



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DE ESTRÉS AMBIENTAL EN MUJERES HOSPITALIZADAS
POR CAUSAS OBSTÉTRICAS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA AMBIENTAL**

PRESENTA:

BEATRIZ VÁZQUEZ ROMERO

DIRECTORA:

DRA. ROSA PATRICIA ORTEGA ANDEANE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DR. SERAFÍN JOEL MERCADO DOMENECH
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. ALFONSO VALADEZ RAMÍREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MTR. JAVIER URBINA SORIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ANGÉLICA IRENE HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Ciudad de México

MAYO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MUCHAS GRACIAS

A mi alma mater la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología.

A la Dra. Rosa Patricia Ortega-Andeane por su presencia constante en el desarrollo de esta investigación. Su apoyo, paciencia, entusiasmo y compromiso académico son invaluableles.

A la Dra. Anne Reid por su claridad, conocimiento y dedicación para este trabajo.

Al Dr. Serafín Joel Mercado Doménech por ser el hombre actual y con visión que siempre ha sido.

Al Mtro. Javier Urbina Soria por su orientación minuciosa e impulsar a la psicología ambiental en diversos foros

Al Dr. Alfonso Valadez Ramírez por su experiencia y conocimientos compartidos.

A la Dra. Angélica Irene Hernández González por su atención y disposición para culminar esta etapa.

Al hospital ginecológico público de la Ciudad de México que me permitió el acceso a sus pacientes, en especial a la psicóloga del hospital Diana Lilia Gutiérrez Castillo.

A las mujeres hospitalizadas, sin ellas este trabajo jamás hubiera existido.

A las licenciadas Laura Franco Guzmán y Litzahaya Castillo Lozano; a las maestras Marisela Irepan Aguilar y Olimpia Esquivel Cancino, así como al licenciado Uriel Alejandro García Pérez, colaboradores en diferentes etapas del proceso de mi investigación.

INDICE

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
Capítulo 1. El estrés, tema de interés de la Psicología Ambiental	16
1.1 Estrés	18
1.2. Características de los estresores	21
1.3 Consecuencias del estrés	22
1.4. Afrontamiento del estrés	23
Capítulo 2. Ambientes hospitalarios: diseño y características	28
2.1 Diseño de hospitales	28
2.2 Aspectos técnicos en el diseño de hospitales	32
2.2.1 Áreas del hospital	34
2.2.2 Mobiliario	35
2.3. Factores psicoambientales y psicosociales que propician el estrés en hospitales	36
2.3.1 Factores psicoambientales	37
a. Limpieza	37
b. Iluminación	38
c. Disposición espacial. Orientación y señalización	38
d. Seguridad	39
e. Privacidad	40
f. Aglomeración	41
g. Ruido	41
2.3.2 Factores psicosociales	44
a. Conocimiento y trato del personal de salud	44
b. Atención en casos preoperatorios	45
c. Separación de los familiares	46
d. Comunicación del hospital al paciente y apoyo social	46
2.4 Tipos de pacientes y estrés	48
2.4.1 Los pacientes	48
2.4.2 Repercusiones del estrés durante la estancia hospitalaria	49
Capítulo 3. Tipos de hospitales y percepción de sus servicios	54
3.1 Hospitales por tipo de administración	54

3.2 Hospitales por especialidad	55
3.3 Percepción de la calidad de los servicios de salud en México	56
3.4 El caso de los hospitales gineco-obstétricos en México	60
Capítulo 4. Método	63
Pregunta de investigación	63
Objetivo general	63
Objetivos específicos	63
Hipótesis	63
Variables	64
Participantes	65
Instrumentos	68
Escenario	72
Procedimiento	75
Capítulo 5. Resultados	77
Condiciones de hospitalización	77
Circunstancias del embarazo y la hospitalización	77
Comunicación del hospital a la paciente	80
Comunicación sobre las condiciones de salud de la paciente	80
Comunicación sobre las condiciones de salud del bebé	80
Comunicación a la paciente sobre el día de salida del hospital	81
Autopercepción de salud	82
Apoyo social a la paciente	83
Ubicación hospitalaria	84
Ubicación por piso	84
Ubicación por ala	85
Proporción de pacientes internadas por piso	86
Condiciones del hospital para la relación paciente-visitante	89
Percepción de que el ambiente influye en la salud	90
Experiencias de vida y preocupaciones de las pacientes	93
Actividades durante la hospitalización	94
Sugerencias para mejorar la estancia	95
Recomendarían el hospital.	96
Diferencias significativas por escalas y grupos de acuerdo a datos sociodemográficos y condiciones de hospitalización	98
Diferencias significativas por tener o no pareja las pacientes hospitalizadas	99
Diferencias significativas por escolaridad de las pacientes hospitalizadas	99

Diferencias significativas por tipo de parto de las pacientes hospitalizadas	100
Diferencias significativas de acuerdo a si las pacientes tenían o no a su bebé con ellas	101
Diferencias significativas de acuerdo a si le informaban sobre su salud a la paciente hospitalizada	102
Diferencias significativas por comunicación a la paciente sobre la salud del bebé	103
Diferencias significativas por experiencias desagradables que pudieran desencadenar estrés en la paciente	103
Diferencias significativas de acuerdo al apoyo social de las pacientes hospitalizadas	104
Diferencias significativas por piso de hospitalización de las pacientes	105
Diferencias significativas por “ala” de hospitalización de las pacientes	105
Capítulo 6. Discusión	107
Capítulo 7. Conclusiones	119
Limitaciones y sugerencias	123
Referencias	125
Apéndice A Salas tipo del hospital ginecológico público	134
Apéndice B Croquis de pisos tipo del hospital ginecológico público	137
Apéndice C Cuestionario final aplicado	140
Apéndice D Carta de consentimiento informado	143
Apéndice E Análisis psicométrico comparativo de las escalas de Ortega-Andeane (2002) y Vázquez-Romero (2010)	144

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de las pacientes internadas en un hospital ginecológico público por promedio de hijos	66
Tabla 2 Número de hijos de las mujeres internadas en un hospital ginecológico público	66
Tabla 3 Áreas y reactivos del cuestionario sociodemográfico y de condiciones de hospitalización	69
Tabla 4 Escalas aplicadas en el estudio de mujeres hospitalizadas por causas obstétricas	71
Tabla 5 Planeó el embarazo la paciente hospitalizada por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público	77
Tabla 6 Frecuencia de consultas médicas que tuvo la paciente previamente a la hospitalización en el nosocomio ginecológico público	78
Tabla 7 Causas médicas por las que las pacientes estaban hospitalizadas en un hospital ginecológico público	78
Tabla 8 Tipo de admisión en el hospital ginecológico público y percepción del proceso de hospitalización por parte de la paciente	79
Tabla 9 Tipo de nacimiento del bebé en un hospital ginecológico público	79
Tabla 10 Las pacientes hospitalizadas habían recibido información sobre su salud y persona que le había informado al respecto	80
Tabla 11 Comunicación por parte del hospital ginecológico público con la paciente sobre la salud del bebé	81
Tabla 12 Personas que acompañaron, se informaron y visitaron a la paciente durante su ingreso o permanencia en el hospital ginecológico público	83
Tabla 13 Lugar al que acudirá la paciente internada al salir del hospital ginecológico público	84
Tabla 14 Pacientes encamadas por piso y por sala del hospital ginecológico público	87
Tabla 15 Número de mujeres en cama con las que se encontraba la paciente al ingresar a la sala de hospitalización de un nosocomio ginecológico público	87
Tabla 16 Número de mujeres en cama que estaban en la sala del hospital ginecológico público en el momento de la entrevista	88
Tabla 17 Número de días de hospitalización en un nosocomio ginecológico público que llevaban las mujeres en el momento de la entrevista.	88

Tabla 18 Aspectos del ambiente del hospital ginecológico público que las pacientes consideraban que sí influían en su salud	92
Tabla 19 Factores que producían ruido a las pacientes hospitalizadas en las salas del nosocomio ginecológico público	92
Tabla 20 Acontecimientos desagradables que vivieron o habían vivido las pacientes hospitalizadas en el nosocomio ginecológico público	93
Tabla 21 Principales preocupaciones de las pacientes hospitalizadas en un nosocomio ginecológico público	94
Tabla 22 Actividades que realizaban las pacientes durante su hospitalización en un nosocomio ginecológico público	95
Tabla 23 Sugerencias de las pacientes para mejorar la estancia hospitalaria en un nosocomio ginecológico público	95
Tabla 24 Recomendarían el hospital ginecológico público las pacientes internadas y causas de recomendación	97
Tabla 25 Diferencias por grupo de acuerdo a si tenían o no pareja las mujeres hospitalizadas por causas obstétricas	99
Tabla 26 Diferencias por grupo de acuerdo al nivel de escolaridad de las mujeres internadas en un hospital ginecológico público	99
Tabla 27 Diferencias por grupo de acuerdo a si el bebé nació por parto normal o por cesárea en un hospital ginecológico público	100
Tabla 28 Diferencias por grupo de acuerdo a si la paciente tenía o no a su bebé recién nacido a pie de cama en el hospital ginecológico público	101
Tabla 29 Diferencias por grupo de acuerdo a sí a la paciente internada se le informaba sobre su salud en el hospital ginecológico público	102
Tabla 30 Diferencias por grupo de acuerdo a si a la paciente internada se le informaba sobre la salud de su bebé recién nacido en el hospital ginecológico público	102
Tabla 31 Diferencias por grupos de pacientes internadas con y sin experiencias desagradables en los últimos días (antes o durante la hospitalización)	104
Tabla 32 Diferencias por grupo de acuerdo a la persona que se informaba del estado de salud de la paciente hospitalizada en un nosocomio público	105
Tabla 33 Diferencias por grupo de acuerdo al ala en la que estaban internadas las pacientes del hospital ginecológico público	105

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público	65
Figura 2. Tienen o no pareja las mujeres hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público	67
Figura 3. Escolaridad de las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público	67
Figura 4. Ocupación de las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público	68
Figura 5. Croquis de las características generales de un área de hospitalización (localización de camas) de un nosocomio ginecológico público de la Ciudad de México	73
Figura 6. Sala hospitalaria del segundo piso del ala oriente las pacientes tienen a sus bebés a pie de cama	74
Figura 7. Sala hospitalaria del tercer piso ala poniente se localizan las pacientes con algún problema ginecológico	74
Figura 8. Sala hospitalaria del tercer piso ala oriente, se localizan las pacientes con problemas durante el parto	75
Figura 9. La paciente tenía conocimiento sobre el día en que saldría del hospital ginecológico público	81
Figura 10. Autopercepción del estado de salud de la paciente internada en un hospital ginecológico público, en el momento de la entrevista	82
Figura 11. Pacientes hospitalizadas por piso en el nosocomio ginecológico público	85
Figura 12. Pacientes hospitalizadas por ala del nosocomio ginecológico público	85
Figura 13. Paisaje exterior del ala oriente del hospital ginecológico público	86
Figura 14. Mujeres hospitalizadas en el nosocomio ginecológico público conversando en una de las salas del tercer piso en el que no están con su bebé a pie de cama	87
Figura 15. Opinión de las pacientes hospitalizadas sobre el tiempo de visita en el nosocomio ginecológico público	89
Figura 16. Las pacientes hospitalizadas identificaban lugares privados para recibir visitas en el nosocomio ginecológico público	90
Figura 17. Percepción de las pacientes hospitalizadas de que el ambiente físico del nosocomio ginecológico público influye en su salud	91

RESUMEN

Es indiscutible que el ambiente influye en el comportamiento, sobre todo en determinadas situaciones y lugares, como son las clínicas u hospitales, entornos que suelen desencadenar estrés en el individuo.

El presente trabajo indagó los factores psicosocioambientales de confort físico e imagen institucional que provocaban estrés en las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas. Colaboraron 200 mujeres internadas en un nosocomio de carácter público de la Ciudad de México. Se aplicó un cuestionario con datos sociodemográficos y de condiciones de hospitalización, además de tres escalas válidas y confiables para población mexicana denominadas Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación; Escala de Imagen Institucional y Escala de Evaluación Ambiental, algunos de sus reactivos fueron modificados por las características de la muestra, por lo que se procedió nuevamente a realizar su análisis psicométrico.

Los resultados mostraron que factores psicosociales fueron muy importantes para que se evaluara favorablemente al hospital y bajo esta visión se tuviera menos estrés. Los factores psicoambientales inicialmente no fueron del todo reconocidos por las pacientes hospitalizadas. No obstante, se observó que algunos de éstos sí influyeron en su estrés, como fueron el equipamiento, la señalización y la ubicación de su cama en el hospital. El ruido fue un factor que las pacientes identificaron y que a algunas les incomodó. A pesar de que no tenían privacidad, ésta no fue un factor de estrés, ni tampoco lo fue el hacinamiento.

Palabras clave: Estrés, estrés ambiental, estrés en hospitales, estrés en mujeres hospitalizadas, mujeres en hospital ginecológico.

ABSTRACT

Undoubtedly the environment influences human behavior, especially in some circumstances and places. For instance, when a person is hospitalized, this usually results in a stressful situation.

The present study researched the psychosocialenvironmental aspects as physical confort and institutional image that produce stress in women who were hospitalized due to obstetrical reasons. Two hundred women hospitalized in a public hospital in Mexico City participated. A questionnaire that included social-demographic and condition of hospitalization data, in addition, three valid and reliable scales for Mexican population were applied. One was a list of adjectives of stress and activation, as well as an institutional image scale, and an environmental evaluation scale. Some of the questions were modified due to the characteristics of the sample. As a result, another psychometric analysis was performed.

The results showed that psychosocial factors continue to be extremely important in order for a hospital to be favorably evaluated. Under this type of vision the patient experienced less stress. Initially environmental factors alone could not be blamed for stress, nevertheless, some did produce stress in the women who were hospitalized, they were the equipment, the signs, and the location of their bed in the hospital. Noise was also a factor mentioned by the patients and it made some feel uncomfortable. Although they didn't have privacy, it was not a cause of stress nor overcrowding was identified either.

Key words: Stress, environmental stress, stress in hospitals, stress in women hospitalized, women in gynecological hospital.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo el objetivo de analizar las fuentes de estrés que percibió un grupo de mujeres hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio público de la Ciudad de México. La importancia de este estudio radica en explicar aquellos aspectos del ambiente físico y social de un hospital que favorecen el estrés, los cuales en ocasiones no se atienden, lo que puede provocar en las pacientes incomodidad, enojo, desesperación, tristeza, aislamiento o depresión y con ello alteraciones en sus relaciones interpersonales y en su propia recuperación, lo que reflejaría una gran contradicción, ya que se acude a un hospital para mejorar la salud no para alterarla.

Uno de los grandes temas que preocupa a la sociedad contemporánea es el estrés, presente cada vez con más frecuencia en las zonas urbanas, en un mayor número de individuos y en diferentes etapas de la vida. Selye (1956) es uno de los precursores del tema y lo define como “el estado manifestado por un síndrome que consiste en todos los cambios no específicos, indicados dentro de un sistema biológico” (p. 54). Por su parte, Cohen, Kessler & Underwood (1997, citados en Ortega-Andeane, 2002) consideran al 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.

Las causas del estrés son de índole social, económico, psicológico, físico y ambiental y se ha observado que existen situaciones y contextos en donde es más común que se presente, encontrándose con mayor frecuencia en ambientes urbanos que en rurales; en actividades o profesiones con altos niveles de responsabilidad y/o de riesgo como son pilotos, controladores aéreos y médicos;

en algunas industrias y hospitales, por los riesgos que implican sus construcciones y materiales empleados, así como por las actividades que se realizan en ellos. En dichos lugares los aspectos generadores de estrés que se deben considerar son: ubicación y dimensión del inmueble, tipo de construcción, condiciones físicas (ventilación, temperatura, ruido) y medidas de seguridad. Estos factores aunados a las características y circunstancias de vida de cada individuo influirán en la forma en cómo perciben, manifiestan y afrontan el estrés (Ortega-Andeane, Domenech, Reidl Martínez y Estrada Rodríguez, 2005; Vera, Firman, Diaz y Busso, 2010; Dorantes Rodríguez y Matus García, 2002; Kalimo, El-Batawi & Cooper, 1988).

En el caso de los hospitales se parte del principio de que son instituciones en donde se da servicio a personas, con alteraciones físicas o psicológicas, que quieren mejorar o mantener su salud y esperan recibir una atención eficiente, oportuna, humana y cálida. No obstante, ésta no siempre se ofrece así, y menos aún en hospitales públicos en donde se debe considerar lo siguiente:

- a) Demanda excesiva del servicio.
- b) Características del personal médico, paramédico y administrativo (variables sociodemográficas, rasgos de personalidad, antigüedad y experiencia laboral).
- c) Características del paciente (variables sociodemográficas, rasgos de personalidad, tipo y nivel de la enfermedad, así como su tiempo de permanencia en el hospital).
- d) Equipo médico (cantidad, calidad de sus materiales, antigüedad, accesibilidad).
- e) Características del inmueble (tipo de construcción, dimensión y distribución espacial de salas de espera y de hospitalización, quirófanos, consultorios, baños).

Todas las características anteriores por sí mismas o en conjunto favorecen que se presente estrés en pacientes. Al respecto, Müller y Parra Casado (2015) señalan

que “el ámbito hospitalario es un campo de estudio clave para la psicología ambiental, pues en ese entorno habitan personas que son más sensibles y vulnerables a los condicionantes de los espacios físicos y factores ambientales” (p. 149).

En México son muy pocos los trabajos que existen sobre ambientes hospitalarios bajo un enfoque psicosocioambiental y menos aún los estudios efectuados en instituciones públicas, de ahí la importancia de hacer esta investigación. Ortega-Andeane (1992) junto con otros investigadores, desde hace más de 25 años, ha trabajado el tema en hospitales públicos y privados de la Ciudad de México y es precisamente una de esas investigaciones (Ortega-Andeane, 2002) el marco de referencia para iniciar este trabajo. En su estudio del 2002, la autora encontró que de acuerdo a los servicios a los que acudían las pacientes se presentaban diferentes manifestaciones del estrés (inquietud, preocupación, aflicción, tensión, molestia, intranquilidad e irritabilidad). Por ejemplo, era mayor el estrés entre las mujeres que asistían al servicio ginecológico que las que acudían a obstetricia; entre las que esperaban más tiempo en entrar a consulta que las que esperaban menos y entre las que esperaban en la sala general que las que lo hacían afuera de los consultorios, todo esto se debía a lo siguiente: el tiempo de espera era menor, la paciente físicamente estaba más cerca de la puerta del consultorio y por lo tanto “tenía más control” al observar quién entraba y quién salía del mismo.

En el caso de la presente investigación también se trabajó en un hospital ginecológico de la ciudad de México; en esta ocasión con pacientes hospitalizadas por razones obstétricas, lo que permitió conocer su percepción psicosocioambiental y sus manifestaciones de estrés durante su estancia médica.

Desde una perspectiva psicosocial y psicoambiental es muy importante saber cuál es la percepción de los factores de estrés que tienen estas mujeres, ya que se esperaría que la etapa de vida en la que se encuentran tanto ella como su hijo(a) recién nacido(a) debería significar un momento de gozo, tranquilidad y seguridad,

a pesar de los momentos de dolor, tristeza y/o miedo por los que pudieron haber pasado antes, durante y después del parto. Se esperaría también que el personal del hospital comprendiera estas emociones con el fin de disminuir el estrés de la paciente y del bebé, pues de lo contrario no solamente se daña la salud de ambos sino que también se puede alterar la dinámica social durante la estancia de la paciente y su hijo.

Con este trabajo, se pretende identificar si existen diferencias entre las manifestaciones de estrés de las mujeres citadas de acuerdo a diferentes variables psicosocioambientales con el fin de contar con elementos para atender, si es el caso, aquellos factores que inciden en el estrés y poder hablar de espacios saludables. El que las autoridades respectivas las atendieran ayudaría a tener una mejor estancia de las pacientes, una recuperación más pronta y por lo tanto una mejor calidad de vida hospitalaria de ellas, de sus bebés, si los tienen, y seguramente del personal médico y paramédico.

