considerando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se procedió a brindarles las siguientes instrucciones a los pacientes en la Escala de Evaluación Ambiental:

“Somos un grupo de investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México y estamos realizando un estudio para conocer su opinión de este cuarto del paciente y del Hospital en cuanto a sus características físicas y su funcionamiento, no requerimos que nos proporcione su nombre y le tomaría de 20 a 30 min. de su tiempo ¿podría contestar este cuestionario?”

Si su respuesta era afirmativa se les proporcionaba el consentimiento informado y se les indicaba leyeran y firmaran si deseaban participar en el estudio,

posteriormente se les dieron las instrucciones sobre el llenado de cada una de las partes de las escalas, mencionándoles que estaríamos atentos para contestar cualquier duda que tuvieran.

A algunos pacientes se les apoyo en el llenado mostrándoles amplificadas las opciones de respuesta y cuando terminaban se revisaron las escalas para verificar que hayan contestado todo.

La aplicación de las baterías se llevó a cabo sin ninguna complicación y el tiempo real de recolección de datos fue aproximadamente de 2 meses.

Registro de no. de pacientes en el cuarto y la medición física

Una vez aplicados los instrumentos de auto-reporte, se registró el número de pacientes y visitantes presentes en el cuarto y se realizó la medición física del mismo.

El levantamiento de datos cubrió el horario matutino de 9 a 12 horas ocasionalmente hasta las 14 horas de lunes a viernes.

Control e informe del progreso

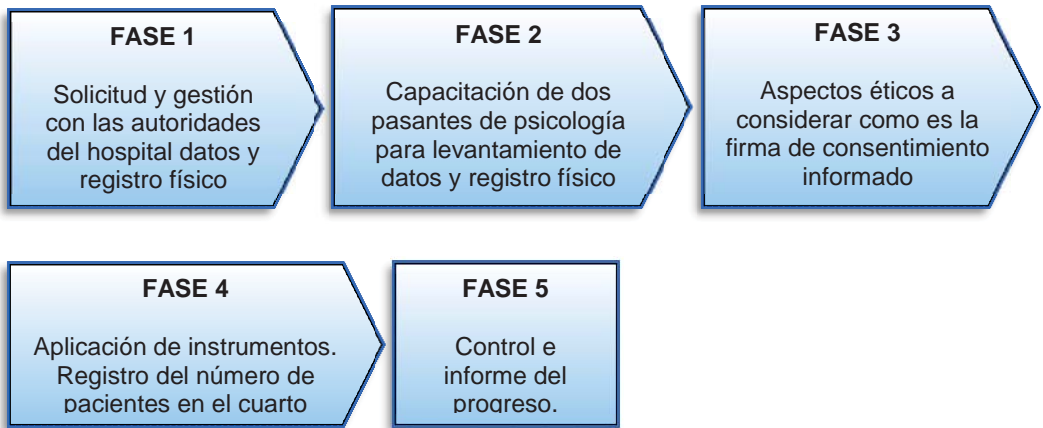
Con la finalidad de verificar el progreso del levantamiento de datos y registro físico se informaba periódicamente a las autoridades sobre el avance del mismo haciendo una reunión periódica donde se analizaban los progresos y situaciones presentadas durante su desarrollo.

Cabe mencionar que solamente al inicio se presentó una situación en el piso diez donde una de las jefes de enfermeras restringió el acceso ya que no estaba enterada de la investigación y autorización, se solucionó debido a que la Jefatura de investigación del Hospital envió oficio escrito a la coordinación de los servicios de enfermería donde se especificó que los investigadores tendrían acceso al área de hospitalización de los servicios de Ortopedia, Cirugía General, Medicina Interna, y Ginecología y Obstetricia de lunes a viernes.

Posteriormente ya no se presentaron incidentes y se dio libre acceso al personal aplicador.

A continuación se presenta de manera gráfica el procedimiento realizado (como se muestra en la figura 16).

Figura 16. Procedimiento realizado



5.11 Aspectos éticos

Al paciente y solo ocasionalmente a sus familiares si se encontraban presentes, con la finalidad de que conocieran el objetivo de la investigación, se les informó e invitó a participar en la investigación, se recabó su conformidad por escrito a través de la carta de consentimiento informado (ver apéndice B).

Sólo con la aprobación del paciente y mediante su firma en la carta de consentimiento informado, se procedió a la aplicación, no sin antes asegurarle que sus datos permanecerían confidencialmente y solamente para ser tratados con fines de investigación.

También se les informó que en caso de negarse a participar, esto no repercutiría, ni influiría en la calidad del servicio ni la atención que recibiría, además de que no le representaría ningún costo adicional.

Por otro lado se les comentó que su participación era exclusivamente voluntaria, por lo que no se aplicaron en pacientes que su estado de salud no se los permitiera por encontrarse imposibilitados para realizar la evaluación.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

En la primera parte se presenta el perfil de la muestra de pacientes del hospital, en el cual se examinan sus características sociodemográficas, categorías médico-sociales, la procedencia de los pacientes, perfil epidemiológico y el apoyo social (si alguien los acompañaba durante su estancia en el hospital).

En la segunda parte se presenta la asociación entre variables, los efectos de tipo ambiental y psicológico del estrés en los pacientes hospitalizados, se describe el entorno hospitalario, se analizan los resultados que se obtuvieron de las escalas empleadas: Evaluación ambiental e Imagen institucional, Lista de adjetivos de estrés y activación, Escala de afrontamiento y Locus de control.

También en esta parte se muestran las diferencias entre las variables y los datos obtenidos en la prueba "t" de Student para comparar las medias de los dos grupos, posteriormente se presenta el análisis de varianza para muestras independientes con la finalidad de comparar promedios en más de dos grupos, donde se evaluó si los grupos diferían entre sí de manera significativa respecto a sus puntuaciones medias obtenidas en los instrumentos de evaluación.

En la tercera parte se presentan los resultados del escalamiento multidimensional en donde se pueden apreciar cuatro agrupaciones claras conceptual y teóricamente, donde estas agrupaciones se ven nuevamente replicadas en cinco cúmulos que se podrán apreciar en el dendrograma que utiliza una vinculación de Ward donde se combinan los conglomerados de distancia re-escalados; posteriormente se presentan los resultados del modelo de regresión lineal y se identifican los predictores y su influencia en los efectos psicológicos del estrés que experimentan los pacientes.

6.1 Perfil socioeconómico de los pacientes

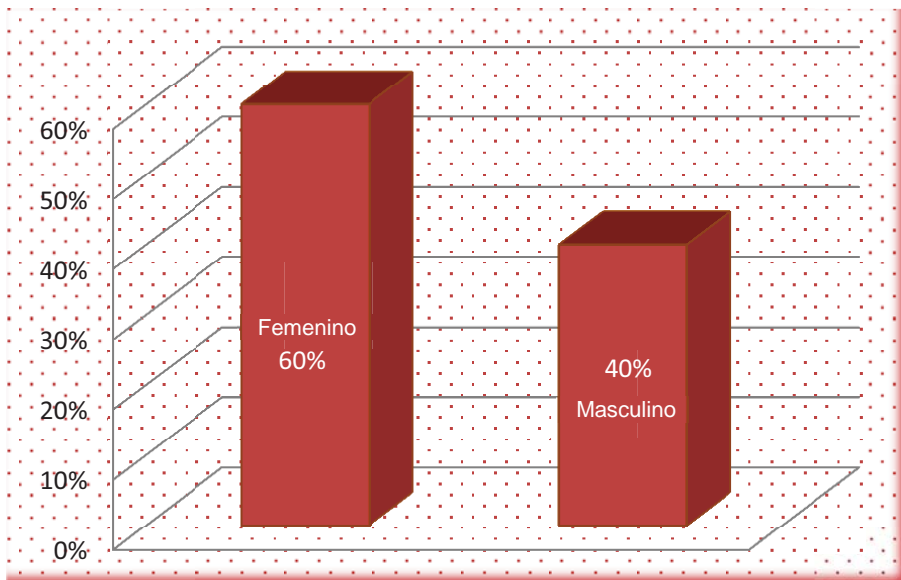
Se organizó la información de cada variable sociodemográfica y se agrupó por perfiles. Como a continuación se expone:

Perfil socio-demográfico de los pacientes

Como se señaló la muestra se integró de manera directa e intencionalmente y se integró por 114 pacientes (68 mujeres y 46 hombres). A continuación se presentan los datos sociodemográficos con objeto de mostrar la diversidad de las características sociodemográficas y de salud de la población estudiada, así como las relativas a sexo, estado civil, edad, escolaridad, lugar de procedencia y ocupación de los pacientes hospitalizados como se muestra en las siguientes figuras.

En cuanto a la medición del porcentaje de distribución por sexo, predomina el sexo femenino con un porcentaje ligeramente mayor de mujeres (60%) la media de edad para este grupo fue de 33 años, y en el caso de los hombres (40%) la media de edad fue de 69 años (como se muestra en la figura 17).

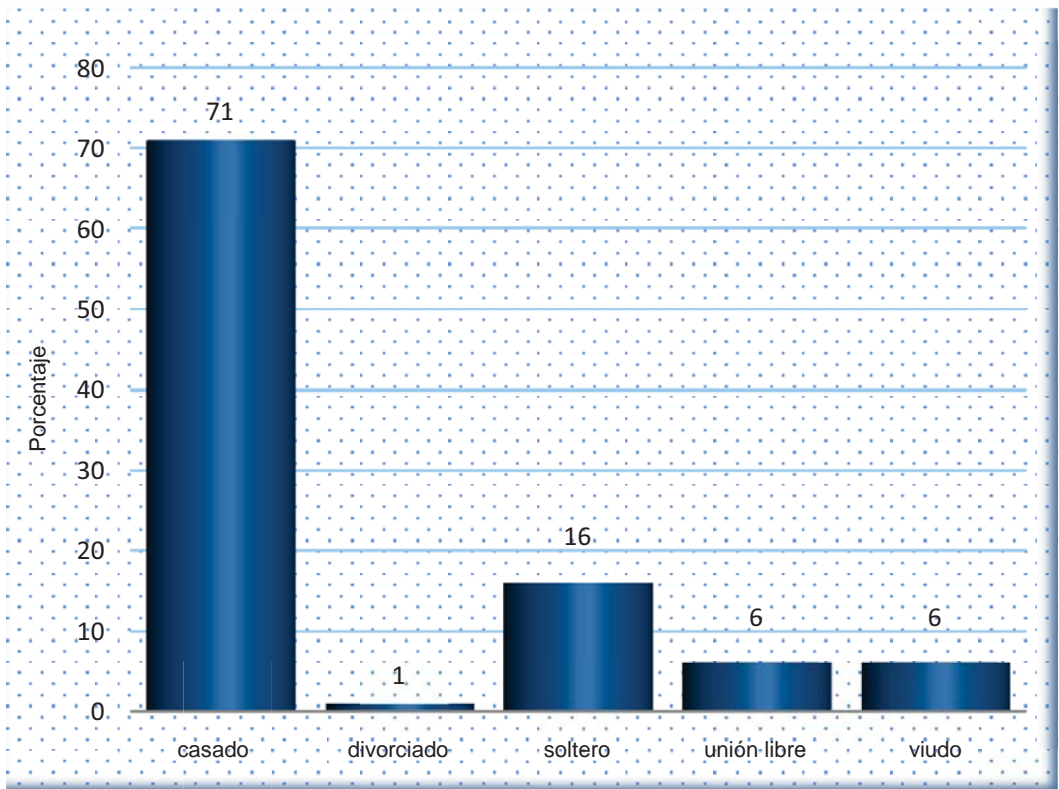
Figura 17. Porcentaje de distribución por sexo



El estado civil de la muestra total se subdividió en 5 grupos como se muestra en la figura 2 y los porcentajes correspondientes. El grupo más grande estuvo constituido

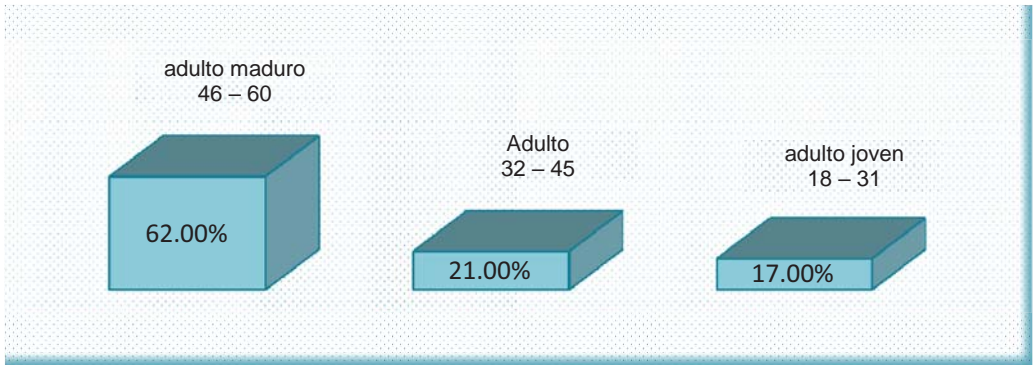
por los divorciados con el 88%, con un porcentaje del 71% se encuentran los casados, los solteros con un 16%, en unión libre un 6%, los viudos con un 6%, de esta manera se puede apreciar que el 77% de la muestra tenía pareja en el momento del estudio (casados y en unión libre, como se muestra en la figura 18).

Figura 18. Porcentaje de distribución por estado civil del paciente



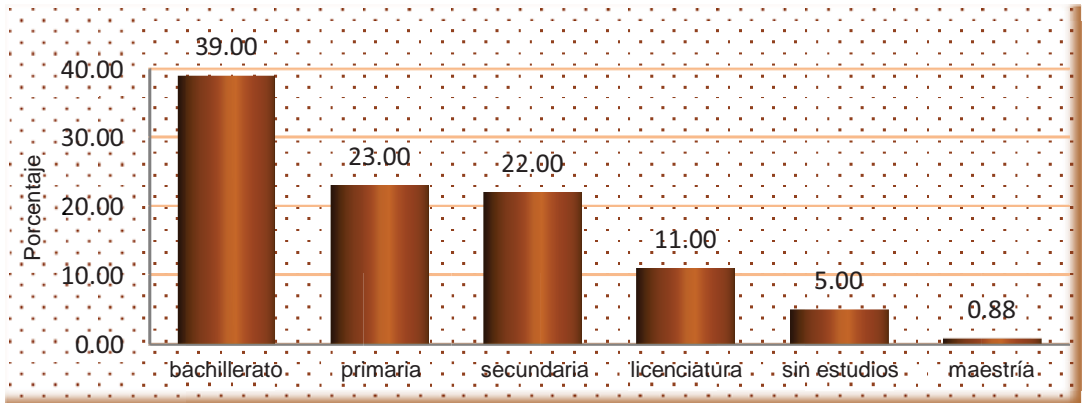
En cuanto al porcentaje de distribución por edad se dividió en tres rangos. El grupo más grande estuvo representado por el 62% y corresponde a los adultos maduros con una edad de 46 a 60, el 21% representa a los adultos con una edad de 32 a 45, finalmente el 17% de la muestra se constituyó por los adultos jóvenes de 18-31 años. La media para esta muestra fue de 47 (D.E. = 13, min. = 15, máx. = 60, como se muestra en la figura 19).

Figura 19. Porcentaje de distribución por edad



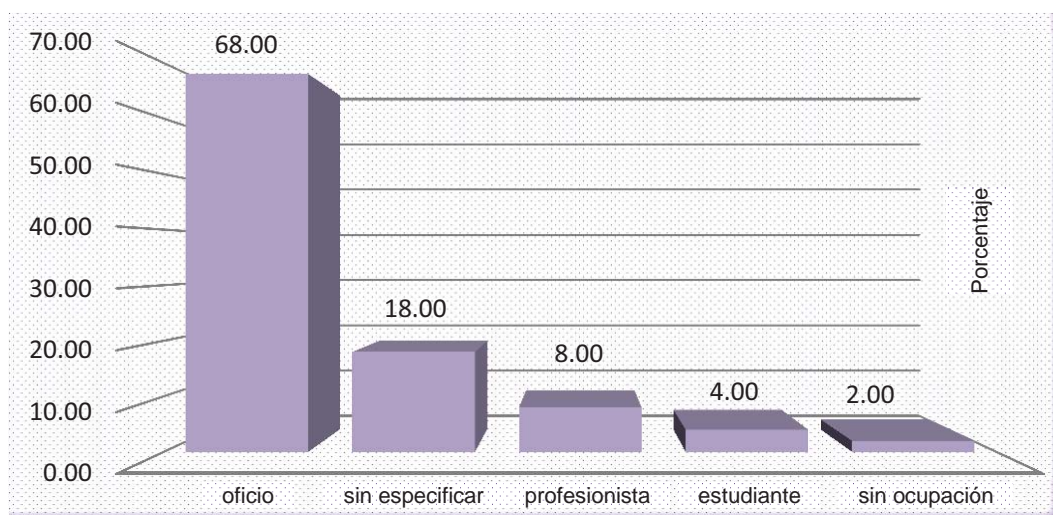
En lo referente a los resultados del nivel educativo, el 39% de los encuestados reportó tener escolaridad de bachillerato, el 23% indicó tener primaria y los restantes mencionaron: 22% secundaria, el 10% licenciatura, el 5% sin estudios y sólo el .08% maestría como se muestra en la figura 20.

Figura 20. Porcentaje de distribución por escolaridad



Respecto a la ocupación, el 68% reportó tener un oficio (empleados federales, comerciante, policía, carpinteros, sin especificar -hogar, jubilados-) el 18% refirió ser profesionalista -profesores, enfermeras- el 8%, estudiantes el 4% y los restantes mencionaron el 2% sin ocupación –desempleados- como se muestra en la figura 21.

Figura 21. Porcentaje de distribución por ocupación de pacientes



Perfil de las características del entorno geográfico de los pacientes

La institución es un hospital regional general por lo tanto recibía pacientes de diversa procedencia, el 61.4% de la muestra radicaban en el Distrito Federal y el 39% provenían de otros estados de la República Mexicana (el 23% del Estado de México, el 4% de Chiapas, el resto procedían de Michoacán 1.75, Puebla 1.75%, Cuernavaca .88% y Morelia 0.88%) como se muestra en la Tabla 10.

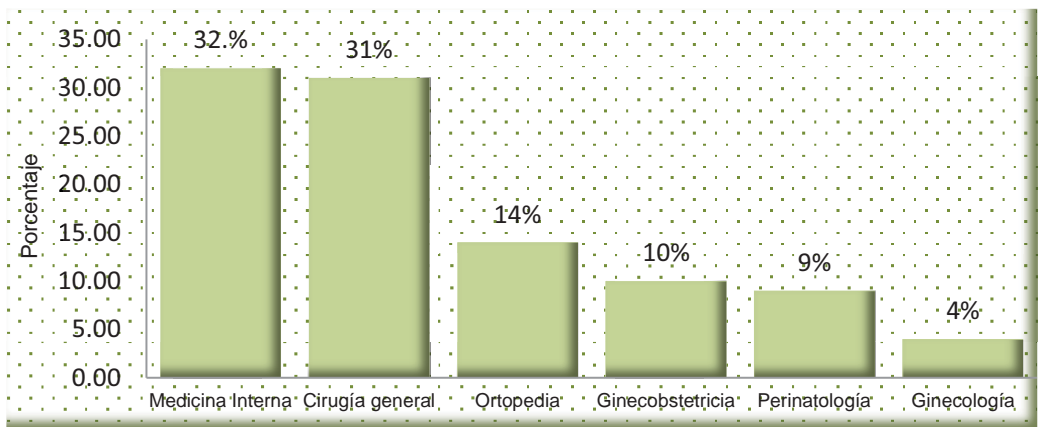
Tabla 10. Identificación de las entidades federativas de México participantes en la muestra

Entidades federativas	No. de participantes	Porcentaje
Distrito Federal	70	61.40%
Estado de México	34	29.82%
Chiapas	4	3.51%
Michoacán	2	1.75%
Puebla	2	1.75%
Cuernavaca	1	0.88%
Morelia	1	0.88%
Total	114	100%

6.2 Perfil epidemiológico y características de los pacientes hospitalizados

Con relación al porcentaje de pacientes que acudieron a los diversos servicios se encontró que el 32% de ellos asistieron al servicio de Medicina Interna, el 31% al servicio de Cirugía General, el 14% estaban en el servicio de Ortopedia, el 10% estaban internados en Gineco-obstetricia y el 9% en Perinatología (como se muestra en la figura 22).

Figura 22. Porcentaje de distribución de los servicios de salud a los que acudió el paciente

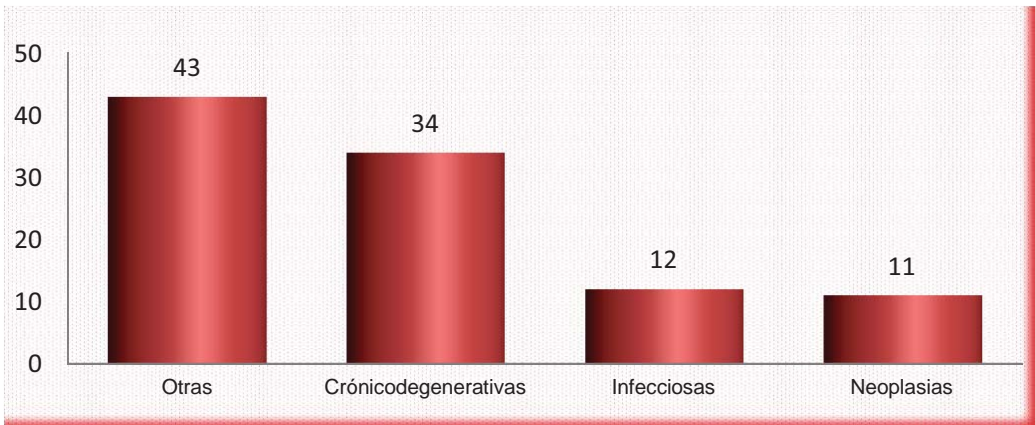


De manera específica el 43% reportó haber ingresado y ser diagnosticado, las que predominaron fueron otras enfermedades (como por ejemplo choque hipoglucémico, contracciones de embarazo, desequilibrio confusional, desgaste en estudio, deshidratación severa entre otras).

El 34% de los pacientes que estaban hospitalizados tenían enfermedades crónico degenerativas (anemia, angina de pecho, cardiopatía isquémica, cervicoarterosis, cirugía de columna, cirugía de rodilla, entre otras), el 23% padecía enfermedades infecciosas (absceso de mama, apendicectomía, apendicitis, síndrome doloroso abdominal, Guillen barre, infecciones vaginales, estomacales) el 12% presentaba infección de vías urinarias y por último el 11% los pacientes estaban

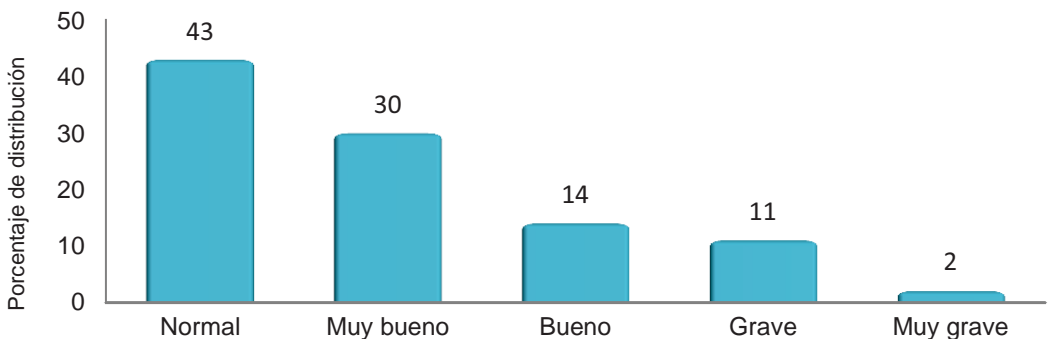
diagnosticados con neoplasias o en estudio (biopsias, cáncer hepático, broncogénico, prostático, cistoadenoma, leucemia, linfoma de Buikit, tumorectomía entre otros (ver apéndice de la distribución por clasificación de todas las enfermedades y figura 23).