Las aportaciones que puede tener esta investigación a la psicología ambiental son diversas; desde una perspectiva teórica, el continuar con una línea de trabajo fortalece resultados anteriores o los cuestiona, el que en esta ocasión participe otro tipo de población permitió indagar más sobre el tema de estrés en ambientes hospitalarios.

Desde la perspectiva metodológica también ofrece una contribución ya que aunque los instrumentos que se aplicaron eran válidos y confiables para la población mexicana que se encuentra en salas de espera de hospitales (Ortega-Andeane, 2002), se sometieron una vez más a un análisis psicométrico debido a que se modificaron y agregaron algunos reactivos considerando los objetivos del estudio y la población con la que se trabajó, lo que permitió confirmar y/o refutar la potencia de los ya existentes y disponer de instrumentos válidos y confiables para otro tipo de población.

El acudir a un escenario real, en este caso un hospital, favoreció la investigación ya que se pueden generar propuestas a partir de las opiniones de los propios usuarios, lo que puede contribuir no solamente al área de la psicología ambiental, sino también a las áreas de: psicología social, educativa y del trabajo, además de otras disciplinas como es la arquitectura o el diseño. Desde la psicología educativa y laboral se puede atender el problema detectado, diseñando programas educativos de tipo preventivo para las mujeres hospitalizadas (control de estrés) e impartiendo cursos y/o talleres dirigidos al personal médico y paramédico con el fin de actualizarlos en el tema del estrés y sensibilizarlos al trato con las pacientes. Para los arquitectos y diseñadores es de gran importancia saber cómo un diseño hospitalario construido hace más de 45 años puede ser favorable o no a la estancia de las pacientes, identificándose las condiciones físicas (de construcción y diseño) que provocan malestar o bienestar y cómo dichas condiciones pueden mantenerse, innovarse o anularse en los nuevos diseños hospitalarios.

CAPITULO 1. EL ESTRÉS, TEMA DE INTERÉS DE LA PSICOLOGÍA AMBIENTAL

La psicología ambiental es la rama de la Psicología que se interesa por investigar la influencia recíproca entre el ambiente físico y el comportamiento humano. El ambiente físico es construido o natural y su impacto es diferente dependiendo de sus propias características, de los individuos y del momento histórico por el que se esté pasando.

El interés sistemático por esta área tiene sus inicios en los años sesentas del siglo XX, se debe entre otros factores al desarrollo industrial de la sociedad occidental y a sus efectos, como son la introducción de nuevas tecnologías, las migraciones a las ciudades, los requerimientos de vivienda, transporte y vialidades, así como a sus consecuencias en el ambiente físico, por ejemplo la contaminación en todas sus expresiones.

Para Stokols (1987, citado en Estrada, Reidl y Ortega, 2002) los ambientes se describen considerando aspectos físicos (geografía, arquitectura, tecnología, etc.) y aspectos sociales (cultura, economía, política). El ambiente también tiene atributos independientes (luz, temperatura, ruido, densidad espacial, tamaño del grupo) o atributos en términos de relaciones, compuestas por muchos rasgos, como establecimientos conductuales, ambiente grupal apropiado y clima social.

De acuerdo con Teikari (1995), las características del ambiente físico pueden influir directamente en el comportamiento y el bienestar del usuario. Las diferencias psicológicas individuales son modificadoras importantes de la percepción y evaluación ambiental. Éstas se basan principalmente en experiencias individuales adquiridas del medio cultural, por lo que cada individuo también adopta normas socioculturales, actitudes y destrezas específicas del ambiente social en que se desenvuelve, lo cual condiciona las interrelaciones ambientales (Teikari, 1995 en Cedrés de Bello, 2000a).

Para Moser (2002, en Guevara y Mercado, 2002) la Psicología Ambiental funciona en cuatro niveles: “**el nivel I** del microambiente, (el espacio privado, la habitación, el espacio privado en el lugar de trabajo), **el nivel II** (nivel interindividual y de la comunidad a proximidad): los ambientes a proximidad (los espacios compartidos) espacios semipúblicos, habitación colectiva, el barrio, el lugar de trabajo, los parques, espacios verdes. **El nivel III** (individuo/comunidad, habitantes; conglomerado de individuos: los ambientes públicos colectivos (ciudades, pueblos, campo, paisaje) y **el nivel IV** nivel social: el ambiente global, el ambiente en su totalidad, englobando el ambiente construido y el natural” (p. 239).

Los estudios de psicología ambiental se han orientado a diferentes ambientes físicos entre los que destacan los construidos y cerrados como son: viviendas individuales y colectivas, centros escolares en sus diversos niveles educativos, centros laborales (oficinas, industrias), centros de salud (clínicas y hospitales) y en menor proporción centros comerciales, recreativos, religiosos y de reclusión.

En el caso de México, se ha trabajado más en ambientes urbanos y algunos de los temas que se han tratado han sido: habitabilidad (Mercado, López y Landázuri, 2002); sintáxis espacial (Estrada, 2003); percepción de riesgo (Bravo y Urbina, 2006); ambientes laborales (López, Ortega, Reidl y Estrada, 1998); estrés (Valadez, Bravo y Vaquero, 2008); conductas proambientales (Corral-Verdugo, 2002; Bustos, 2004) y ambientes hospitalarios (Ortega-Andeane, 2002 y Ortega-Andeane et al. 2005), entre otros.

Uno de los ambientes que es muy importante atender debido a que es responsable de tratar la salud de los individuos, es el hospitalario, constituido por lugares públicos en donde se conjugan diferentes usuarios, áreas y equipo, con el fin de mantener la salud de los que acuden ahí como pacientes; sin embargo, son entornos en los que se han encontrado factores que provocan estrés, concepto muy usado en diferentes medios y situaciones y del que es indispensable partir de

su definición y abordaje desde la perspectiva psicoambiental para poder entender su presencia en el caso de los hospitales.

1.1. Estrés

El estrés es una palabra que deriva del latín, la cual fue utilizada con mucha frecuencia durante el siglo XVII para representar "adversidad" o "aflicción". A finales del siglo XVIII su utilización evolucionó a "fuerza", "presión" o "esfuerzo", puesta en práctica en primer lugar por la propia persona, su cuerpo y su mente. El concepto del estrés no es nuevo, pero fue al principio del siglo XX cuando las ciencias biológicas y sociales iniciaron la investigación de sus efectos en la salud del cuerpo y de la mente de las personas (IDESIP, 2007).

El término estrés fue introducido por el médico fisiólogo Hans Selye y no tenía traducción al español, originalmente se refirió a las reacciones inespecíficas del organismo ante estímulos tanto psíquicos como físicos, involucrando procesos normales de adaptación (eustrés), así como anormales (distrés). El autor lo define como una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo, demanda externa que excede los recursos disponibles. Esta respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida. Así, por ejemplo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, las frecuencias cardíaca y respiratoria se incrementan de manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer la demanda de las respuestas al peligro. Para ello, la sangre es dirigida a áreas prioritarias, como son: corazón, pulmones, riñones, hígado, músculos grandes y el cerebro. En ese momento funciones no prioritarias como la digestión y circulación periférica son disminuidas en forma dramática (Mainieri, 1999).

Leka, Griffiths y Cox (2004) señalan que “el estrés es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades por otro”. Para Lazarus (1966, en Mainieri, 1999) el estrés es "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

Los estudios originales de Selye (1956) se hicieron a partir del "síndrome general de adaptación" descrito como la respuesta general de organismos a estímulos "estresantes".

Selye (1956) describió que la respuesta orgánica se da en tres momentos:

1. Fase de alarma (prepararse para la lucha o la huida).
2. Fase de resistencia.
3. Fase de agotamiento.

El estrés es entonces, la respuesta del organismo a una demanda real o imaginaria, que nos obliga a un cambio. Las situaciones estresantes, llamadas estresores, pueden causar el cambio o adaptación y son de un espectro muy amplio van desde el enojo transitorio hasta sentirse amenazado de muerte, desde la frustración o la angustia hasta el temor que nunca cede. A veces la causa difiere; puede ser muy favorable como ascender un puesto en la empresa o algo muy desfavorable como perder el empleo, en ambos casos se provoca estrés. El fallecimiento de un familiar produce estrés pero también el nacimiento de un hijo y agrega el autor que tanto el estrés positivo (eustrés) como el negativo (distrés) comparten las mismas reacciones.

Por lo que:

1. Todo estímulo externo o interno, físico o psíquico provoca en el organismo una reacción.

2. Las reacciones pueden ser específicas o inespecíficas.
3. Las reacciones orgánicas persiguen dos fines: preparar defensas inmediatas (lucha o huida) o desencadenar procesos de adaptación.

“Si los estímulos son muy intensos, se repiten frecuentemente o persisten por mucho tiempo se satura la capacidad de adaptación y se presenta la desadaptación alterándose la homeostasis orgánica” (Mucio-Ramírez, 2007, p. 123)

Para Lazarus (2000) el estrés sería "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar." Agrega el autor en su libro Estrés y Emoción "una persona se halla estresada sólo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o viola expectativas altamente valoradas",p.72.

Por su parte, Bell, Greene, Fisher & Baum (2002), señalan que el estrés será la reacción que tiene el individuo a diferentes circunstancias y que incluirá componentes emocionales, comportamentales y fisiológicos, denominando estrés psicológico al que incluye los dos primeros elementos y estrés sistémico al que se refiere a elementos fisiológicos, sin embargo, consideran los autores que ambos están íntimamente relacionados.

Es importante mencionar que para Lazarus (2000) el estrés tiene una relación directa con las emociones y ambas con la valoración que se hace de los acontecimientos, "el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa (valora) las transacciones con el entorno" (p. 47), por lo que no todos los sucesos son valorados de la misma forma por todas las personas. Ellas y sus circunstancias serán las que consideren que una situación puede ser estresante, el grado de vulnerabilidad de la persona ante determinados estímulos también puede ser un factor que desencadena el estrés. "...algunas características de

personalidad ayudan a las personas a resistir los efectos perjudiciales del estrés. Entre dichas características se incluyen el sentido de la auto-eficacia, la habilidad para pensar en términos constructivos, la resistencia, la esperanza o el optimismo” (p. 69).

1.2 Características de los estresores

Los estresores son los estímulos o elementos que desencadenarán el estrés en el individuo, éstos pueden ser de carácter social (personales) o ambiental, entre los estresores ambientales se encuentran eventos cataclísmicos éstos variarán de acuerdo a la severidad o frecuencia en que se presenten, a la interpretación que demos a ellos, a la forma en que los enfrentemos y al apoyo social empático que se tenga (Bell et al. 2002). Como estresores cataclísmicos destacan los desastres naturales, la guerra y accidentes nucleares que suelen ser impredecibles, repentinos; todos ellos afectan a muchas personas, requieren de un gran esfuerzo colectivo para enfrentarse.

Entre los estresores personales se encuentran una enfermedad, un romance, la pérdida o muerte de un ser amado, la pérdida de un trabajo. Este tipo de estresores afecta a un menor número de personas y por lo mismo puede contar con menor apoyo social, en comparación con un evento cataclísmico.

Los estresores “de fondo” son menos poderosos, más graduales, pero más crónicos y quizás hasta rutinarios, Rotton (1990, en Bell et al. 2002) dice que hay dos de estos tipos de estresores, los microestresores que son estables, de baja intensidad; y los estresores ambientales que son crónicos, como puede ser el ruido, la contaminación, el hacinamiento o los congestionamientos viales, todos ellos demandan de nosotros una adaptación al lugar. Los microestresores pueden impactar a una sola persona y los ambientales a un gran número de ellas. Mientras uno solo de los estresores no causa grandes problemas, varios microestresores simultáneos, a decir de Bell et al. (2002), pueden ser tan

perjudiciales como un estresor cataclísmico, y pueden requerir mucho esfuerzo para adaptarse y enfrentarse a él o ellos. Como no se ve tan impactante como los otros tipos de estresores, a veces no se cuenta con el apoyo social para enfrentarlos. Cabe mencionar que si el estresor es persistente puede desencadenar desesperanza.

1.3 Consecuencias del estrés

La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles si se suprime o mejora la causa; o si se está en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes, desencadenando con ello alguna enfermedad.

Guerrero Barona (1996) señala que el estrés puede inducir 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" (estrategias de afrontamiento nocivas como fumar, beber alcohol, conductas de riesgo) o bien inhibir conductas relacionadas con la salud, como el ejercicio físico.

El estrés puede contribuir al desarrollo de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, hipertensión, úlceras pépticas, inflamaciones intestinales, problemas musculares y de huesos. Además, las evidencias sugieren que el estrés altera las funciones inmunológicas, facilitando posiblemente el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas (Sandin, 2003; Du Nann Winter & Koger, 2004).

Los problemas de ansiedad, depresión, neurosis, alcohol y drogas van claramente asociados al estrés. Estos últimos contribuyen a la incidencia de accidentes, homicidios y suicidios. Consideradas en conjunto, estas alteraciones son las responsables de la gran mayoría de enfermedades, fallecimientos, incapacidades

y necesidad de atención médica en los Estados Unidos (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1996).

De acuerdo con datos de Osborn (2000), la Confederación de la Industria Británica estimó que el costo de las ausencias por enfermedad por motivo de estrés y de sus consecuentes alteraciones psicológicas superaba los 5 300 millones de libras anuales.

Se ha observado que la tensión psíquica puede producirse temporalmente en ocupaciones con frecuentes exigencias ocasionales o como una forma de vida en otras ocupaciones, como puede ser el caso de los médicos (Escribá-Agüir y Bernabé-Muñoz, 2002a). Esto puede llevar a una sensación de atrapamiento, fracaso, pérdida del control y de autoestima.

1.4 Afrontamiento del estrés

Fue Lazarus (1966) quien, de una manera consistente, consideró las variables intermedias entre el estímulo y la reacción de los sujetos. Dependiendo del grado en que un evento es considerado como amenazante, dañino o desafiante se presenta un conjunto de variables mediadoras, como la actitud hacia el estresor, la experiencia anterior en relación con él, la anticipación de sus consecuencias y la evaluación de sus costos. Lo que desencadena una reacción de estrés no es tanto el estímulo en sí, sino la interpretación o valoración que se haga del estresor con relación a la capacidad para hacerle frente. Para el autor la variable que puede influir específicamente en la producción de enfermedad está en la relación que se establece entre el individuo y el entorno, expresada ésta en el concepto de estrategia de afrontamiento.

Afrontar remite a la idea de conducta resolutiva de problemas, encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio. “El término proviene de la psicología cognoscitiva y es muy utilizado en disciplinas vigentes como la

psicología de la salud. Implica un proceso amplio y recurrente de introspección, aprendizaje, corrección de uno mismo, ensayo propio y aplicación de pautas recogidas de fuentes externas. La manera de afrontar la enfermedad depende de la naturaleza del problema, así como de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales disponibles” (Sivak, 2001).

Weisman (1998, en Sivak, 2001) señala que existen formas adecuadas e inadecuadas de afrontar las situaciones, ellas son las siguientes:

Formas adecuadas de afrontamiento:

- Optimismo, se sobreponen a los problemas y mantienen alta la moral.
- Son prácticos; se fijan en los problemas y obstáculos inmediatos en vez de esperar una resolución ideal a largo plazo.
- Al elegir entre una gama de estrategias no pierden recursos, los aumentan.
- Para el manejo de las situaciones toman en cuenta las consecuencias.
- Son flexibles y abiertos a las sugerencias; no pierden su capacidad de decisión.
- Conservan la calma y evitan los extremos emocionales que afecten su raciocinio.

Formas inadecuadas de afrontamiento:

- Son rígidos en sus planteamientos, son poco tolerantes..
- Son renuentes a comprometerse con otros o a solicitar ayuda.
- Tienden a la negación excesiva, con incapacidad de centrarse en los problemas principales.
- Suelen ser más pasivos de lo habitual careciendo de iniciativa propia.

Por lo tanto, no siempre se tiene éxito con las diferentes estrategias de afrontamiento, y así lo reporta Fierro (1997) cuando menciona, “En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas, no siempre se resuelve la amenaza, se "negocia" con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. También hay afrontamiento en situaciones como la del "aterriza

como puedas". El afrontamiento, en suma, entraña siempre la adquisición de un cierto "control" de la situación, pero un control que oscila mucho: desde el dominio ("mastery"), el hacerse dueño de la situación, hasta el simple "apañárselas como uno pueda" o, todavía menos, un somero control de sólo las emociones suscitadas por el evento estresante.

Las modificaciones de los procesos nerviosos y hormonales producidas por el estrés, junto con sus consecuencias, pueden ser controladas por tres mecanismos básicos:

- Modificación de la conducta emocional.
- Modificación del estilo de vida.
- Terapia farmacológica y/o médica especializada".

(Fierro, 1997).

Para autores como Meichenbaum y Turk, (1982, en Buceta y Bueno, 1995) existen diferencias generales entre las personas, en su modo de valorar las situaciones estresantes, estableciendo tres tipos generales de personas:, autoeficaces, autoreferentes y negativistas. Al respecto Labrador (1993, en Guerrero Barona, 1996) propone que los individuos que evalúan las situaciones estresantes, centrándose en las demandas de la situación son "sujetos autoeficaces, analizan cómo manejar la situación, se centran en el problema; otros lo hacen en sí mismos (sujetos autoreferentes; se preocupan en cómo les afecta la situación, se centran en la emoción) y otros en cambio lo hacen negando el problema o las demandas del medio (sujetos negativistas). Los sujetos autoeficaces llevarían mucho mejor la situación estresante" p. 66.

Las personas autoeficaces, autoreferentes y negativistas se pueden encontrar en todos los ambientes, uno de ellos es el hospitalario, tanto a nivel de pacientes como de personal médico, paramédico y administrativo, agudizándose su perfil no sólo por el rol que juegan en el hospital sino por las características mismas de esos entornos. El estudio de Escribá-Agüir y Bernabé-Muñoz (2002b) confirma por

ejemplo que las estrategias de afrontamiento de los médicos son dos, unos se centran en el problema y otros en las emociones.

Como se ha venido señalando los riesgos del estrés son de tal impacto que el individuo puede llegar a requerir los servicios hospitalarios para su atención, como es el caso extremo de paros cardiacos o embolias (Du Nann Winter et al, 2004; Barnes & Orme-Johnson, 2008). Pero también el estrés se puede presentar aún en el hospital, no sólo por las características de su diseño y construcción sino también por el motivo por el que se asiste; muchas personas presentan estrés antes de ir a consulta, cuando se está en las salas de espera (Ortega-Andeane, P., Estrada, C., Reidl, L., López, E., Velázquez, A. Chávez, V., Solorio, F., Chávez V. Solorio, F. y Meza, D. 2000), en la consulta misma o cuando se acude a una intervención quirúrgica programada o de urgencia. Para García Marcos, Martí-Bonmatí, Martínez, Vilar, Katic, Lemercier y Díaz Dhó (2012), la enfermedad y la hospitalización son momentos estresantes para los pacientes de quienes se espera que se adapten a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento, pero en cada uno de esos momentos el paciente se enfrenta al temor por la gravedad de la enfermedad o novedad de la situación en la que se presenta el estrés por: la demora en la atención, la frialdad del ambiente hospitalario y la probable atención rápida e impersonal del personal de salud.

Lo más sorprendente, es que se presenta estrés cuando se acude al hospital por un motivo que socialmente ha sido calificado como muy favorable: el nacimiento de un hijo. Se esperaría que este evento provocara alegría pero en el momento de acercarse el nacimiento (López-Valverde, Fernández, Páez, Ortiz y Alvarado, 2001) y definirse si se requerirá o no cesárea se puede producir estrés, se llega a hablar del distrés psicológico al final del embarazo asociado con un aumento de partos prematauros, por lo que entre los estresores que se pueden presentar en estos casos son las experiencias vividas durante el embarazo (Grandia, González, Naddeob, Basualdoc y Salgado (2008) además de los posibles riesgos que se puedan tener durante el parto y los costos de la atención hospitalaria, entre otros.

De hecho, el embarazo y el nacimiento de un hijo son sucesos vitales que aparecen en la Escala de valoración del reajuste social elaborada por Holmes y Rahe (en Lazarus, 2000) y que por lo tanto pueden provocar estrés en las mujeres.

Por lo anterior, es importante abordar sobre las características generales de los hospitales, para que más adelante se trate de cómo algunas de ellas pueden ser factores de estrés.

CAPITULO 2. AMBIENTES HOSPITALARIOS: DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS

2.1 Diseño de hospitales

Los hospitales cobran gran importancia para el desarrollo de la sociedad ya que contribuyen a preservar la salud de sus integrantes. De ahí la necesidad de contar con hospitales bien diseñados que puedan ofrecer una atención eficiente, oportuna y con calidad en todas sus áreas, que tengan como objetivo favorecer la pronta recuperación de los pacientes, el mejor desempeño de su personal y la menor posibilidad de generar estrés en todos ellos. Para Roldán Talens, Lozano Lapidra y Cifre Gallego (2015), el ambiente hospitalario va a determinar en gran medida el proceso de recuperación del paciente y el estrés que puede desarrollar o no.

De los estudios sobre hospitales destaca el trabajo de Ulrich, Zimring, Quan & Joseph (2006), ellos revisaron en 2005, 133 trabajos de investigación en centros de salud de diferentes niveles, en donde se abordaban una diversidad de temáticas, encontrándose con frecuencia trabajos sobre estrés, seguridad, higiene y ruido, destacando la necesidad de poner atención, por ejemplo, en el diseño de los hospitales, en los procesos de los tratamientos, así como en el desempeño y rol que juegan cada uno de los usuarios de los hospitales, debido a que todo ello impacta en los procesos de recuperación del paciente y en la percepción que se tiene del hospital y del cuerpo médico.

Por lo tanto, al diseñar un ambiente hospitalario se debe considerar a todos los usuarios y los siguientes factores: ruido, iluminación, temperatura, calidad del aire, color, equipamiento, mobiliario, privacidad e higiene, ya que las necesidades no satisfechas causan tensión, inconformidad e insatisfacción y con ello desencadenan estrés (Clancy, Isaacson & Henriksen, 2007). Hay que diseñar

ambientes curativos en donde se busque un ambiente acogedor y agradable para pacientes y personal asistencial, esto se logra cuando el diseño arquitectónico toma en cuenta la luz natural, vistas al exterior, privacidad, control de la iluminación, accesibilidad, facilidad de comunicación, señalización clara, así como materiales de construcción, acabados y mobiliarios adecuados (Cedrés, 2011).

Una de las variables de gran riesgo en los hospitales son las propias enfermedades y formas de atención de éstas. Sáinz de Murieta, Astier, Erdozain, Lanceta, Ramos y Rubio (2000) mencionan que “Las características del hospital en la actualidad, con alta tecnología y con un gran movimiento de personas en su interior, tanto pacientes como visitantes e incluso el personal sanitario que lo atiende, crean un ambiente en el que muchos gérmenes encuentran un medio adecuado para desarrollarse y propagarse. Por ello la aparición de enfermedades infecciosas en su ámbito va a depender del germen, del enfermo y del propio ambiente” (p. 243).

Por lo que no solamente es deseable poner atención en la separación de las áreas de especialidad por las características demográficas de los pacientes, también el tipo de enfermedades o condiciones de salud del paciente se debe tomar en cuenta en el momento del diseño del hospital. Se ha encontrado por ejemplo que “los gérmenes que con más frecuencia producen infecciones nosocomiales en relación con la infraestructura hospitalaria son *Aspergillus* (A), *Legionella* (L), y *M. Tuberculosis* (Mt). Se agrega que las principales áreas críticas en los hospitales son: las instalaciones de aire acondicionado y ventilación de habitaciones de pacientes inmunocomprometidos (UVI, transplantes) o pacientes contagiosos (tuberculosis activa); los quirófanos, y la red de abastecimiento de agua. Se menciona que las actividades de limpieza, mantenimiento, vigilancia y control son fundamentales y se propone la elaboración de un plan de actuación coordinado en cada hospital entre los servicios implicados en este proceso como son: servicio de obras y mantenimiento, unidad de limpieza, servicio de medicina preventiva y

gestión de calidad, y servicio de microbiología liderado por la dirección de cada centro (Astier, Gost, Redín, Manrique, Lameiro y Echeverria, 2000).

El ambiente físico externo es un posible factor de riesgo para algunas enfermedades respiratorias e intestinales y en ocasiones se dificulta su control pero en el caso del ambiente construido se tienen muchas posibilidades de ser más controlado desde su diseño. Al respecto, Cedrés de Bello (1998) va más allá pues no solamente habla de la salud física que se debe atender en los hospitales sino también de la relación entre humanización y diseño hospitalario, en el sentido de mejorar el trato con las personas y hacer que todos los usuarios del hospital se encuentren a gusto en donde están.

Kaiser (1998) señala que a través del diseño se pueden estimular o inhibir ciertos comportamientos, sin embargo, no podemos ignorar los factores socioculturales de los individuos. Estos factores determinan los patrones de conducta aprendidos durante la vida de una persona; agrega que si queremos una persona saludable, debemos rodearla de un ambiente saludable. Varias investigaciones sobre hospitales han demostrado que su diseño físico puede incrementar seguridad y calidad, particularmente reducir infecciones y estrés, lo que favorece los niveles de satisfacción de los pacientes y en general de los usuarios (Ulrich, et al. 2006; Zimring, Ulrich, Joseph, & Quan, 2006).

En el diseño de los ambientes hospitalarios, además de alcanzar los requerimientos espaciales y funcionales, es importante considerar algunos criterios básicos que colaboran con la humanización de esos ambientes, como son la seguridad y la privacidad.

Cedrés de Bello (1998) dice que respecto a la seguridad, el ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones, especialmente en aquellos casos en que los pacientes y sus familiares estén

atravesando momentos difíciles, como por ejemplo: esperando los resultados de una cirugía, una emergencia, terapia intensiva, o un diagnóstico crucial. Esto se puede considerar al momento de seleccionar los acabados, tomando en cuenta que no hay necesidad de crear todos los ambientes asépticos dando prioridad al mantenimiento. Otro punto importante es la privacidad; la cual es primordial considerar en el diseño de los ambientes en donde se atiende la salud. Esta sensación es crucial para los pacientes que reciben cierto tipo de tratamiento, como es el caso de los que tienen cáncer, quienes manifiestan frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad, temor de ser discriminados o rechazo; por lo que el ambiente físico y el tamaño de los espacios deben proveer adecuados niveles de privacidad (Irepan-Aguilar y Ortega-Andeane, 2011). Lo mismo sucede en la atención ginecológica en la que muchas mujeres temen ser invadidas en su intimidad y demandan ser revisadas con cuidado y con privacidad.

Para Teikari (1995, en Cedrés de Bello, 1998) los requerimientos de calidad de un establecimiento hospitalario pueden ser divididos en tres categorías: funcionales, técnicos y psicosociales.

- a) Los requerimientos funcionales son las dimensiones de los espacios, la ubicación de las áreas, las relaciones interdepartamentales, así como el mobiliario, equipamiento e instalaciones.
- b) Los requisitos técnicos se refieren a partes del edificio, estructuras, materiales, temperatura interna, acústica, iluminación, así como instalaciones técnicas.
- c) Los requerimientos psicosociales se relacionan con la imagen ambiental, cooperación e interacción, privacidad y recuperación de la salud.

Por lo anterior, es importante destacar en términos generales, algunas características técnicas y psicosociambientales de los hospitales en su conjunto para más adelante hablar sobre cómo estos aspectos pueden generar estrés en las pacientes.

2.2 Aspectos técnicos en el diseño de hospitales

Un punto importante que se recomienda en el diseño y construcción de hospitales es el relacionado con las características de su material y equipo, entre las que se encuentran las siguientes recomendaciones de Orozco Africano y Ortiz Ibañez (2011).

Pisos y paredes: Deberán ser construidos con materiales lavables y que no desprendan fibras ni partículas. No deberán ser afectados por los agentes químicos utilizados habitualmente en la limpieza.

Techos: Deberán ser construidos de manera que no queden ángulos expuestos (filosos) y presenten una superficie única (ángulos sanitarios) para evitar la condensación de humedad, polvo u otras posibles causas de contaminación.

Ventilación: Los sistemas de ventilación deben ser diseñados de manera que el aire fluya de las áreas limpias a las sucias y luego se libere al exterior o a un sistema de recirculación por filtro. No deberá haber menos de diez recambios de aire por hora. No se permitirá la instalación de ventiladores en la central de esterilización, pues generan gran turbulencia de polvo en el aire y también microorganismos que se proyectan desde el piso a las mesas de trabajo.

Temperatura y humedad: Se recomienda una temperatura entre 18° C / 22° C, y una humedad de 35 a 70 por ciento. Más calor y humedad favorece el crecimiento microbiano y por debajo de los niveles recomendados pueden quedar afectados determinados parámetros de la esterilización, como la penetración del agente esterilizante.

Piletas para lavado de instrumental: deberán ser profundas, a fin de evitar salpicaduras durante la tarea y permitir la correcta inmersión de los elementos, un factor clave para la correcta limpieza de los mismos.

Sistemas de extinción de incendios: el servicio deberá disponer, en forma visible y accesible, al menos de dos extintores de CO² y/o polvo químico ABC.

Áreas de limpieza: Deberán estar físicamente separadas de todas las demás áreas (preparación, procesamiento, depósito) y ser fácilmente accesibles desde un corredor exterior. La importancia de la separación física se basa en la necesidad de evitar que aerosoles, microgotas y partículas de polvo sean transportados desde el área sucia a la limpia por las corrientes de aire, dado que en este sector (por el tipo de trabajo que allí se desarrolla: cepillado, ultrasonido) se genera una gran cantidad de aerosoles.

Por lo que los pisos, paredes, techos y superficies de trabajo deberán estar contruidos con materiales no porosos, que soporten la limpieza frecuente (diariamente, como mínimo) y las condiciones de humedad.

Por otra parte, *AIA, American Hospital Association*, (1979 en Cedrés de Bello, 2000a) menciona que “en ambientes de trabajo como los hospitales, donde la mayoría de las tareas requieren movimiento en el inmueble, es una condición esencial para funcionar eficientemente el poder adaptarse al ambiente físico mediante el desarrollo de mapas cognoscitivos. La coherencia y legibilidad del ambiente promueve ese desarrollo. Los pacientes y familiares que acuden al inmueble igualmente deben orientarse claramente en su movimiento a través de ella, para lo cual se debe contar con un buen sistema de señalización o mediante símbolos, colores, iluminación, paisajismo, y la propia arquitectura del edificio. Los signos y gráficos que proporcionan mensajes claros y consistentes pueden hacer más para poner a las personas en la dirección correcta y mantenerlos en esa dirección, que llevarlas de la mano. Estos signos pueden transmitir el mensaje de que la institución y su personal manifiestan preocupación por atender las necesidades de los pacientes y visitantes, y que ellos quieren ayudar”.

Roldán Talens et al. (2015) consideran que independientemente de la zona en donde se encuentra el paciente las habitaciones hospitalarias deben poner

atención en los siguientes aspectos: higiene, ventilación, temperatura, tranquilidad y silencio e iluminación, sobre todo la luz solar.

2.2.1. Áreas del hospital

Para desarrollar brevemente el siguiente apartado, se tomó como referencia básica a Plazola (1997), con excepción de los rubros de higiene y limpieza en donde también aparecen citados más autores. Otro aspecto que igualmente requiere ser abordado es el que se refiere al mobiliario, punto que es descrito por la autora del presente trabajo, tomando como referencia su visita a diferentes hospitales públicos y privados de la Ciudad de México.

Entre las áreas más comunes de un hospital se encuentran las siguientes: salas de espera o recepción, consulta externa de especialidades, cubículos auxiliares de diagnóstico, cubículos auxiliares de tratamiento, laboratorio de patología clínica, imagenología, anatomía patológica, urgencias, cirugía (zona del quirófano, partos y expulsión), tococirugía, admisión hospitalaria, trabajo social, puerperio de bajo riesgo y cirugía ambulatoria, terapia intensiva, medicina física y rehabilitación, gobierno u oficinas directivas, biblioteca, central de esterilización y equipos, archivo clínico, farmacia, baños, vestidores de personal, almacén y lavandería. Así como, servicios generales: oficina, cocina, cuarto de basura, comedores, estacionamiento, circulaciones, bodegas, cuarto de máquinas y área de esterilización.

El diseño exterior e interior debe emplear elementos que hagan más agradable la estancia del paciente y del visitante. La organización de los pacientes debe permitir libertad en el movimiento del personal médico y visitantes. La ambientación exterior estará integrada por espacios jardinados, plazas y señales gráficas que orienten al visitante a las distintas áreas. El vestíbulo de recepción debe constar de área de informes, directorio de las partes que componen el

conjunto y sala de espera. Cerca de este espacio se sugiere situar un restaurante, cafetería o locales comerciales.

Los hospitales funcionan en forma modular para tener un mejor manejo y construcción. Su tamaño varía, así como los recursos físicos de cada uno dependiendo de la zona o región donde se ubiquen. La capacidad que tiene cada hospital puede diferir de acuerdo a si son clínicas, centros de salud, hospitales generales regionales o de zona, institutos de investigación. En México por su capacidad resolutive se habla de hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención.

2.2.2 Mobiliario

El mobiliario del hospital es muy variable depende del tipo de hospital y de la propia enfermedad y circunstancias del paciente. No obstante, se pueden encontrar consistentemente cierto tipo de muebles, por el objetivo de esta investigación sólo se desarrollará lo referente a la sala de internamiento.

En el caso de los hospitales públicos de México los muebles existentes están en función del área de que se esté hablando, por ejemplo, en las áreas de hospitalización se tienen salas colectivas, registrándose desde dos hasta ocho personas, como es el hospital de este estudio. En ellas un paciente dispone de una cama y un buró, en algunos casos se tiene un cesto para los desechos y una silla para un visitante; a veces también se cuenta con un “biombo” o cortinas para ofrecerle un poco de privacidad a cada paciente. Existen salas que llegan a tener un lavabo y televisión. Se dispone de botones para llamar al personal médico y paramédico, así como instalaciones eléctricas para equipo especializado. En algunos hospitales públicos se cuenta con salas individuales mismas que suelen ser para pacientes “especiales” por su enfermedad, estatus o recomendación institucional y cuyo mobiliario e instalaciones son semejantes al señalado

anteriormente con excepción de las cortinas divisorias. La decoración en ambos tipos de salas suele ser austera.

En los hospitales privados se encuentran ciertas diferencias en lo que respecta a mobiliario e instalaciones eléctricas, varían por su calidad, modernidad y funcionalidad, además de que los espacios suelen ser más amplios y estar más decorados en comparación con los hospitales públicos. En algunos casos se llegan a tener, al interior de la habitación, salas para recibir a los visitantes además de contar con baño privado, closet, televisión y teléfono. Se espera que estos hospitales ofrezcan más comodidades, confort y privacidad a los pacientes y familiares, llegándose en algunos casos a hablar de que el lugar tiene más la apariencia de un hotel que de un hospital.

A pesar de las comodidades que pueda tener un hospital, existe una serie de elementos que pueden desencadenar estrés en sus usuarios, por lo que es importante mencionarlos en términos generales y señalar que guardan una estrecha relación aunque se intenta hacer una separación entre ellos.

2.3. Factores psicoambientales y psicosociales que propician el estrés en hospitales

Autores como Leventahal, Nerenz y Leventhal, (1982 en Winkel & Holahan, 1985), han señalado que el ambiente físico de un hospital, es decir, su equipo y las condiciones físicas son muy importantes en la prevención y reducción de problemas psicosociales.

Shumaker & Reizenstein (1982) y Carpman, Grant & Simmons (1986) han mencionado que existen cuatro factores que por sus propias características generan estrés en los hospitales, ellos son:

- a) Confort físico: integrado por los siguientes aspectos, temperatura, iluminación, humedad, olor, ruido, mobiliario, equipo, control de botones para llamar al personal médico.
- b) Contacto social: es la posibilidad de regular el contacto social, con pacientes o familiares.
- c) Significado simbólico: está constituido por los mensajes que el diseño transmite a los pacientes y visitantes, quienes van creando una imagen del lugar.
- d) Orientación/señalización: en ambos casos el usuario del hospital tiene la posibilidad de ubicarse y desplazarse tranquilamente por el mismo; el carecer de señalización puede provocar en sus usuarios molestia y ansiedad, además de pérdida de tiempo ya que al no encontrar su destino puede alterar más su estado emocional con el que llega.

2.3.1 Factores psicoambientales

a) Limpieza

Desde el siglo XIX la enfermera Florence Nightingale señalaba la importancia del ambiente físico para preservar la salud de los enfermos en un hospital, “centró su desarrollo teórico principalmente en el entorno, a partir de los problemas higiénico sanitarios que se reflejaron durante la guerra de Crimea. Aseguró que para mantener una atención sanitaria adecuada era imprescindible disponer de un entorno agradable, con agua y aire puro, limpieza, luz y alcantarillado eficaz”. (Pérez, Suárez y Barco, 2003).

La higiene en los centros sanitarios no sólo se limita al material y las instalaciones. El aire es un elemento fundamental, pero también el contar con agua es indispensable para mantener limpios el instrumental y materiales que se utilizan y para el propio aseo del paciente y del personal médico y paramédico. No contar con este cuidado no sólo puede provocar infecciones sino también molestias en

los usuarios (pacientes, personal médico) y con ello alteraciones en su organismo a nivel físico y psicológico (enojo, preocupación, estrés).

b) Iluminación

En lo que se refiere a la iluminación, si ésta es excesiva o muy baja también puede ser otro factor que induce el estrés y esto se ha visto con pacientes hospitalizados por Alzheimer y con adultos mayores (Carpman & Grant, 1993; Edwards & Torcellini, 2002). Eastman, Young, Fogg, Liu & Meaden (1998) encontraron que la luz del sol puede inhibir la depresión.

Beauchemin & Hays (1996) hicieron un estudio en el que participaron pacientes (hombres y mujeres) que no tenían una enfermedad terminal; unos estaban hospitalizados en cuartos iluminados naturalmente y otros en cuartos oscuros. Hallaron que los pacientes permanecían menos tiempo hospitalizados si sus habitaciones tenían luz natural que si estaban en cuartos oscuros; en particular las mujeres permanecían hospitalizadas menos tiempo si estaban en cuartos iluminados. Los mismos autores, en 1998 hicieron un estudio en un hospital psiquiátrico y encontraron que los hombres y mujeres permanecían menos tiempo en el hospital si su cuarto estaba iluminado en comparación con los que estaban en un cuarto oscuro.

c) Disposición espacial. Orientación y señalización

Las circulaciones horizontales y verticales están presentes en cualquier tipo de edificación hospitalaria. Para el funcionamiento correcto es fundamental el desplazamiento adecuado del personal médico, pacientes, objetos y camillas entre zonas. El objetivo es reducir los tiempos y tipos de desplazamientos (rutas largas) así como evitar confusión entre ellas. Las circulaciones también deben considerarse para personas mayores y personas discapacitadas ambas frecuentemente olvidadas aún en ambientes hospitalarios. Esta solución se logra por medio de rampas y con pasamanos en ambos lados de los corredores.