Figura 23. Clasificación de acuerdo a patología médica



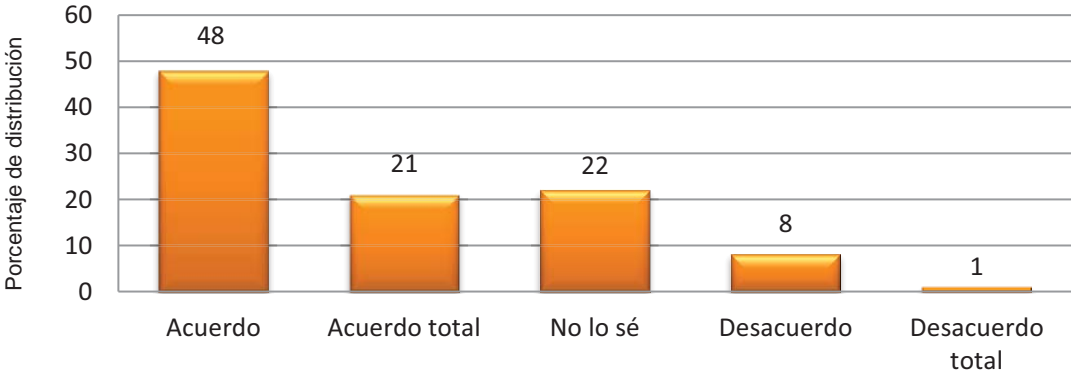
También se encontró que los pacientes se autoperceben en un nivel general de salud de 43% normal, el 30% percibe que es muy bueno, el 14% lo percibe como bueno, el 11% considera su nivel general de salud como grave y solo el 2% como muy grave (como se muestra en la figura 24).

Figura 24. Nivel general de salud percibido por el paciente



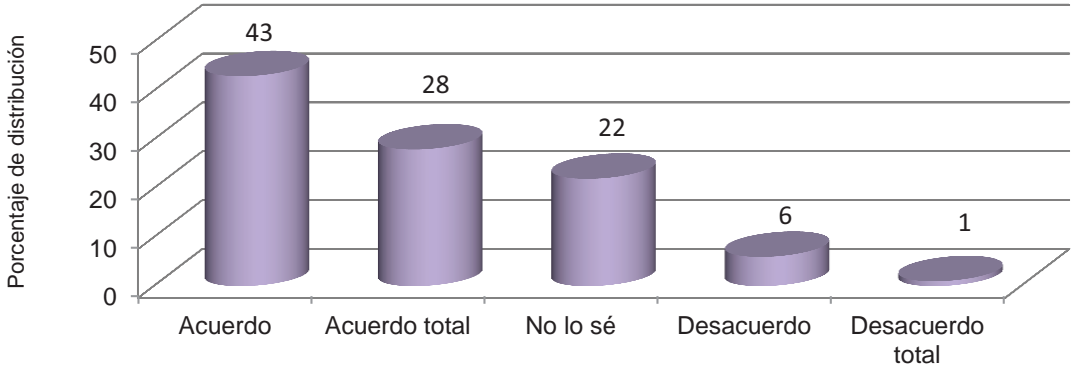
Las creencias que tienen los pacientes acerca de su recuperación se ve reflejado en el 48% quienes creen que se van a recuperar pronto, el 22% considera que no sabe si se va a recuperar pronto, el 21% está de acuerdo totalmente en que se va a recuperar pronto, el 8% está en desacuerdo de recuperarse pronto, y solo el 1% está en desacuerdo total de recuperarse pronto (como se muestra en la figura 25).

Figura 25. Creencia de los pacientes que se van a recuperar pronto



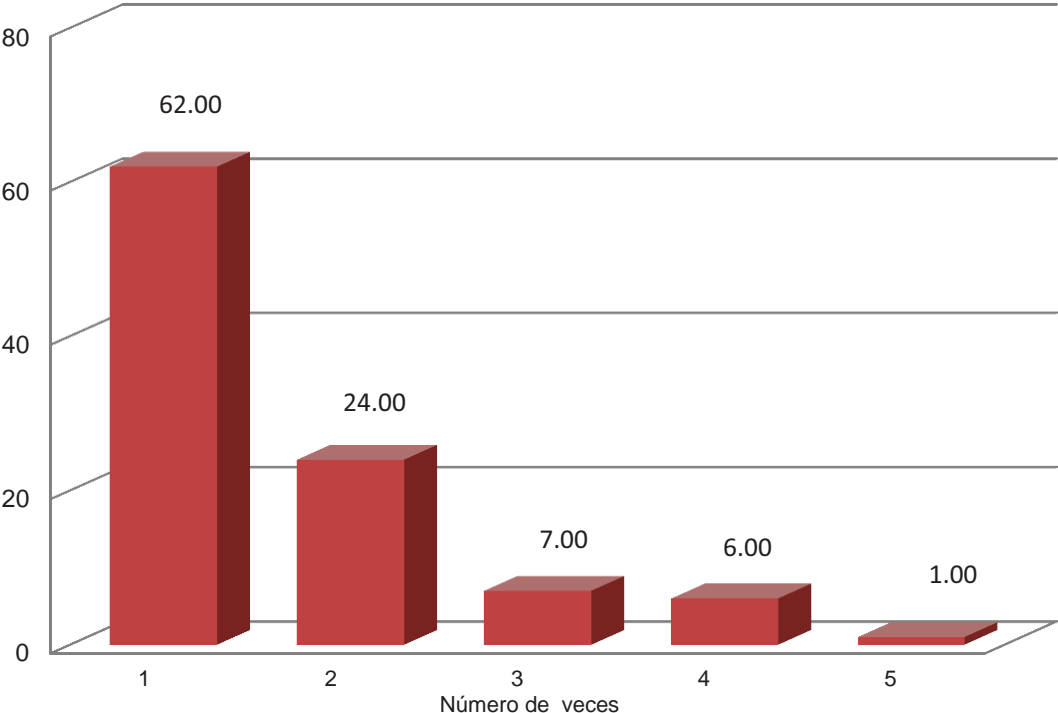
El 43% de los pacientes está de acuerdo en que se va a recuperar completamente, el 28% está de acuerdo total, el 22% de la muestra no lo sabe, el 6% está en desacuerdo y el 1% está en desacuerdo total de que se va a recuperar completamente (como se muestra en la figura 26).

Figura 26. Creencia de los pacientes que se van a recuperar completamente



Como se muestra en la figura 27 el número de veces que han sido hospitalizados los pacientes el 62% reportó haber estado una sola ocasión, el 24% indicó haber estado hospitalado en dos ocasiones, el 7% refirió haber estado tres veces, el 6% dijo que cuatro ocasiones y finalmente el .87% manifestó que en seis ocasiones estuvo hospitalizado (M = 1.61, D.E. = 13.17, min. = 1, máx. = 6).

Figura 27. Número de veces que ha sido hospitalizado (incluye primera vez)



En cuanto al número de días hospitalizados el 60% de los pacientes manifestó haber estado de dos a cinco días y el 22 % indicó haber estado de seis a 11 días, finalmente el 18% señaló haber estado de 12 a 90 días. Se puede observar que participaron pacientes con diferentes número de días hospitalizados siendo uno de los requisitos para inclusión en este estudio, el que estuvieran dos días ó más

hospitalizado. (M = 8.75, D.E. = 11.810 días, min. = 2, máx. = 90). Como se muestra en la tabla 11 y la figura 28.

Figura 28. Número de días hospitalizado

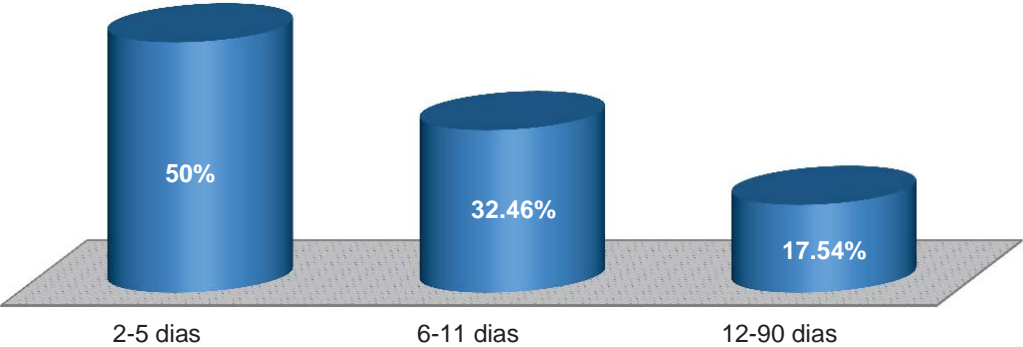
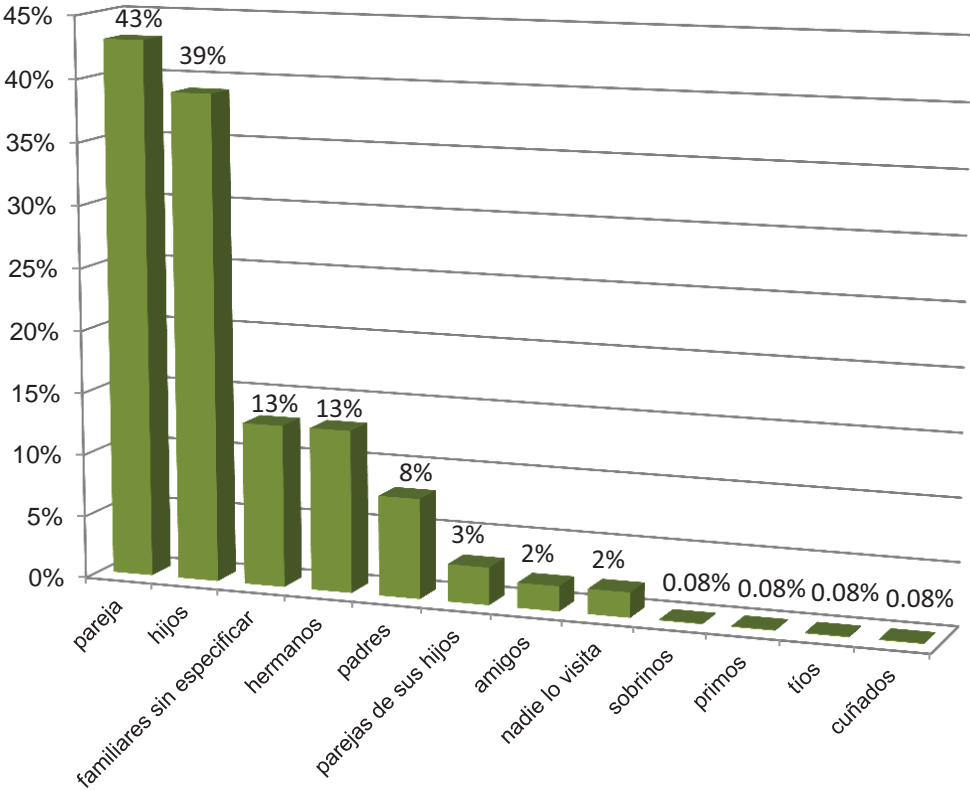


Tabla 11. Número de días hospitalizado

Días	Frecuencia	Porcentaje
2	10	8.77
3	26	22.81
4	13	11.40
5	8	7.02
6	11	9.65
7	5	4.39
8	12	10.53
10	7	6.14
11	2	1.75
12	1	0.88
14	2	1.75
15	6	5.26
16	2	1.75
17	1	0.88
19	1	0.88
20	1	0.88
30	3	2.63
60	2	1.75
90	1	0.88

Respecto a las personas que si visitan a los pacientes se puede observar en la Figura 28, que el 43% lo visita su pareja, el 39% lo visitan sus hijos, el 13% lo visitan sus hermanos, el 13% lo visitan familiares sin especificar, el 8% lo visitan sus padres, el 3% lo visitan las parejas de sus hijos, el 2% lo visitan sus amigos y por último al 2% nadie lo visita (como se muestra en la figura 29).

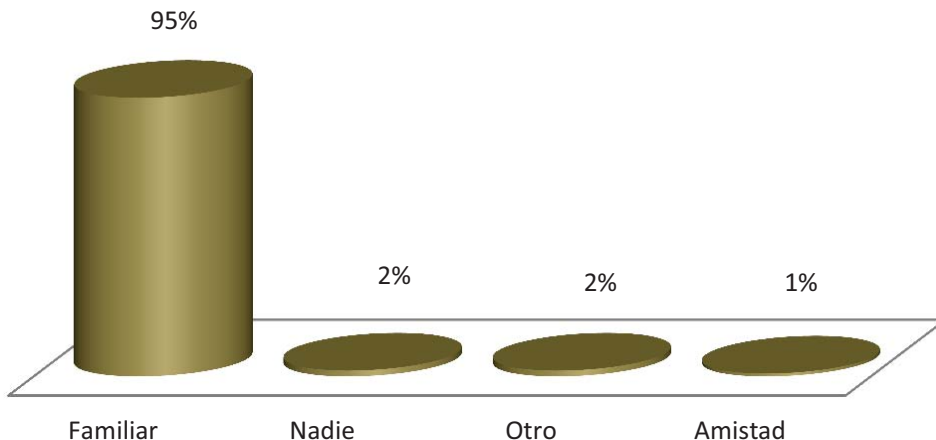
Figura 29. Personas que si lo visitan



En cuanto a las personas que regularmente acompañan al paciente hospitalizado el 95% es un familiar, un 2% nadie lo acompaña, un 2% corresponde a

otros sin especificar y por último al 1% lo acompaña una amistad (como se muestra en la figura 30).

Figura 30. Personas que acompañan regularmente al paciente



6.3 Resultados acerca de las diferencias entre las variables

Con objeto de identificar las diferencias entre los promedios de las variables se utilizó la prueba t.

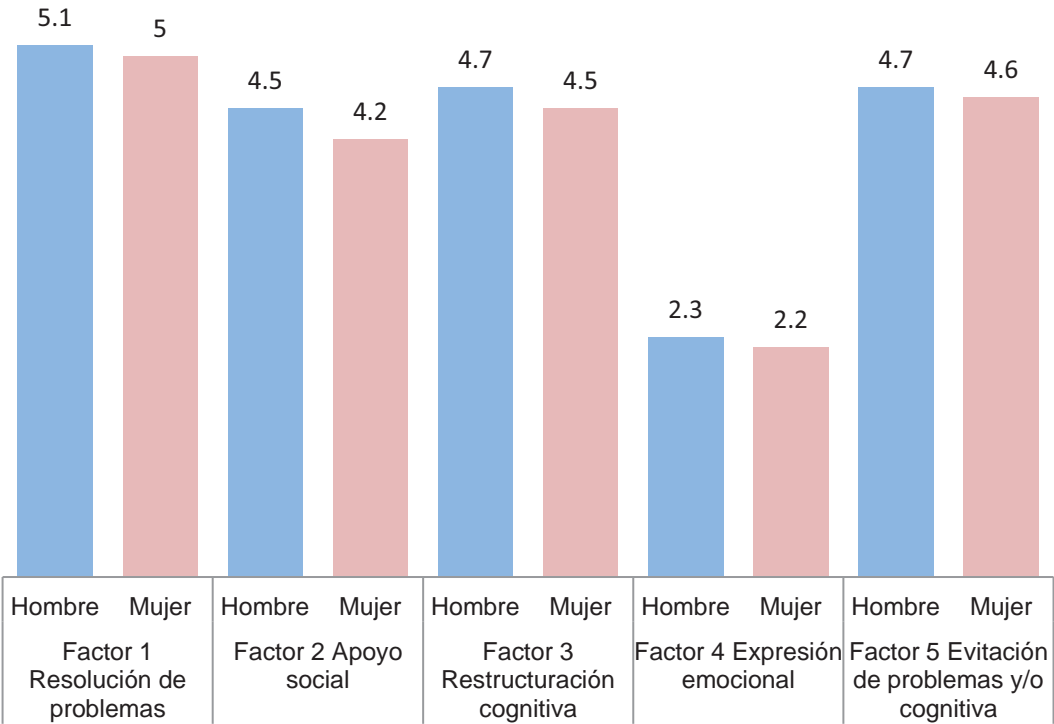
Por sexo

Se observaron diferencias significativas en factor 1 de Afrontamiento en Resolución de problemas entre los hombres ($M = 5.1$) y las mujeres ($M = 5$; $t = -1.84$ sig. = .067) donde se evalúa cómo los pacientes afrontan los problemas y/o los resuelven. En el factor 5 de Afrontamiento Evitación de problemas y/o cognitiva entre los hombres y mujeres ($t = -2.005$ sig.= .047), evalúa como los pacientes evaden la situación, posiblemente el apoyo por parte de las visitas evidenciados en los pacientes, contrarresten los efectos negativos del estrés y repercutan favorablemente en la evaluación de la situación, probablemente, este resultado sea reflejo de la influencia social y cultural de hoy en día, lo cual tiende a proporcionar mayores

oportunidades de afrontar de manera más eficaz los problemas de salud (como se muestra en la figura 31).

Cabe mencionar que con la finalidad de evaluar el impacto que percibe el paciente, generado por las condiciones ambientales, como por características propias de su personalidad; se contempló la valoración del tipo de Afrontamiento que emplea durante su estancia en el hospital. Identificándose que el estilo de Afrontamiento más empleado es Resolución de problemas entre los hombres, comparado con los otros cuatro estilos, donde los valores máximos oscilaron entre $M = 5.1$ y los mínimos en $M = 4.7$, correspondiente al estilo de Expresión emocional. En el caso de las mujeres el estilo de afrontamiento que mayormente emplean es el de Resolución de problemas ($M = 5$) y el menos empleado también es el del factor 4 Expresión emocional.

Figura 31. Promedio de la percepción de afrontamiento en pacientes en cuartos de hospital
PERCEPCIÓN DE AFRONTAMIENTO POR SEXO



Cuando su pareja lo visita

Se observan diferencias significativas en el factor 1 de Afrontamiento Resolución de problemas cuando su pareja lo visita ($t = -2.219$ sig. = .028) identificando una mejor evaluación de la Resolución de problemas como estilo de afrontamiento cuando su pareja lo visita durante su estancia en el cuarto hospitalario.

Por otro lado se identificó también que existen diferencias significativas en el factor 2 de Apoyo social cuando su pareja lo visita ($t = -2.219$ sig. = .028), lo que resulta relevante para el presente estudio.

Respecto al Locus de Control Interno se observan diferencias significativas ($t = -2.051$ sig. = .043), cuando su pareja lo visita, considerando que la pareja le proporciona apoyo de manera significativa.

Confianza y seguridad en el servicio médico

Se evaluó el impacto que perciben los pacientes del servicio médico en términos de amabilidad y trato, capacidad así como la confianza que proporciona la institución y de seguridad de las instalaciones.

En cuanto a si los hijos lo visitan se encontraron diferencias significativas ($t = 2.016$ sig. = .046), identificando un mejor nivel de Confianza y seguridad en el servicio médico y este está determinado por la percepción de los pacientes cuando sus hijos lo visitan y acompañan durante la hospitalización.

En la escala de evaluación e Imagen institucional se presentaron diferencias significativas particularmente en el factor Confianza y seguridad en el servicio médico y cuando sus hijos lo visitan, muestra que los pacientes que perciben que sus hijos los

visitan, incrementa la percepción en la Confianza y seguridad en el servicio médico, lo que favorece su estado de salud y estado de ánimo y prestan más atención a la amabilidad y trato, capacidad y confianza que proporciona la institución y de seguridad de las instalaciones.

Densidad social en el cuarto

Al momento de llevar a cabo el estudio se encontró que el 36.8 %, tres personas estaban presentes en el cuarto, el 22.8% cuatro personas, el 15.8% dos personas se encontraban presentes, el 13.2% una persona, el 7% cinco personas, el 1.8 % siete y seis personas se encontraban presentes en el cuarto, el .9 % no había nadie presente en el cuarto (la media de la cantidad de personas presentes por cuarto fue de tres personas).

Tabla 12. Densidad social

No. de personas	Porcentaje
3	36.8%
4	22.8%
2	15.8%
1	13.2%
5	7.0%
6	1.8%
7	1,8%
0	0.9%
Total	100.0

M = 3 D.E. = 1.313, min. = 0, máx. = 7

Escolaridad

Respecto a identificar si existían diferencias en la percepción de estrés en función de las variables atributivas, se identificó que existen diferencias significativas

en la percepción de estrés entre los distintos niveles de escolaridad: los pacientes sin estudios son quienes reportan mayor estrés, seguidos de nivel superior, medio superior y básico ($F = 2.617$; sig. = .055).

6.4 Asociación entre variables

Se presenta la correlación entre todos los factores que integran los tres instrumentos de evaluación: Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional, Lista de adjetivos de estrés, activación y agotamiento, Escala de Afrontamiento y Escala de Locus de Control (como se muestra en la tabla 13).

Tabla 13. Correlación entre todos los factores que integran los tres instrumentos de evaluación: Escala de Evaluación Ambiental e Imagen Institucional, Lista de adjetivos de estrés, activación y agotamiento, Escala de Afrontamiento y Escala de Locus de Control

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.-Funcionalidad y condiciones ambientales deseables		,386**	,283**	0.032	0.51	,370**	,103**	0.559	,038**	0.142	,034**	,039**	0.121	0.181	-,184**	-,011**
2.- Confianza y seguridad en el servicio médico	,386**		0.181	-0.086	,490**	0.453	-0.16	0.251	-,175**	-,018**	-0.059	0.098	-0.067	-,025**	-0.071	-0.078
3.- Orientación	,283**	0.181		0.02	,329**	0.362	0.03	0.246	,285**	,114**	0.119	0.271	-0.036	,267**	-0.003	0.287
4.- Impacto y Valoración Ambiental	0.032	-0.086	0.02		-0.039	-0.113	0.208	0.132	0.125	0.254	0.089	0.082	0.04	0.222	-0.042	0.281
5.- Confort y seguridad	,510**	,490**	,329**	-0.039		,402**	-,075**	0.52	-0.047	-,033**	-,057**	,174**	0.145	,145**	-,215**	,032**
6.- Calidad de la atención del personal de enfermería	,370**	,453**	,362**	-0.113	,402**		-,019**	0.203	,014**	,024**	-,075**	,018**	-0.09	,061**	-,055**	-,045**
7.- Estrés	0.103	-0.16	0.03	,208*	-0.075	-0.019		,025*	0.562	0.022	0.171	-0.017	,035*	-0.007	-0.134	-0.121
8.- Activación	,559**	,251**	,246**	0.132	,520**	,203**	,025**		-,015**	,274**	,201**	,128**	0.016	,191**	,086**	,271**
9.- Agotamiento	0.038	-0.175	,285**	0.125	-0.047	0.014	,562**	-0.015		0.068	0.104	,225**	-0.126	0.077	-0.027	0.009
10.- Resolución de problemas	0.142	-0.018	0.114	,254**	-0.033	0.024	0.022	,274**	0.068		,436**	,500**	-,208**	,558**	,372**	,677**
11.- Apoyo social	0.034	-0.059	0.119	0.089	-0.057	-0.075	0.171	,201*	0.104	,436**		,184*	-,240*	0.176	0.09	,274**
12.- Reestructuración cognitiva	0.039	0.098	,271**	0.082	0.174	0.018	-0.017	0.128	,225**	,500**	,184*		0.079	,487**	0.068	,557**
13.- Expresión emocional	0.121	-0.067	-0.036	0.04	0.145	-0.09	0.035	0.016	-0.126	-,208*	-,240*	0.079		-0.076	-,218*	0.017
14.- Evitación de problemas	0.181	-0.025	,267**	,222*	0.145	0.061	-0.007	,191*	0.077	,558**	0.176	,487**	-0.076		0.118	,450**
15.- Locus de control interno	-,184*	-0.071	-0.003	-0.042	-,215*	-0.55	-0.134	0.086	-0.027	,372**	0.09	0.068	-,218*	0.118		,463**
16.- Locus de control externo	-0.011	-0.078	,287**	,281**	0.032	-0.045	-0.121	,271**	0.009	,677**	,274**	,557**	0.017	,450**	,463**	

Nota: $n=114$
 $* < .05$
 $** < .01$ $*** < .001$

De manera específica se integraron los factores de Evaluación Ambiental e Imagen institucional con sus seis factores: Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, Orientación, Impacto y valoración ambiental, Confianza y seguridad en el servicio médico, Confort y seguridad y por último Calidad de la atención del personal de enfermería (tabla 13).

En general se valora el impacto ambiental que perciben los pacientes generado por las condiciones ambientales presentes al momento del estudio. Con Imagen Institucional se aprecia la valoración subjetiva de los pacientes hacia la imagen o lo que refleja la institución hospitalaria, es decir considera los recursos humanos que están en el lugar y el impacto que refleja en sus pacientes.

Recordemos que la escala de respuesta de este instrumento va del 0 al 10, en donde el valor de 10 indica un sentido positivo o deseable y 0 indica un sentido negativo o indeseable. A continuación se hablará de la asociación entre variables.

En términos generales las correlaciones moderadamente altas se hallaron entre Activación y Funcionalidad y condiciones ambientales deseables ($r = .559^{**}$) y Funcionalidad y condiciones ambientales deseables y Confort y seguridad ($r = .510^{**}$).