Para el desplazamiento también se tendría que hablar de la señalización. Se ha encontrado que los pacientes y sus visitantes prefieren que se usen términos sencillos como corredor u hospital general a términos más técnicos con los que no están familiarizados, como pabellón médico (Carpman, Grant & Simmons, 1984). El poner atención a estas variables ayuda a que los usuarios, en particular, pacientes y visitantes, no se sientan perdidos en los lugares a los que suelen acudir como son salas de espera, consultorios y áreas de laboratorio, rayos x, además de sanitarios, cajas para pagar los servicios y teléfonos públicos. En el caso de las salas de espera, éstas son un espacio abierto con circulaciones en ambos lados y entre las sillas. Los señalamientos y la simbología en los pasillos deben ser de fácil interpretación. (Ortega-Andeane, 2002).

d) Seguridad

El ambiente físico debe procurar la seguridad de todos los usuarios de un hospital, en este caso de los pacientes y sus familiares. Cuántas veces durante una visita al hospital nos sentimos golpeados por la frialdad del ambiente físico. Todos los materiales reflexivos, el mobiliario de metal, con arreglo al azar, o con dificultad de orientarse, con falta de iluminación o de una vista agradable, todo ello da la impresión de una estructura enorme, opresora y potencialmente autoritaria, en la que la dimensión humana se siente anulada (Prodi y Stocchetti, 1990 en Cedrés de Bello, 2000b; Cedrés 2011). La seguridad se puede procurar proporcionando un ambiente cálido no-institucional, a fin de disminuir el miedo, y aumentar la confianza y autoestima de los usuarios. La confianza se puede lograr con un entorno que permita la tranquilidad del paciente como pueden ser colores en tonalidades pastel, música, caídas de agua, vistas a entornos naturales, luminosidad y señalización.

e) Privacidad

La falta de aislamiento de pacientes que gritan o de los moribundos, despierta desasosiego en los demás enfermos. El sujeto internado necesita privacidad (Chaudhury, Mahmood & Valente, 2003) al igual que tener la oportunidad de contar con juegos y actividades de entretenimiento cuando son hospitalizaciones prolongadas, siempre y cuando no se afecte a los demás pacientes.

Burgos & Paravic (2003) señalan que “La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama y a un “velador” (mesa redonda), sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce” (p. 6). Situación muy común en hospitales públicos en los que la rotación de médicos es frecuente y por lo mismo la auscultación de los pacientes. (Vázquez-Romero y Mena Menendez, 2007a).

La mujer de parto no debe sentirse observada ni manipulada, y esto se confirma con una de las encuestas que se hizo en el proyecto de la Secretaría de Salud de México llamado Aval Ciudadano en el que participó la autora de este trabajo. En el hospital objeto de esta investigación, una de las mujeres entrevistada señalaba que cuando era examinada no le gustaba que otros médicos la estuvieran observando durante la exploración (Vázquez-Romero y Martínez Acevedo, 2006).

El ambiente físico, como el tamaño de los espacios, debe proveer adecuados niveles de privacidad. La espera durante momentos difíciles exige espacios personalizados donde las familias puedan esperar juntas con un mínimo de contacto con los otros pacientes o con el personal del hospital, pues con su comportamiento pueden alterarlos. La privacidad no sólo debe ser para los pacientes; el personal médico y paramédico también requiere tener lugares para comunicar o hablar sobre ciertos diagnósticos, así como para descansar y

conversar a fin de disminuir la tensión que el trabajo exige (Ortega-Andeane, 1992).

f) Aglomeración

Se ha encontrado que los cuartos individuales son los más recomendables ya que la alta densidad puede generar estrés en los pacientes. En Estados Unidos se ha promovido la construcción de cuartos individuales en los hospitales; se ha encontrado que reducen las posibilidades de infección, facilita el trabajo del personal médico y paramédico, provee espacios adecuados para los familiares y da un sentido de privacidad para el paciente y para los comentarios del personal médico sobre el tratamiento sugerido (Bobrow & Thomas, 2000; Gallant & Lanning, 2001; Hohenstein, 2001; Solovy, 2002, Ulrich, 2003). Además de que en los cuartos privados se reducen los niveles de ruido y todo ello contribuye a la reducción de los niveles de estrés de los pacientes.

“Se ha observado que la evaluación ambiental positiva que hacen los usuarios del centro de atención se explica por la imagen positiva que tienen de la institución, por la activación mostrada en su frecuencia cardiaca, dentro de una situación de baja densidad social y con una percepción de estrés en niveles mínimos” (Estrada, Reidl y Ortega, 2002, p. 30). Ortega-Andeane, Estrada, Reidl y López (2000) agregan que se evalúa mejor el ambiente si hay baja densidad, y se encuentra que perciben mejor el ambiente las personas que tienen menos poder adquisitivo. En un segundo reporte, Ortega-Andeane, Reidl, López y Estrada (2000), señalan que variables físicas como ruido, temperatura, ventilación y humedad, así como variables psicosociales (densidad social) afectan la evaluación ambiental que hacen los usuarios de una sala de espera de un hospital público.

g) Ruido

Varios estudios han reportado que los hospitales son muy ruidosos, lo que provoca estrés en sus usuarios (Bentley, Murphy & Dudley, 1977; Chang, Lin &

Lin, 2001; Morrison, Hass, Shaffner, Garrett & Fackler, 2003; Cmiel, Karr, Oliphant & Neveu, 2004, Banda Macedo y Fustamante Castillo, 2015). Entre las fuentes de ruido destacan por ejemplo el equipo del hospital, los teléfonos, los timbres (alarmas), las máquinas, las conversaciones del personal como son las de enfermeras y los empleados administrativos, los pacientes que se quejan o platican (Ulrich, Lawson & Martínez, 2003), todos son factores que en lo individual o en su conjunto pueden provocar estrés en los pacientes.

Chang, et al. (2001) llegaron a identificar que las horas en las que había más ruido en un hospital ginecológico de Taiwan, en el área de cuidados intensivos neonatales estaban en el rango de 8 a 16 hrs, y que eran los fines de semana cuando disminuía el ruido. En el caso de México, en particular en el hospital de la presente investigación, el ruido también se presenta de manera constante en las propias salas de internamiento, y corresponde a los horarios de desayuno, comida, revisión médica y visita familiar que en nuestro caso ésta última suele ser mayor en fines de semana.

Pero no sólo resalta el ruido al interior; Bayo, García y García (1995) en el estudio que hicieron en un hospital universitario de Valencia, España, encontraron que el ruido exterior también era intenso. Por ejemplo, el de la calle puntuaba entre 52 a 75 db, y las principales fuentes de ruido eran el tráfico, las voces, los aviones y las sirenas; con esto se puede llegar hasta 82 decibeles si se incluyen los del ruido interior (voces, camillas y equipo). Los autores encontraron que desde la perspectiva del personal médico y paramédico el ruido afectaba el confort y recuperación del paciente. Baker (1992) agrega que se incrementa la palpitación cardiaca con los ruidos de las conversaciones.

En suma, y a decir de Lebrero (2006), la mayoría de habitaciones y espacios de las maternidades deberían tener un ambiente poco clínico, amable, de "hotel con encanto". Con espacios comunes de reunión para las madres y bebés, donde se puedan compartir experiencias y recibir charlas de ayuda sobre lactancia y

puericultura. Siempre habrá una sección más clínica y hospitalaria, pero será minoritaria. El autor se pregunta “¿Y cuáles son las características básicas de un espacio de partos, que potencie la fisiología del mismo?. Debe ser una habitación con ambiente doméstico, de colores cálidos y muebles no metálicos, con una cama baja, una mecedora, unas sillas cómodas; con luz indirecta, de intensidad variable y música suave. Ambiente caldeado a unos 23° C, un monitor fetal y, si lo permitiera la dirección, una bañera de agua caliente en una pequeña habitación contigua a este paritorio. Realmente, no se necesita más ni menos para acompañar a la mujer en su parto y en el nacimiento de su hijo. El resto se encuentra al otro lado de la puerta, incluso el quirófano, por si se necesita”. Y agrega Lebrero (2006) para organizar y planear un departamento de obstetricia deben tenerse en cuenta los siguientes puntos: de preferencia un edificio aislado con salas y cuartos también aislados de las demás áreas. Las salas de partos no deben quedar en la misma unidad que las salas de operaciones, como frecuentemente se encuentran; deben estar en el departamento obstétrico completamente separadas del departamento de cirugías.

Müller y Parra Casado (2015) agregan que la sala de parto debe considerar su ubicación, si tiene o no vistas exteriores, la luz natural, si se escucha lo que sucede afuera, si hay o no corriente de aire, en suma se busca que se facilite la intimidad del proceso de parto para beneficio de la madre y del bebé.

Neuffert (1990) confirma estas visiones, al decir que las camas de maternidad deben ser independientes de las demás secciones de hospitalización. Resulta deseable que también estén separadas de las de pediatría y psiquiatría. Todo ello con el fin de mantener tranquilas a las pacientes, pues el escuchar llantos, gritos o lamentos puede propiciarles estrés.

Lebrero (2006) menciona que se debe controlar el espacio físico donde se encuentra la paciente para que sea dueña del entorno psíquico y emocional. La mujer debe estar en compañía de personas queridas, pocas, que vivan el parto

con discreción, hablando poco y sintiendo mucho. El espacio de dilatación y parto debe tener un ambiente doméstico, cercano, con claros signos de intimidad: poca luz, poco ruido. La mujer de parto debe tener libertad de movimiento para las posturas que le pida el cuerpo, o de expresión emocional, para llorar o cantar.

Esta es la situación ideal para una mujer que tendrá un hijo, pero no siempre es posible debido a diversos factores de carácter personal e institucional como son por ejemplo las condiciones de salud, psicológicas, sociales y económicas de las mujeres, así como por las características de los hospitales y del personal que las atienden; todos ellos son factores que pueden provocar estrés en las pacientes.

2.3.2. Factores psicosociales

a) Conocimiento y trato del personal de salud

“A pesar de que la razón de la medicina es curar o aliviar, con cierta frecuencia sus procedimientos pueden resultar nocivos y derivar en el estrés médico que consiste en el malestar "inevitable" que provocan tanto la hospitalización como las distintas acciones en la prevención, exámenes, diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia de las enfermedades. Por otra parte, está la iatrogenia que significa el daño al paciente y su familia y "que pudo evitarse", causado por errores del personal o de las instituciones de salud. La iatrogenia puede clasificarse en orgánica o física y en psicosocial. La primera se refiere a los trastornos que originan las radiaciones, los medicamentos o las intervenciones quirúrgicas, que aquí no será tratada con mayor detalle, mientras que la iatrogenia psicosocial es causada por defectos en las relaciones interpersonales con los profesionales de la salud y como reacción emocional a los tratamientos médicos y quirúrgicos. De esta manera, la entrevista con un médico, la consulta con el personal o una prueba de laboratorio suelen ocasionar ansiedad”. (Orlandini, 1999).

b) Atención en casos preoperatorios

Las circunstancias hospitalarias en las que se encuentra el paciente pueden ser el factor facilitador del estrés, como es el que lo vayan a intervenir quirúrgicamente. Cuando una persona debe ser operada se desencadenan temores que dependen del psicotrauma de la cirugía. Estos miedos se relacionan con que la anestesia no resulte eficaz y se perciban dolores, que durante la operación se encuentre un cáncer o quedar inválido, con deformidades o impotencia sexual. Frente a la cirugía, las personas suelen estar temerosas por hablar y revelar secretos vergonzosos durante el letargo anestésico, sentir vergüenza de su desnudez y ansiedad ante el riesgo de morir. “La cirugía mayor constituye indudablemente un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar, a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización” (Castillero y Pérez, 2003, p. 1).

En un estudio realizado por Novaes, Aronovich, Ferraz & Knobel (1997), los participantes, pacientes brasileños que estaban en una unidad de cuidados intensivos, mencionaron que los estresores físicos principales eran que tuvieran dolor, que no pudieran dormir, el ruido, tener tubos en la nariz o boca, y entre los factores psicológicos estaban la pérdida de control y la falta de comprensión sobre los procedimientos que observaban.

El estrés operatorio se atenúa mediante una adecuada información sobre la enfermedad y la operación (en algunos servicios quirúrgicos se ofrecen clases informativas sobre la operación para los pacientes y sus familiares), con la creación de un clima de seguridad por parte del anestesista, la figura del cirujano, el prestigio del hospital, y por la conversación o ventilación de los temores del paciente con el médico. Es aconsejable la utilización de música para tranquilizar a los pacientes en las salas de operaciones aunque esto también depende de la condición del paciente (Escamilla Rocha, 2005).

c) Separación de los familiares

Se ha encontrado que la separación de la madre de los hijos que deja en casa o en el propio hospital es dolorosa (Chambers & Belcher, 1994) y más aún si son recién nacidos.

En el caso de las mujeres que se internan en un hospital por motivos obstétricos, el que esté la madre cerca del bebé recién nacido puede disminuir su estrés, ya que el estar juntos le permite tener información directa sobre él. Buriani, Fabbri & Scappini (1993) señalan que las formas que se tienen para favorecer la proximidad con el bebé son el ubicarlo junto a la mamá, en la misma habitación, junto con todos los bebés, cerca de donde están las madres o en otra habitación en donde se vean los bebés a través de un cristal, esto le permite gozar de una mayor tranquilidad, sin perder de vista a su bebé.

En un estudio realizado por Nystrom & Axelsson (2002) en un hospital ginecológico, las madres que dejaban al bebé en el hospital reportaron ansiedad y tensión emocional, experimentaron pérdida de control y se sentían ajenas en su relación con los otros, como el personal, el padre del niño, las otras mamás y aún de ellas mismas.

d) Comunicación del hospital al paciente y apoyo social

Existen otros aspectos que son fundamentales durante la estancia del paciente en un hospital. Por ejemplo, lo que se conoce como contacto social y comunicación, factores muy importantes para que el paciente deje de sentirse incómodo, desatendido y olvidado, y pase a ser un individuo con un problema de salud que requiere de la atención del personal médico, paramédico y de su propia familia.

Las omisiones o tardanza en la información sobre la situación médica del paciente, a él o ella misma y a sus familiares, son otras causas de estrés. El proporcionar información sobre la paciente es fundamental para su propia tranquilidad y más aún para el familiar que espera. En los hospitales públicos

mexicanos generalmente informan después de varias horas. En una encuesta realizada en México a pacientes y familiares que estaban en salas de espera de un hospital ginecológico se encontró que la falta de información sobre la salud de la paciente era una de las molestias que expresaron los familiares, sobre todo los que se encontraban en el área de urgencias (Vázquez-Romero y Mena Meléndez, 2007b). Otros estudios señalan la importancia de la comunicación entre los familiares y el personal médico con el fin de disminuir el estrés de los primeros (Betancurt Loaiza, Guio Ramírez, Hernández Agudelo y Valbuena Mancipe, 2014).

El contacto con el paciente para verlo y/o conversar con él es primordial, no se diga el lugar en el que se encuentran y las formas en que se proporciona la información. Asted-Kurki, Paunonen & Lehti (1997) en un estudio realizado en Finlandia, reportaron que alrededor del 49% de los familiares cuando visitaban y conversaban con el enfermo estaban al lado de su cama; 20% en el pasillo y 21% en la cafetería del hospital. Se dice que la mejor forma en que el hospital apoya a los pacientes es proporcionándoles información sobre sus cuidados y tratamientos. Esta necesidad de información se corrobora también con el estudio de Foss & Tenholder (1993) cuando entrevistan a los familiares y les preguntan qué necesitarían en una unidad de cuidados intensivos, lo primero que señalan es información sobre el paciente, estar cerca o con él o ella, apoyo emocional y un ambiente físico adecuado para los familiares, como regaderas, teléfono, muebles confortables, una sala de espera, comida las 24 horas del día y por supuesto horarios flexibles para ver al paciente, aunque en el caso de los horarios depende mucho del tipo de atención, tratamiento y estado de salud de él o ella.

“El apoyo social es fundamental para satisfacer la mayoría de las necesidades socioemocionales durante la gestación, como son la seguridad, afecto, confianza, pertenencia y aprobación” (Marriner & Railey en Betancurt Loaiza, et al. 2014, p. 32).

Es importante considerar todos los factores psicosociales y psicoambientales anteriores para entender el estrés que pueden provocar los hospitales, aunque

también es necesario considerar a los pacientes, así como sus formas de afrontamiento, ya que sus propias características psicosociales y culturales pueden desencadenar estrés.

2.4 Tipos de pacientes y estrés

2.4.1 Los pacientes

De acuerdo con De la Fuente (1996), existen diferentes tipos de pacientes entre los que se encuentran los “ejemplares” y los de difícil manejo para el personal médico y paramédico. Los primeros aceptan su padecimiento con resignación y obedecen todas las reglas que les proporcionan sus médicos (toman sus medicamentos, no le dan problemas al citado personal). Otros, sin embargo, no pueden aceptar su papel social de enfermos, lo rechazan y experimentan su enfermedad como una degradación. Algunos pacientes llamados de “difícil manejo” presentan una discordancia entre sus quejas y los hallazgos objetivos. Agrega el autor que dentro de esos rasgos se encuentra: el sujeto obsesivo, perfeccionista, el que es pasivo y dependiente, el veladamente explotador, el que, sumiso en apariencia, es agresivo; el que es desconfiado e interpretador, el teatral e histriónico, el ansioso y aprehensivo, el que vive apegado al sufrimiento y el que es irresponsable e incorregible.

En suma, las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de los tipos de pacientes determinan el contenido, el curso y el destino de la relación médico-paciente, que bien puede denominarse “alianza terapéutica” y será el tipo de paciente quien identifique sus fuentes de estrés.

Folkman, Schaefer & Lazarus (1979) señalan que una persona que se encuentra enferma, cansada, frágil o de alguna manera debilitada tienen menor energía para desarrollar el afrontamiento. Sus recursos se ven reducidos por la dependencia de su propio rol y por el hecho de que se encuentran en un ambiente extraño que los despersonaliza y no les ofrece posibilidades de control sobre su persona o sobre

el ambiente que los rodea. Al mismo tiempo el escenario contempla factores físicos que alteran o provocan molestias para la recuperación de la salud (Reidl, Ortega y Estrada, 2002).

De acuerdo con el estudio de Burgos & Paravic (2003) “la hospitalización puede tener una condición de vulnerabilidad aportada por la enfermedad, que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico y/o psicológico y por el significado de someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido” (p.5). Ortega-Andeane (1992) agrega que en un hospital los pacientes se despersonalizan, pierden el control y se adaptan al lugar, y a sus normas, asumiendo así el rol que De la Fuente (1996) llama del buen paciente. Burgos & Paravic (2003) añaden que los hospitales representan para el paciente una dualidad pues por un lado el paciente se puede sentir seguro ya que estará atendido por expertos pero por otro lado tiene sentimientos de inseguridad e inestabilidad emocional, es separado de la familia y se somete a normas y reglamentos hospitalarios.

En el terreno hospitalario se escucha de la deshumanización del personal de salud. Castellero y Pérez (2003) se refieren a que el paciente es visto y reconocido más por su enfermedad que por sí mismo, además de comentar que se dirigen a él o ella en forma impersonal y en ocasiones irrespetuosa, se les llega a tutear y a decirles lo que no son de ellos hija(o), viejita(o), abuelita(o), madrecita, lo que puede incomodar o molestar al paciente.

2.4.2. Repercusiones del estrés durante la estancia hospitalaria

Jiménez (2000) dice que el paciente hospitalizado no solamente se ve afectado por el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes.

Investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología muestran que el estrés rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Por otra parte, los individuos con más estrés son más susceptibles de experimentar trastornos del sueño y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también facilita la cicatrización de las heridas (Kiecott-Glaser, Page, Marucha, Mascallum & Glaser, 1998, en Castillero y Pérez, 2003).

Blythe & Erdahl (2000) encontraron una alta prevalencia de pacientes deprimidos en sus estudios de preparación psicológica para la cirugía mayor y procedimientos médicos invasivos; después de la aplicación de las técnicas para la inoculación del estrés mejoraron significativamente.