La más baja fue en Orientación ($r = .283^{**}$). Se identificó una correlación positiva moderada entre Funcionalidad y condiciones ambientales deseables que integra en general aspectos de mejor percepción relacionados con en el cuarto hospitalario y también la percepción de mayor Confianza y Seguridad en el servicio médico en términos de amabilidad y trato, capacidad así como la confianza que proporciona la institución y de seguridad de las instalaciones, ($r = .386^{**}$ como se muestra en la tabla 13).

Así mismo se observó que correlacionó bajo positivamente el factor Orientación que se refiere a los aspectos de señalización para orientación y emergencia con el factor Funcionalidad y condiciones ambientales deseables ($r = .283^{**}$).

Los aspectos relacionados con la percepción Confort y Seguridad mejora cuando los lugares en el hospital le ofrecen un lugar donde pueden estar a solas con sus visitas y pueda estar a gusto con ellos, así mismo percibe que los que lo visitan son tratados de manera importante, y que el edificio le ofrece seguridad ante siniestros, correlacionó moderadamente positivo con los siguientes factores:

En el caso de Funcionalidad y condiciones ambientales deseables los pacientes perciben que hay una mejoría en aspectos de percepción del cuarto hospitalario como son el color de las paredes, la ventilación, espacio suficiente, la comodidad de las camas, limpieza del cuarto, acceso fácil a los baños y en caso de emergencia cuentan con botones o alarmas que permita llamar a las enfermeras ($r = .510^{**}$).

Respecto a Confianza y seguridad en el servicio médico en términos de amabilidad y trato, capacidad así como la confianza que proporciona la institución y de seguridad de las instalaciones, se encontró una correlación baja positiva ($r = .386^{**}$).

En cuanto a Confort y seguridad y Calidad de la atención de enfermería existe una correlación positiva moderada ($r = .402^{**}$) es decir que la percepción de los pacientes mejora cuando los lugares en el hospital le ofrecen un lugar donde pueden estar a solas y a gusto con sus visitas, además de los que lo visitan son tratados de manera importante y el edificio le ofrece seguridad ante siniestros lo que permite identificar claramente cómo se ve reflejado en el incremento de la percepción de la Calidad de la atención de enfermería (las enfermeras están preparadas, el personal de enfermería es amable, hay buenas enfermeras en el hospital ($r = .362^{**}$).

Cabe destacar que la valoración de la Calidad de la atención del personal de enfermería es considerada por los pacientes como positiva cuando las enfermeras están preparadas y son amables, además de que hay buenas enfermeras en el hospital y correlaciono positiva y moderadamente con Funcionalidad y condiciones ambientales deseables ($r = .370^{**}$) lo que muestra que mejora los aspectos deseables

relacionados con iluminación, limpieza, decoración, color de paredes, funcionamiento, flexibilidad del mobiliario, vigilancia.

Por otro lado la Calidad de la atención del personal de enfermería correlaciona también positiva y moderadamente con Confianza y seguridad en el servicio médico es decir perciben que los médicos están preparados, son amables, les da confianza y la atención es rápida ($r = .453^{**}$).

Entre mayor Orientación haya como señalización para orientación y emergencia, habrá una posibilidad real de que las personas identifiquen su destino final, particularmente aquellas que tienen disminuidas sus capacidades de reconocimiento de patrones o que se encuentran con estados emocionales alterados mejor percepción tienen del personal de enfermería ($r = .362^{**}$).

Lista de Verificación de Adjetivos del Estrés y Activación

A continuación se presentan los resultados del autoreporte de la Lista de Verificación de Adjetivos del Estrés y Activación, el cual integra tres factores: Estrés, Activación y Agotamiento. En las siguientes figuras se muestran las correlaciones para cada uno de estos factores y que serán descritos a continuación (ver tabla 13).

Estrés

El factor Estrés correlacionó bajo y positivamente con Impacto y valoración ambiental ($r = .208^*$) se contempla la valoración subjetiva de los pacientes hacia las reacciones psicológicas displacenteras, los cuales se reflejan durante su estancia en el cuarto del hospital como tensión, indiferencia, incomodidad, cansancio, inquietud y enojo cuando se encuentran presentes olores desagradables, ruido y calor en el cuarto.

Activación

El factor de Activación está relacionado con las respuestas psicológicas que utilizan los pacientes durante su estancia en el cuarto de hospital y estando en estrés, tales como sentirse animado, satisfecho y vigoroso y correlaciono positiva y moderadamente con Funcionalidad y condiciones ambientales deseables en el cuarto ($r = .559^{**}$) como son color agradable de las paredes, ventilación, decoración, espacio suficiente, iluminación y limpieza y acceso a los baños. Por otro lado el factor Activación correlacionó bajo positivo con Confianza y seguridad en el servicio médico ($r = .251^{**}$ y Orientación $r = .246^{**}$).

La valoración de los aspectos Activación y Confort y seguridad ($r = .520^{**}$) correlacionó moderado positivo por lo que las respuestas psicológicas que emplean los pacientes para afrontar el estrés, tales como sentirse animado, satisfecho y vigoroso durante su estancia en el cuarto de hospital se incrementan en la medida que en el hospital hay lugares que le permiten estar a solas con sus visitas y estar a gusto con ellos, además de que el edificio le ofrece seguridad ante posibles siniestros y se le toma más en cuenta.

Agotamiento

La evaluación de Agotamiento engloba aspectos relacionados con la estancia en el cuarto tales como la preocupación, sentirse adormilado y en estado de alerta y se encontró que existía una correlación moderada positiva entre Estrés y Agotamiento por lo que la percepción de los pacientes es haberse sentido tensos, indiferentes, incomodos, cansados e inquietos por lo que se ve reflejado en mayor agotamiento ($r = .562^{**}$).

Por otro lado y con relación al impacto que perciben los pacientes entre la variable estrés y la variable física (densidad social) se encontró que existe una

correlación baja positiva con agotamiento ($r = .243^{**}$) es decir que influye la cantidad de personas presentes en el cuarto, a mayor número de personas en el cuarto, hay mayor agotamiento en los pacientes lo que genera que se sientan preocupados y en estado de alerta.

Afrontamiento

En este apartado contemplamos la valoración que hicieron los pacientes hacia el estilo de Afrontamiento que reflejan sus esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes y que desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

Se encontró asociación positiva entre las escalas de Afrontamiento y Evaluación ambiental e Imagen institucional, como a continuación se describe (ver tabla 13).

La evaluación de aspectos socioambientales y estilos de afrontamiento correlacionó bajo negativo entre Resolución de problemas y Confianza y seguridad en el servicio médico ($r = -.018^{**}$, sig. = .851) por lo que se incrementa la Confianza y seguridad en el servicio médico cuando perciben que los médicos están preparados, son amables, el servicio les da confianza y la atención es rápida por lo que se reducen los intentos conductuales de realizar una acción concreta para tratar directamente con el problema o estresor y ya no le dan tanta importancia.

Los hallazgos indican que la Resolución de problemas correlaciona bajo positivamente con Impacto y valoración ambiental ($r = .254^{**}$) por lo que los pacientes emplean muy poco el estilo de Resolver los problemas cuando perciben aspectos físicos del cuarto hospitalario negativamente como los relacionados con ruido, olores desagradables y calor.

La evaluación de Resolución de problemas correlacionó moderadamente positivo con Reestructuración cognitiva ($r = .500^{**}$) por lo que las respuestas cognitivas que emplean los pacientes para afrontar el estrés y resolver son los intentos conductuales de realizar una acción concreta para tratar directamente con el problema o estresor, estas estrategias están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas basándose en su costo-beneficio, elección y aplicación.

Engloba un conjunto de estrategias mucho más amplio, implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, se incluyen estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Por otro lado la evaluación de Confort y seguridad y los estilos de afrontamiento de Resolución de problemas y Apoyo social correlacionó bajo negativo ($r = -.033^{**}$ y $r = -.057^{**}$) por lo que las respuestas cognitivas que emplean los pacientes para afrontar el estrés de resolver problemas y apoyo social disminuyen en la medida que el paciente encuentra lugares donde puede estar a solas y a gusto con sus visitas, además de que durante su internamiento sus visitantes son tratados de manera importante.

También la evaluación de Resolución de problemas correlacionó moderadamente positivo con Evitación de problemas ($r = .558^{**}$) por lo que el estilo de afrontamiento de algunos pacientes es evaluar el agente estresor realizando intentos cognitivos de evitar y pensar en el problema en forma realista para reemplazar las pérdidas involucradas en ciertas transiciones y crisis por otras actividades y crear nuevos recursos de satisfacción personal.

En el caso del Apoyo social que perciben los pacientes son: el que cuenta con amigos con los que puede platicar sus problemas personales, con los que mantiene contacto cercano, cuenta con amigos cercanos y con personas cercanas con las que

puedo contar con su ayuda, en caso de que lo necesite, así mismo está relacionado moderadamente con Resolución de problemas.

Se encontró que el Apoyo social está relacionado moderadamente positivo con Resolución de problemas, ($r = .436^{**}$) por lo que los pacientes emplean una serie de habilidades que tienen como finalidad buscar información, apoyo y orientación acerca de la crisis y prever cursos de acción y sus posibles resultados. Suelen emplearse en combinación con Análisis lógico para restablecer su percepción de control sobre la situación y así prepararse para resolver el problema.

Respecto al Apoyo social se considera la correlación negativa con Expresión emocional ($r = -.240^*$) por lo que cuando emplea una serie de habilidades que tienen como finalidad buscar información, apoyo y orientación acerca de la crisis y prever cursos de acción, conductualmente reduce la expresión de sentimientos negativos, como son enojo, desesperación, llanto, etc.

Locus de control

El Locus de control externo correlacionó con Orientación de forma baja positiva ($r = .287^{**}$) en aquellos pacientes que perciben que en sus creencias existen factores externos o circunstancias externas que controlan la situación les permite de alguna forma ante situaciones de emergencia localizar las rutas de evacuación porque están claramente señaladas y se ven fácilmente los letreros (ver tabla 13).

Respecto a la correlación moderadamente alta entre Locus de control externo y el estilo de Resolución de problemas ($r = .677^{**}$) se valora que los intentos conductuales de realizar una acción concreta para tratar con el problema o estresor no dependen directamente de él sino de personas o situaciones ajenas a él.

Cabe mencionar que correlacionó moderadamente alto positivo Locus de control externo y el estilo de afrontamiento Reestructuración cognitiva ($r = .557^{**}$) es el estilo cognitivo que emplea fragmentar el problema en pequeñas partes manejables, tomando en consideración que para enfrentar al estresor es porque el destino, su familia, la casualidad y coincidencias así lo han querido.

El Locus de Control Externo indica que los pacientes perciben que lo que les sucede es debido a circunstancias y/o situaciones o cosas externas y tienden a emplear un estilo de afrontamiento de Expresión emocional. Se encontró que los puntajes más altos obtenidos en la escala de Locus de Control fue el externo.

Los resultados de esta investigación reflejan que los pacientes perciben que las creencias que influyen en su estado de salud incluyen factores socioambientales y de afrontamiento, lo que se ve reflejado en su estado de salud y enfermedad, es decir creen que no tienen el control sobre la evolución de su enfermedad y se lo atribuyen al todopoderoso, el universo, la suerte o del destino.

Se pudo observar como la percepción de los pacientes hospitalizados con sus creencias generan la falta de eficacia o habilidades de autocuidado para poder afrontar la enfermedad, aunado al control externo con una mayor creencia en los otros como el universo, el todopoderoso y el apoyo brindado por los médicos y las enfermeras.

Se identificó asociación negativa entre la escala de Locus de control interno y aspectos socioambientales como podemos observar en la tabla no. 13, se muestra que existe una correlación baja negativa entre Funcionalidad y Condiciones ambientales deseables y Locus de control interno ($r = -.184^*$) por lo que los aspectos socioambientales del cuarto como los colores, la ventilación, la decoración, el espacio, las camas, la accesibilidad a los baños y la limpieza del cuarto no dependen de él, por lo que no se debe a su esfuerzo las condiciones en que se encuentra.

Así mismo se observa una asociación baja negativa entre Locus de control interno y aspectos Confort y seguridad como se muestra en la tabla 11 ($r = -.215^*$) en ese sentido los aspectos socioambientales del cuarto en el que haya un lugar en el hospital donde pueda estar con sus visitas y a gusto, además de que se traten de manera importante sus visitas y por último los pacientes se hayan sentido tomados en cuenta, no depende de él ni de los esfuerzos que hagan para modificar esta situación.

Los aspectos relacionados con Locus de control interno y el estilo de afrontamiento de Resolución de problemas ($r = .372^{**}$) correlacionaron moderadamente positivos, en la medida que el paciente incrementa sus creencias de tener control sobre aspectos socioambientales el estilo que emplea es resolver problemas.

6.5 Desarrollo de un modelo explicativo

Para confirmar la hipótesis e identificar si existe relación entre las variables socioambientales y de personalidad por lo cual se generó un escalamiento multidimensional (como se muestra en la figura 32). Se combinaron los conglomerados de distancia re-escalados con 13 factores.

Posteriormente se realizó un análisis de cúmulos en el cual se empleó un método jerárquico (dendrograma), donde se calculó la distancia más cercana y más lejana entre cada cúmulo y las agrupaciones.

Se generó un modelo de regresión lineal para establecer la relación entre la variable estrés y otras variables independientes llamada variables predictoras que explican el comportamiento de la variable estrés. Lo que se buscó fue construir un modelo para determinar la dependencia que existía en el estrés y observar cómo se reflejaba en las otras variables como evaluación ambiental, locus de control y afrontamiento.

Finalmente se eligió como mejor modelo aquel que tuvo la probabilidad más alta con respecto a la variable de respuesta. El cual favorece el desarrollo teórico al establecer las relaciones entre variables predictoras o constructos. Aplicando esta metodología se eliminaron variables por factores eligiéndose las variables predictoras y descartándose las variables que no son relevantes para probar las hipótesis.

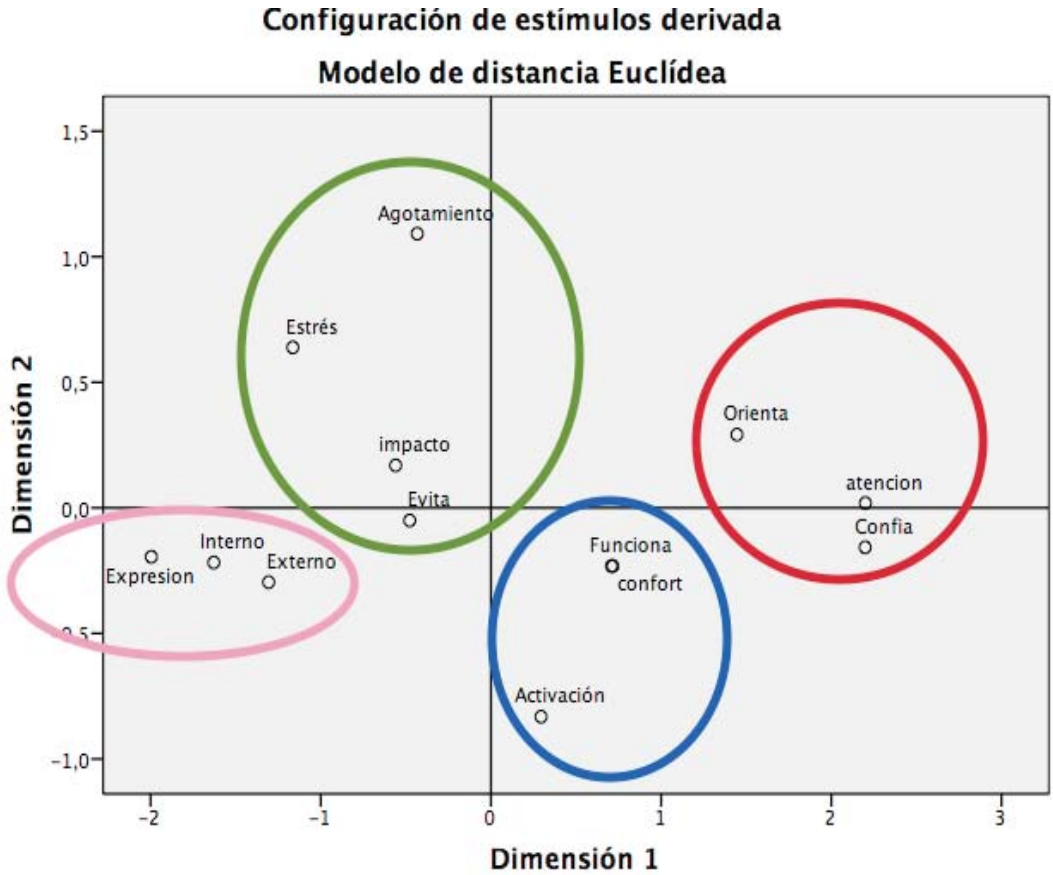
Agrupación entre variables

En la figura 32 se presenta el escalamiento multidimensional de los 13 factores:

1. Funcionalidad y condiciones ambientales deseables.
2. Confianza y seguridad en el servicio médico.
3. Orientación.
4. Impacto y valoración ambiental.
5. Confort y seguridad.
6. Calidad de la atención del personal de enfermería.
7. Estrés.
8. Activación.
9. Agotamiento.
10. Expresión emocional.
11. Evitación de problemas y/o cognitiva.
12. Locus de control interno.
13. Locus de control externo.

Se eliminaron los estilos de afrontamiento positivos para dar sentido a un resultado de expresiones negativas asociadas al estrés ambiental como son las formas de afrontamiento negativo: Expresión emocional y Evitación, para una mayor claridad. Del análisis se pueden apreciar cuatro agrupaciones claras conceptual y teóricamente.

**Figura 32. Escalamiento multidimensional de las tres escalas de evaluación:
Escala de Evaluación Ambiental e Imagen institucional y
Lista de Estrés, Activación y Agotamiento.
Escala de Afrontamiento y Escala de Locus de control**



Estrés = .05158. RSQ =.98832

De manera específica se aprecian cuatro grupos claramente:

En primer lugar se agruparon los factores de la Escala de Evaluación ambiental representados por Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, de la escala de Imagen Institucional Confort y Seguridad y la de Activación, lo que refleja que en general la Funcionalidad y las condiciones ambientales deseables como son el color

de paredes, la ventilación, decoración, espacio, iluminación, limpieza y acceso a baños, alarmas y botones permiten comunicarse mejor con las enfermeras, lo que se ve reflejado en la Activación de los pacientes durante su estancia en el cuarto y se muestran más animados, satisfechos y vigorosos.

En segundo lugar se agruparon los factores de Evaluación Ambiental como es Orientación y las de Imagen Institucional como son Atención del personal de enfermería y Confianza y Seguridad en el servicio médico.

Por lo que se aprecia una mejor valoración subjetiva de los pacientes hacia los recursos humanos que están presentes y que les proporcionan la ayuda necesaria para estar Orientados y en una situación de emergencia les indiquen las rutas a seguir, además de brindarles información sobre la ubicación de letreros de orientación, señales de emergencia y en general la ubicación de los servicios clínicos.

En tercer lugar se agruparon los factores de Evaluación Ambiental como es Impacto y Valoración ambiental y los de Estrés y Agotamiento, por lo que en su opinión los pacientes consideran que las condiciones del ambiente físico del cuarto durante su estancia como son los olores desagradables, ruido y calor en el cuarto influyen en su estado de ánimo y de salud.

Lo que genera mayor Estrés y se ve reflejado en general en la percepción de los pacientes generado por las condiciones ambientales presentes al momento del estudio como son la tensión, incomodidad, cansancio, inquietud y Agotamiento, así como la preocupación, sentirse adormilado, y en estado de alerta.

Aunado lo anterior al estilo de Afrontamiento que tienden a emplear los pacientes es la evitación de problemas por lo que no se preocupan; tratan de ver el lado bueno de las cosas; no actúan directamente ante los problemas, teniendo una tendencia a evitar (pasiva y minimizadora).

Por último y en cuarto lugar se agruparon los factores correspondientes tanto a Locus de control Interno y Externo donde se aprecian más cercanos con el factor de Afrontamiento de Expresión emocional, lo que implica que algunas de las reacciones de personalidad de los pacientes ante la sensación de pérdida de control es que genera que se sientan con desesperanza o indefensión aprendida y desarrollen un estado depresivo o enojo, por lo que se pueden desquitar con otras personas, prefieran estar alejados de la gente y se nieguen a creer lo que les está pasando, siendo este uno de los factores más pasivos para afrontar los problemas y/o la misma enfermedad.

Adicionalmente están más centrados en el problema y los sentimientos negativos producidos por los estresores, que por experimentar control sobre los mismos y se distancian más del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el mismo.

El estilo de Locus de control tanto interno como externo se relaciona particularmente con la expresión emocional, como una forma pasiva de afrontar los problemas.

Por lo que se aprecia claramente un modelo de personalidad propenso a buena o mala salud que pudiera estar caracterizado por una impresión de control y capacidad para afrontar y adaptarse al ambiente. Es decir si no pueden hacer nada para cambiar las cosas, las aceptan como vienen, evadiendo el problema y generando desesperanza.

Posteriormente los resultados de este análisis se muestran en cuatro agrupaciones que se ven nuevamente replicadas por medio de un análisis de cúmulos. El dendrograma obtenido definió un total de cuatro cúmulos que se pueden apreciar (ver figura 32). Las relaciones o asociaciones más importantes, son los siguientes cúmulos:

- 1.- Confianza y seguridad en el servicio médico, Calidad de la atención del personal de enfermería y Orientación.
- 2.- Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, Confort y seguridad, Activación.
- 3.- Impacto y valoración ambiental (condiciones ambientales negativas) Evitación, Estrés y Agotamiento.
- 4.- Locus de control interno y Locus de control externo y Expresión emocional.

Lo anterior favorece el desarrollo teórico al establecer las dependencias con la variable dependiente Estrés con las variables independientes desde una perspectiva teórica.

Aplicando esta metodología se eliminaron variables como son las formas de afrontamiento positivas para dar sentido a las expresiones negativas asociadas al estrés ambiental como son las formas de afrontamiento negativo: expresión emocional y evitación, con esto se aclaró la conformación conceptual (se descartaron las variables que no son interesantes para probar las hipótesis, como se muestra en la figura 33 el dendrograma obtenido del análisis de cúmulos de las 13 variables analizadas y la figura 34 donde se presenta el número de conglomerados obtenido del análisis de cúmulos).