Por otra parte, en el estudio que realizaron Castillero y Pérez (2003) con pacientes que iban a entrar a cirugía cardiovascular, se observó a través de la escala de depresión de Beck, que si bien el 46 % de los pacientes no estaban deprimidos en la fase preoperatoria, un 22% estaba moderadamente deprimido y un 30% se ubicó en la categoría leve. Con depresión elevada encontraron sólo un 2%. En la fase postoperatoria los niveles de depresión disminuyeron significativamente; sin depresión encontraron al 72% de los pacientes y con depresión leve a un 22%; en las categorías moderada y elevada, un 2% y un 4%, respectivamente. En ese mismo estudio también se midieron trastornos de sueño y se encontró que a pesar de que las enfermedades físicas, el dolor y el discomfort afectan la aparición y duración del sueño, es indiscutible su carácter reparador por lo que en las condiciones de una cirugía cardíaca o tratamiento invasivo resulta importante su cuidado y tratamiento. Despertarse varias veces durante la noche fue el trastorno del sueño que predominó en la muestra evaluada. El 22% de los pacientes había presentado este trastorno casi todo el mes (22 a 31 días) en la etapa previa a la cirugía, en la etapa postoperatoria un 30% no refirió su presencia y un 36% planteó que lo había padecido pero en pocos días. En caso de que padezcan

problemas de sueño es principalmente en la primera semana lo que corresponde a la etapa de convalecencia caracterizada por dependencia social y del entorno.

Andradea y Devlinb (2016) en su estudio sobre control percibido añaden que durante el proceso de hospitalización (registro, internamiento, atención médica, atención quirúrgica) el paciente pierde el control de la situación, todo le puede parecer ajeno y novedoso, se enfrentan a un entorno extraño, poco familiar, físicamente confinados, con movilidad reducida, con dieta y rutinas restrictivas. No obstante, que las habitaciones privadas puedan ofrecer mayor control que las compartidas, aún en ellas se presenta estrés en los pacientes, por lo que se podría procurar la sensación de control por parte del paciente en algunos aspectos como tener acceso a vistas exteriores de preferencia áreas verdes, un reloj o un calendario para saber el paso del tiempo.

En síntesis, existen reacciones emocionales en los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, reacciones que pueden mostrarse antes e incluso después de los mismos, como son las cirugías.

En el caso de las pacientes que acuden a los hospitales para ser atendidas por parto, se ha observado que se presenta en ellas un estado ambiguo de estrés y eustrés. (Chambers & Belcher, 1994). Se ha encontrado que “el estrés psicológico al final del embarazo se asocia con un aumento del parto prematuro...la ansiedad prenatal, independientemente de factores de riesgo biológicos se asoció significativamente con la duración de la gestación” (Grandia, et al., 2008 p.52).

Además, el que el bebé nazca por parto natural o cesárea puede ser motivo de estrés no sólo por la intervención quirúrgica sino por los gastos derivados de las intervenciones (Chambers & Belcher, 1994).

Raffó (2005, en Espíndola-Hernández, 2007) menciona que el proceso de hospitalización exige a las mujeres dejar de ejercer sus roles familiares, sociales, laborales y asumir el papel del paciente, al serlo se da una alteración brusca del ritmo de vida, separación de la familia, enfrentamiento a un lugar y personas extrañas, experiencias amenazantes, dolor físico y psicológico, además de soledad y pérdida de la privacidad.

Se observa cómo las fuentes de estrés pueden ser diversas y afectar de esa misma manera al paciente. En el estudio que realizan Grandia et al (2008) con mujeres hospitalizadas por parto prematuro se encontró que previo a su internamiento hospitalario, algunas de ellas habían vivido situaciones estresantes como cambio de casa, enfermedad o muerte de familiares o conocidos, violencia doméstica, no tener pareja, embarazo no planificado, falta de trabajo lo que favorecía que percibieran estrés en su estancia hospitalaria.

La percepción que se tiene de los acontecimientos es muy diferente dependiendo de los diferentes roles, personas y situaciones en las que nos encontremos. Por ejemplo, enfermeros de pacientes con cáncer informaban que el estado emocional de los pacientes era peor que el que manifestaban estos últimos; lo mismo sucedía con pacientes de la tercera edad, es decir, el personal de enfermería reportaba peor los estresores que los mismos pacientes. En un estudio realizado por Hayivard y Chalmer (1990, citado en Richart Martínez, Cabrero García y Reig, 1993), se observó cómo un grupo de obstetras de un hospital español, sobrestimaba las reacciones negativas de las madres hacia las intervenciones obstétricas e infraestimaba las reacciones favorables, “el grado de estrés de los pacientes que los profesionales de la salud perciben es significativamente mayor que el percibido por los propios pacientes y esta diferente percepción se da tanto en los acontecimientos referidos a la enfermedad como en los referidos a la hospitalización” (p. 85). Lo que más preocupaba a los pacientes era lo siguiente: tener dolor, estar alejada de los seres queridos, la incomodidad de utilizar el cómodo y estar en la cama todo el día, así como no tener información. En cuarto

lugar les preocupaba “que el personal del hospital tiene prisa, que los médicos y enfermeras hablen de prisa, que no contesten sus preguntas, lo que menos les preocupa es dormir con extraños, comer en una postura incómoda, vestir la ropa del hospital, un compañero antipático o tener demasiadas visitas” (p. 86).

Cabe mencionar, que las víctimas del estrés médico son los pacientes y sus familiares, pero también lo son los propios profesionales y sus familias (Chambers & Belcher, 1994). El estrés médico y la iatrogenia se manifiestan en los pacientes y en sus familiares como ansiedad, fobias, vergüenza, tristeza, sometimiento, ira y protestas contra los médicos, evitación de los hospitales, sabotaje al tratamiento, incumplimiento de la medicación, conductas autodestructivas y, eventualmente, suicidio.

Se agrega a todo esto el malestar de observar a otros enfermos graves, el miedo a ser asistido por médicos y personal desconocidos. Y a esta situación se suma también el estrés por el sufrimiento biológico que puedan ocasionar la dificultad respiratoria, el dolor y las hemorragias. En algunos servicios de urgencia se ha tratado de aumentar la calificación de las enfermeras y de los médicos para la asistencia del estrés psicológico en pacientes y familiares. Con este propósito se les enseñan las respuestas emocionales y conductuales ante los estresores, los mecanismos de enfrentamiento y el manejo de la muerte a la familia del enfermo (Chambers & Belcher, 1994).

Uno de los factores que puede inhibir o aumentar el estrés de los pacientes durante su consulta clínica y/o estancia hospitalaria es la atención recibida por el personal médico y paramédico que los recibe y trata. Es por ello que investigar sobre los diferentes tipos de hospitales así como la percepción sobre la calidad de sus servicios recibidos cobra importancia para las instituciones de salud.

CAPÍTULO 3. TIPOS DE HOSPITALES Y PERCEPCIÓN DE SUS SERVICIOS

Los hospitales son instituciones médicas en las que se atienden las diferentes etapas del proceso de salud-enfermedad de las personas. Éstos se clasifican de acuerdo con diferentes criterios, entre los que destacan los siguientes: tipo de administración, nivel de complejidad de la atención y tipo de especialidad. En el primer caso los hospitales se clasifican en públicos y privados, en el segundo caso por niveles (primero, segundo y tercer nivel) y en el tercer caso por las enfermedades que atienden o a la etapa de vida o género de los pacientes que acuden a ellos. En este capítulo se retoman aspectos generales de la clasificación de los hospitales por tipo de administración (Ley General de Salud de México, 2017).

3.1. Hospitales por tipo de administración

a) **Los hospitales públicos** se clasifican en tres tipos: de asistencia médica, de salud pública y de asistencia social. En el caso de México se agrupan de la siguiente forma.

Asistencia médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Las actividades que se relacionan con esta asistencia son: medicina preventiva, medicina curativa, medicina de rehabilitación, investigación médica y la docencia. Estos servicios pueden ser ofrecidos por sistemas estatales y paraestatales (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Servicios para la Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Salud, Hospitales de Petróleos Mexicanos, Desarrollo Integral de la Familia, Servicios médicos estatales, así como hospitales de las fuerzas armadas (SEDENA y Secretaría de Marina y Armada de México).

Salud Pública: Son los servicios que proporciona el Estado a la población que no se encuentra protegida por ninguno de los sistemas de salud, como son el

Hospital General de México, el Hospital de la Mujer y el Instituto de Perinatología, por sólo mencionar algunos. En los últimos trece años existe en México una nueva propuesta conocida como Seguro Popular, iniciativa estatal en la que la población contribuye con cuotas establecidas por estudios socioeconómicos previos, para tener derecho a la atención médica, aunque hay personas que no pagan nada.

Asistencia Social: Son establecimientos en los que se proporcionan a la población servicios dedicados al cuidado, alojamiento, alimentación, nutrición, higiene y salud de las futuras madres, lactantes, infantes, jóvenes, adultos y ancianos. Estos servicios están orientados a personas de escasos recursos, con problemas sociales, con alguna adicción, huérfanos, madres abandonadas, indigentes en general y ancianos. Pueden estar financiados por el Estado o por organizaciones no gubernamentales.

b) Los hospitales privados son instituciones de salud con fines de lucro, en donde los pacientes, sus familiares o las empresas para las que trabajan éstos, pagan directamente o a través de un seguro médico los servicios que reciben. La misión de estos hospitales es lograr el óptimo estado de salud asegurando una atención médica de la más alta calidad a través de la integración de recursos humanos, físicos y tecnológicos de excelencia. Dentro de las innovaciones, el hospital privado ha creado una infraestructura para introducir nuevas tecnologías de atención a pacientes. Este tipo de hospitales cuenta con un programa permanente de renovación y adecuación de equipo médico, al igual que un programa de actualización profesional para elevar el grado de conocimientos del personal.

3.2 Hospitales por especialidad. Una clasificación más de los hospitales es por la especialidad que atienden, cabe mencionar que pueden incorporarse también a la clasificación señalada anteriormente. Como ya se comentó pueden categorizarse de acuerdo a los padecimientos que tratan: oftalmología, oncología, ortopedia, otorrinolaringología; a la etapa de vida del paciente como es un hospital

de pediatría o al género de los pacientes como es el caso de hospitales de ginecología. Todos estos hospitales de especialidad pueden ubicarse dentro de un mismo edificio hospitalario o en inmuebles independientes como puede ser el Centro Médico Siglo XXI del IMSS, en la Ciudad de México.

En nuestro país existen más hospitales de especialidades en el sector público que en el privado y un ejemplo es el número de hospitales ginecológicos que hay en el sector salud del gobierno federal.

3.3 Percepción de la calidad de los servicios de salud en México

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Avila y Sepúlveda-Amor, 2006), el servicio en hospitales privados es muy bien evaluado. No obstante, es interesante observar, como se tratará más adelante, que la calidad de la atención médica sí es reconocida en los hospitales públicos.

La calidad de un servicio se mide no sólo por un factor, lo complejo de lograr la calidad en un servicio de salud es precisamente por las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio.

Entre estos aspectos se encuentran por ejemplo la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del paciente, la amabilidad del personal de salud y asistentes, la limpieza del lugar, la infraestructura ofrecida, la presentación del personal, el nivel del trato humano, la capacidad técnico médica, el nivel de información sobre la enfermedad, entre otros. Es decir, los pacientes y familiares evalúan la calidad de un servicio médico como un todo; si algo falla y las expectativas de los usuarios no son satisfechas, existirá la inconformidad. De acuerdo con Peña (2002) el grado de exigencia actual de los pacientes y sus familiares se ha incrementado; los usuarios de los servicios de urgencias han mejorado su nivel de información y han incrementado sus expectativas. Esto es muy bueno para todos, a pesar del disgusto de algunos médicos por considerarlo como una amenaza. Desafortunadamente, agrega Peña (2002) las fuentes de

información de los pacientes no siempre son las mejores y muchos de los pacientes y familiares reciben sin crítica alguna la información de medios de comunicación masiva que por ganar audiencia desprestigian y menosprecian acciones médicas o desinforman al público sobre lo que realmente son sus derechos; no mencionan sus obligaciones y evidencian complicaciones médicas como verdaderos atentados contra el bienestar y salud del pueblo de México.

Bronfman, Castro, Zuñiga, Miranda y Oviedo (1997) mencionaban que la calidad en los servicios de urgencias en México se encontraba afectada por el deficiente primer nivel de atención, la poca mentalidad de competencia y mejora, la escasez de recursos económicos, la deficiente infraestructura, sobresaturación de pacientes y deficiencias en el proceso de diagnóstico y terapéutico. En 2002, Peña reportó estrategias prácticas para la modificación de actitud y organización de un servicio de urgencias que permitiera generar un cambio, mejorando los procesos de atención y los resultados en indicadores y satisfacción del usuario y del prestador del servicio. Entre estas estrategias se encuentran desarrollar un plan estratégico, mejorar el nivel profesional y resolutivo de los médicos del servicio, incrementar la información al paciente, mejorar el trato humano con amabilidad y cortesía, mejorar los procesos de apoyo diagnóstico, mejorar el expediente clínico, supervisión constante de los procesos, mayor educación a la población usuaria, mejora en el primer nivel de atención, así como mayor infraestructura y recursos económicos a los servicios de urgencias.

Desde hace algunos años autoridades del sector salud de México se han interesado en indagar sobre la calidad que ofrecen sus clínicas y hospitales, como fue el caso de la Encuesta Nacional de Salud II realizada en 1994 (ENSA-II, 1994) en la que participaron 3,324 usuarios. Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Era buena por el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); era de mala calidad por los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social percibían 2.6

veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Los motivos principales para no regresar a la misma institución fueron porque no lo atendieron bien (18.2%) y por los largos tiempos de espera (11.8%). (Ramírez-Sánchez, Najera-Aguilar y Nigenda-López, 1998).

En esta misma encuesta se observaron diferencias importantes de acuerdo con su escolaridad. Los usuarios analfabetas y con uno a tres años de primaria informaron como principal motivo de insatisfacción con los servicios recibidos el nulo efecto de los medicamentos. No obstante, entre los usuarios con mayor escolaridad, la percepción de la mala atención se explicó por los largos tiempos de espera. Sólo entre el grupo de usuarios con preparatoria hubo cambio; el principal motivo de percepción de mala calidad fue el incumplimiento de las expectativas del paciente, no lo atendieron como esperaba el 26.4%.

En las instituciones privadas, un tercio (33.8%) de los usuarios mencionaron que no regresarían a estos servicios porque eran caros y porque no estuvieron de acuerdo con el tratamiento médico recibido (17.6%); finalmente, quienes recurrieron a otras instituciones públicas mencionaron que no los atendieron bien (22.2%) y que no estuvieron de acuerdo con el diagnóstico (15.8%) (Encuesta Nacional de Salud II ,1994).

En un estudio que hicieron Román-Pérez, Abril-Valdez y Cubillas-Rodríguez (2002) en Sonora, México; con el fin de evaluar la calidad de la atención médica y en el que participaron personal de salud y pacientes, se encontró que en el caso de los pacientes, el 73% de los hombres y el 67% de las mujeres reportaron estar satisfechos con la atención médica recibida; mientras el 33% y el 27% respectivamente reportaron no estarlo y en el caso del personal de salud tanto médicos (65%) como asistentes (59%) reportaron estar satisfechos con el trabajo realizado. Sin embargo, en su mayoría consideraron que no contaban con las condiciones ambientales y materiales para realizarlo

En otro estudio realizado en 15 hospitales públicos de Hidalgo, México (Ortiz, Muñoz, Lechuga y Torres, 2003), cuyo objetivo era identificar y evaluar los factores asociados con la calidad de la atención en las consultas externas mediante la opinión de los usuarios, los hallazgos fueron los siguientes: la calidad de la atención fue percibida como buena por 71,37% de los encuestados y como mala por 28,63%. La mala calidad se percibió mayormente en las instituciones de seguridad social (39,41% frente al 19,42% de otras instituciones). Se observó satisfacción en 84,94% de los encuestados, de los cuales 49,2% esperaban una mejor atención. El 16% refirió que regresaría al mismo hospital por no tener otra opción para su atención y 2% manifestó que no regresaría. La mayor escolaridad y los ingresos económicos superiores se asociaron con la percepción de mala calidad, la desaprobación del tiempo de espera, el tiempo que duró la consulta y el mal trato por parte del médico, aspectos que han coincidido con otros estudios como el de Ortega-Andeane (2005). Los principales elementos que definen la mala calidad de la atención, según los usuarios, eran los largos tiempos de espera, las omisiones en las acciones de revisión y diagnóstico, la complejidad de los trámites de consulta y el maltrato por parte del personal que presta los servicios.

Uno de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, (Olaiz-Fernández et al. 2006), mostró que la tendencia en esas fechas era utilizar más los servicios privados, en segundo término los servicios médicos de la Secretaría de Salud y en tercer lugar las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE). Se encontró que los tiempos de espera para los servicios de salud curativos en México seguían siendo muy largos para los pacientes, por ejemplo en consulta externa. El IMSS era la institución con mayor tiempo de espera para recibir consulta (91.7 min); seguida del ISSSTE (federal y estatal), con 78.7 min; los Sesa, con 71.1 min; en las instituciones privadas era de 29.9 min. No obstante, el 81.2% de los usuarios calificaron como muy buena y buena la calidad de la atención recibida en las instituciones oficiales de salud, en particular en las de Pemex, Sedena y Semar. Finalmente, de todas ellas, el ISSSTE tuvo la evaluación negativa más alta en cuanto a la calidad de la atención.

3.4 El caso de los hospitales gineco-obstétricos en México

En lo que se refiere a hospitales gineco-obstétricos, Del Nord Romano realizó una encuesta en 1993 en una unidad materno-infantil del primer nivel de atención, en la que entrevistó a 200 usuarias de la consulta externa, encontró que 95% de ellas percibieron que la calidad de la atención recibida fue buena. El dominio conceptual de la calidad estuvo definido en 85% de los casos por la dimensión de proceso o las características de la atención misma; 12% por las características de la estructura física de la unidad, y 4.1% por la accesibilidad geográfica. Los motivos que definieron la buena calidad fueron: el trato personal (52%), las buenas acciones de revisión y diagnóstico (21%) y la preparación técnica del personal (9%). En otro estudio en un hospital ginecológico público se encontró una relación inversamente proporcional entre escolaridad y percepción favorable del hospital, es decir, a mayor escolaridad peor imagen físico arquitectónica se tenía sobre el hospital. (Velázquez-Moreno, Reidl, Ortega, Estrada y López, 1998).

Por otra parte, Romero, García, Aldaña, Chambers y Billings (1997) realizaron en el estado de Morelos, un estudio para evaluar la calidad de atención obstétrica en un hospital público, participaron mujeres atendidas en postaborto y en prealta hospitalaria, eran mujeres jóvenes de entre 25 y 34 años de edad, un 66% tenía una escolaridad de secundaria y más. El tiempo de espera fue valorado como prolongado por el 34% y la gran mayoría, más del 70%, dijeron que recibieron un buen trato. En general dijeron que tanto recepción, como el médico y la enfermera las trataron bien. “A pesar del buen trato que refieren recibir las mujeres por parte del personal de salud, es conveniente señalar que ellas no externalizan sus dudas sobre la información que les proporcionan, por falta de confianza o temor. Ello es comprensible si pensamos que para estas mujeres lo más importante de la atención brindada es que les resuelvan su problema como sea y su perspectiva sobre calidad de atención gira alrededor de esto. Sin embargo, se considera que para que una paciente acepte lo que los proveedores le aconsejan debe existir un

mínimo de confianza la cual depende de la relación interpersonal proveedor-paciente establecida, que en este caso resulta muy pobre, pues por lo visto la atención proporcionada es casi impersonal” (p. 6).

En México existe el proyecto denominado Aval Ciudadano, es a nivel nacional y sus orígenes datan del periodo sexenal 2000-2006; pretende conocer la opinión de pacientes, familiares y personal médico sobre los servicios de clínicas y hospitales públicos, todo ello con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud (Mena Méndez, 2009). El hospital ginecológico objeto de esta investigación formó parte del proyecto y durante más de tres años la autora de la presente tesis estuvo realizando encuestas en él, indagando en consulta externa y urgencias la opinión que tenían las pacientes y sus familiares sobre sus servicios. En términos generales, en las dos áreas se tuvieron resultados favorables en cuanto al servicio médico recibido pues las pacientes consideraban que las escuchaba el médico y les informaba sobre su situación de salud y tratamiento a seguir. Las insatisfacciones se referían consistentemente a los servicios de vigilancia, recepción y caja, es decir, a personal de áreas administrativas y de primer contacto. No obstante, después de dos años de aplicar las encuestas, se observó que los niveles de percepción favorable de la atención del médico hacia la paciente habían bajado, probablemente porque la institución había cambiado a las autoridades que llevaban el programa de aval ciudadano y éstas ya no ponían la misma atención y cuidado en los servicios y/o porque dada la situación económica del país ya acudían al lugar personas con más recursos económicos y educativos, ellas podían ser más exigentes y por lo tanto expresar más su insatisfacción con el servicio recibido. (Vázquez-Romero y Mena Mendez, 2007a; Vázquez-Romero, 2009). Exigencia que se confirma con el estudio reportado en 2017 por González Gómez, Montalvo Prieto y Herrera Lian, en el que encontraron que los pacientes con mayor estrato socioeconómico se sintieron menos cómodos durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos y esto se atribuye a que viven en mejores condiciones y con más independencia económica.

Hasta el momento no hay consistencia en cuanto a la evaluación de los servicios hospitalarios en México, pues algunos estudios muestran insatisfacción hacia el hospital y otros un reconocimiento, sobre todo al aspecto médico.

Por todo lo anterior y por la escasa literatura que sobre el tema de estrés en ambientes hospitalarios existe en México es que se propone el siguiente estudio en el que se indagará, entre otros aspectos, cómo se sienten las mujeres durante su estancia en las salas del hospital, cómo perciben el servicio recibido, cuáles son sus circunstancias físicas y psicosocioambientales al estar hospitalizadas. En suma, se busca conocer si perciben durante su internamiento algunos elementos del hospital que les generen estrés.

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan las variables psicosocioambientales (confort físico e imagen institucional), datos socio-demográficos y condiciones de hospitalización con el estrés percibido por parte de mujeres internadas por causas obstétricas?

Objetivo General

Analizar la relación entre las variables psicosocioambientales como confort físico e imagen institucional; datos sociodemográficos y condiciones de hospitalización de la paciente con el estrés percibido por parte de mujeres internadas por causas obstétricas.

Objetivos específicos

1. Analizar psicométricamente las escalas de: Evaluación Ambiental, Imagen Institucional y Lista de Adjetivos de Estrés y Activación.
2. Analizar la relación entre variables psicosocioambientales como confort físico e imagen institucional, datos sociodemográficos y condiciones de hospitalización de la paciente internada por causas obstétricas con el estrés percibido.

Hipótesis

Variables psicosocioambientales como confort físico e imagen institucional, así como variables sociodemográficas y de condiciones de hospitalización de la paciente internada por causas obstétricas se relacionan con el estrés percibido.

Variables

Variables independientes

Variables Psicosocioambientales: Son variables relacionadas que tienen que ver con la evaluación subjetiva que hace la paciente internada sobre el confort físico y la imagen institucional que tiene del hospital

- a) **Confort físico.** Es la evaluación subjetiva de los factores físicos que pueden influir en el bienestar de los pacientes. Se midieron con la escala de evaluación ambiental de Ortega-Andeane (2002) y se integra por los siguientes factores: funcionalidad, valoración física, percepción espacial y equipamiento.

- b) **Imagen institucional.** Es la imagen del hospital y su percepción por parte de las pacientes; el ambiente envía mensajes que fortalecen o debilitan el papel de los pacientes, también se refiere al concepto de imagen institucional, en cuanto a la evaluación de la calidad médico-paciente y a la confianza y seguridad que brinda la institución al usuario. Se mide con la escala de imagen institucional de Ortega-Andeane (2002), se conforma por los siguientes factores: confianza y seguridad en el servicio, calidad humana de la atención y significado ambiental.

Variables Sociodemográficas: Son los datos de identificación personal de la paciente como son: edad, estado civil, escolaridad, número de hijos que tiene la paciente y apoyo social. Se midieron con un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas.

Variables Condiciones de hospitalización: Es la información sobre las características obstétricas de la paciente, estancia en el hospital, tipo y tiempo de internamiento, la ubicación física en la que está internada. Se midieron con un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas.

Variable dependiente

Estrés percibido. El estrés es “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, Kesser y Urderwood, 1997 en Ortega Andeane, 2002).

El estrés percibido se midió con la lista de adjetivos de estrés y activación propuesta por Ortega-Andeane (2002) y con preguntas realizadas en el cuestionario de datos sociodemográficos y de condiciones hospitalarias.

Participantes

Participaron 200 pacientes obstétricas internadas en un hospital ginecológico público al norte de la Ciudad de México, el 11.5% (23 pacientes) era menor de edad y la gran mayoría tenía menos de 32 años.

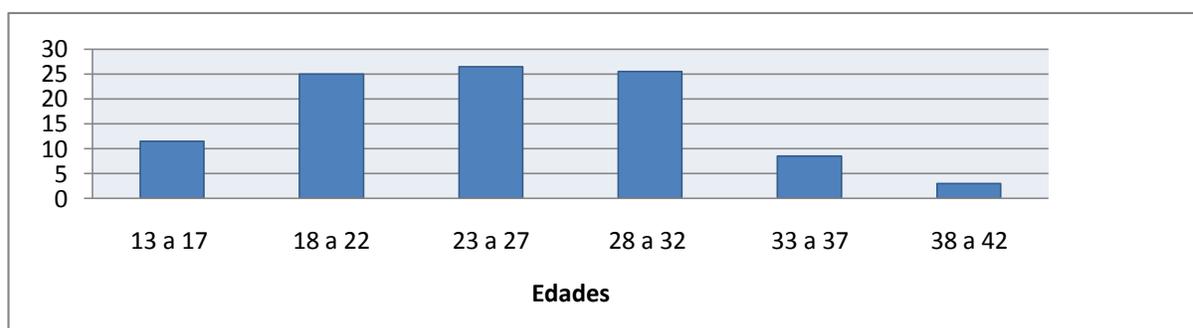


Figura 1. Edad de las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público

El promedio de edad de las mujeres entrevistadas fue de 25 años.

Tabla 1 Edad de las pacientes internadas en un hospital ginecológico público por promedio de hijos

Edad de pacientes	Núm. de pacientes	Promedio de hijos(as)
13-17	23	1.09
18-25	80	1.95
26-33	80	2.78
34-42	17	3.18
Total	200	2.28

El promedio de hijos de la mayoría de las mujeres entrevistadas era de dos hijos, como se aprecia en la tabla 1. Se registraron a dos mujeres con edades de 13 y 14 años que habían tenido a su primer hijo.

En la tabla 2 se observa que el 30% de las pacientes eran primerizas, tenían dos hijos el 32.5%, tres hijos el 23.5% y el resto tenía cuatro o más hijos.

Tabla 2 Número de hijos de las mujeres internadas en un hospital ginecológico público

Número de hijo	Frecuencia de mujeres	%
1	59	29.5
2	65	32.5
3	47	23.5
4	19	9.5
5	7	3.5
7	1	0.5
9	1	0.5
No dato	1	0.5

En la figura 2 se observa que el 80% (152) de las entrevistadas dijeron tener pareja y 20% (48) de ellas no tenía.

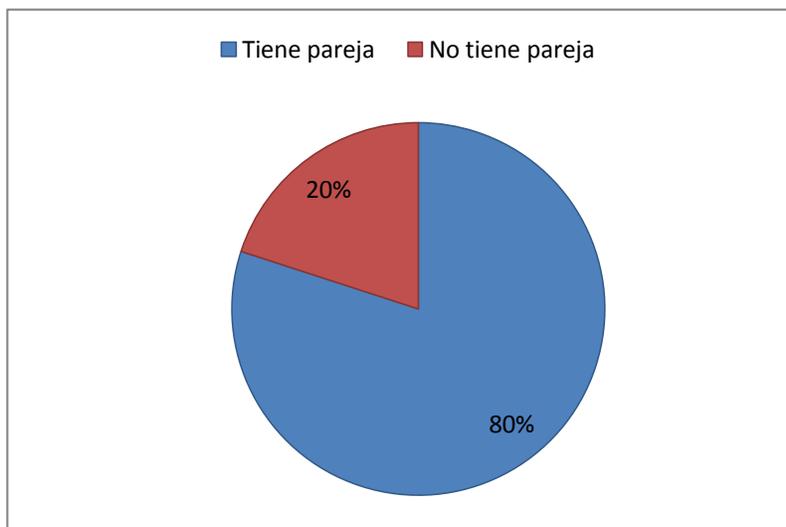


Figura 2. Tienen o no pareja las mujeres hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público

Como se señala en la figura 3, el 2% (4) de las pacientes era analfabeta, el 74% (148) contaba con estudios básicos (primaria y secundaria); el 23.5% (32) con estudios medios (carrera técnica o bachillerato) y una sola mujer contaba con estudios inconclusos de licenciatura.

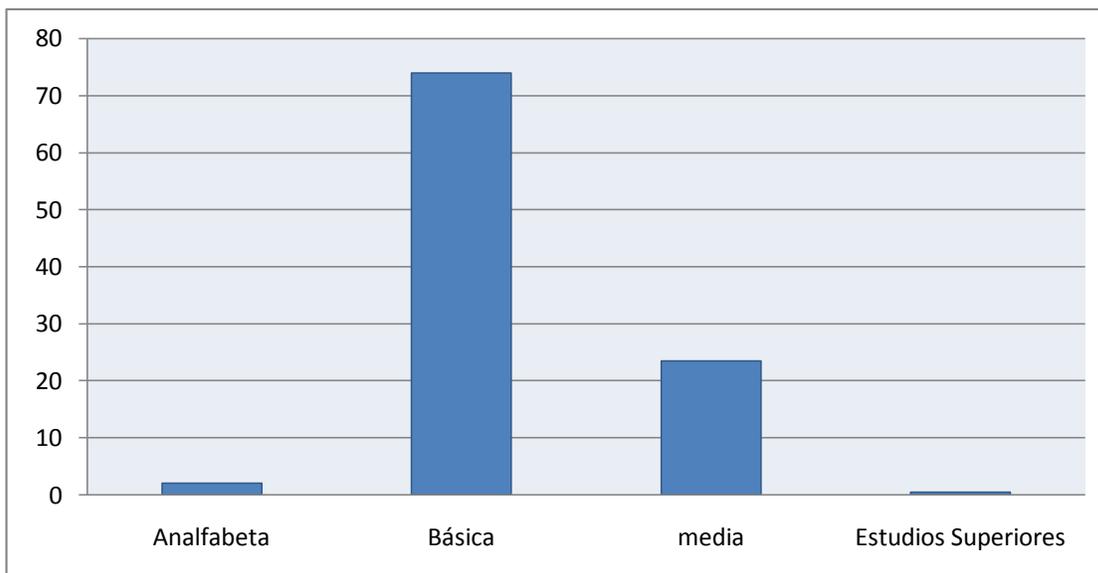


Figura 3. Escolaridad de las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público

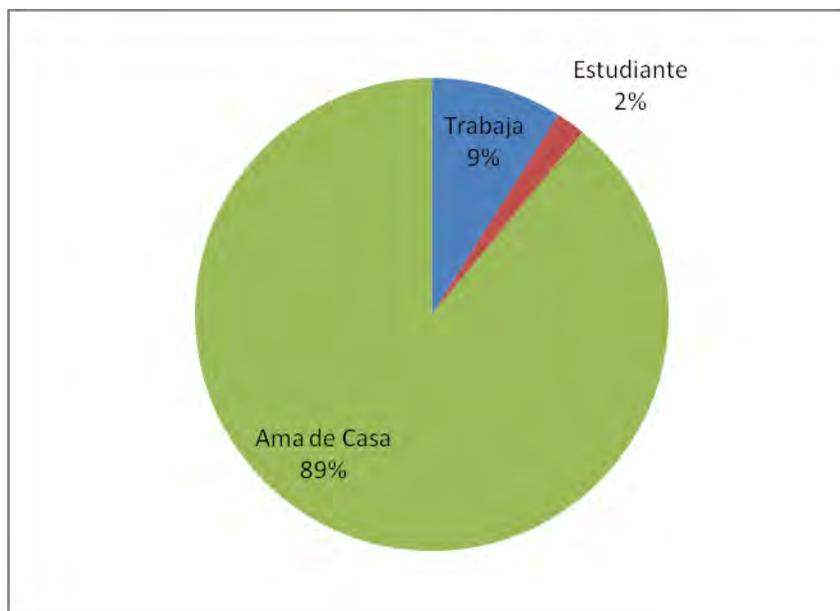


Figura 4. Ocupación de las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público

De acuerdo con la figura 4, el 89% (178) de las pacientes se dedicaba al hogar aunque también dijeron que vendían algunas cosas para ayudar en los gastos de la casa; el 9%(18) trabajaba fuera de casa y el 2%(4) era estudiante.

Instrumentos

Para esta investigación se aplicaron cuatro instrumentos, un cuestionario para identificar datos sociodemográficos y condiciones de hospitalización de las pacientes y tres escalas psicosocioambientales creadas por Ortega-Andeane (2002).

1) Cuestionario sociodemográfico y condiciones de hospitalización de la paciente, se integró con 43 reactivos, distribuidos en las siguientes áreas.

Tabla 3
Áreas y reactivos del cuestionario sociodemográfico y condiciones de hospitalización

Área	No. de reactivos	Reactivos
Perfil sociodemográfico	6	1-6
Perfil de salud de la paciente	5	7,9,14,20,27
Perfil del bebé	3	10,13,25
Proceso administrativo-médico de hospitalización	3	8,12,26
Apoyo social de la paciente	5	11,15, 18, 21, 98
Comunicación del hospital	3	22, 23, 24
Ocupación durante estancia hospitalaria	2	95, 96
Fuentes de estrés	3	28, 29,97
Variables psicosocioambientales (ruido, privacidad, hacinamiento, seguridad)	11	16, 17, 19,46, 68, 93,94 101-104
Imagen hospitalaria	2	99,100
Total de reactivos	43	

2) Escalas psicosocioambientales. Se utilizaron los instrumentos realizados por Ortega-Andeane (2002), válidos y confiables para la población mexicana. Sin embargo, la redacción de algunos reactivos se modificó debido a que en los estudios de la autora citada se trabajó con personas que se encontraban en la sala de espera (pacientes y familiares) y en esta investigación participaron exclusivamente pacientes hospitalizadas, por lo que se omitieron reactivos que tenían que ver con tiempo de espera para ingresar a consulta, así como otros reactivos que utilizaban términos que no eran claros para las pacientes. Por lo anterior, se decidió agregar otros reactivos. A partir de estas modificaciones se procedió a probar el instrumento para identificar tiempo de aplicación y los reactivos que eran confusos o inadecuados para este tipo de pacientes, lo que llevó a una segunda modificación del instrumento original.

A continuación se enuncian algunas características de los instrumentos originales su adaptación para esta población y el número de reactivos que constituyeron el instrumento aplicado en esta investigación.

a) Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación, desarrollada originalmente por King, Burrows y Stanley ,1983 y adaptada en México por Ortega-Andeane (2002). Su escala de respuesta va en un continuo de 1 (sí), 2 (tal vez sí), 3 (no estoy segura) a 4 (no). En la presente investigación no se incluyeron los reactivos despierta y amodorrada debido a la ambigüedad percibida de los adjetivos durante el piloteo. En lugar de estos reactivos se incluyeron indiferente y alerta. **En total fueron 15 los reactivos aplicados en esta investigación.**

b) Escala de Evaluación Ambiental (Ortega-Andeane, 2002), sus respuestas van de 0 (ausencia de la característica) a 10 (presencia total de la característica), no se consideraron reactivos que se referían a una sala de espera, se agregaron 13 reactivos más, por lo tanto **la escala final en el presente estudio se integró con 24 reactivos (45, 47-67, 69-70).**

c) Escala de imagen institucional (Ortega-Andeane, 2002), con una escala de respuesta que va de 0 (ausencia de la característica) a 10 (presencia total de la característica). En el presente estudio se decidió considerar 11 de los 17 reactivos del instrumento original. Se reestructuró el factor de calidad humana de la atención. Un reactivo de la escala original se incorporó al cuestionario de hospitalización en el área de influencia ambiental por tener mayor claridad conceptual. Además, en esta escala se agregaron 11 reactivos 71, 74-78, 80, 84-85, 91-92; con la finalidad de identificar la percepción sobre el personal médico y paramédico, así como otros rasgos de estrés, componiéndose **la escala final en esta investigación por 22 reactivos.**

Tabla 4
Escalas aplicadas en el estudio de mujeres hospitalizadas por causas obstétricas

Escalas	Número de reactivos	Reactivos
Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación.	15	Del 30 al 44
Evaluación ambiental	24	45, del 47 al 67, del 69 al 70
Imagen institucional	22	71- 92
Total	61	

El instrumento final (cuestionario y escalas) se constituyó por 104 reactivos (Apéndice C).

La revalidación de las escalas psicosocioambientales aparece en el Apéndice E..

Por las características de la muestra (mujeres que estaban acostadas o cargando a su bebé, que no querían escribir o no querían tener una postura corporal firme para escribir) fue necesario diseñar dos regletas de respuesta para que las señoras contestaran de acuerdo a cada reactivo.

La primera regleta correspondió a la lista de verificación de adjetivos de estrés y activación, cuyas opciones de respuesta tienen un puntaje del 1 al 4.

Sí	Tal vez sí	No estoy segura	No
----	------------	-----------------	----

Para las siguientes dos escalas: imagen institucional y de evaluación ambiental, se diseñó otra regleta, misma que se utilizó para responder los reactivos del 45 al 92, exceptuando 46 y 68 que fueron preguntas abiertas sobre el mismo tema.

NADA			REGULAR				MUCHO			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escenario

El estudio se realizó en un hospital ginecológico público ubicado al norte de la Ciudad de México, tiene más de 50 años de existencia en el actual edificio, aunque sus antecedentes datan desde hace más de dos siglos. Desde 1864 ha estado interesado en atender prioritariamente población femenina. Ha pasado por administraciones laicas, religiosas y ahora gubernamentales. Actualmente, la población que atiende es fundamentalmente del Estado de México y de la Ciudad de México, sus cuotas son simbólicas y se especializa en obstetricia. Sus objetivos son proporcionar a sus pacientes atención ginecológica, obstétrica, oncológica-ginecológica y asistencia neonatal.

Se brindan diferentes servicios a nivel médico, entre los que destacan la consulta externa, urgencias y hospitalización.

A las pacientes hospitalizadas se les ofrecen todos los servicios para ella y su bebé; en promedio están dos días internadas, si es parto natural 24 horas y si es cesárea 48 horas aproximadamente. La visita a las pacientes hospitalizadas es todos los días, en determinados horarios.

En lo que se refiere a la ubicación física de las pacientes en el hospital, existen **dos pisos** en donde son alojadas, **cada uno de ellos con dos “alas” o pabellones**, oriente y poniente, y en cada ala existen diferentes salas. En el

segundo piso, ala oriente están las pacientes con sus bebés, siempre y cuando ninguno de ellos tenga algún problema de salud, de lo contrario las internan en el tercer piso y al bebé lo ubican en el cunero que se localiza en otra área. Esta investigación se abocó a las mujeres hospitalizadas en alguna de las salas del segundo y tercer piso.

Había salas de cuatro, seis y ocho camas con dos filas de camas cada una. En las salas de cuatro y ocho camas, dos pacientes quedaban cerca de las ventanas con vista al pasillo interior del piso (vista al norte) y otras dos pacientes sus ventanas daban al jardín exterior del hospital (vista al sur). En las camas de seis pacientes, dos de ellas tenían ventanas que daban hacia un pasillo interior y otras dos daban hacia una pared con una ventana superior. En algunos casos existían biombos o cortinas que separaban las camas, las puertas de las salas siempre permanecían abiertas. (Ver Apéndices A y B).