Figura 33. Dendrograma obtenido del análisis de cúmulos de las 13 variables analizadas

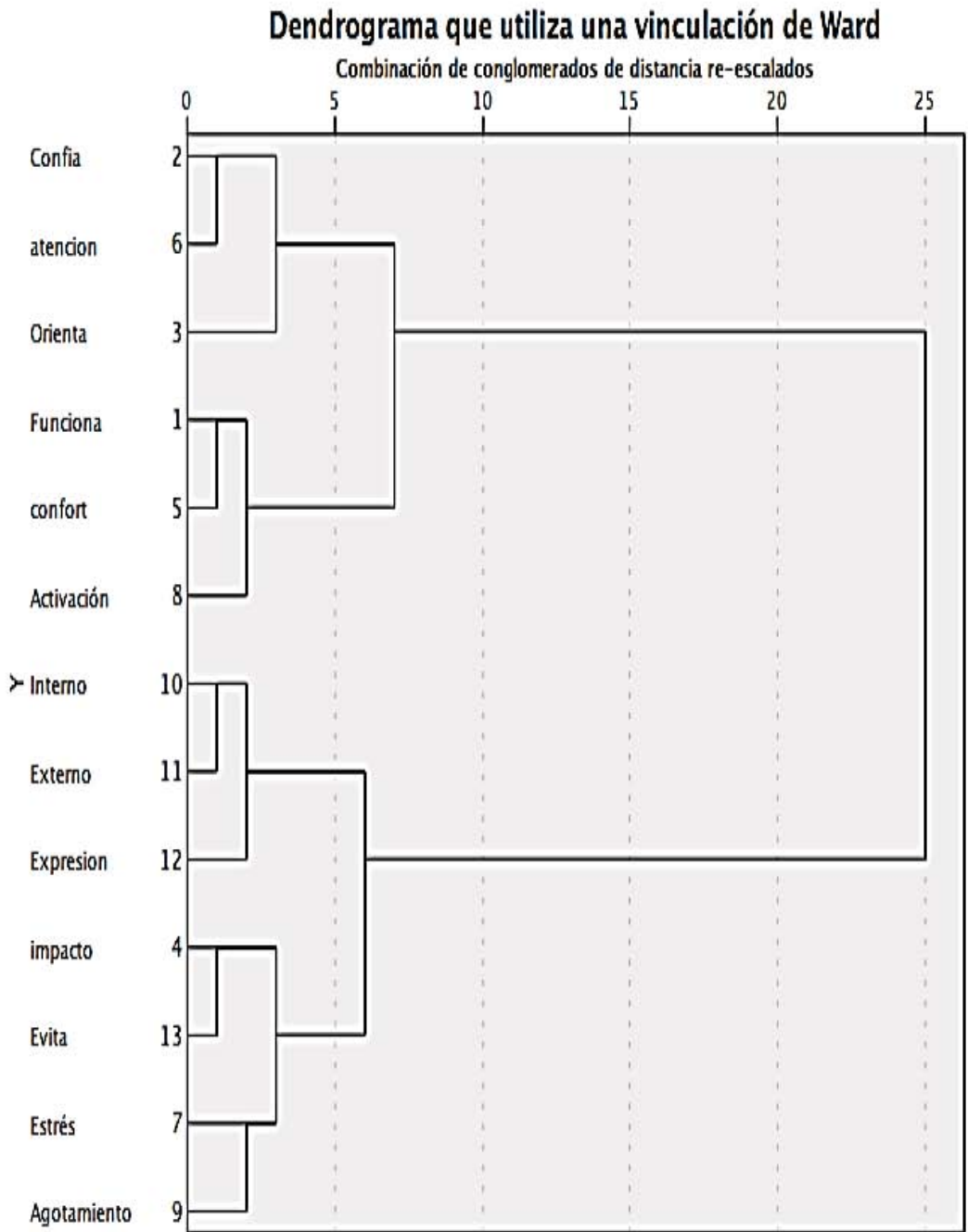
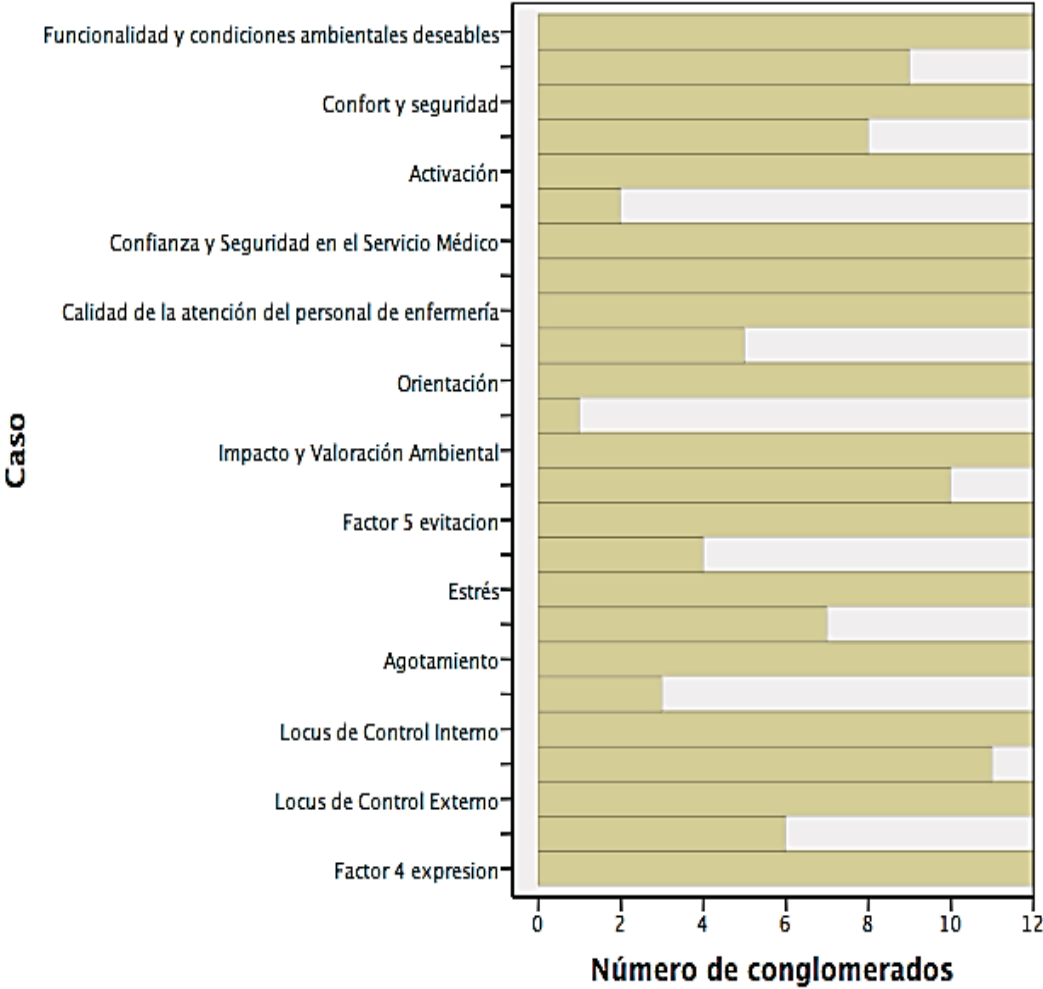


Figura 34. Número de conglomerados obtenido del análisis de cúmulos de las 13 variables analizadas



Los resultados del análisis de cúmulos nos permitieron identificar que la variable dependiente estrés agrupa claramente de manera conceptual y teóricamente diversas variables socioambientales de las escalas de Evaluación ambiental e Imagen institucional y los factores que están relacionados como son los de personalidad (Locus de control y afrontamiento) que para este caso particular los estilos que emplean los pacientes son los de Evitación y la Expresión emocional.

6.6 Modelo de regresión

Para la confirmación o rechazo de la hipótesis, respecto a cuáles variables socioambientales o de personalidad tienen influencia para la generación de estrés en pacientes hospitalizados de un hospital regional general, se realizaron los siguientes procedimientos para determinar el mejor modelo por medio del análisis de regresión lineal.

Los resultados presentados en las siguientes tablas son relativos a la regresión lineal entre la medida global de la V.D Estrés (criterio) y las variables independientes como predictoras: los factores de la Evaluación Ambiental, Imagen institucional y de personalidad.

Modelo I. Teniendo como V.D Estrés y predictores: 1.- Agotamiento, 2.- Impacto y Valoración Ambiental y 3.- Evitación.

La tabla 14 nos proporciona información sobre la bondad del ajuste del modelo y se encontró que el modelo es válido e indica la presencia de relación predictiva entre las medidas evaluadas ($R = .562^*$, R^2 corregida = .309).

Tabla 14. Resumen del modelo I

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
I	.562	.316	.309	1.77829

a. Variables predictoras: (Constante), Agotamiento

Como podemos apreciar solo ingreso al modelo de estrés la variable Agotamiento con un valor de $R = .562^*$.

El resultado del análisis ANOVA (tabla 15) es un resumen del análisis de varianza para la validación del modelo de regresión lineal y confirma la existencia de relación entre las medidas utilizadas. El valor de $F = 51.63$; $p < .000$).

Tabla 15. ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media Cuadrática	F	Sig.
I Regresión Residual Total	163.275	1	163.275	51.632	.000 ^b
	354.178	112	3.162		
	517.412	113			

a. Variable dependiente: Estrés

b. Variables predictoras: (Constante) Agotamiento

Modelo II. Teniendo como V.D Estrés y como predictores 1) Locus interno, 2) Locus externo y 3) Expresión emocional.

Modelo en el que se identificó como variable independiente el Locus de control interno con valor de $R = .219^*$, R^2 corregida = .040).

Tabla 16. Resumen del modelo II

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
II	.219 ^a	.048	.040	2.09715

Como podemos apreciar solo ingreso al modelo de estrés la variable locus de control interno con un valor de $R = .04^*$.

El resultado del análisis ANOVA presentados en la tabla 17 confirma la inexistencia de relación entre las medidas utilizadas. El valor de $F = 5.655.63$; ($p .019$).

Tabla 17. ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media Cuadrática	F	Sig.
II Regresión Residual Total	24.871	1	24.871	5.655	.019 ^b
	354.178	112	3.162		
	517.412	113			

a. Variable dependiente: Estrés

b. Variables predictoras: (Constante) Locus de Control Interno

En la tabla 18. Se presenta el modelo de estrés teniendo como predictores la activación, funcionalidad y condiciones ambientales deseables y el confort y seguridad ($\beta = -.219$; $p > .019$). Esta tabla contiene los coeficientes no estandarizados y estandarizados de la recta de regresión. El valor del coeficiente beta, es la pendiente de la recta en típicas o el coeficiente de correlación de Pearson, aunque es positivo es moderado y negativo y no significativo.

Tabla 18. Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
1	(Constante)	B	Error típico	Beta		
	Locus de Control Interno	5.043	.515		9.783	.000
		-.378	.159	-.219	-2.378	.019

a. Variable dependiente: Estrés

Modelo III. La V.D Estrés; predictoras V.I Agotamiento y Locus de Control interno

Como se observa en la tabla 19 el Modelo es válido: integrado por Agotamiento y Locus de control interno $R = .581^*$, R^2 corregida = .326).

Tabla 19. Resumen del modelo III

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
V	.581 ^a	.338	.326	1.75725

a. Variables predictoras: (Constante), Agotamiento, Locus de Control Interno

Los resultados de las ANOVAS presentados en la tabla 20 indican que el Agotamiento y Locus de control interno son significativos. Son las dimensiones o factores que mejor explican el modelo de estrés y que más influencia tienen en los pacientes del hospital general regional.

Tabla 20. ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media Cuadrática	F	Sig.	
V	Regresión	174.691	2	87.345	28.286	.000 ^b
	Residual	342,761	111	3.088		
	Total	517.452	113			

a. Variable dependiente: Estrés

b. Variables predictoras: (Constante) Agotamiento, Locus de Control Interno

El resultado que se presenta en la tabla 21 señala que la dimensión que más influye en la generación de Estrés tiene coeficiente Beta significativo en Agotamiento $\beta = .543$ es el que tiene mayor ponderación y presenta una relación positiva con el Estrés. Por otro lado la dimensión de Locus de control interno $\beta = -.150$ presenta ponderación más baja y negativa con el estrés.

Tabla 21. Coeficientes^a

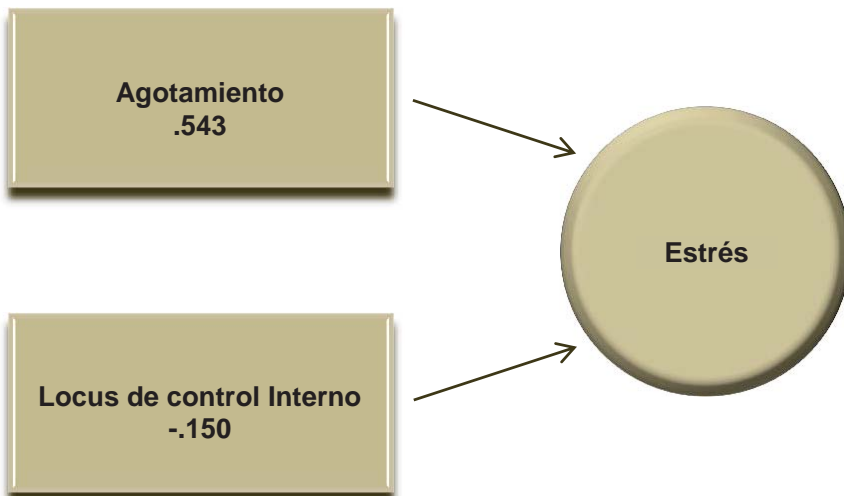
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
1	(Constante) Locus de Control Interno Agotamiento	B	Error típico	Beta		
		2.404	.575		4.184	.000
		-.258	.134	-.150	-1.923	.057
		.459	.066	.543	6.965	.000

a. Variable dependiente: Estrés

Este modelo refleja que los pacientes experimentan mayor Estrés cuando se presentan factores individuales de creencias individuales de sensación de control del paciente como son el Locus de control interno que se caracteriza por no tener control sobre el ambiente y una menor capacidad de adaptación al ambiente y las circunstancias.

Así como una respuesta de agotamiento ante las demandas del entorno y de la situación de control o no en el paciente (ver figura 35).

Figura 35. Modelo conceptual de relaciones entre las variables de Agotamiento y Locus de control interno generadas por ambientes estresantes en un hospital general regional.



Las variables predictoras que se incluyeron en los cinco modelos de regresión teniendo como V.D. el estrés y los trece factores.

De los cuales sólo el modelo final y válido quedó integrado con la constante de Agotamiento con Locus de control interno $R = .581^*$ (como se muestra en la figura 35).

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Para discutir las condiciones socioambientales de los cuartos hospitalarios y la importancia que tiene la estancia de los pacientes en los mismos, comenzaremos diciendo que al ser elemento clave los hospitales en los servicios de salud, la investigación se centró en el proceso que tiene lugar durante la estancia en hospitalización, particularmente en la percepción que realiza el paciente de la situación socioambiental y que se produce para su ajuste, su calidad de vida y el cuidado de su salud y/o enfermedad en un hospital general regional.

La discusión de los resultados obtenidos con esta investigación se elaboró en el mismo orden que se siguió en el análisis de los mismos:

En la primera parte se presentan el análisis de asociación entre las variables de tipo ambiental y psicológico del estrés en el entorno hospitalario, que se obtuvieron de las escalas empleadas: Evaluación Ambiental e Imagen Institucional, Lista de Adjetivos de Estrés y Activación, Escala de Afrontamiento y Locus de Control.

En la segunda parte se discuten las diferencias entre las variables socioambientales, físicas, de personalidad y el estrés.

En la tercera parte se analizan los resultados del escalamiento multidimensional y el análisis de cúmulos de las escalas aplicadas y su relación con los efectos psicológicos que experimentan los pacientes con esas condiciones socioambientales. En el desarrollo se explica los factores del ambiente físico, social y atributos del individuo que tienen mayor relación con el estrés.

En la última parte se reflexionará sobre las sugerencias para investigaciones futuras y las conclusiones teóricas, que han surgido con los resultados de la investigación.

7.1 De las relaciones entre variables

Se identificaron las relaciones existentes entre las variables socioambientales y de personalidad que generan estrés en pacientes de un hospital general regional, cabe mencionar que las relaciones entre las respuestas de estrés van en el sentido teórico del modelo de Ortega et al. (2005) y confirman los estudios previos (Carpman y Grant, 2002; Grant y Simmons, 1986; en Ortega, et al. 1998; Ortega y Aguilar, 2003; Proshansky, et al. 1978; Reizenstein y Simmons, 1986; Ulrich et al., 2004).

De lo anterior se deriva que el diseño del hospital puede ser estresante para los pacientes debido a las características físico-arquitectónicas del hospital. Los estresores cambian las habilidades de adaptación del individuo y es necesario apoyar al paciente en su proceso de adaptación, lo que involucra un ajuste consigo mismo y en ocasiones una larga exposición a los mismos, lo que pudiera generar un agotamiento físico y psicológico y disminuir considerablemente los recursos de afrontamiento de las personas (Selye, 1974; en Shumaker y Pequegnat, 1989).

La explicación básica del modelo de estrés en el contexto hospitalario es que los ambientes sociofísicos pueden impedir u obstaculizar más que facilitar el logro de las metas de la preservación de la salud y por lo tanto se pueden evitar daños, mejorar el cuidado y bienestar del paciente, manejando considerablemente los efectos de los estresores en los pacientes afectados (Stokols, 1979; en Shumaker y Pequegnat, 1989).

El estrés es resultado del diseño deficiente del ambiente sociofísico y contribuye a una inadecuada percepción del control y privacidad. Así mismo puede generar potencialmente una amenaza o daño y tienden a promover recursos fisiológicos y psicológicos que le permitan recuperarla. Con relativa frecuencia, sutilmente los estresores pueden perjudicar la habilidad para mejorar su salud e indirectamente producir efectos en el paciente -como obstaculización y frustración por

no lograr el objetivo primordial que es la preservación de la vida- (Shumaker y Pequegnat, 1989).

En este contexto los resultados obtenidos permitieron identificar que la evaluación positiva acerca de Funcionalidad y condiciones ambientales deseables caracterizados en los cuartos como por ejemplo el color de las paredes agradable, ventilación, decoración, espacio suficiente, iluminación, limpieza, comodidad de las camas, acceso a los baños y botones de alarma en caso de emergencia de manera específica correlacionaron moderadamente alta en particular con la variable Activación, por lo que durante su estancia en los cuartos los pacientes perciben que se han sentido más animados, satisfechos y vigorosos.

Por otra parte la percepción de una mejor Funcionalidad y condiciones ambientales deseables incrementa la percepción positiva en el paciente de manera considerable de Confort y seguridad, considerando como aquellos aspectos del ambiente físico que influyen en su bienestar; lo cual se ve reflejado en que existen lugares en el hospital donde los pacientes pueden estar a solas y sentirse a gusto con sus visitantes, además de que se les trata de manera importante y se sienten tomados en cuenta.

Se obtuvo una correlación positiva moderada entre Funcionalidad y condiciones ambientales deseables que integra en general aspectos de una mejor percepción en el color de las paredes agradable, ventilación, decoración, espacio suficiente, iluminación, limpieza, comodidad de las camas, acceso a los baños y botones de alarma y la percepción de mayor Confianza y Seguridad en el servicio médico en términos de amabilidad y trato, capacidad así como la confianza que proporciona la institución y de seguridad de las instalaciones.

En cuanto a Orientación se observa una correlación baja con respecto a Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, es decir que la baja percepción

de Funcionalidad representa para el paciente dificultades para orientarse, por lo que pudiera estar disminuida su habilidad para relacionar la ubicación con rasgos conocidos del ambiente, de tal manera que el ambiente no le ofrece la información necesaria para percibirla, procesarla y por último elaborar un plan y llevarlo a cabo. Zimring, Reizenstein y Michelson (1987, en Ortega, et al. 2005) presentaron resultados similares ya que en los hospitales ocasionalmente encontrar el destino o ubicación se vuelve difícil en diseños complejos, por lo que representa un problema para aquellas personas que tienen disminuidas sus habilidades de reconocimiento de patrones o señales.

En el presente estudio se obtuvo una correlación positiva moderada entre Funcionalidad y condiciones ambientales deseables por lo que a mayor Funcionalidad mayor Confianza y Seguridad en el servicio médico en términos de amabilidad y trato, así como la confianza que proporciona la institución y la seguridad de las instalaciones, lo anterior proporciona un sentido lógico y coherente de acuerdo a las premisas teóricas.

En el cuidado de la salud las bases teóricas como referentes son:

- El diseño ambiental de escenarios hospitalarios tanto para el cuidado de la salud como para la generación de estrés (Evans y Cohen, 1987; Ortega, 2002; Ortega, et al. 2005; Reizenstein, Grant y Simmons, 1989; Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich, et al. 2004; Volicer, 1978).
- Un ambiente puede ser estresante para los usuarios debido a las características físico-arquitectónicas del hospital. Los estresores cambian las habilidades de adaptación del individuo, lo que implica un ajuste consigo mismo por una larga exposición a los mismos y pudiera generar un agotamiento físico y psicológico, además de disminuir considerablemente los recursos de afrontamiento de las personas (Selye, 1974; en Shumaker y Pequegnat, 1989).

- Se han analizado los efectos del ambiente hospitalario sobre el comportamiento de los pacientes (Reizenstein, Grant y Simmons, 1989; Richart, Cabrero y Reig, 1993; Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich, et al. 2004; Zimring, 1984).
- La perspectiva teórica de ajuste ambiente-individuo de Kaminoff y Proshansky (1982) que potencializa el grado de bienestar integral de las personas que ocupan un ambiente determinado, en el cual un ambiente acomoda, facilita o apoya las necesidades del usuario y donde se da el máximo ajuste cuando la persona logra sus metas con el mínimo de interferencia de su ambiente. Cuando se da la carencia de ajuste entre las propiedades del ambiente y las necesidades del usuario puede surgir el estrés y se crean demandas que exceden su capacidad e impiden el logro de sus objetivos.
- Cuando se da la disparidad entre el carencia de ajuste entre la persona y el ambiente se induce el estrés en la persona, para intentar reducir esta discrepancia se establece una compleja interacción entre: (Ortega, et al. 2005).
 - a. Las propiedades del ambiente físico
 - b. Las características del sistema social
 - c. Los atributos del individuo
- En México las investigaciones en el área de psicología ambiental en escenarios hospitalarios ha destacado la supremacía del ambiente físico en la prevención y reducción de esta discrepancia bajo tres perspectivas: (Ortega et al. 2005)
 - a. La evaluación de los efectos del diseño hospitalario sobre la interacción social
 - b. Los estresores que se generan en el medio hospitalario

- c. La posibilidad de control personal que se tenía sobre el ambiente para intentar realizar el ajuste y el logro de las metas.

Se podría considerar que a mayor Confianza y seguridad en el servicio médico los pacientes perciben mejor las condiciones ambientales y por lo tanto los pacientes valoren tanto las condiciones como la funcionalidad de los servicios positivamente en términos de: color agradable de las paredes, ventilación, decoración, y espacio suficiente, así como también adecuada iluminación, limpieza, comodidad de las camas, botones de alarma y acceso a los baños.

Lo que concuerda también con lo expuesto por Weber, 1966 (en Rubín y Owens, 1998) la investigación científica ha puesto a prueba la premisa de la influencia de los aspectos del entorno de atención médica y sus efectos en los resultados terapéuticos.

De acuerdo con Ulrich et al. (2004) señalan que mejorar los ambientes físicos puede ser una herramienta fundamental para hacer mejores hospitales, más seguros y saludables, así como mejores lugares de trabajo.

Estos autores refieren que los estudios del diseño basado en evidencia se emplean en la creación de hospitales que ayudan a que los pacientes se recuperen, se sientan más seguros y por otro lado faciliten al personal hacer mejor su trabajo, es un proceso que sirve para la creación de edificios de atención de la salud, con ello están mejor informados y por último ofrecen evidencia empírica disponible acerca de:

- El entorno físico y como puede interferir con las actividades de apoyo a los pacientes, familias y personal (facilitar o entorpecer la ejecución de las actividades).
- La estructura física proporciona experiencias que brindan un cuidado eficaz, seguro, centrado en el paciente y ambiente.

Si consideramos las variables, por una parte de Confort y seguridad y por otra la variable Calidad de la atención de enfermería, existe una correlación positiva moderada, donde la percepción de la atención del personal de enfermería es que están debidamente preparadas y que son amables, en general que hay buenas enfermeras en el hospital, por lo que esto a su vez se ve reflejado en la percepción positiva de que existen lugares en el hospital que le ofrecen un lugar al paciente donde pueda estar a solas y a gusto con sus visitantes.

Así mismo se encontró que existe una relación positiva entre mejor percepción de la Calidad de la atención del personal de enfermería con mejor percepción de Funcionalidad y condiciones ambientales deseables por lo que los pacientes perciben los aspectos deseables relacionados con adecuada iluminación, limpieza, decoración, color de paredes, funcionamiento, flexibilidad del mobiliario, vigilancia.

Un aspecto importante a considerar es que a mejor percepción de la Calidad de la atención del personal de enfermería mejora la Confianza y seguridad en el servicio médico lo que se refleja en la percepción positiva de los pacientes hacia el personal de enfermería y los médicos, considerando que están preparados, son amables, les da confianza y la atención es rápida.

Otro conjunto de variables asociadas al Estrés en el presente estudio fueron las relativas a una baja percepción de Impacto y Valoración ambiental lo que nos indica que aspectos relacionados con ruido, olores desagradables y calor en los cuartos, los pacientes perciben un incremento bajo en estrés, por lo que consideran que el ambiente físico influye en su estado de ánimo y estado de salud, y se vea reflejado en tensión, indiferencia, incomodidad, cansancio, inquietud y enojo.

Lo anterior coincide con los trabajos de Ortega, et al. (2005) donde se aprecia la valoración de los aspectos físicos de las salas de espera los aspectos relativos a

ruido, olores desagradables y calor son evaluados por los pacientes y perciben su presencia.

De acuerdo con Cohen y Weinstein, 1982; Glass y Singer, 1972, MacLean y Tarnopolsky (1977; en Evans y Cohen, 1987) el ruido influye como un factor estresor en la conducta humana y menciona que depende de las características del mismo, como son la intensidad, frecuencia, periodicidad (continua o intermitente), duración (agudo o crónico) varían los efectos, sin embargo se han encontrado evidencias fisiológicas que revelan que la exposición al ruido, incrementa las catecolaminas, eleva la presión sanguínea e incrementa la frecuencia cardiaca y la conductancia de la piel.

Respecto al factor Activación como sentirse animado, satisfecho y vigoroso durante su estancia en el cuarto de hospital, en el presente estudio correlaciono positiva y moderadamente con Funcionalidad y condiciones ambientales deseables en el cuarto como son color agradable de las paredes, ventilación, decoración, espacio suficiente, iluminación y limpieza y acceso a los baños.