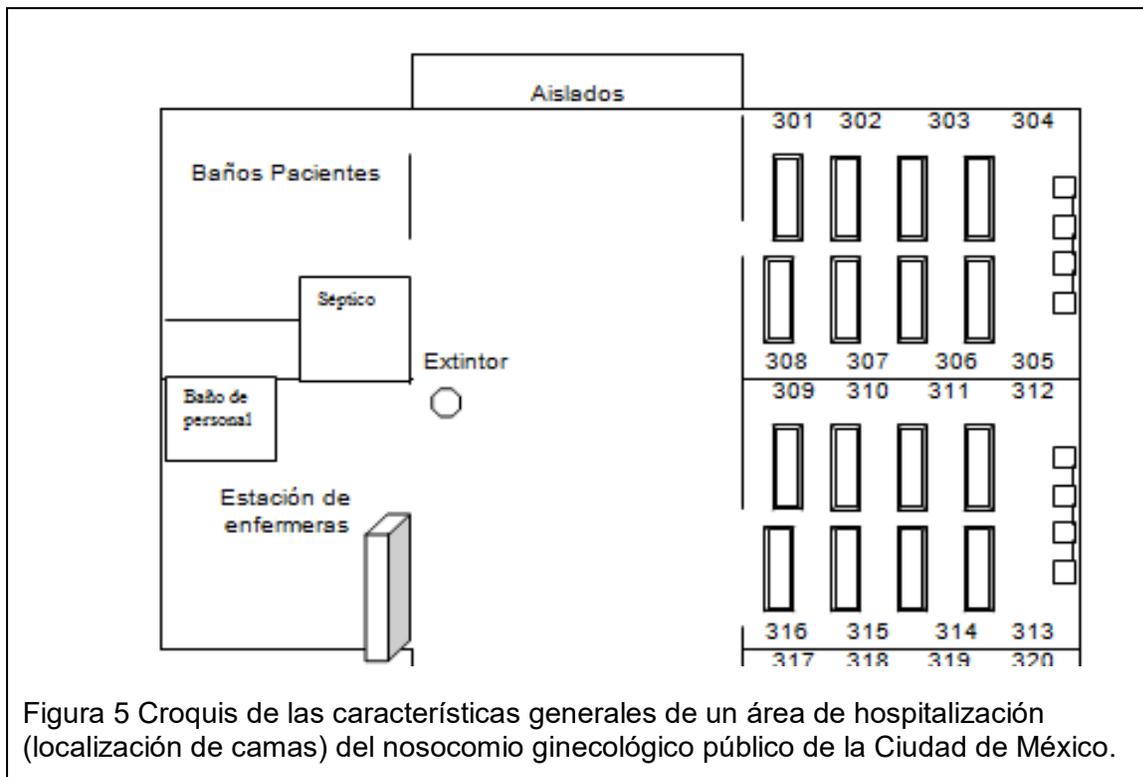


Figura 5 Croquis de las características generales de un área de hospitalización (localización de camas) del nosocomio ginecológico público de la Ciudad de México.

Las pacientes que participaron en esta investigación se encontraban en el momento de la encuesta en alguna de las siguientes salas.

- 1) Salas de “Unidad de Alojamiento Conjunto” (de ocho camas) ubicadas en el segundo piso del ala oriente, 80 mujeres.



Figura 6. Sala hospitalaria del segundo piso del ala oriente, las pacientes tienen a sus bebés a pie de cama.

- 2) Salas de “Embarazo de Alto Riesgo” (de cuatro y seis camas) ubicadas en el tercer piso ala poniente, 40 mujeres.



Figura 7. Sala hospitalaria del tercer piso ala poniente se localizan las pacientes con algún problema ginecológico.

- 3) Salas de “Puerperio Complicado” ubicadas en el tercer piso ala oriente, 80 mujeres.



Figura 8. Sala hospitalaria del tercer piso ala oriente, se localizan las pacientes con problemas durante el parto.

Procedimiento

Para este estudio se contó con la autorización de los directivos del hospital y se tuvo el apoyo de la psicóloga del lugar.

Para conocer con mayor detalle las salas de hospitalización se hicieron recorridos observacionales; se identificaron las características generales de las salas, sus muebles y enseres en cada una de ellas, además de sus usos, tamaños, colores y ubicación.

El cuestionario y las tres escalas fueron aplicadas por la autora de este proyecto y por dos estudiantes de psicología a quienes se les capacitó previamente. El tiempo aproximado del levantamiento de la información fue de 20 a 30 minutos dependiendo de las condiciones de la paciente.

Se levantó la encuesta durante cuatro semanas, de lunes a viernes, en un horario de 9:00 a.m. a 1:30 p.m.

Las pacientes en el momento de la entrevista no eran atendidas por personal médico o paramédico ni estaban atendiendo a sus bebés; debían estar sin molestias y dispuestas a cooperar en la entrevista.

Una vez con las pacientes, se les informaba que se pertenecía a la UNAM, que se estaba aplicando un cuestionario para un estudio, con el fin de conocer su opinión sobre algunos aspectos del hospital, se les solicitaba su participación y autorización a través de una hoja de consentimiento informado (Apéndice D), todas accedieron.

Debido a las condiciones de salud de las pacientes los reactivos se les leían. Se empezaba con las preguntas sociodemográficas y las relativas a la hospitalización, después se les daba una regleta de acuerdo a cada una de las escalas que se estaba tratando, se les explicaba con un ejemplo y ya que se confirmaba que no había duda por parte de la paciente se procedía a realizar la lectura de cada uno de los reactivos, la paciente contestaba o señalaba el número respectivo y la investigadora anotaba las respuestas en el cuestionario, posteriormente se procedía a dar la siguiente regleta, el ejemplo correspondiente y se seguía el procedimiento señalado.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los instrumentos aplicados. En primer lugar aparecen los datos que corresponden al cuestionario en el que se identifican condiciones de hospitalización, posteriormente se desarrolla lo que corresponde a las diferencias significativas entre grupos a partir de algunas variables sociodemográficas, de internamiento y psicosocioambientales.

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

A las pacientes se les hicieron algunas preguntas sobre sus consultas médicas en el transcurso de su embarazo, así como algunas circunstancias de vida, antes y durante la hospitalización debido a que podrían ser factores predisponentes de estrés.

Circunstancias del embarazo y la hospitalización

Se encontró que el 58% de las mujeres hospitalizadas no planearon su embarazo..

Tabla 5
Planeó el embarazo la paciente hospitalizada por causas obstétricas en un nosocomio ginecológico público

Planeó embarazo	Frecuencia	%
Sí	84	42.0
No	116	58.0
Total	200	100.0

Con el fin de conocer la atención médica que recibieron las mujeres durante el embarazo, en la tabla 6 se presenta la frecuencia de consultas médicas que tuvieron en ese periodo.

Tabla 6
Frecuencia de consultas médicas que tuvo la paciente previamente a la hospitalización

Frecuencia de consulta médica antes de su hospitalización	Frecuencia	%
Una vez	2	1.0
Dos veces	12	6.0
Tres veces	8	4.0
Cinco veces	5	2.5
Cada semana	13	6.5
Cada quince días	14	7.0
Cada mes	117	58.5
No acudió	25	12.5
No contestó	4	2.0
Total	200	100.0

El 58.5% (117) de las entrevistadas acudía al médico mensualmente antes de ser hospitalizada. Sin embargo, es interesante resaltar que el 12.5% (25) nunca consultó al médico y que algunas de ellas (13.5%, 27), antes del nacimiento del bebé, fueron pocas veces a consulta médica (cinco veces o menos).

Tabla 7
Causas médicas por las que las pacientes estaban hospitalizadas en un nosocomio ginecológico público

Causas de hospitalización	Frecuencia	%
Parto	125	62.5
Aborto	29	14.5
Dilatación	11	5.5
Hipertensión	9	4.5
Diabetes	5	2.5
Problemas del "producto"	4	2.0
Anemia	3	1.5
Dolores	3	1.5
Preclampsia	3	1.5
Trombosis	2	1.0
Otros (amenorrea, embarazo ectópico, insuficiencia respiratoria, piel, placenta previa, quistes)	6	3.0
Total	200	100.0

En la tabla 7 se observa que el 62.5% (125) de las mujeres estaban hospitalizadas para parir; 14.5% (29) porque abortaron y las otras pacientes estaban en el hospital por algún problema relacionado con su embarazo.

Tabla 8

Tipo de admisión en el hospital ginecológico público y percepción del proceso de hospitalización por parte de la paciente

La hospitalización fue ..	Frecuencia	%
Programada	12	6.0
De urgencia	176	88.0
Canalizada de consulta externa	12	6.0
Total	200	100.0
El trámite de ingreso fue ágil		
Sí	182	91.0
No	6	3.0
No recuerdo	12	6.0
Total	200	100.0

Como se observa en la tabla 8, el 88% de las mujeres fue hospitalizada porque ya estaba en trabajo de parto o porque se presentó alguna complicación en su embarazo.

Al 91% de todas las entrevistadas les pareció ágil el trámite de ingreso.

Tabla 9

Tipo de nacimiento del bebé en un hospital ginecológico público

Tipo de nacimiento del bebé	Frecuencia	%
Normal	52	39.7
Cesárea	73	55.7
Fórceps	6	4.6
Total	131	100.0

Como lo señala la tabla 9, de las mujeres que parieron más de la mitad fue por cesárea (55.7%), presentándose algunas complicaciones para el 4.6% de ellas, ya que se requirieron fórceps para que naciera el bebé.

Comunicación del hospital a la paciente

Comunicación sobre las condiciones de salud de la paciente

Las mujeres no siempre eran informadas sobre su propio estado de salud, debido al horario en que habían sido internadas; si ingresaban durante el cambio de turno se atrasaba la comunicación institucional a la paciente.

Tabla 10

Las pacientes hospitalizadas habían recibido información sobre su salud y persona que le había informado al respecto

Le habían informado sobre su salud a la paciente	Frecuencia	%
Sí	179	89.5
No	21	10.5
Total	200	100.0
Quién le informó sobre su salud a la paciente		
Personal médico	166	83.0
Trabajadora social	13	6.5
No le habían informado en el momento de la entrevista	21	10.5
Total	200	100.0

Se aprecia en la tabla 10 que las mujeres en general sí eran informadas sobre su estado de salud y quien informaba era principalmente el personal médico.

Comunicación sobre las condiciones de salud del bebé

En la tabla 11 se observa que a 103 mujeres que tenían a su hijo vivo sí les

habían informado sobre el estado de salud del mismo, y de éstas el 87% señalaba que sus bebés estaban bien.

Tabla 11

Comunicación por parte del hospital ginecológico público con la paciente sobre la salud del bebé

La paciente estaba informada sobre la salud del bebé	Frecuencia	%
Sí	103	79
No	27*	21
Total	130	100

Estado de salud del bebé en el momento de la encuesta	Frecuencia	%
Bueno	89	87
Malo	8	8
Regular	6	5
Total	103	100

*No procede por aborto, no habían nacido 27 casos.

Comunicación a la paciente sobre el día de salida del hospital

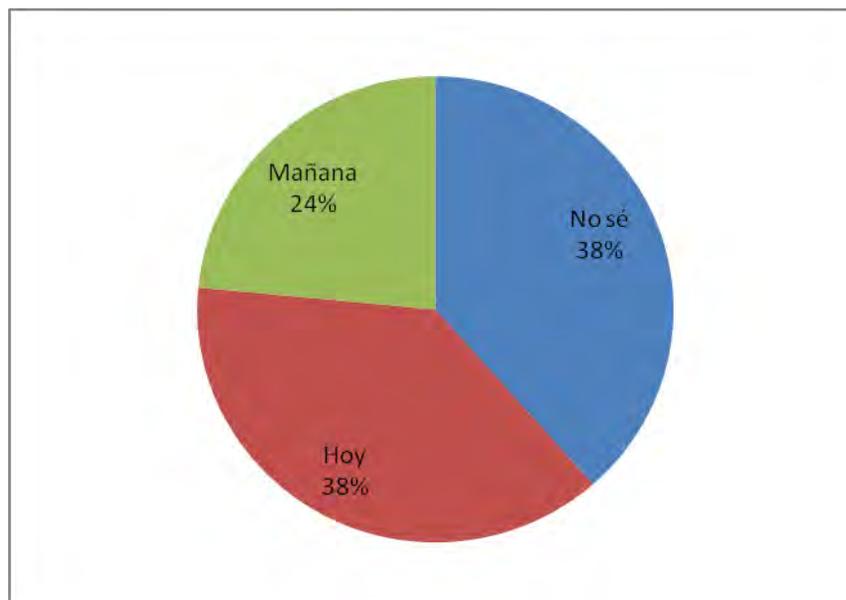


Figura 9. La paciente tenía conocimiento sobre el día en que saldría del hospital ginecológico público

En la figura 9 se observa que el 61.5% de las pacientes entrevistadas estaba informada sobre la fecha en que saldría del hospital, no así el 38 % de ellas.

Autopercepción de salud

En lo que se refiere al estado de salud de las mujeres hospitalizadas, la gran mayoría de ellas lo percibía como bueno, como se señala en la figura 10.

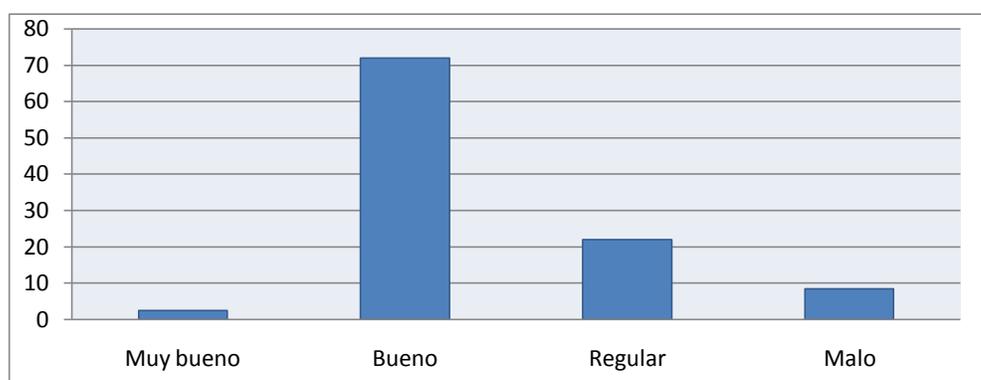


Figura 10. Autopercepción del estado de salud de la paciente internada en un hospital ginecológico público en el momento de la entrevista.

El 72% (144) de las mujeres entrevistadas se percibía bien y el 22% (44) se sentía regular. Muy bien se sentían cinco mujeres (2.5%) y mal siete de ellas (3.5%).

Apoyo social a la paciente

Tabla 12

Personas que acompañaron, se informaron y visitaron a la paciente durante su ingreso o permanencia en el hospital ginecológico público

Quién acompañó a la paciente a hospitalizarse	Frecuencia	%
Esposo	105	52.5
Madre y/o padre	48	24.0
Familia directa (hijos, hermanos, primos suegros, cuñados)	37	18.5
Patrona, amigos, vecinos	5	2.5
Llegó sola	3	1.5
No contestó	2	1.0
Total	200	100.0

Quién se informaba sobre el estado de salud de la paciente	Frecuencia	%
Esposo	117	60.3
Madre	43	22.4
Otros (familiares y amigos)	28	14.4
No sé	3	1.5
Nadie	3	1.5
Total	194	100.0

Quién visitaba a la paciente en el hospital	Frecuencia	%
Esposo	109	54.5
Madre y/o padre	49	24.5
Familia directa (hijos, hermanos, primos, suegros, cuñados)	32	16.0
Nadie la ha visitado	8	4.0
Amiga	2	1.0
Total	200	100.0

En la tabla 12 se observa que el principal apoyo social de la paciente era su pareja y los padres. Por ejemplo, la internó su pareja (52.5%) o sus padres (24%); la pareja (60.3%) y la madre (22.4%) eran las personas que más se informaban sobre el estado de salud de las pacientes y quienes la visitaban (54.5% pareja y

24.5% progenitores). Pero no todas las pacientes tenían apoyo social, se observó que algunas de ellas (3) llegaron solas al hospital, nadie se informaba sobre su salud (3) y hasta el momento de la entrevista nadie las había visitado (8).

En la tabla 13, el 60.5% de las pacientes indicaron que regresarían a su casa al salir del hospital; el 24.5% se iría con sus padres y el 8% con su familia política, las demás acudirían a casa de otro familiar o amigo. Es interesante observar que alrededor del 40% de las entrevistadas contaba con el apoyo de algún familiar.

Tabla 13

Lugar al que acudirá la paciente internada al salir del hospital ginecológico público

Lugar	Frecuencia	%
Su casa	121	60.5
Casa de los padres	49	24.5
Casa de los suegros	16	8.0
Casa de otros parientes (hermano(a), abuelos, hijos, de tíos, primos)	11	5.5
Casa de amigos	1	.5
A trabajar	1	.5
Buscar casa	1	.5
Total	200	100.0

Ubicación hospitalaria

Ubicación por piso

De acuerdo con la figura 11, se localizaron más pacientes en el tercer piso (60%), ahí estaban las mujeres que tuvieron problemas con su embarazo, su bebé tuvo algún padecimiento o mujeres que abortaron. En el segundo piso estaba el 40% restante.

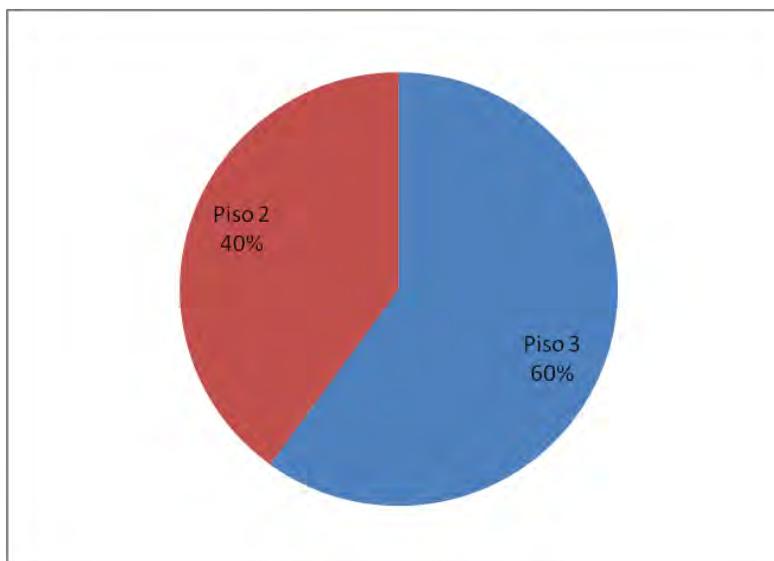


Figura 11. Pacientes hospitalizadas por piso del nosocomio ginecológico público

Ubicación por ala

Las dimensiones del ala poniente eran más pequeñas que las del oriente, de ahí el menor número de pacientes alojadas, como se señala en la figura 12

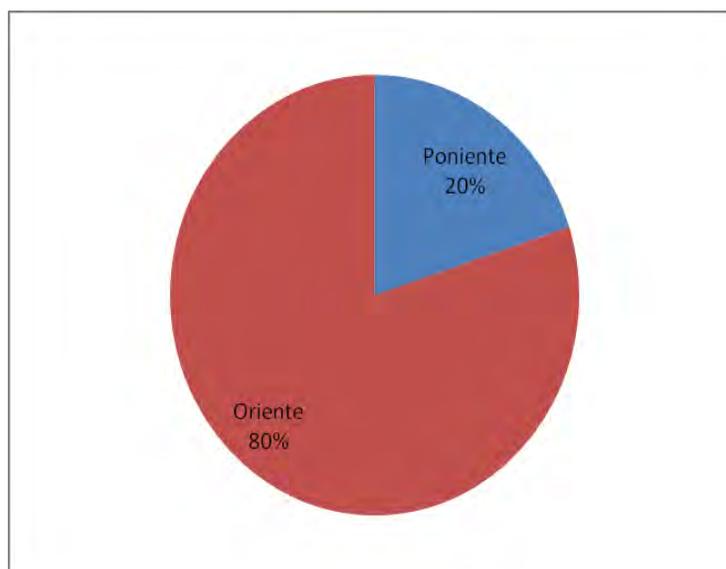


Figura 12. Pacientes hospitalizadas por ala del nosocomio ginecológico público

Las mujeres de las salas oriente eran las que tenían un paisaje exterior más agradable, el estar en el segundo o tercer piso les permitía tener una mejor vista, veían las copas de los árboles (Figura 13); si tenían posibilidad de levantarse podían acercarse a las ventanas y apreciar el exterior del hospital, en ocasiones podían ver a sus familiares que estaban en la calle



Figura 13. Paisaje exterior del ala oriente del hospital ginecológico público

Lo anterior no sucedía con las pacientes que estaban en el ala poniente debido a que lo que apreciaban hacia ambos lados era poco atractivo, un edificio (el auditorio) y más lejos la calle con coches estacionados; por el otro lado del pasillo se observaban las chimeneas del propio hospital o el edificio contiguo.