Se encontró que existía una correlación moderada positiva de Agotamiento la cual engloba aspectos relacionados con la preocupación, sentirse adormilado y en estado de alerta y el Estrés por lo que la percepción de los pacientes durante su estancia en los cuartos es sentirse tensos, indiferentes, incómodos, cansados e inquietos.

Ortega y Aguilar (2003, p. 327) mencionan que el diseño físico y en especial los hospitales y de acuerdo con algunos teóricos “el ambiente físico puede tener un papel determinante para el adecuado funcionamiento de hospitales, en virtud de que pueden 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 diversos tipos de usuarios” (Canter y Canter, 1979; en Ortega y Aguilar, 2003).

Estos autores señalan que la situación de vulnerabilidad de los pacientes por su estado de salud física provoca que tengan menos resistencia para disminuir el impacto del ambiente físico y social, además de que la excesiva demanda de atención de los pacientes genera la baja calidad de los servicios.

El fenómeno del estrés percibido por los pacientes depende tanto por las características físicas de los cuartos hospitalarios, como por otros aspectos ambientales del entorno hospitalario y características de personalidad propias del paciente como son estilos de afrontamiento y locus de control.

Aunado a lo anterior en los cuartos de hospital al incorporarse el paciente, lo hace con cierta incertidumbre y extrañeza a las actividades diarias, surgiendo el Agotamiento como respuesta a una situación concreta donde confluyen varios elementos ambientales cuyo impacto al ser percibidos de cierta magnitud e intensidad como negativos o adversos para el mismo generan un estado de estrés en los pacientes.

En suma los pacientes también son vulnerables al tiempo de hospitalización. Los estresores hospitalarios pueden promover o amenazar la salud y los recursos fisiológicos y psicológicos por lo que pueden con frecuencia perjudicar la habilidad de proveer salud. Los estresores pueden ser implacables, sutiles y tener un efecto indirecto en los pacientes, aunado al estado ya alterado de los pacientes por su propia enfermedad (Shumaker y Pequegnat, 1989).

Weber (1996; en Rubin y Owens, 1998) mencionan que se ha puesto a prueba la premisa de la influencia de los aspectos de los entornos de atención médica y sus efectos en los resultados terapéuticos. Por otro lado la revisión de más de 78,761

títulos potencialmente relevantes a partir de bases de datos médicos, el equipo de investigación identificó sólo 1,219 artículos que aparecieron para describir las investigaciones sobre el impacto de los factores ambientales en la salud, así como una amplia gama de diversos aspectos del medio físico fueron abordados, incluyendo temas tales como el tamaño de la habitación, sala de privacidad, capacidad de control del medio ambiente por parte del paciente, la música, la iluminación, el tipo de vista de la ventana, la humedad, y temperatura, entre otros.

7.2 Densidad social

Respecto a la variable densidad social está definida por la cantidad de personas presentes en el cuarto y se relaciona positivamente con el Agotamiento, esto se ve reflejado en la percepción de los pacientes ya que durante su estancia en el cuarto entre más personas se sienten menos animados, insatisfechos y poco vigorosos.

Así mismo el hecho de haya una mayor cantidad de personas presentes en el cuarto correlacionó bajo positivo con Estrés y demuestra que durante su estancia en el cuarto perciben que se han sentido tensos, indiferentes, incómodos, cansados, inquietos y enojados (en el presente estudio la media fue de tres por habitación).

Por lo que se aprecia una influencia directa de la variable densidad social sobre la generación de estrés y agotamiento en los pacientes hospitalizados; lo anterior va de acuerdo con lo reportado por Evans y Cohen (1987) en el sentido de que el estrés se genera cuando hay un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos del individuo que se encuentra vulnerable por la misma enfermedad, los autores reconocen que es un proceso dinámico que depende en gran medida de los distintos recursos de afrontamiento que se ponen en marcha para ajustarse al medio.

Es interesante notar la influencia que mencionan algunos autores (Moos y Schaefer, 1986, Shumaker y Reizenstein, 1982; Sommer y Dewar, 1963, Taylor, 1979, Winkel y Holahan, 1985 en Shumaker y Pequegnat, 1989; Evans, 2003; Evans y Stecker, 1994) Evans y Michell, 1998; Proshansky, et al. 1978, Proshansky y Altman, 1979; Ulrich, 1984; Ulrich et al. 2004, Zimring, 1981 y 1984) del papel del diseño ambiental y los efectos sobre los individuos, así como los niveles de la interacción social y la orientación espacial. Recordemos que Zimring (1981) afirma que la estructura y el diseño del ambiente generan estrés.

Stokols (1972; en Evans y Cohen, 1987) señala que se ha definido a la densidad, como una medida física que hace referencia del número de personas por unidad de espacio (ej. un cuarto, un acre o una milla cuadrada).

Por lo anterior y de acuerdo con Ortega, et al. (2010) las oportunidades que brinda el ambiente físico en cuartos de hospitalización y el control selectivo del acceso a uno mismo o al grupo que uno pertenece, denominado privacidad, hace referencia al control selectivo de interacción social y de la información ofrecida a otros.

Controlar la interacción tanto al nivel como lo denominan de “entradas y de salidas” en un sentido bilateral. Por lo que la capacidad para controlar o regular los contactos o interacciones en un contexto socioambiental así como las interacciones depende de las necesidades individuales y grupales en determinado momento y situación determinados. Altman (1975; en Ortega et al. 2010) menciona que las personas emplean múltiples mecanismos psicoambientales para obtener un equilibrio aceptable y efectivo entre la privacidad deseada y la obtenida.

Muy poca privacidad es insatisfactoria y crea desequilibrios que pueden tener consecuencias serias en nuestro bienestar total (Pedersen, 1997; en Ortega, et al. 2010).

Los resultados coinciden en buena medida con los obtenidos por Ortega et al. (2010) y el modelo teórico de Altman (1975; en Ortega, 2010) donde se confirma de acuerdo a estudios previos y lo reportado por Ulrich et al. (2008; en Ortega, et al. 2010) que a mayor número de pacientes en los cuartos de hospitalización (densidad social) peor es la percepción de la valoración de la infraestructura ambiental (facilidad ambiental).

Lo cual ejerce cierta influencia en los pacientes tanto en el estado de ánimo y en la valoración del impacto ambiental, información semejante y ya reportada en la literatura por Stewart-Pollak y Menconi (2005; en Ortega et al. 2010) quienes señalan que cuando aumenta la densidad y las distancias interpersonales, por lo general disminuyen los espacios personales y los territorios se vuelven más pequeños, o incluso algunos pierden ese espacio y los resultados son a menudo un sentimiento de pérdida de control y privacidad por lo que sufren los efectos del hacinamiento y del estrés con sus implicaciones sobre la salud física y psicológica (Ortega y Aguilar, 2003; en Ortega, et al. 2010).

Considerando lo expuesto por Zimring (1981y 1984) acerca del estrés como resultado de una interacción dinámica de personas en el ambiente, coincidimos en que el estrés viene a producir una inadaptación o desajuste entre las necesidades individuales y los atributos del ambiente. Plantea que dicha severidad a la larga produce consecuencias para la persona, pudiendo llegar a ser aguda y/o crónica, analizó la naturaleza de las estrategias disponibles para afrontar el estrés y resolverlo.

Este autor menciona que la regulación es afectada por las características propias de la persona y el diseño del ambiente (considerando la situación, necesidades del individuo-cognitivas, sociales (separación, intimidad, información y desempeño de tareas). Los resultados obtenidos acerca del estrés y agotamiento tuvieron incidencia sobre los pacientes hospitalizados, como es el caso del estrés investigado y relacionado con la densidad social.

7.3 Estilos de Afrontamiento

Moos y Schaefer (1986) y Begoña, et al., (2008) refieren que en el curso de la enfermedad o lesión la persona realiza una evaluación cognoscitiva y las acciones adaptativas que realiza y la efectividad de los diversos estilos de afrontamiento dependen de tres factores a considerar: aspectos demográficos y personales, características propias de la enfermedad y factores sociales y del ambiente a los que se encuentra expuesto el usuario. Por lo que estos autores señalan que los estilos de afrontamiento, se efectúan en función de las acciones que realiza el mismo paciente para lidiar con su enfermedad que está afrontando.

En la presente investigación se identificaron los estilos que usaban los pacientes para afrontar los problemas de acuerdo a una evaluación previa, y cómo este estilo que emplean se modifica de acuerdo a las demandas o ajustes del ambiente, lo cual requiere una evaluación de la situación y de una serie de esfuerzos para manejarlos, por lo que se esperaría que los estilos de afrontamiento positivos tiendan a mejorar o disminuir la situación que valora como estresante o amenazante y le permita comprender la amenaza de la situación estresante.

Por lo tanto al presentárseles estímulos o situaciones estresantes, los pacientes hospitalizados pueden evaluarlos como potencialmente amenazantes para su bienestar físico y psicológico y recurren a acciones encaminadas a afrontarlas para reducir o evitar sus efectos. En un principio se empleó la aproximación de Lazarus y Folkman sobre el afrontamiento como proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, donde esta relación es evaluada como estresante al igual que las emociones que ello genera (Lazarus y Folkman, 1991).

Se encontró que la relación fue baja positiva entre el estilo de afrontamiento denominado Resolución de problemas, el cual se expresa cuando los pacientes

evalúan que no pueden hacer algo para cambiar la situación y realizan pocos intentos conductuales para llevar a cabo una acción concreta y tratar directamente con el problema o estresor en este caso por lo tanto también evalúan el Impacto y Valoración Ambiental del ambiente físico como desagradable es decir con olores, ruido y calor del cuarto que influye en su estado de ánimo y de salud.

Con relación al estilo de afrontamiento de Resolución de problemas se encontró que correlacionó bajo negativo donde la evaluación de aspectos socioambientales como Confianza y seguridad en el servicio médico se incrementó y se ve reflejado en la percepción de médicos preparados y confianza en el servicio, por lo que disminuyen los intentos conductuales de realizar una acción concreta y tratan directamente con el problema o estresor.

Estos resultados apuntan a manejar o regular el estrés de lo contrario surgen emociones inadecuadas e ineficaces tal como se observa en otros estudios (Lazarus, 1993; en Ornelas, et al. 2013) y por lo tanto las emociones resultantes alteran el bienestar emocional.

Por otro lado los hallazgos llaman la atención ya que en el estilo de Afrontamiento particularmente las respuestas de los pacientes muestran una tendencia baja positiva hacia la Activación es decir sentirse más animados, satisfechos y vigorosos. Por otro lado si se emplea el estilo de afrontamiento de Resolución de problemas tratan directamente con el problema o estresor. En ese sentido y de manera específica el estilo Resolución de problemas correlacionó moderadamente positivo con Reestructuración cognitiva por lo que las respuestas cognitivas que emplean los pacientes para afrontar el estrés, es a través de resolverlos con acciones concretas y estas estrategias están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones y la consideración de alternativas basándose en su costo-beneficio, elección y aplicación.

Se encontró que Confort y seguridad y los estilos de afrontamiento de Resolución de problemas y Apoyo social correlacionó bajo negativo por lo que el estilo de afrontamiento como las respuestas cognitivas que emplean los pacientes para afrontar el estrés y resolver problemas, así como apoyarse socialmente disminuye en gran medida si el paciente encuentra lugares donde puede estar a solas y a gusto con sus visitas, además de que durante su internamiento sus visitantes son tratados de manera importante, por lo que sería importante planear y diseñar intervenciones psicológicas para este tipo de población que promueva estrategias que contribuyan a disminuir significativamente el malestar psicológico generado por los estresores y se modifiquen aquellos que obstaculicen la adaptación a la situación estresante como lo señalan Ortega et al. (2005) y Ornelas et al. (2013).

En el caso de Resolución de problemas correlacionó moderadamente positivo con Evitación de problemas por lo que los pacientes que evaluaron situaciones mediante intentos cognitivos de evitar pensar en el problema en forma realista para reemplazar las pérdidas involucradas en ciertas transiciones y crisis por otras actividades y crear nuevos recursos de satisfacción personal.

Los resultados indican la importancia que se le da al ambiente para su salud, en particular la combinación de propiedades del ambiente, Locus de control y estilo de afrontamiento explican las diferencias en los niveles de ajuste entre los pacientes. En el presente estudio los estilos que predominaron son la evitación y la expresión emocional y ambos estilos se consideran pasivos.

Silva y Agudelo (2011) refieren que aumentan el riesgo los estilos de afrontamiento particularmente los pasivos ante ciertas condiciones, por la relación dependiente de la forma como evalúa cognitivamente la persona, además de las creencias frente a sí mismo, el mundo y los otros.

Estos datos son concordantes con estas autoras ya que mencionan que los estilos de afrontamiento cambian de manera continua y se desarrollan para controlar las demandas externas e internas de la persona para adaptarse, con ellas se busca reducir el estrés y sus efectos negativos sobre el estado de salud. El estilo de afrontamiento activo está relacionado con una mejor salud, a pesar de la reacción del cuerpo de reactividad fisiológica que genera el cuerpo ya que permite regresar a su estado basal (y por lo tanto menos expuesto a las catecolaminas) comparado con el estilo pasivo.

Acerca de estas diferencias la literatura indica (Tobón, et al. 2004) que los estilos de afrontamiento que más se aproximan para reducir el estrés son los que se dirigen al problema, con el propósito de eliminar o reducir las fuentes que lo generan; por lo que se reducen los estados emocionales negativos y a la activación fisiológica y cuando las estrategias empleadas no logran atenuar el proceso del estrés, existe un alta probabilidad de que se generen mayores alteraciones en la salud.

Los hallazgos también reflejan como mencionan Carver et al. (1989; en Ornelas, et al. 2013) y Begoña, et al., (2008) que el afrontamiento activo al que se dirige el problema, considerando que las dimensiones de planeación, eliminación de actividades que compiten con el estresor, además de demorar el afrontamiento y búsqueda de apoyo social (como son asesoría, apoyo, o información) son parte de este estilo de afrontamiento.

Los estresores movilizan el Apoyo social que perciben los pacientes como son: el que cuenta con amigos con los que puede platicar sus problemas personales, con los que mantiene contacto cercano, cuenta con amigos cercanos y con personas cercanas con las que puedo contar con su ayuda, en caso de que lo necesite; parece implícita la aceptación de la enfermedad, así mismo está relacionado positiva y moderadamente con Resolución de problemas (Ornelas et, al. 2013).

La naturaleza del Apoyo social está relacionado moderada y positivamente con Resolución de problemas, se aprecia que los pacientes emplean una serie de habilidades que tienen como propósito buscar información, apoyo y orientación acerca de la crisis y prever cursos de acción y sus posibles resultados. Este estilo de afrontamiento suele emplearse en combinación con Análisis lógico para restablecer la percepción de control sobre la situación y así prepararse para resolver el problema.

Respecto al Apoyo social se obtuvo una correlación negativa con Expresión emocional, por lo que los pacientes emplean una serie de habilidades que tienen como finalidad emplear emociones que reduzcan la tensión mediante expresión de sentimientos negativos, como son enojo, desesperación, llanto, etc.

En ese sentido se corrobora que el contexto social está involucrado en las demandas psicosociales, en respuestas de estrés, de afrontamiento y la condición de salud (Moos y Schaefer, 1986; Tobón, et al. 2004). Cabe mencionar que De Longis, Folkman y Lazarus (1998; en Tobón, et al. 2004) identificaron que en respuesta a las situaciones estresantes las personas con bajo apoyo social se tornan más vulnerables o propensas a enfermar y a experimentar más perturbaciones emocionales, que aquellos que tienen un alto nivel de apoyo social.

Se confirma que existe influencia de apoyo social sobre la salud y bienestar. Además de que en estudios centrados en la interacción entre acontecimientos vitales y apoyo social han llegado a la conclusión que el apoyo social influye como un efecto protector, únicamente en presencia de una situación adversa o acontecimiento vital estresante, en este caso como lo es la hospitalización (Lemos y Fernández, 1990).

Estos autores mencionan que la red social puede ser el primer paso para conseguir el apoyo social y se evalúa como el grado de integración de la persona a una red social extensa, usando variados índices de la estructura del soporte, así mismo señalan que la existencia de una correlación positiva entre bajos niveles de

apoyo social y morbilidad física o psíquica, la cual no debe ser empleada como evidencia de causalidad.

7.4 Locus de Control

El Locus de control evaluado y los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Ortega y Reyes (2008) donde evaluaron pacientes hospitalizadas con cáncer. Este último aspecto creemos, es prometedor porque los pacientes mantendrían niveles relativamente aceptables de salud física y psicológica si emplearán un estilo de locus de control de tipo interno.

Recordemos que las creencias sobre el estado de salud en pacientes al ser de locus de control interno manifiestan la certidumbre que tienen sobre el pronóstico de su propia enfermedad, es decir al creer que tienen el control sobre las condiciones externas y sobre la evolución de su enfermedad.

En cuanto a Funcionalidad y Condiciones ambientales deseables y Locus de control interno, se encontró una asociación negativa baja es decir los aspectos socioambientales del cuarto como los colores, la ventilación, la decoración, el espacio, las camas, la accesibilidad a los baños y la limpieza del cuarto no dependen del paciente, lo cual denota que no se debe a su esfuerzo las condiciones ambientales deseables en que se encuentra el hospital.

Por otra parte se pudo evidenciar una asociación baja negativa entre Locus de Control Interno y aspectos como Confort y seguridad por lo que existen las condiciones en el hospital donde el paciente pueda estar con sus visitas y a gusto, además de que sean tratados de manera importante, así como que los pacientes se sientan tomados en cuenta, no depende de él ni de los esfuerzos que haga para modificar esta situación.

Cabe mencionar que los aspectos relacionados con Locus de control interno y el estilo de afrontamiento de Resolución de problemas correlacionaron moderadamente positivos por lo que se aprecia que en la medida que los pacientes incrementan sus creencias de tener control sobre la situación estresante es a través de ir resolviendo sus problemas.

En los estudios llevados a cabo por Ortega y Reyes (2008), encontraron en mujeres con cáncer creencias polarizadas, como son la falta de confianza en ellas mismas para poder afrontar la enfermedad (locus externo) pero con un mayor creencia en los otros poderosos para poder ayudarlas, considerando entre ellos a los médicos.

Respecto al Locus de Control Externo se encontró que correlacionó con Orientación de forma baja positiva por lo que los pacientes con creencias de que existen factores externos o circunstancias externas que controlan la situación ante situaciones de emergencia, más fácilmente localizan las rutas de evacuación señaladas e identifican fácilmente los letreros.

A su vez se mostró correlación moderadamente alta entre Locus de Control Externo y el estilo de Resolución de problemas por lo que se aprecia que los pacientes no intentan conductualmente realizar una acción concreta para tratar con un problema o estresor ya que no dependen directamente de él sino de personas o situaciones ajenas a él, en este caso el personal de enfermería, médico o administrativo de la institución hospitalaria.

El Locus de Control Externo correlacionó moderadamente alto positivo con el estilo de afrontamiento Reestructuración cognitiva, por lo que se aprecia que los pacientes emplean con mayor frecuencia el estilo cognitivo de fragmentar el problema en pequeñas partes para poder manejarlo, considerando que para enfrentarse al

estresor lo hacen a través del destino, su familia, la casualidad y las mismas coincidencias que así lo han querido y no radica en ellos este control.

Ahora bien los resultados obtenidos identificaron que la mayor parte de los pacientes son de tipo de Control Externo y la relación entre los pacientes que emplean este tipo de creencias perciben que lo les sucede es debido a circunstancias y/o situaciones o cosas externas y correlacionaron con el empleo de un estilo de afrontamiento de Expresión emocional. Por lo que pueden dirigirse a incrementar estados emocionales negativos y la activación fisiológica, por lo que cuando las estrategias empleadas no logran atenuar el proceso del estrés, existe una alta probabilidad de que se generen alteraciones a la salud.

Por otro lado estos hallazgos reflejan que los pacientes que perciben que las creencias influyen en su estado de salud incluyen factores socioambientales, y de afrontamiento, por lo tanto esto se ve reflejado en su estado de salud y enfermedad, es decir creen que no tienen el control sobre la evolución de su enfermedad y se lo atribuyen al todopoderoso, el universo, la suerte o del destino.

Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan en que si se emplean estrategias inadecuadas de afrontamiento al estrés y se mantienen en el tiempo sin resolverse, inciden en el origen o exacerbación de los padecimientos, por lo que también concuerdan con los estudios de Lee (2000, en Tobón, et al. 2004) el cual refiere que se investigaron estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con dispepsia funcional y lo compararon con un grupo de personas sanas. Identificando que los pacientes con dispepsia funcional tienden a emplear un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema.

Se pudo observar como la percepción de los pacientes hospitalizados denota que sus creencias son la falta de eficacia o habilidades de autocuidado para poder afrontar la enfermedad (Locus de Control Interno) por sí mismos, aunado a una mayor

creencia o responsabilidad sobre los otros como serían los médicos y las enfermeras, el universo, el todopoderoso para apoyarlos.

Los resultados indican que un mayor Locus interno está asociado a mejores niveles de predicción de salud, en diversas dimensiones. En el Locus de control interno se observa que aquellas personas que crean que su salud depende de ellas mismas tendrán mejor salud. Este tipo de locus facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud (Ortega et al, 2005; Wallston; 1992; en Fernández y Edo ,1994).

Se aprecia que “las creencias sobre el estado de salud en las personas que tienen el control y sobre la evolución de su enfermedad se atribuyen a la suerte o el destino” (Ortega y Reyes; 2008 p. 122).

El modelo final que surgió de esta investigación sobre la generación de estrés y las predictoras Agotamiento y Locus de control interno refleja la influencia del Agotamiento en el estrés hospitalario y la importancia como se dijo anteriormente de creer que se tiene control sobre las condiciones ambientales para una mejoría o eficacia terapéutica.

7.5 De las diferencias entre las variables

Los resultados obtenidos señalan las diferencias significativas y la variable cuando sus hijos lo visitan y la Confianza y seguridad en el servicio médico lo que denota que los pacientes que sus hijos los visitan consideran que se incrementa la percepción en la Confianza y seguridad en el servicio médico, lo que favorece su estado de salud, ánimo y su nivel general de salud, por lo tanto prestan más atención a la amabilidad, trato, capacidad del servicio médico, así como la confianza que proporciona la institución y la seguridad de sus instalaciones. Recordemos que

regularmente acompañan al paciente hospitalizado el 95%, que solo un 2% nadie lo acompaña, otros un 2% y por último un 1% una amistad.

También se identificaron diferencias significativas en la percepción de Evaluación de condiciones ambientales: Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, Confianza y seguridad en el servicio médico, Confort y seguridad y Activación con la valoración del nivel general de salud.

Finalmente se estableció la concordancia con los resultados obtenidos por Ortega et al (2005) al analizar la percepción de la funcionalidad en salas de espera de acuerdo al tipo de servicio médico al que asistían los pacientes. Así como con la Confianza y seguridad en el servicio médico, lo que nos indica un alto nivel de aceptabilidad del servicio.

Respecto a la Activación los resultados están acordes con Ortega et al (2005) ya que se emplea como una respuesta conductual para afrontar el estrés sentirse vigorosos, animados, llenos de energía y la evaluación promedio fue ligeramente positiva, lo que facilita ajustarse a nuevos estímulos.

Por su parte se pudo apreciar que en el nivel general de salud y el confort y seguridad existen diferencias significativas. Por lo que si hay lugares en el hospital donde se pueda estar a solas y a gusto con sus visitas incrementará significativamente la percepción del nivel general de salud.

Los resultados anteriores muestran estar acordes con lo expuesto por Kaminoff y Proshansky (1982) sobre las carencias de ajuste entre las propiedades del ambiente físico y las necesidades de ajuste de la persona que pudieran generarle estrés al crear circunstancias o demandas que excedan su capacidad de afrontamiento e impiden el logro de los objetivos, específicamente como reunirse simplemente con sus visitas.

7.5.1 Variables Atributivas

Respecto al objetivo de identificar si existían diferencias en la percepción de estrés en función de las variables atributivas: sexo, edad, escolaridad, estado civil y tipo de paciente, se identificó que si existen diferencias significativas en la percepción de estrés entre los distintos niveles de escolaridad.

Por otra parte la escolaridad representa un factor de riesgo sociocultural o predisponente que tiende a influir en el tipo como en la cantidad de recursos o estilos de afrontamiento que los pacientes utilizan para manejar el estrés. El nivel educativo es una variable asociada con el estrés, una mayor escolaridad implica un mejor manejo del estrés por tener mayores recursos cognitivos.

Los resultados concuerdan con lo expuesto por Steptoe y Wardle (2001; Encinas 2003; en Laborin, et al. 2008), los cuales llegaron a la conclusión de que a menor nivel de preparación académica, el control tiende a ser externo, y a mayor preparación académica, el control tiende a ser externo, y a mayor nivel de preparación, el control es interno.

Por último y dadas las características de la muestra estudiada , los datos muestran que en lo concerniente al nivel educativo el 39% de los encuestados reportó tener escolaridad de bachillerato, el 23% dijo tener primaria y los restantes mencionaron: 22% secundaria, el 10% licenciatura, el 5% sin estudios y sólo el .08% maestría, se puede decir que los niveles de estrés son mayores en los niveles de escolaridad básicos, los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de estrés entre los distintos niveles de escolaridad, los pacientes sin estudios son quienes reportan mayor estrés, seguidos de nivel superior, medio superior y básico.

Por otro lado recordemos que actualmente se consideran los estilos de Afrontamiento como un aspecto muy relevante para el funcionamiento personal. Un bajo nivel de escolaridad indica que el tipo de afrontamiento a emplear sea más de tipo pasivo o centrado en la emoción por lo que el estilo que emplean las personas implica tanto un esfuerzo cognitivo, emocional como una acción, puestas en marcha para manejar esa demanda. Este tipo de afrontamiento está más relacionado con la presencia de trastornos emocionales, deterioro funcional y pérdida del control (Contreras et al., 2000 en Silva y Agudelo, 2011). Lo cual podría generar mayor vulnerabilidad y peor pronóstico de la enfermedad.

Con referencia a los resultados obtenidos difieren con lo expuesto por Ortega et al. (2010) en su modelo de privacidad en pacientes con cáncer donde señalan que los pacientes con mayor escolaridad son más críticos de su ambiente, estando esto de acuerdo con lo reportado en Ortega y Estrada (2004; en Ortega et al. 2010) quienes identificaron la percepción en salas de espera y la satisfacción ambiental, donde encontraron que los adultos jóvenes contaban con mayor escolaridad que los adultos mayores y evaluaban peor las instalaciones lo que permite comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida, cómo controlan las demandas externas e internas del individuo, y si el paciente posee o no los recursos necesarios para su adaptación, por lo que buscan reducir la reacción del estrés y sus efectos negativos sobre su salud.

Ahora bien el análisis reveló que juegan un papel muy importante en la percepción de los pacientes, las variables imagen institucional, particularmente la confianza y seguridad y nivel general de salud en los pacientes ya que identificaron diferencias significativas. Estos datos son relevantes en los modelos de salud por la presencia de factores de riesgo como factores predisponentes frente a lo que Silva y Agudelo (2011) mencionan como la adopción de prácticas saludables, siendo factores a considerar para la réplica de más investigaciones con otras muestras para ampliar mayores datos en esta línea de investigación. En ese sentido se destaca la

importancia de incluir en estudios a futuro la Imagen institucional y los aspectos relativos a la Confianza y Seguridad y percepción del Nivel general de los pacientes. Se enmarcan aspectos como valoración del Servicio médico en términos de capacidad, amabilidad y bondad, así como la confianza que brinda la institución y la seguridad de sus instalaciones.

7.5.2 De la agrupación entre variables

Se empleó en primer lugar el escalamiento multidimensional y posteriormente el análisis de cúmulos, el cual fortalece el desarrollo teórico al identificar las relaciones entre la variable dependiente y las variables predictoras o constructos desde una perspectiva teórica.

Esta tarea se logró asignando las observaciones a posiciones específicas en un espacio conceptual (de dos dimensiones) de manera que las distancias entre los puntos en el espacio concuerdan al máximo con las diferencias obtenidas. Las dimensiones de este espacio conceptual son interpretables y se pueden utilizar para comprender mejor los datos. Como a continuación se indica:

Las variables predictoras se midieron objetivamente y se utilizaron en el escalamiento multidimensional como una técnica de reducción de datos (es decir que el procedimiento permitió calcular las distancias a partir de los datos multivariados). Además, se identificaron las dimensiones que describen las preferencias de los pacientes definidas en un espacio de dos dimensiones, los resultados del método jerárquico se muestran en el diagrama bidimensional (dendrograma) con el método de la varianza mínima de Ward, con este método se aseguró la distancia entre los elementos que están más cercanos o lejanos y son capaces de explicar las similitudes de las que informan los pacientes.

Los cuatro cúmulos hallados pueden apreciar las relaciones o asociaciones más importantes, cabe destacar las siguientes, en primer lugar se emplearon algunos referentes teóricos que permitieron la conformación y agrupación:

1. La confianza y seguridad en el servicio médico, la calidad de la atención del personal de enfermería inciden ligeramente sobre el estrés en la orientación del paciente. Por lo que las recomendaciones van encaminadas a una mejor señalización, muy clara y visible, lo que redundaría en la mejora continua de los elementos del ambiente para que operen de manera eficiente para su eficaz funcionamiento.

2. Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, confort y seguridad, activación.

Lo anterior es producto de una clara valoración positiva de la funcionalidad y percepción de condiciones ambientales deseables, confort y seguridad en tanto se ofrece un ambiente que facilita y promueve la recuperación de la salud de los pacientes ya que durante su estancia en el cuarto se han sentido animados, satisfechos y vigorosos.

3. Impacto y valoración ambiental (condiciones ambientales negativas) evitación, estrés y agotamiento.

En suma este estudio demostró la relevancia que refleja el ambiente físico en la evaluación de los efectos del diseño hospitalario sobre el estilo de afrontamiento, la generación de estrés, la evitación y el agotamiento de los pacientes ya que durante su estancia se sienten preocupados, adormilados y en estado de alerta. Tales consideraciones son muy importantes con el objeto de ofrecer las mejores condiciones físicas y mejorar las condiciones ambientales.

4. Locus de control interno y externo, expresión emocional.

Los resultados mostraron que existe una relación entre las variables socio-ambientales, físicas y atributivas en la evaluación de la generación del estrés, considerando los aspectos de personalidad (locus de control y estilo de afrontamiento) en los pacientes de un hospital general regional.

Para la elaboración de un modelo de estrés ambiental hospitalario, se realizó el análisis de relaciones entre las variables, posteriormente con el análisis de regresión y se conformó el modelo para contrastarlo con los resultados.

El modelo de regresión lineal mostro cómo se generó el estrés a partir del desequilibrio entre las demandas propias del ambiente hospitalario y los recursos del paciente para afrontarlo, particularmente el Agotamiento y el Locus de control interno, así como los estilos de afrontamiento más pasivos como son Evitación y Expresión emocional.

De los cuales sólo el modelo final quedó integrado por dos de los modelos válidos y la constante de Agotamiento con Locus de control interno. Lo anteriormente descrito concuerda con la perspectiva teórica "Ajuste-ambiente-persona" de Kaminoff y Proshansky (1982).

Se resalta la supremacía del diseño de los ambientes hospitalarios sobre los aspectos propiamente médicos que han realizado investigaciones que confirman los efectos terapéuticos que tiene el ambiente físico en el proceso de estancia y recuperación de los pacientes (Ulrich et al. 2004).

Con el modelo de regresión se estimaron las relaciones entre las variables del modelo de acuerdo a la teoría. Al respecto se retomó lo planteado por Ortega (1992 et al., 2005) quien destacó el papel del ambiente físico, principalmente en la prevención y reducción de la problemática psicosocial de los pacientes en escenarios para la salud.

En ese sentido los resultados del análisis arrojaron un modelo estadísticamente significativo con dos predictores principales como son Agotamiento y Locus de control interno ($R = .581^*$).

El modelo de regresión lineal mostró cómo se generó el estrés a partir del desequilibrio entre las demandas propias del ambiente hospitalario y los recursos del paciente para afrontarlo, particularmente el Agotamiento y el Locus de control interno.

Las variables predictoras que se incluyeron en los cinco modelos de regresión teniendo como V.D. el estrés y los trece factores. De los cuales sólo el modelo final quedó integrado por dos de los aspectos válidos y la constante de Agotamiento con Locus de control interno. Lo anteriormente descrito concuerda con la perspectiva teórica "Ajuste-ambiente-persona" de Kaminoff y Proshansky (1982).

En ese sentido se enfatiza nuevamente la supremacía del diseño de los ambientes hospitalarios sobre los aspectos propiamente médicos que han realizado investigaciones que confirman los efectos terapéuticos que tiene el ambiente físico en el proceso de estancia y recuperación de los pacientes (Ulrich et al. 2004).

De acuerdo a la literatura revisada el diseño ambiental, el hospital y particularmente los cuartos se conciben como sistemas psicosociales donde los elementos interactúan complejamente y guían la estructura social, las metas y necesidades de los usuarios. Específicamente Zimring (1981, 1984) refiere el arreglo del espacio, diseño de los sistemas de circulación y planeación del lugar, plantea que el estrés es resultado de una interacción dinámica de personas en el ambiente y viene a producir una inadaptación o desajuste entre las necesidades individuales y los atributos del ambiente. Plantea que dicha severidad a la larga produce consecuencias para el individuo, pudiendo ser aguda y crónica, analizó la naturaleza de esas estrategias disponibles para afrontar el estrés y resolverlo.

Se destacan los aspectos que van desde la incomodidad por aspectos negativos como los ya señalados, aunados a los aspectos sociales de interacción médico- paciente como saber más acerca de su padecimiento por la información que les brinda el médico ya que les genera más tensión y la falta de apoyo por parte de su familia, son aspectos que predicen un mayor grado de estrés en los pacientes, si le agregamos las características propias de su personalidad como son afrontamiento donde la creencia de que no pueden hacer nada para cambiar las cosas y las aceptarlas como vienen, así como reestructurar cognitivamente, posibilitando elegir entre diversas opciones aquella que mejor permita afrontar la situación y locus de control y la enfermedad misma.

Un factor relevante considerado en el análisis de cúmulos fue identificar cuánto control tienen los pacientes sobre la situación ambiental, es decir el grado en que creen que su vida se encuentra bajo su propio control o bajo el control de otros, los efectos negativos generados por el estrés hospitalario serán evaluados por el paciente dependiendo del grado de control que tenga sobre las condiciones ambientales existentes y específicamente sobre la fuente que lo genera, por lo que podrá adaptarse o ajustarse y reducir el estrés significativamente o ejercer control sobre él.

Esto coincide con lo expuesto por Lazarus y Folkman (1991) ya que hicieron referencia a las creencias que afectan la evaluación cognitiva de las personas, por lo cual surge la hipótesis de que los individuos confían en su poder de dominio sobre el entorno o por el contrario temen ser dañados en un mundo concebido como hostil y peligroso, por lo que las evaluaciones del contexto se evalúan como amenazadoras o desafiantes (Baum y Singer, 1981; Carpman y Grant, 2002; Evans y Cohen, 1987, 1998; Evans, 2003; Evans y Stecker, 2004; Reizenstein et al.,1986; Shumaker y Pequegnat, 1989). Lo anterior también está acorde con lo expuesto por Rotter (en Lazarus y Folkman, 1991; en De la Rosa, 1986; Evans y Cohen, 1987) donde señala

que las creencias generales sobre el control, que incluye el grado en el que el individuo asume que puede controlar los eventos y/o acontecimientos importantes.

Díaz Loving menciona que Rotter (2002; en Kimble et al. 2002) en rigor y desde la perspectiva teórica original, la dimensión Locus de control social-afectivo podría clasificarse como control externo, pues la definición de Rotter describe a personas poderosas que controlan el destino del individuo como parte del control externo.

Por otro lado Díaz Loving (2002; en Kimble et al. 2002) señala que desde una perspectiva cultural socio céntrica es aceptable manipular el ambiente mediante otros que pueden realizar la modificación directa (el personal médico o de enfermería o en este caso su pareja). Por lo tanto De la Rosa, Díaz Loving y Andrade Palos (1986; en Díaz Loving, 2002; en Kimble et al. 2002) mencionan que controlar a otros equivale a controlar nuestro destino; o sea un control interno, dicha característica menciona no es consecuencia del desarrollo humano, sino que es un rasgo estable de cultura. El control interno afiliativo exige un estilo de enfrentamiento compatible con la obediencia afiliativa y con un estilo automodificador de enfrentamiento de la filosofía mexicana de la vida y de sus principios socioculturales (Díaz Guerrero, 1994, Díaz Loving, 2002; en Kimble et al. 2002).

Mientras que estos autores apoyan la idea de que la calidad del ambiente determina la satisfacción del usuario con el entorno, otros sostienen que un factor determinante es incrementar la participación en las primeras etapas del diseño y planificación. Lo importante es que perciban que se les está tomando en cuenta y que tienen un cierto grado de control sobre su entorno para reducir el estrés hospitalario. Ya que en un hospital, los pacientes como grupo de usuarios, pueden ser más vulnerable que otros por el proceso mismo de la enfermedad (Evans y Cohen, 1987; Cohen, 1997; Evans y Mitchell, 1998; Ortega, et al. 2005; Ortega y Reyes, 2008; Proshansky, et al.1978; Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich et al. 2004; Vázquez, 1991).

El ambiente puede generar diversos impactos en los usuarios y convertirse en una fuente de estrés para grupos vulnerables. Por lo que puede interferir innecesariamente con la recuperación del paciente y tener un impacto en las actividades de otros grupos de usuarios (Baum et al, 1981; Cohen, et al. 2009; Evans y Cohen, 1987; Cohen, 1997; Evans y Mitchell, 1998; Ortega, et al. 2005; Ortega y Reyes, 2008; Silva y Agudelo 2011; Shumaker y Pequegnat, 1989).

El control es un punto crítico en centros terapéuticos, los pacientes deben tener cierto grado de control. Esto realza sus percepciones y comportamientos efectivos. Estas observaciones se reflejan en los resultados obtenidos en este estudio y en estudios previos (Ortega y Urbina, 1988; Ortega, et al. 2005, Ortega y Reyes, 2008).

Los resultados abren una oportunidad para futuras investigaciones en las que se habrá de confirmar para un grupo mayoritario de la muestra ya que hay una preocupación generalizada para obtener más información sobre cómo comportarse en situaciones estresante y que soluciones hay que seguir.

Debido a la condición de personas con enfermedad, es importante hacer hincapié en el hecho de que los pacientes que se sienten estresados y están recibiendo la atención del personal de enfermería, una gran ayuda psicológica sería la de proporcionar información detallada sobre el uso de la instalación hospitalaria, la ubicación de la habitación, las salidas de emergencia, rutas de escape, etc. En otras palabras, los pacientes necesitan saber lo que debe hacer en las primeras etapas para hacer frente a las emergencias, en caso necesario, lo que concuerda con lo expuesto por Ortega, et al. (2005).

En la actualidad se está tomando más conciencia de la influencia de la valoración tanto positiva como negativa del ambiente como factor de riesgo para la salud o para mejorar en general la salud, adaptarse más fácilmente a la enfermedad

además de mejorar sus estados afectivos mientras permanece el paciente hospitalizado y se están enfatizando los factores físicos y socioambientales, así como sus efectos en general en la mejoría de salud de los pacientes. Esto está cambiando porque los usuarios al tener más conciencia e información sobre sus necesidades, ejercen sus derechos. En el hospital son diversas las personalidades de los pacientes y por lo tanto los estilos de afrontamiento y locus de control destinadas a posibilitar la mejor praxis médica.

Recordemos que la enfermedad genera un efecto disruptivo en la familia por lo cual se establecen ajustes o cambios al interior de la misma en cuanto a su funcionamiento, adaptación y reacomodamiento de roles y funciones, en un intento de lograr adaptarse a la situación. Al mismo tiempo se pueden alterar las metas del grupo o individuales, cambios en los roles, modelos de comunicación, el estilo de vida familiar para adaptarse a la situación. Por otro lado no debemos de dejar de considerar que dependiendo del tipo de enfermedad es el impacto o cronicidad de las mismas lo que implica un mayor agotamiento y desgaste físico y emocional tanto en los pacientes como en los cuidadores.

De ahí la importancia de que tanto el grupo familiar, como los acompañantes del paciente o cuidadores puedan funcionar como soporte o apoyo social sobre todo de pacientes complicados o graves y en ocasiones por un tiempo prolongado, siendo necesario un espacio físico agradable con condiciones deseables y/o agradables para contenerlo por lo que cuando una persona aprecia que cuenta con el apoyo de otros, el efecto perjudicial del estrés sobre la salud es menor que cuando no se percibe dicho apoyo. Por lo que se enfatiza el papel del efecto del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de las personas, como lo ya expuesto por diversos estudios como los de Whethington y Kessler (1986; Roos y Cohen, 1987; en Acuña, 1998) que establecieron que en pacientes diagnosticados como deprimidos y ansiosos a causa de la ocurrencia de algún evento vital, la percepción del apoyo social disminuyó el impacto de tal evento.

Una de las variables más investigadas sobre la resistencia al estrés es el apoyo social, considerado uno de los recursos sociales de redes o apoyo social más utilizados. Esto se debe a que se ha identificado que la presencia de recursos sociales o relaciones sociales está asociada a la mejoría en la salud física y mental de las personas (Holahan y Moos, 1987, Heller y Swindle, 1983; Moos y Mitchell, 1982; en Aduna, 1998).

Los resultados obtenidos están acordes a lo investigado por Cassel, 1974 y Cobb, 1976 (en Tobón, et al., 2004) quienes señalan que el contexto social está involucrado en las demandas psicosociales, las respuestas de estrés, afrontamiento y la condición de salud. Por lo que esta dimensión de apoyo social, se vincula al estatus socioeconómico y tiene efectos amortiguadores del estrés, así como efectos directos sobre la salud.

Cabe mencionar que estos autores identificaron que en respuesta a las situaciones estresantes las personas con bajo apoyo social son más vulnerables a enfermar y a experimentar perturbaciones emocionales que los que tienen un alto nivel de apoyo social (DeLongis, Folkman y Lazarus, 1998; en Tobón, et al ,2004) y concluyen que las personas que experimentan altos niveles de estrés no suelen presentar consecuencias negativas para la salud cuando no han sido apoyadas. Al igual que las aportaciones al apoyo social que realizó Caplan (1974) el cual identificó los aspectos positivos que poseen los sistemas de apoyo sobre la salud y el bienestar de los individuos.

7.6 En relación a las aportaciones y limitaciones

El análisis que se expone a continuación enfatiza aportaciones y aplicaciones resultantes de la presente investigación así como las limitaciones.

7.6.1 Aportaciones

El desafío a futuro es considerar el estrés (activación y agotamiento) así como los estilos de afrontamiento y locus de control de los pacientes en diferentes escenarios, ya que estudios previos demuestran que el apoyo social ofrece ayuda emocional por lo que las interacciones sociales con el paciente de parte de su familia, amigos, conocidos, favorece ampliamente en términos de beneficios en el tratamiento y recuperación de los pacientes, al disminuir significativamente la tensión y por consiguiente el restablecimiento de la salud, o en su caso la contención de la enfermedad crónica o aguda.

Otro aspecto importante a investigar es el impacto de la variable estrés en pacientes hospitalizados con la consecuente pérdida del control aunado a las otras variables ambientales, ya que existe la posibilidad de que el contexto ofrezca y favorezca la regulación tanto del ambiente como de sus interacciones sociales, por lo que adquiere una mayor relevancia para la salud de los pacientes y su calidad de vida.

El presente estudio aportó agrupaciones claras conceptual y teóricamente. Estas cuatro agrupaciones se replicaron nuevamente con el análisis de cinco que se tendrían que considerar para evitar o disminuir el estrés. Se suma a las investigaciones realizadas en este campo de aplicación para contribuir a examinar otras variables que expliquen los efectos del estrés y la generalización del impacto del ambiente hospitalario en pacientes hospitalizados y contribuir a la estancia y recuperación de la salud del paciente.

Para el campo de la psicología ambiental el diseño de ambientes hospitalarios y su impacto en la salud, con el desarrollo de modelos favorece la evaluación integral al contar con mediciones de las percepciones de los pacientes como usuarios de los servicios, enfatizamos que con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, los

datos demográficos y epidemiológicos señalan que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud será mayor, incluso llegando a poner en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas, lo que implica que habrá una demanda mayor de servicios, especialmente asociada a mayor número de adultos mayores (la población crecerá de la población de 65 años al 6.2% del total del 2010 a 10.5% en 2030).

En cuanto al diseño empleado se desarrolló una estrategia metodológica que permitió una aproximación a la medición del impacto del estrés hospitalario y las variables socioambientales y físicas del hospital general regional, así como al autoreporte confiable y válido de los efectos psicológicos en los pacientes hospitalizados, sin ocasionar cambios en las actividades propias del personal médico y de enfermería y respetando las normas de no entrevistar pacientes infecto-contagiosos.

En México para cuando se llevó a cabo este estudio no existía uno semejante que estuviera reportado en la literatura, aunado a que es considerado un tema relevante porque brinda información sobre el impacto ambiental en contexto hospitalario y de salud de los pacientes, así como los estilos de afrontamiento y locus de control.

El sistema mexicano de salud actual impone desafíos respecto a la organización familiar, y cargas adicionales para los cuidados especialmente a las mujeres, quienes efectúan mayoritariamente este trabajo.

Por otro lado se considera que con su implementación apoya a las necesidades y derechos de los pacientes ya que de acuerdo a los resultados obtenidos los efectos de la tensión o estrés son importantes por las implicaciones en la salud de los pacientes y no son directos únicamente de las variables socioambientales y físicas

sino que existen los procesos individuales de tipo biopsicosocial (locus de control y afrontamiento) que están involucrados y que median la relación.

Cabe mencionar que los problemas que enfrenta actualmente el Sistema de Seguridad Social representan también un desafío para la psicología ambiental ya que se hace necesario implementar políticas para fortalecer las necesidades de los usuarios, de esta forma es importante implementar acciones de investigación como ésta, tendientes a hacer más eficiente su operación, previendo un entorno adecuado para el desarrollo de una calidad de vida digna y reducir la brecha entre enfermedad y salud de los pacientes.

Para futuras investigaciones se sugiere incorporar los siguientes aspectos:

1. Utilizar los instrumentos de evaluación en otros contextos hospitalarios con la finalidad de evaluar si conserva sus propiedades psicométricas y si la estructura factorial se mantiene.
2. Sería relevante identificar cuáles son las variables demográficas que más influyen en la heterogeneidad de percepciones respecto al estrés. Considerar a nivel grupal las diferencias entre hospitales que obtienen acuerdo grupal y los que no lo tienen.
3. Analizar la influencia de la percepción del estrés en diferentes cuartos de hospital y diversos tipos de pacientes considerando su índice de gravedad.
4. Derivar propuestas de intervención para implementar estrategias terapéuticas y utilizar redes de apoyo psicológico, una vez que los pacientes inicien tratamiento con mayor oportunidad y que sus creencias radiquen en una figura de autoridad, la prestación de la atención médica de los otros poderosos y la pareja, familia, amigos y conocidos, además de adquirir mayor conciencia sobre su responsabilidad y control de la recuperación de su salud.

5. Identificar estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar de los pacientes.
6. Analizar posibles vinculaciones entre el empleo de estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción y el impacto en el bienestar de los pacientes y/o consecuencias negativas en su bienestar.

7.6.2 Limitaciones

Respecto a las limitaciones del estudio, se catalogaron en operativas y de control de variables. Las limitaciones operativas radicarón en la implementación del estudio ya que no se contaba al inicio con personal capacitado para la recopilación de información, por lo que se solicitó el apoyo de dos pasantes de la licenciatura en psicología y se les proporcionó la capacitación necesaria para la implementación del estudio y se cubrió la logística con recursos propios de la investigadora.

Por la naturaleza del campo de estudio en relación al control de variables se presentó un incidente con una de las jefes de enfermeras ya que señaló no estar informada de la investigación, posteriormente se le entregó un memorándum con el objetivo de las pruebas y del estudio.

Finalmente se espera que las respuestas a estos planteamientos consoliden el cuerpo de conocimiento teórico acerca del proceso del estrés. Además que los hallazgos y aportaciones destacados posibiliten la toma de decisiones a los directivos y profesionales que favorezcan los cambios y el desarrollo de mejoras ambientales y repercutan en la calidad de vida de los usuarios en los hospitales.

7.7 Conclusiones

Vivimos actualmente en un entorno globalizado y cambiante, cada vez más se presentan situaciones de estrés en diversos contextos. En el caso de los pacientes

hospitalizados se añade el hecho de tener que conciliar su enfermedad y su ingreso al hospital que en ocasiones afecta más su estado de salud. Hoy en día se reconoce que existe una relación entre el estrés hospitalario y el desajuste de la persona con el ambiente, las demandas excesivas y el uso inadecuado de recursos tanto de afrontamiento y de control del paciente.

Por otro lado la literatura científica menciona que desde los modelos ambientales (Evans y Cohen, 1987; Evans y Mitchell, 1998; Evans, 2003; Evans y Stecker, 2004, Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich, et al. 2004) el estrés se genera cuando hay un desequilibrio entre las demandas del propio ambiente y los recursos, además de que se reconoce que es un proceso dinámico que depende en gran medida de los distintos recursos de afrontamiento.

En ese sentido se entiende que el proceso transaccional entre el ambiente y el comportamiento humano en gran medida se ha visto afectado por diversas investigaciones tanto psicológicas, como sociológicas además de factores personales, y organizacionales que influyen a su vez en el proceso de estrés y afrontamiento.

Aunado a lo anterior los sistemas biológicos tienden a autorregularse en el contexto tan cambiante junto con las demandas ambientales. Por lo que para comprender las respuestas humanas a tales demandas, se requiere ampliar los conocimientos tanto de los procesos individuales como de las características ambientales de los lugares que habitamos (Holahan, 1996).

Un aspecto específico a considerar por Evans y Cohen (1987) es que los estresores ambientales son comúnmente aversivos, primariamente no controlables y depende del tipo de variables su duración, periodicidad e intensidad por lo que necesitan regularse para mantenerlos bajos y que no afecten el funcionamiento de la salud humana, ya que dependiendo de la duración y periodicidad de los estresores pueden tener importante influencia en el bienestar y la salud humana.

Desde los modelos cognitivos del estrés las personas evalúan la situación a través de creencias y el locus de control integra parte de un conjunto de rasgos cognitivos de la personalidad que ejerce cierta influencia en las emociones y en general el comportamiento a través de variables socioambientales (Evans y Cohen, 1987; Fernández y Edo, 1994; García y Reyes, 2000; Gifford, 1997; Góngora y Reyes, 2000; Lazarus y Folkman, 1991).

En el presente estudio se enfatizó que existen diferencias significativas en las variables socioambientales y de personalidad, lo que incrementa el riesgo psicosocial en el paciente. Ya que se encontró que el empleo de ciertos estilos de afrontamiento con locus de control interno muestra una mayor preferencia por el uso de estilo de afrontamiento activo y en este caso particular fue pasivo orientándose más hacia la emoción que a la solución. El locus de control parece ejercer un papel relevante en el modo como el paciente experimenta el estrés ambiental.

Se encontró que se dan mayores niveles de estrés considerando el diseño del hospital y las necesidades de los pacientes (Amador, 1999; Carpman y Grant, 2002; Evans y Cohen, 1987; Enamorado et al. 2005; Fernández y Edo, 1994, Grant y Simmons, 1986; Gifford, 1997; Lindström y Eriksson, 2006; Mercado, Urbina y Ortega, 1981; Ortega, et al. 2005; Reizenstein, Shumaker y Pequegnat, 1989; Ulrich, et al, 2004).

Conforme a los resultados obtenidos los pacientes con locus de control externo y afrontamiento del tipo de evitación y expresión emocional tienen un alto nivel de estrés que hace que experimenten las situaciones ambientales como amenazantes, por lo que el entorno socioambiental, se volverá más estresante. Los pacientes que presentan Locus de Control interno desarrollan menos estrés, por las habilidades funcionales y el control percibido, además de estilo de Afrontamiento centrado más en

la solución que en el problema, ya que los pacientes se tornan más activos y participativos.

Considerando el locus de control como una parte del sistema cognitivo de los pacientes que ejerce su influencia en términos generales en las emociones y comportamiento y que los factores externos y/o ambientales están fuera de su control

Con respecto a la hipótesis planteada, se puede concluir que si existe relación entre las respuestas de estrés en pacientes hospitalizados de un hospital regional general con las variables socio-ambientales (Evaluación ambiental e Imagen institucional), física (densidad social), escolaridad, y estrategias de afrontamiento y locus de control.

En esta línea de investigación el presente estudio pone de manifiesto que existen expresiones negativas de afrontamiento asociadas al estrés ambiental como son las formas de afrontamiento negativo: expresión emocional y evitación, con esto se aclaró la conformación conceptual, que predice un conjunto de factores de estrés que influyen a nivel socio ambiental y psicológico y/o de personalidad que está presente en los pacientes hospitalizados, lo que permitirá apoyar las intervenciones médicas.

Por otra parte la dimensión ambiental objeto de estudio de esta investigación, es por lo tanto, un aspecto relevante que influye en las necesidades de los pacientes, su calidad de vida y el bienestar psicológico ante las situaciones estresantes que se viven cotidianamente en los hospitales. Por lo que se considera importante que se fomente la presencia de psicólogos ambientales, y otros profesionales implicados también en los procesos relacionados con la salud y enfermedad.

Shumaker y Pequegnat (1989) mencionaron que elijamos en el diseño de hospitales, modelos que vinculen los factores sociofísicos que proporciona el propio diseño para el bienestar y la recuperación de la salud de los pacientes e impedir la

entrega y recepción efectiva e inmediata del cuidado de la salud, al crear desde la perspectiva de los pacientes una fácil orientación y desplazamiento en el escenario hospitalario, lo que facilitaría la atención oportuna de su salud (Carpman, Evans y Cohen, 1987, Grant y Simmons, 1986; Gifford, 1997; Shumaker y Reizenstein, 1982 en Shumaker y Pequegnat 1989).

Los resultados mostraron que los factores socioambientales podrían contribuir a una mayor satisfacción del paciente hospitalizado, sin que se presenten mayores complicaciones durante su estancia en el hospital y se le ofrezca un ambiente agradable lo que le redundaría en términos de recuperación de salud y calidad de vida del paciente.

Por lo anteriormente expuesto, particularmente en el caso de los ambientes hospitalarios, la experiencia de los pacientes debería ser de un menor desgaste psicológico y mayor adaptación que supone enfrentarse al fracaso o experiencias negativas ya que dejan una importante huella en la forma en que tendrá que hacer frente a los retos que surjan en el futuro.

En ese sentido nuestra cultura juega un papel muy importante, en el caso de la tradicional explica la pasividad con la que ocasionalmente enfrentamos situaciones que pueden significar mucho dolor y frustración y que generalmente viene acompañada de experiencias previas en las que las acciones que hagamos no consiguieron el objetivo previsto, razón por la cual da igual hagamos lo que hagamos pues la solución del problema no está en nuestras manos, es decir no depende de nosotros, luego entonces se escapa del control y voluntad del paciente. Por lo que el paciente en ocasiones pierde la esperanza y las estrategias que está empleando no son de afrontamiento activo y centrado en la resolución de problemas, refleja más de tipo pasivo.

Por lo que nuestra función es reforzar con el diseño de ambientes terapéuticos los conceptos de Evaluación ambiental con cada uno de sus factores (Funcionalidad y condiciones ambientales deseables, Orientación, Impacto y valoración ambiental), Imagen institucional (Confianza y seguridad en el servicio médico, Confort y seguridad, Calidad de la atención del personal de enfermería) y los conceptos de Locus de control interno y estilos de Afrontamiento activo como son resolución de problemas y reestructuración cognitiva que son más eficaces y centradas en la solución , además de mantener un cierto grado de optimismo para que el paciente se adapte en los hospitales más fácilmente.

Todo lo anterior aunado a la ayuda y apoyo que se le brinde tanto por parte de familiares, visitantes y por el mismo personal que labora en la institución hospitalaria, en el caso de los pacientes con niveles socioeconómicos bajos la búsqueda de apoyo social instrumental sería de mucha importancia, por los acontecimientos y situaciones que se viven a diario en el contexto hospitalario, brindándole a través de orientación al paciente herramientas de control, para enfrentarse con éxito a su contexto (Begoña, Aguado y Alcedo, 2008; Ortega et. Al, 2005).

Recordemos que las creencias que tienen los pacientes sobre su estado de salud manifiestan en ocasiones la incertidumbre que tienen sobre el pronóstico de su enfermedad, ya que desean creer que tienen el control sobre la evolución de la misma, pero también creen que es cuestión de suerte o del destino, de ahí que existan diferencias individuales muy marcadas en el uso de estrategias que emplean los pacientes relacionadas con las variables de personalidad y que algunas son más eficaces que otras (Ortega y Reyes, 2008).

No obstante lo anterior los roles están cambiando y en el caso de sociedad actual los pacientes hoy en día se muestran más activos ya que al evaluar los hospitales observan que lo hacen más lentamente que la misma sociedad y los ciudadanos, por lo tanto no se han podido adaptar tan rápido tanto en su forma

estructural organizativa y tecnológica cómo en su forma de relacionarse con la sociedad.

Como se advierte a partir de lo descrito por Proshansky y Altman (1979) tenemos que enfatizar la importancia de la influencia de la construcción de ambientes en la conducta de las personas, ya que estos autores señalan que la interacción social y sus formas positivas pudieran incrementarse para estar acordes al contexto físico.

Una forma de interacción social negativa se manifiesta con en el incremento de las quejas de la relación médico-paciente, además del surgimiento de conflictos entre la comunidad y el hospital, así como el cuestionamiento de la sociedad a la calidad de la prestación de los servicios y su repercusión en la salud y enfermedad de los usuarios.

Resulta primordial tomar en cuenta la relación entre la comunidad y los hospitales públicos, ya que está contribuyendo a aminorar la relación histórica de confianza y fidelidad de la población hacia los servicios prestados o promovidos por el gobierno.

Holahan (1996) señala que se deben buscar nuevos planteamientos en el diseño de las instituciones para satisfacer los derechos y las necesidades que tienen los pacientes y/o usuarios (Donabedian, 1990).

Otros aspectos importantes que están contribuyendo a dar una mayor velocidad a los cambios de la relación usuario y prestador de salud, son el mayor nivel de educación y cultura en general de la población, además del mayor acceso a la información pública y sanitaria, así como a las modificaciones a las políticas de salud. Todo ello genera cambio en el perfil de exigencias y expectativas de los usuarios y la reducción de la asimetría de información entre el prestador y el paciente.

Por lo que un grupo de la población tiene un mayor nivel de expectativas y exigencias respecto a los escenarios hospitalarios y en la actualidad una de sus principales características es que existe una mayor participación, con personas fortalecidas, con confianza, visión y protagonismo como grupo social para potencializar cambios positivos de las situaciones que viven, por lo cual la gestión hospitalaria responde ampliando sus fronteras a nuevas relaciones con la sociedad, dotando a la organización de una mayor adaptabilidad y/o flexibilidad, características necesarias actualmente en las organizaciones llamadas sanas.

Se añade a ello, un mayor énfasis en los cambios, respecto a la prevención y promoción de medidas para reducir riesgos y daños, lo que producirá en el mediano plazo, la disminución del número de admisiones hospitalarias.

Es así como con el apoyo de las ciencias del comportamiento y de manera transdisciplinaria el diseñador-planificador y el psicólogo ambiental han de encontrar el equilibrio entre los elementos de renovación-innovación y el mantenimiento de la identidad del lugar y las necesidades de los pacientes. Por lo que en la elaboración del diseño hospitalario se sugiere se preste atención no sólo a aquello que nos es cómodo y conocido, sino a las exigencias de un entorno cambiante y adaptativo que debemos estimular para que responda a los intereses sociales, siempre desde una postura crítica y responsable.

En parte la función del psicólogo ambiental es incrementar y comprender a través de la validación de la investigación su pertinencia en el entorno, además de los siguientes desafíos:

- 1- Posicionarse en función de las exigencias actuales del entorno cambiante y globalizado y definir las dimensiones socioambientales y comportamentales a investigar de la cuestión ambiental y por tanto de su gestión.

- 2- Poseer competencias específicas para hacer aportaciones operativas y relevantes en la planeación ambiental, reducir tiempos y costos que requieren las nuevas tendencias y dinámicas de los nuevos entornos y perfiles de los usuarios, ajustándose a las normas y necesidades de realidades cotidianas.

Por otro lado se encontró una demanda social real hospitalaria que desconoce lo que requiere realmente el paciente y de acuerdo a sus necesidades. Con ello el psicólogo ambiental tendría un posicionamiento profesional transdisciplinario con competencias basadas en evidencia y acordes a una realidad. El sincronizar estos polos extremos será tarea de los propios psicólogos, pero especialmente las asociaciones profesionales especializadas y/o de las universidades o colegios profesionales.

El psicólogo ambiental coadyuva para evaluar el escenario ambiental y generar alternativas para un mayor impacto ambiental deseable o favorable lo que incrementaría el bienestar del paciente, su familia, visitantes y mejoraría considerablemente su calidad de vida. Aunado a lo anterior su rol y función social responde a las exigencias de ambientes cambiantes, globalizados y hasta cierto punto inciertos además de considerar las políticas de salud y los derechos de los de los pacientes preservando su identidad, dignidad individual y de grupo, las formas organizacionales, culturales y valores simbólicos compartidos y formas de relación, sin que se vean alteradas por intervenciones ajenas más allá de lo que se desee.

Por consiguiente la intervención del psicólogo ambiental va dirigida a investigar sobre el ajuste y/o equilibrio de las condiciones de vida que se generan en los diseños hospitalarios y ofrecer una serie de medidas de adaptación al entorno y todo esto con la finalidad de satisfacer las necesidades de los pacientes.

Es por ello que se hace la consideración acerca del sistema ambiental y social como algo no estático sino dinámico. Donde la carencia de control por parte de los pacientes sobre su ambiente genera en la mayoría de los casos estrés, ya que la persona se encuentra rodeada de situaciones con equipos altamente sofisticados y donde se le brinda poca o nula información. Los hallazgos indican que sería conveniente preparar y apoyar al paciente informándolo sobre las rutinas, normas y en general los procedimientos hospitalarios así como la ubicación y orientación de los servicios para que se adapte mejor a las normas del hospital, en general reducir el estrés que se exhibe durante las etapas iniciales de la enfermedad. Ya que el espacio físico se interpreta de diversas formas y con esta investigación evidencian las manifestaciones de estrés y agotamiento que se generaron en los pacientes y que concuerda con lo expuesto por Ortega et al. (2005).

En conclusión la expectativa que se deriva de la investigación es que haya contribuido a ampliar el campo de conocimientos teóricos, metodológicos y prácticos de la psicología ambiental e incida en la calidad de vida del paciente y del diseño hospitalario. En México esto sigue siendo un desafío para la psicología ambiental junto con el tipo de intervención ambiental y los tratamientos psicofarmacológicos adecuados ya que pueden mejorar la calidad de vida de los usuarios en términos preventivos y terapéuticos, por lo que se evitarían re-hospitalizaciones por recaídas, tendrían un mejor escenario físico dedicado al cuidado de su salud y permitiría al paciente su participación en el tratamiento y mantenimiento en la sociedad.

Referencias

A.

Acuña, L. (1998). *Apoyo social, roles sexuales y estrategias de afrontamiento de los problemas como moduladores de los efectos nocivos del estrés vital, sobre la salud de estudiantes universitarios*. Tesis de Doctorado en psicología. Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.

Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio exploratorio*. Tesis de Maestría en psicología. Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ascencio, L. (2001). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura en psicología. Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.

Álvarez, C; Troncoso, M. y Sepúlveda, R. (1995). Apoyo social, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema / Social support, mental health and schizophrenia: a review. *Revista psiquiatría*, Santiago de Chile. 12 (3/4), 154-161. Recuperado de:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=194923&indexSearch=ID>

Amador N. (1999). *Describir la percepción del diseño ambiental que tienen los trabajadores y usuarios de la clínica Dr. Miguel Trejo Ochoa en la Cd. de Colima*. Tesis de maestría en psicología. Manuscrito inédito. Universidad de Colima. Recuperado de:
http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/

B.

Baum, A., Singer, J. & Baum, C. (1981). Stress and the environment. *Journal of Social Issues*, 37, 4-35.

Becker, F. & Poe, D. (1980). The effects of user-generated design modifications in a General Hospital. *Journal of nonverbal behavior* 4 (4), 195-218. Recuperado de:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00986197#page-1>

Bechtel, R. (1997). *Environment and behavior. An introduction*. Thousand Oaks: Sage.

Begoña M., Aguado A. y Alcedo M. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial* [online]. 17 (2), 109-124. ISSN 1132-0559.
doi.org/10.4321/S1132-05592008000200002

Beretta P. y Márquez A. (2013). *Estrés crónico, distrés, estrés agudo y TEPT*. Recuperado de:
http://www.cemic.edu.ar/descargas/burnout_estresagudo.pdf

C.

Calvo, F y Diaz M. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*. 16 (4), 570-575. Recuperado de:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72716405.pdf> 4/05/2012

Campos, M. (2007). La relación psiconeural en el estrés o de las neuronas a la cognición social: una revisión empírica. *Revista IIPSI*. Facultad de psicología. UNMSM. Vol. 10. No.1.125-143. Recuperado de
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n1/v10n1a08.pdf>

Cannon, W. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and range*. New York and London. Appleton. Recuperado de:
<http://ia331313.us.archive.org/3/items/bodilychangesinp029647mbp/bodilychangesinp029647mbp.pdf>

Carpman, J. & Grant, M. (2002). Design that cares: Planning health facilities for patients and visitors, *Handbook of environmental psychology*. R. Bechtel & A. Churchman (Eds.), New York: Wiley

Cedres de Bello S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Revista de la Facultad de medicina*. Publish in OALib Journal. ISSN: 2333-9721
Recuperado de:
http://www.oalib.com/paper/2412386#.VaMsPI9_Oko

Cervantes M. (2000). *Análisis Psicométrico de un instrumento para medir Locus de Control en una muestra del Estado de Sonora: un enfoque etnopsicológico*. Licenciatura en Psicología. Manuscrito inédito. Departamento Psicología y Ciencias de la Comunicación. Universidad de Sonora, Hermosillo. Recuperado de:
<http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis.pdf>

- Chun-Yen T., Mu-Chía W., Wei-Tsen L., Jui-Heng L., Pi-hung S., Yen-Ju Lin B. & Mark-Breen, G. (2007). Hospital outpatient perceptions of physical environment of waiting areas: the role of patient characteristics on atmospherics in one academic medical center. *BMC Health Services Research*. 7, 198-206.
doi: 10.1186/1472-6963-7-198
- Cohen, S. & Syme S. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press. Recuperado de:
<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/symechap85.pdf>
- Cohen, S., Kessler, R., & Underwood, L. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen & R. Kessler (Eds.), *Measuring stress. A guide for health and social scientists*. 3-36. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, S. & Janicki- Deverts D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science. Sage journals*. Author manuscript; available. (4), 375–378.
doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01141.x
- Contreras, F., Espinosa J., y Esguerra G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana 18, (002) 165-179. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>
- CONAMED (2005). El error médico y la seguridad del paciente. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico órgano desconcentrado de la Secretaría de salud*. Recuperado de:
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/simposio10.pdf
- CONAMED (2014). *Carta de los derechos de los pacientes*. Recuperado de:
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/pdf/POSTER_PACIENTES_2014.pdf
- D.**
- De la Rosa, J. (1986). *Escalas de Locus de control y Autoconcepto, construcción y validación*. Doctorado en Psicología. Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.

Di Nasso P. (2009). Trastorno por estrés postraumático. *Ensayo*. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Recuperado de:
http://fci.uib.es/digitalAssets/177/177937_6.pdf

Domínguez A. y Salas I. (2009). Identificando patrones de apoyo social en población migrante mediante el análisis de escalograma de orden parcial. *Interamerican Journal of Psychology*. 43 (1), 114-124. Porto Alegre, Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/284/28411918013.pdf>

Donabedian A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex*. 32 (2), 113-7. Medline. Recuperado de:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=2367914&indexSearch=UI&lang=pt>

E.

Esqueda, L. (1981). Locus de control y estimación del tiempo. Publicación No. 17, *Laboratorio de Psicología*. Universidad de los Andes. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/publication/44486882_Locus_de_control_y_estimacion_subjetiva_del_tiempo_Luis_Esqueda_Torres

Enander A. & Hygge S. (1990). Thermal stress and human performance, *Scand J Work Environ Health* 1990; 16 (supply 1) 44-50.
doi:10.5271/sjweh.1823

Enamorado, J. Somoza C., López K. y Romero R. (2005). Identificación de estresores influyentes en pacientes del Hospital Escuela. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. Recuperado de:
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-9.pdf>

Evans, G. & Cohen S. (1987). Environmental stress. En D. Stokols y I. Altman (Eds.) *Handbook of environmental psychology*. Pp. 571-610. New York: Cambridge University Press.

Evans, G. & Mitchell J. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. Cornell University, Ithaca, U.S.A. *Journal of environmental Psychology* 18, 85-94 article No. ps980089.

Evans, G. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. The New York Academy of Medicine. 80, 4. Recuperado de:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456225/pdf/11524_2006_Article_257.pdf

Evans, G. & Stecker, R. (2004). Motivational consequences of environmental stress. *Journal of Environmental Psychology*. 24, 143-165.
doi: 10.1016/S0272-4944(03)00076-8

F.

Fernández J. y Edo S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología* 10 (2), 127-133, Unidad de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de:
<http://revistas.um.es/analesps/article/view/29551>

G.

Gaeta G. y Martín P. (2008). Estrés y adolescencia: estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. Universidad de las Américas, Puebla/ Universidad de Zaragoza STVDIVM. *Revista de Humanidades*, 15 (2009) ISSN: 1137-8417, p. 327-344. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3074506>

García C. y Reyes I. (2000). Estructura del Locus de Control en México. (Ed) *La Psicología Social en México*. Vol. VIII, 158-164. México: AMEPSO.

Gifford R. (1997) *Environmental Psychology. Principles and practice*. Boston: Allyn and Bacon Inc.

Goffman, E. (1972). Internados. *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu ed.

Góngora, E. y Reyes, I. (2000). Enfrentamiento a los problemas y locus de control. *La Psicología Social en México*, VIII, 165-172. México: AMEPSO.

González R. (2006). Interacción y mecanismos de influencia en el contexto hospitalario. Algunas perspectivas psicossociológicas. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica*. XXIV, 62. Editada por la Asociación Iberoamericana, de Rehabilitación de inválidos. Madrid España. Recuperado de:
http://www.udc.gal/grupos/apumefyr/docs/RIRM_2006_Vol_XXIV_62.pdf

González, M. y Shapiro, I. (2008). *Estrés y depresión en estudiantes de medicina: Comparación entre Monterrey y la Ciudad de México*. Estudios de Psicología de la salud en adolescentes y jóvenes. México: UANL. 65-81. Recuperado de: <http://www.monica-gonzalez.com/INFORMACION%20Psiconeuroinmunologia.html>

González R. y Landero H. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008; 23 (1), 7-18. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a02v23n1.pdf>

Guerra, J., Haranburu, M., Escalante, M. y Franco R. (2011). *Diferencias en aspectos psicológicos entre pacientes hospitalizados crónicos y agudos*. 12º Congreso virtual de psiquiatría. Depto. de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto (Bilbao) Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/49481866/Pacientes-Hospitalizados>

Gutiérrez, R., Contreras-Ibáñez C., Ito. E. y Ostermann R. (2003). *Salud mental, estrés, y trabajo en profesionales de la salud*, SWS-Survey, desarrollo y criterios de aplicación. México: UNAM

H.

Heimstra H. y Mc Farling F. (1979). *Psicología Ambiental*. México: El Manual Moderno

Holahan, C. (1996). *Psicología Ambiental. Un enfoque integral*. México: Limusa.

J.

Jeammeth., Reynauld, M. y Consoli S., (1982). *Manual de psicología médica*, Barcelona, México: Masson

Jiménez y Villegas, M., Ortega M., Cruz, G., Cruz M., Quintero, M., Mendoza E. y Antúnez de la Rosa M. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería cardiológico*. 11, 2, 58-65

Jovell, A. (2008). *El hospital del futuro estará centrado en la hiperespecialización, Medicina para el siglo XXI*. Mallorca, España. Publicado por Moreno, J. Recuperado de: <http://medininca.blogspot.com/2008/12/el-hospital-del-futuro-estar-centrado.html>

K.

Kaminoff, R. & Proshansky, H. (1982). Stress as a consequence of the urban physical environment. En Leo Goldberg & Shlomo Breznitz (Eds.) *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*, 380-409. New York: MacMillan Publishing.

Kellert S., Wilson, E., (1995). *The biophilia hypothesis*. Publisher Island Press; Reissue edition.

Kimble, C., Hirt, E., Diaz Loving, R, Hosch, H. y Lucker, W. (2002). *Psicología Social de las Américas*. Pearson educación, México. pág. 496-497. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books>

L.

Laborin, J. Vera, J. Durazao F, y Parra, E. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas. *Psicología desde el Caribe*, 22, julio-diciembre 2008, Universidad del Norte Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21311866006.pdf>

Latorre, J. (1981). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la Salud*. Viramontes, Argentina: Ed. Lumen.

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

Lindström B. & Eriksson M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Journal Epidemiology Community Health*. 59:440-442.
doi: 10.1136/jech.2005.034777

Leff, E., Corral, E., Granada, H., Reid, A. Stea, D., Roman, J., Mercado, S. y Bechtel, R. (1998). *Estudios de Psicología Ambiental en América Latina*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

Lemos, S. y Fernández J. (1990). Redes de soporte social y salud; Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo; *Psicothema*. 1990. 2 (2), 113-135
Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=671>.

Longo, D., Kasper, D., Jameson L., Fauci A., Hauser S. y Loscalzo, J. (2010). *Harrison Principios de Medicina Interna*, ed. Mac Graw-Hill, 17 edición, 1, idioma español. Recuperado de:
<http://www.biblioteca-medica.com.ar/2010/08/harrison-medicina-interna-17-ed-espanol.html>

López M. (2004). Estrés, ansiedad, depresión. Una secuencia clínica progresiva. Vulnerabilidad genética y adquirida al estrés. Alteraciones de receptores cerebrales del hipocampo. Universidad de Barceló. R/P./Internet Editora: Dra. Andrea R. Salas. *Foro de Psiquiatría y psicofarmacología*. Recuperado de:
http://www.cursosparamedicos.com/newsite/pags/ac_cient/periodico/psiquia_06_04_2.htm

López de Roda A. y Chacón F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes, *Revista de Psicología Social*, 7 (1), 53-59. Recuperado de:
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf

M.

Mercado S., Urbina J., y Ortega P. (1981). *Relaciones hombre-entorno: La incursión de la Psicología en las ciencias ambientales y del diseño*. Recuperado de:
http://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_omnia/06/02.pdf

Mercado S., Landázuri, O., Terán A. y Hernández C. (2003). Propuesta de inserción de los procesos relativos a la interrelación entorno comportamiento y en el curriculum de niveles medio y superior. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, julio 2003. Memorias 1er. *Foro sobre la incorporación de la perspectiva ambiental en la formación técnica y profesional*. Recuperado de:
<http://ambiental.uaslp.mx/foroslp/cd/M-LandazuriYetal-021013.pdf>

Montiel, M., Urquidi, L. y Castañeda P. (1996). Análisis psicométrico de la escala de afrontamiento de Beckman y Adams. *La Psicología Social en México*, VI, 45-50. México: AMEPSO.

Morales, J. (1999). *Psicología ambiental y procesos psicosociales*. Departamento de Psicología Social. Universidad de Barcelona. Madrid: Mc Graw-Hill, 317-334.

Moreau, F. (2005). *Proyecto de reinversión del hospital del futuro*. Recuperado de:
http://www.saludgestion.com/archives/2005/05/estudio_para_re.html.

Moreno - Jiménez B. y Peñacoba C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología UAM. En M. Simon (ed.) *Psicología de la salud siglo XXI*, 739-764. Recuperado de:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Estres-asistencial-en-los-servicios-de-salud.pdf>

Moss, R. & Schaefer J. (1986). *Life transitions and crises: a conceptual overview*. En R.H Moss (Ed). *Coping with life crises: an integrated approach*. New York: Plenum Press.

N.

Norma oficial mexicana NOM-016-SSA-2012 (2012). Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Recuperado de:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013.

O.

Orlowsky J. & Gullede A. (1986). Critical Care stress and burnout. *Critical Care Clinics*. 2, 173-181. Pubmed.gov. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3331307>

Ortega P. y Urbina, J. (1988). A case study of wayfinding and security in a Mexico City hospital. En D. Lawrence, R. Habe, A. Hackor & D. Sherrod (Eds.) *People's need/planet, management: Path to co-existence* (p.p. 231-237) Washington, D.C: Environmental Design Research Association. Recuperado de:
<http://www.edra.org/sites/default/files/publications/EDRA19-00-contents.pdf>

Ortega, P., Reidl, L., Solorio, F., Chávez, V., Hernández, F. y Estrada, C. (1998). Registro de conductas en una sala de espera de un centro especializado para la atención de la salud. *En la Psicología Social en México*. Vol. VII, págs. 341-345. México: AMEPSO.

Ortega P., Reidl, L., López, E. y Estrada, C. (2000). La percepción social y su relación con variables físicas y socioambientales en un escenario para el cuidado de la salud. *En la Psicología Social en México*. Vol. VII, 341-345. México: AMEPSO.

Ortega, P. (2002). Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales. Doctorado en psicología. Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortega P. y Aguilar J. (2003). Estrés Ambiental: Un modelo de salas de espera hospitalarias. *Revista Mexicana de Psicología* 20 (2), 327-336.

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 P. y Reyes I. (2008). Locus de salud en mujeres con cáncer. *Psicología social en México*. Vol. XII, México: AMEPSO.

Ortega P. Irepan, M., Cantú de León y Estrada C. (2010). Modelo de privacidad en pacientes con cáncer. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1 (1), 91-98. Recuperado de:
<http://www.journals.unam.mx/index.php/rlmc/search/authors/view?firstName=Patricia&middleName=&lastName=Ortega-Andeane&affiliation=UNAM%2C%20Facultad%20de%20Psicologia&country=MX>

Ornelas, M., Tufiño M., Sierra A., Tena O., Riveros A. y Sánchez J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la escala COPE breve. *Psicología y salud*, 23 (1), 55-62. Recuperado de:
<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Rosa%20Elena%20Ornelas%20Mejorada.pdf>

Oros, L. (2005). Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de psicología*. Departamento de Psicología - Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. XIV (1) 00-00. Recuperado de:
doi: 10.5354/0719-0581.2005.17338.

P.

Paredes C. (2005). Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Tesis en psicología. Inédito. Lima, Perú
Recuperado de:
<http://tesis.pucp.edu.pe/files/PUCP00000000237/AFRONTAMIENTO%20Y%20SOPORTE%20SOCIAL%20EN%20UN%20GRUPO%20DE%20PACIENTES%20CON%20INSUFICIENCIA%20RENAL%20CR%20D3NICA%20TERMINAL.pdf>
el día 19 de febrero del 2010.

Peralta, M., Robles, H., Navarrete, N. y Jiménez, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*, 32(3), 251-258. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300009&lng=es&tlng=es.

Plata, M., Castillo-Olivares M. y Guevara-López U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27 (1), 16-23.

Pol, E. (1997). El desarrollo profesional de la Psicología Ambiental, ámbitos y estrategias *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, Febrero, nº 67
Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=891594> el día 13 de abril del 2012.

Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012. Recuperado de:
<http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>

Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018. En <http://pnd.gob.mx/> Recuperado de:
<file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/PND.pdf>

Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. 1ª. Edición Secretaria de Salud Lieja 7 Col. Juárez.
Recuperado de:
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf.

Programa sectorial de salud 2013-2018 Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

Proshansky, H., Ittelson, W., y Rivlin L. (1978). *La Psicología Ambiental: El hombre y su entorno físico*, México: Trillas, 1a. edición.

Proshansky, H. & Altman, I. (1979). Overview of the field. En W.P. White (Ed.) *Resources in Environment and Behavior*. Washington, D.C: American Psychological Association.

R.

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

Richart, M., Cabrero J. y Reig J. (1993). Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y modificación de conducta*. Departamento de enfermería. 19 (63). Alicante. Recuperado de:
<http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/hospitalizacion-y-estres-en-el-paciente.pdf>

Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Roses, R. (1999). Una aproximación a los hospitales del futuro y las nuevas infraestructuras de salud. *Monografías Arquitectura hospitalaria*, Consultor internacional, Buenos Aires. Recuperado de:
<http://www.arquitectura.com/arquitectura/monografias/arqhosp/roses.asp>

Rubin H. & Owens, A. (1998). Status report an investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes. *Quality of Care Research*, The Johns Hopkins University, The Center for Health design, Inc. Recuperado de:
http://www.brikbase.org/sites/default/files/chd_built_environment_affects_patients_med_outcome.pdf

S.

Sacchi, C. y Richaud, M. (1999). Variables moderadoras del estrés. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 31 (2), 355-365. Recuperado de:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80531208>, el día 4 de abril del 2010.

Sandín, B. y Valiente, M. (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik. 155-164. (ISBN: 84-932265-7-2).

Sandín B. (2002). *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España. Recuperado de:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf

Selye H. (1956). *The stress of life*. New Nork, U.S: McGraw-Hill.

Serrata D. (1996). *Estudio propuesto para determinar los efectos del calor en el recuerdo inmediato de conferencias grabadas en video en estudiantes*

universitarios, Edad 18 a 25 de la Universidad de Texas en College Brownsville y Texas Southmost PSYC 3,301.01 03. Recuperado de:
<http://www.freeessays.cc/db/39/pnl97.shtml>

Sieber, S. y Valor J. (2007). Efectos de las innovaciones en la industria. *Boletín Technological Innovation Project*. Recuperado de:
<http://www.innovacion.cl/wp-content/uploads/2013/04/ESTUDIO-IESE-Innovacion.pdf>

Silva, C., y Agudelo D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología* 14 (1), 47-60. Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga-Colombia. Recuperado de:
portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_6882_v14n1-art4.pdf

Shumaker, S. & 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, 161-199. New York: Plenum.

Stokols, D. (1978). Origins and directions of environment-behavior research. En D. Stokols (Ed.) *Perspectives on environment and behavior. Theory, research and applications*, New York: Plenum. *Environmental Psychology. Annual Review of Psychology*, 29, 253-295.

Suárez, M., Ortega, M., Téllez E., Hernández M., Jasso M. Hernández, M. y Jasso M. (2004). Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 12 (1), 38-40

T.

Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. Asociación española de psicología clínica y psicopatología (AEPCP) *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 9 (2), 61-98. Recuperado de:
<http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2004-839599E8-E667-33C9-A873-D65CAD64530B/PDF>.

Trull, T. y Phares J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. 6ª. Edición. Ed. Thomson.

U.

Ulrich, R. (1984). View a window may influence recovery from surgery. *Science*, New series, 224 (4647), 420-421.
doi: 10.1126/science.6143402

Ulrich, R. Quan, X., Zimring, C., Joseph A. & Choudhary, R. (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 *the 21st Century Hospital Project*.
Recuperado de:
<https://www.healthdesign.org/chd/research/role-physical-environment-hospital-21st-century>.

V.

Valdés, M. y Flores, T. (2000). *Psicobiología del estrés*, Barcelona: Martínez Roca

Vázquez R. (1991). *Evaluación de ambientes terapéuticos, valoración de habitaciones de dos hospitales generales*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.

Volicer, B. (1978) Hospital stress and patient reports of physical status. *Journal of Human Stress*. Vol. 4 (2), 28-37.
doi: 10.1080/0097840X.1978.9934984

Z.

Zimring, C. (1981). Stress and designed environment, *Journal of Social Issues*, 37, 145-171

Zimring, C. (1984). *Healthy Design*, recuperado de:
http://www.healthdesign.org/resources/pubs/articles/pdfs/lancet_article_04.pdf

APÉNDICES

Apéndice A. Distribución por clasificación de todas las enfermedades

1.- CRÓNICO-DEGENERATIVAS. 2.- INFECCIOSAS. 3.- NEOPLASIAS. 4.- OTRAS

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A PATOLOGÍA MÉDICA	DIAGNÓSTICO RECIBIDO POR EL PACIENTE (SEGÚN EXPEDIENTE)		
		Frecuencia	Porcentaje
CRÓNICO DEGENERATIVAS	ABCESO DE MAMA	1	0,88
	ANEMIA	1	0,88
	ANGINA DE PECHO	1	0,88
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	1	0,88
	CERVICOARTEROSIS	1	0,88
	CIRUGIA DE COLUMNA	1	0,88
	CIRUGIA RODILLA IZQ.	1	0,88
	COLECISTECTOMIA	2	1,75
	COLECISTECTOMIA ABIERTA	1	0,88
	COLICO RENOURETRAL	1	0,88
	COLICO VESICULAR	1	0,88
	COLOSTOMIA	1	0,88
	COXARTROSIS DERECHA	1	0,88
	DERRAME PLEURAL	1	0,88
	DIALISIS,DIABETES,INSUFICIENCIA RENAL	1	0,88
	E.R.C.	1	0,88
	E.R.C. (DIALISIS)	1	0,88
	E.V.C	3	2,63
	ENCEFALOPATIA HEPATICA	2	1,75
	ESTENOSIS PILORICA	1	0,88
	FLEBITIS MANO IZQ.	1	0,88
	GASTRITIS	1	0,88
	H.T.A	2	1,75
	HERNIA INGUINAL	1	0,88
	I.R.C. D.M.D	1	0,88
	INSUFICIENCIA RENAL	1	0,88

	INSUFICIENCIA VASCULAR	1	0,88
	LITIASIS VESICAL	1	0,88
	MESETA TIBIA DER.	1	0,88
	NEURITIS OPTICA	1	0,88
	PROB. COAGULACION	1	0,88
	SINDROME ANEMICO	1	0,88
	SINDROME CEREBELOSO	1	0,88
	U.R.C. SINDROME UREMICO	1	0,88
INFECCIOSAS	ABCESO PERIANAL	1	0,88
	APENDICECTOMIA	2	1,75
	APENDICITIS	2	1,75
	CCL AGUDIZADA	1	0,88
	DOLOROSO ABDOMINAL	1	0,88
	GUILLEN BARRE	1	0,88
	INFECCION	1	0,88
	INFECCION VAGINAL, Y EN VIAS URINARIAS	1	0,88
	INFECCION ESTOMACAL	1	0,88
	MENINGITIS	1	0,88
	SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL	1	0,88
	SINDROME FABRIL EN ESTUDIO	1	0,88
	NEOPLASIAS	BIOPSIA RENAL	1
BIOPSIA, LUI		1	0,88
C.A HEPATICA		1	0,88
CA BRONCOGENICO		1	0,88
CA PROSTATICA		1	0,88
CISTOADENOMA OV. IZQ.		1	0,88
DESHIDRATACION MODERADA		1	0,88
LEFORT II		1	0,88
LEUCEMIA		1	0,88
LEUCEMIA AGUDA		1	0,88
LINFOMA BUIKITT		1	0,88
TUMORECTOMIA		1	0,88

OTRAS	A.M.D	1	0,88
	CANAL LUMBAR	1	0,88
	CHOQUE HIPOGLUCEMICO (EMBARAZO)	1	0,88
	CONTRACCIONES DE EMBARAZO GEMELAR, 31 SEM.	1	0,88
	D.M PRIR	1	0,88
	DESEQUILIBRIO CONFUSIONAL	1	0,88
	DESGASTE EN ESTUDIO	1	0,88
	DESHIDRATACION SEVERA	1	0,88
	DIASTASIS DE FEMUR DERECHO	1	0,88
	DMB GX DIE	1	0,88
	EMBARAZO (CON PROTEINURIA)	1	0,88
	EMBARAZO 20 SEM. DIABETES JUVENIL	1	0,88
	EMBARAZO 24 SEM.FLUJO Y DILATACION	1	0,88
	EMBARAZO 31 SEM. HIPERTENSION	1	0,88
	ESGUINCE DE TENDON IZQ.	1	0,88
	FRACTURA DE PERONE IZQ.	1	0,88
	FRACTURA CADERA DER.	2	1,75
	FRACTURA DE TOBILLO C/ESGUINCE	1	0,88
	FRACTURA MUÑECA IZQ.	1	0,88
	FRACTURA PIERNA IZQ.	1	0,88
	FRACTURA RODILLA DERECHA	1	0,88
	FRACTURA RODILLA IZQ.	1	0,88
	FRACTURA SUBCORTICAL IZQ.	1	0,88
	FRACTURA TOBILLO DERECHO	1	0,88
	FRACTURAS	1	0,88
	INTOXICACION	1	0,88
	LIU	1	0,88
	LUI	2	1,75
	LUMBALGIA EN ESTUDIO	1	0,88
	LUPUS E INFLAMACION EN ARTICULACIONES	1	0,88

	LUPUS ERITEMATOSO	1	0,88
	MEJORA DE COORDINACION MOTORA	1	0,88
	No	1	0,88
	P.C	1	0,88
	POST-LUI	3	2,63
	PLASTIA VAGINAL	1	0,88
	PREECLAMPSIA SEVERA	1	0,88
	PRESION ALTA EN EMBARAZO	1	0,88
	PUERPERIO QUIRURGICO	1	0,88
	RETIRO DE MATERIAL DE CADERA	1	0,88
	RTUP	1	0,88
	SINDROME ICTERICO	1	0,88
	SINDROME DB (STDB)	1	0,88
	TLC	1	0,88
	TRAUMA Y APLICACIÓN DE INJERTO	1	0,88

N= 114

Apéndice B. Ejemplo del Instrumento de Evaluación Ambiental en pacientes hospitalizados, consentimiento informado y cuestionario

"Somos investigadores universitarios y estamos realizando un estudio sobre las características ambientales del hospital, y su impacto en su estado emocional y de salud, por lo que le solicitamos su opinión que pudiera redundar en investigación que beneficie y mejore la calidad de su estancia. La información que nos proporcione es confidencial y será tratada con fines de investigación. El que acepte o no contestar el cuestionario 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. La participación en este estudio es exclusivamente voluntaria."

ACEPTO CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO Y DAR MI CONSENTIMIENTO:

SI () NO () FIRMA: _____

Si desea obtener información relacionada con esta investigación, comunicarse con la responsable del estudio: Lic. Lucina Flores Ruíz

No. de folio: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Aplicador: _____

Piso: _____ Servicio: _____

Cuarto: _____ Cama: _____

No. de personas presentes en la sala: (incluye visitas) _____

Tamaño de la sala: _____

Tipo de mobiliario: _____

Camas ocupadas(sin la paciente): _____ Diagnóstico: _____

Percepción de olores: _____

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

1.- Edad: _____

2.- Sexo: (F) (M)

3.- Estado civil

Soltero (a) ()

Casado (a) ()

Con pareja ()

Viudo (a) ()

Divorciado (a) ()

4.- Ocupación: _____

5.- Escolaridad

Primaria ()

Secundaria ()

Bachillerato o carrera técnica ()

Licenciatura ()

Sin estudios ()

6.- ¿De qué lugar proviene?: D.F () Zona metropolitana () Otro estado () ¿Cuál? _____

7.- ¿Es la 1a. Vez que esta hospitalizado(a) en este hospital? _____

8.- En el caso de no ser la 1a. vez ¿Cuántas veces ha estado ud. hospitalizado(a)? _____

9.- ¿Cuánto tiempo ha estado usted hospitalizado (hrs o días) _____

10.- ¿Quién le acompaña regularmente? _____

11.- ¿Quién(es) lo visitan? _____

12.- ¿Cómo percibe ud. su estado de salud?

Muy grave () Grave () Regular () Poco sana () Sana ()

13.- ¿Cree usted que recuperará su salud en poco tiempo?

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

14.- ¿Cree usted que recuperará su salud satisfactoriamente?

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

INSTRUCCIONES

A continuación tiene una serie de afirmaciones que tienen relación con su ambiente. Califique las marcando una "X" en el espacio correspondiente utilizando la escala que va de "0" a "10", donde "0" indica su total ausencia y "10" su absoluta presencia.

EJEMPLOS

Considero que la habitación del hospital es agradable (si usted está de acuerdo con el enunciado, su respuesta, podría ser la siguiente):

NADA					REGULAR				MUCHO	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 X	10

Considero que la habitación del hospital es agradable (si usted está medianamente de acuerdo con el enunciado su respuesta podría ser la siguiente) :

NADA					REGULAR				MUCHO	
0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10

Considero que la habitación del hospital es agradable (si usted está de acuerdo con el enunciado, su respuesta podría ser la siguiente):

NADA					REGULAR				MUCHO	
0	1 X	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tome en cuenta que puede elegir cualquiera de las otras opciones o números de acuerdo a como se sienta en este momento, recuerde que este cuestionario no pretende evaluarla a usted sino únicamente el ambiente. Si tiene alguna duda por favor pregunte al entrevistador.

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

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO					COMPLETAMENTE DE ACUERDO					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Hay ruido en el cuarto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Hay olores desagradables en el cuarto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Hace calor en el cuarto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. El color de las paredes del cuarto es agradable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. La iluminación del cuarto es suficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Hay ventilación en este cuarto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Hace frío en este cuarto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. La vigilancia del hospital es adecuada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. El mobiliario del cuarto me permite platicar fácilmente con los demás pacientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. El cuarto esta limpio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. La decoración del cuarto es agradable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. El espacio del cuarto es suficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Hay privacidad en este cuarto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. El acceso a los baños es fácil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Las camas son cómodas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Los letreros y señales de emergencia se ven fácilmente en el hospital	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. La ubicación de letreros de orientación es adecuada en este hospital	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. En una situación de emergencia las rutas de evacuación están claramente señaladas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO					COMPLETAMENTE DE ACUERDO					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. En caso de una emergencia en el cuarto, hay botones o alarmas que me permiten llamar a las enfermeras											
20. Hay buenos médicos en este hospital	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Los médicos están preparados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Durante su estancia en este hospital ha tenido la esperanza de que todo va a salir bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. El servicio de atención médica me da confianza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. La atención a los pacientes es rápida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Los médicos son amables	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Hay buenas enfermeras en este hospital	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Las enfermeras están preparadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. El personal de enfermería es amable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. El edificio me ofrece seguridad ante un posible siniestro (incendio, temblor)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido tenso (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido incómodo (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido satisfecho (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido vigoroso (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido animado (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido inquieto (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Durante su estancia en este cuarto usted se ha sentido cansado (a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C. Ejemplo de Escala de Afrontamiento

Instrucciones:

Intentamos conocer cuáles son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas que se le presentan cotidianamente. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. **Tache** la opción que refleje mejor su propio caso.

No deje de contestar ninguna pregunta y solo marque una opción de respuesta.

Cuando tengo problemas actúo de las siguientes formas:

		0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas veces	60% Frecuen- temente	80% Casi siempre	100% Siempre
1	Trato de conocer más del problema.						
2	Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema.						
3	Hablo con un profesional (médico, abogado, etc.) del problema.						
4	No me preocupo, pienso que todo saldrá bien.						
5	Cuando me siento enojado me desquito con otras personas.						
6	Cuando me siento deprimido me desquito con otras personas.						
7	Trato de ver el lado bueno del problema.						
8	Pienso en varias formas de resolver el problema.						
9	Me guío por mis experiencias pasadas en situaciones similares.						
10	Tomo las cosas como vienen, y las resuelvo paso a paso.						
11	Trato de analizar el problema y de ver las cosas objetivamente.						

		0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas veces	60% Frecuen- temente	80% Casi siempre	100% Siempre
12	Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor.						
13	Trato de no precipitarme y no actuar impulsivamente.						
14	Me digo cosas a mí mismo para sentirme mejor.						
15	Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas.						
16	Prefiero estar alejado de la gente.						
17	Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes.						
18	Me niego a creer lo que está pasando.						
19	Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen.						

D. Ejemplo de versión corta de Escala Locus de control

A continuación encontrará una serie de oraciones que las personas utilizan para explicar lo que les pasa. Léalas cuidadosamente e indique que tan de acuerdo está con cada una de ellas tomando en consideración que, entre más grande y más cerca de la frase se encuentre el cuadro, indica que está más de acuerdo con ella.

Ejemplo:

No puedo hacer gran cosa para controlar La contaminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

En el ejemplo puede ver que hay siete cuadros después de la frase, debe marcar con una X sobre el cuadro que representa su grado de acuerdo con ella. Si marca el cuadro más **CERCANO A LA FRASE**, esto indica que **ESTÁ COMPLETAMENTE DE ACUERDO**. Si marca el cuadro más **ALEJADO Y MÁS PEQUEÑO**, esto indica que está **MUY EN DESACUERDO CON LO QUE AFIRMA LA ORACIÓN**.

El resto de los espacios indican diferentes grados, utilícelos para encontrar el punto adecuado para su manera de pensar. Conteste tan rápido como sea posible, sin ser descuidada, utilizando la primera impresión que venga a su mente.

Conteste en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón. Recuerde que sus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

EJEMPLO DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

		Completamente de acuerdo							Muy en desacuerdo
1	Mi éxito dependerá de que tan agradable yo sea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Mantengo a mi familia unida porque así lo quiero yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	He tenido éxito por accidente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Los logros que he tenido en mi vida se deben a mi esfuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Tendré éxito si me lo propongo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Lo que he logrado en mi vida ha sido porque así tenía que suceder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Mantengo unida a mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	El éxito que tengo se debe a coincidencias de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Conseguir mejores puestos de trabajo depende de mis capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Los logros que he tenido en mi vida se deben a la casualidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Tendré éxito si soy simpático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Mejorará mi vida si le caigo bien a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

E. Croquis de una sala del hospital regional general