Proporción de pacientes internadas por piso

Había más pacientes en el tercer piso (no tenían a sus bebés con ella), que en el segundo piso. Esto se debía a la capacidad de las salas en el piso; en el segundo piso el número de mujeres con las que se compartía la habitación en el momento de la entrevista era entre tres y seis pacientes, en el tercer piso se llegó a encontrar que había mujeres que compartían las habitaciones con sólo una o dos pacientes más.

Tabla 14
Pacientes encamadas por piso y por sala del hospital ginecológico público

Piso	Número de pacientes encamadas por sala								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
2do.	-	-	6	11	7	24	13	19	80
3er.	4	9	25	29	14	20	-	19	120
Total	4	9	31	40	21	44	13	38	200



Figura 14. Mujeres hospitalizadas en un nosocomio ginecológico público conversando en una de las salas del tercer piso en el que no están con su bebé a pie de cama

Tabla 15 Número de mujeres en cama con las que se encontraba la paciente al ingresar a la sala de hospitalización de un nosocomio ginecológico público

Número de pacientes	Frecuencia	%
1	10	5
2	16	8
3	26	13
4	44	22
5	39	19.5
6	22	11
7	15	7.5
8	10	5
No recuerda	6	3
Total	12	6

Media= 3.91 pacientes encamadas al ingresar a la sala

Tabla 16 Número de mujeres en cama que estaban en la sala del hospital **en el momento de la entrevista**

Número de hospitalizadas por sala	Frecuencia	%
1	4	2.0
2	9	4.5
3	31	15.5
4	40	20.0
5	21	10.5
6	44	22.0
7	13	6.5
8	38	19.0
Total	200	100.0

Media= 5.20 pacientes encamadas en el momento de la entrevista

Tabla 17 Número de días de hospitalización que llevaban las mujeres en el momento de la entrevista

Número/ días	Frecuencia de pacientes	%
1	65	32.5
2	65	32.5
3	44	22.0
4	11	5.5
5	6	3.0
6 y más días	9	4.5
Total	200	100.0

Media= 2.48 días de hospitalización

De acuerdo con las tablas 15, 16 y 17 eran pocas las pacientes en cada una de las salas del hospital y su permanencia era relativamente corta (87% estaba menos de cuatro días), en general estaban hospitalizadas entre uno y dos días. En ese tiempo estaban durmiendo, empezaban a caminar y algunas a recibir visitas.

Condiciones del hospital para la relación paciente-visitante

En cuanto al tiempo de visita el 43% (86) de las mujeres consideró que éste era suficiente, para el 39% (78) no era suficiente y el 18% (36) aún no lo sabía porque no las habían visitado debido a que se habían internado después de las 18 horas cuando ya había terminado el horario de visita.

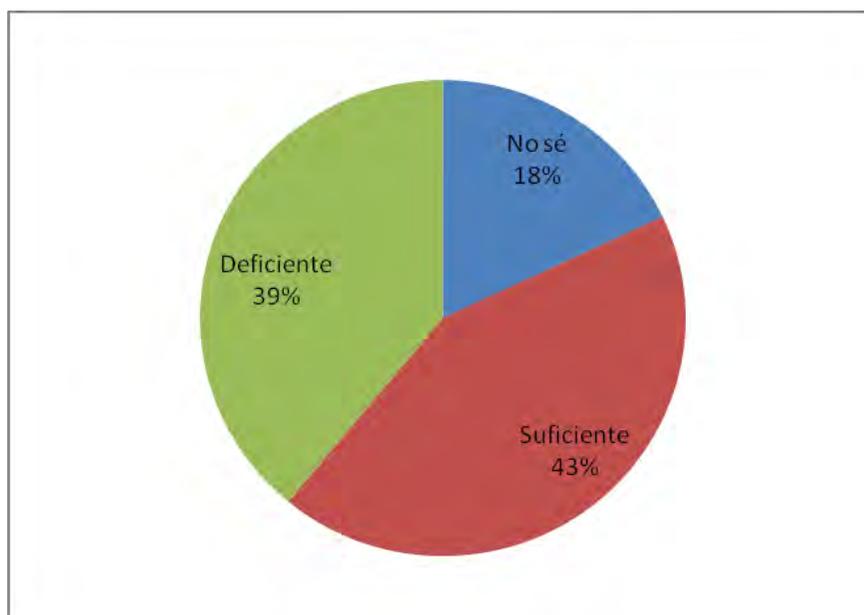


Figura 15. Opinión de las pacientes hospitalizadas sobre el tiempo de visita en el nosocomio ginecológico público

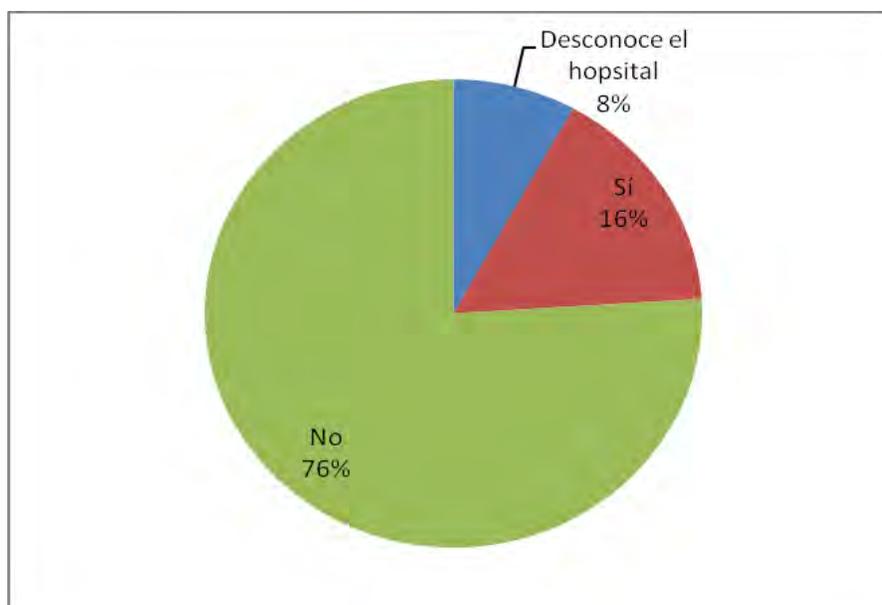


Figura 16. Las pacientes hospitalizadas identificaban lugares privados para recibir visitas en el nosocomio ginecológico público

En la figura 16 se observa que la gran mayoría de las mujeres entrevistadas señalaron que en el hospital no percibían que hubiera un lugar privado para recibir a sus visitas, pues era en la misma sala en donde estaban con ellas sus visitantes. Sólo las mujeres que podían caminar y conversar con sus visitas en los pasillos de las salas eran las que percibían cierta privacidad al estar con sus familiares.

Percepción de que el ambiente influye en la salud

Como se observa en la Figura 17, para el 33% de las entrevistadas el ambiente físico sí influye en la salud del paciente; sin embargo, más de la mitad (66%) consideraba que no existía tal influencia.

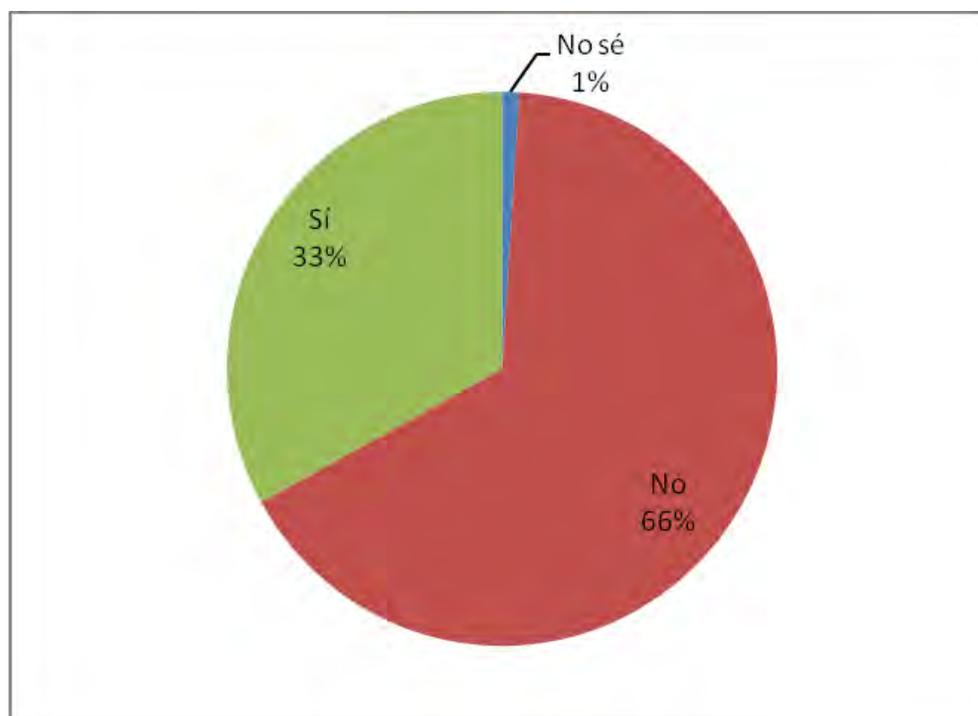


Figura 17. Percepción de las pacientes hospitalizadas de que el ambiente físico del nosocomio ginecológico público influye en su salud

Debido al interés propio de esta investigación, se identificaron algunos aspectos que se vincularon con el estrés ambiental, como se observa en las tablas 18 y 19.

De las 200 pacientes entrevistadas, 132 dijeron que el ambiente físico no influía en su estado de salud, mientras que 64 dijeron que sí. Al preguntarles a éstas últimas cuáles eran los factores que influían en ellas durante su estancia hospitalaria, (Tabla 18), el 34% mencionaron aspectos de carácter social, como el trato y la compañía. En cuanto a aspectos físicos (47%) destacaban algunos con connotación positiva como el arreglo de la sala, el confort y la tranquilidad, y otros factores eran de carácter negativo como el ruido, el calor y el frío. También comentaron que el estrés de las demás sí influía en su propio estado de salud.

Tabla 18

Aspectos del ambiente del hospital ginecológico público que las pacientes consideraban que sí influían en su salud

Aspectos del ambiente	Frecuencia	%
Sociales (compañía, el trato)	22	34.0
Emocionales (estrés de las demás, su estado de ánimo)	12	19.0
Físicos (tranquilidad, arreglo de la sala, ruido, comodidad, luz, temperatura, limpieza)	30	47.0
Total	64	100.0

Debido a que la literatura señala al ruido como un factor constante que se presenta en los estudios de hospitales, se hizo una pregunta específica sobre él, observándose en la tabla 19 que el 50% (100) de las encuestadas señaló que sí había ruido en la sala en la que se encontraba y que éste era producido principalmente por la gente (personal del hospital, “los que pasan por ahí”, las pacientes y los bebés); el mobiliario (“los carritos con medicamentos”) y “la calle” (coches, autobuses, transeúntes).

Tabla 19

Factores que producían ruido a las pacientes hospitalizadas en las salas del nosocomio ginecológico público

Factores que producían ruido en el hospital	Frecuencia	%
El personal	25	25.0
Todos platican	18	18.0
Mobiliario (camillas máquinas de escribir, Televisión)	17	17.0
Los bebés	14	14.0
La calle	10	10.0
Las pacientes	9	9.0
La gente	7	7.0
Total	100	100.0

Experiencias de vida y preocupaciones de las pacientes

Las circunstancias de vida previas al embarazo son factores que pueden desencadenar estrés, razón por la cual se preguntó a las pacientes si habían tenido algún evento no agradable previo a su hospitalización o durante la misma, en la tabla 20 se observan sus respuestas.

Tabla 20

Acontecimientos desagradables que habían vivido las pacientes hospitalizadas en el nosocomio ginecológico público

Vivió o había vivido acontecimientos desagradables antes (días antes) o durante la hospitalización	Frecuencia	%
Sí	23	11.5
No	176	88.0
No contestó	1	.5
Total	200	100.0

El 88% de las mujeres hospitalizadas dijo que no habían tenido una experiencia desagradable y de las pocas que sí consideraron que la habían tenido (23), once dijeron que abortaron o tuvieron algún problema de salud (hemorragias, dolores, caída). Solamente dos mujeres expresaron que lo desagradable era el “estrés del encierro”. También, se les preguntó si tenían alguna preocupación en el momento de la entrevista, (Tabla 21), a lo que muchas de ellas (146 mujeres) respondieron que lo que más les preocupaba eran sus hijos que habían dejado y su bebé recién nacido, además de su propia salud, su familia y aspectos económicos.

Tabla 21
Principales preocupaciones de las pacientes hospitalizadas en un nosocomio ginecológico público

Principales preocupaciones	Frecuencia de respuestas	%
Que estén bien sus hijos en casa	95	45.2
Su bebé	51	24.2
Estar bien(recuperarse)	25	12.0
Dejar el hospital	15	7.1
Hablar con la familia	7	2.8
Aspectos económicos (pagar la cuenta)	6	2.8
Llegar a casa	4	2.0
Su pareja	2	1.0
Qué hacer cuando salga	2	1.0
Trabajar más	2	1.0
Dónde vivir	1	.5
Total de respuestas	210	100.0

Los aspectos de carácter económico sin duda son fuentes de estrés reales en este grupo de mujeres, como son el no contar con dinero para pagar la cuenta (seis personas; el tener que trabajar más (2) y el llegar a su casa (4).

Actividades durante la hospitalización

Como se aprecia en la tabla 22 lo que las pacientes hacían con más frecuencia era caminar y conversar, lo primero por prescripción médica y lo segundo porque era una forma de pasar “mejor” el rato de internamiento. El que hubiera más compañeras en el cuarto les permitía a algunas de ellas socializar mientras que para otras eran momentos de reflexión.

El “hacer nada” era una respuesta muy ambigua y se referían a no estar haciendo alguna actividad motriz como estaban acostumbradas a realizar en su casa.

Tabla 22
Actividades que realizaban las pacientes durante su hospitalización en un nosocomio ginecológico público

Actividades durante la hospitalización	Frecuencia	%
Caminar	60	30.0
Platicar	34	17.0
“Nada”	27	13.5
Acostarse	21	10.5
Descansar	16	8.0
Dormir	13	6.5
Leer	10	5.0
Tener a su bebé	8	4.0
Pensar	7	3.5
Otros (ver tele, orar, asomarse por la ventana)	4	2.0
Total	200	100.0

Sugerencias para mejorar la estancia

A las pacientes se les pidieron sugerencias para mejorar su estancia en el hospital, al respecto el 34% mencionó que no necesitaba nada, las demás expresaron lo siguiente.

Tabla 23 Sugerencias de las pacientes para mejorar su estancia hospitalaria en un nosocomio ginecológico público

Sugerencias	Frecuencia	%
Nada	68	34.0
Ver televisión	46	15.5
Tener a su bebé	16	8.0
Tener a sus hijos que estaban en casa	14	7.0
“Ya no estar en el hospital”	11	5.5
Leer revistas, periódicos, libros	9	4.5
Sentirse bien	9	4.5
Que alguien pase y conversar	7	3.5
Amabilidad del personal	7	3.5
Escuchar radio	6	3.0
Hablar con la familia	5	2.5
Otros (más espacio, más decoración, Un baño, medicamentos)	17	8.5
Total	200	100.0

Como se observa en la tabla 23, mientras que algunas de las pacientes no requerían más de lo que el hospital les ofrecía, otras señalaron que se sentirían mejor si hubiera una televisión en la habitación y pudiesen verla, (se llegaron a encontrar salas con televisión pero nunca estuvieron prendidas), leer el periódico o escuchar radio, además, deseaban que estuvieran con ellas su bebé y sus hijos(as) que dejaron en casa. Para otras, el estar fuera del hospital sería lo más recomendable para estar mejor, así como el estar en actividad o con algún ser querido. El buen trato también podría ser un aspecto que favorecería su estancia hospitalaria.

Recomendarían el hospital

Finalmente, se les preguntó a las pacientes si recomendarían el hospital en el que estaban. De acuerdo con la Tabla 24, el 97% sí lo haría porque se sentían bien atendidas (72%), “son rápidos (8%), es barato (6%) y hay expertos (5%)”. Además de que muchas de ellas ya tenían antecedentes del hospital porque nacieron en él o porque otras personas se lo sugirieron.

Tres mujeres no lo recomendarían porque a una de ellas la lastimaron y no se arriesgaría a proponerlo a otra mujer, “qué tal si no la tratan bien y ya lo recomendé”.

Tabla 24

Recomendarían el hospital ginecológico público las pacientes internadas y causas de recomendación

Recomendaría este hospital a otras mujeres	Frecuencia	%
Sí	193	96.5
No	5	2.5
No sé	2	1.0
Total	200	100.0
Causas de recomendación		
Atienden bien	144	72.0
La rapidez	16	8.0
Es barato	12	6.0
Los médicos son especialistas	10	5.0
Herencia	7	3.5
Aparatos suficientes	2	1.0
Por la tranquilidad	2	1.0
Me da confianza	1	.5
Causas de no recomendación		
Me lastimaron	1	5
No contesta	1	.5
No se arriesga a recomendarlo	1	.5
No procede	3	1.5
Total	200	100.0

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS POR ESCALAS Y GRUPOS DE ACUERDO A DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Una vez hecho el análisis psicométrico de las escalas aplicadas (Apéndice E) se conformaron grupos de acuerdo a las siguientes variables para su posterior análisis estadístico.

Datos socio-demográficos

- a) *Edad **
- b) *Tiene o no pareja.*
- c) *Escolaridad*

Condiciones de hospitalización

- a) Embarazo planeado *
- b) Tipo de parto
- c) Con su bebé en la sala o no
- d) Le informaban sobre su salud a la paciente
- e) Le informaban a la paciente sobre la salud de su bebé
- f) Experiencias desagradables que pudieran desencadenar estrés en la paciente
- g) Apoyo social a la paciente de acuerdo a quien la visitaba
- h) Apoyo social a la paciente de acuerdo a quien se informaba de su salud
- i) Piso de hospitalización
- j) *Ala de hospitalización (oriente, poniente);*
- k) *Creencia de que el ambiente físico influye en su estado de salud**

*No hubo diferencias estadísticamente significativas.

A continuación **se presentarán sólo las variables en las que se encontraron diferencias significativas por factor de las escalas.**

Diferencias significativas por tener o no pareja las pacientes hospitalizadas

Tabla 25 Diferencias por grupo de acuerdo a si tenían o no pareja las mujeres hospitalizadas por causas obstétricas

Subescala	Md Sin pareja (n=48)	Md Con pareja (n=152)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Confianza en el servicio	8.90	9.36	-2.311	198	.022
Estrés en sala	3.59	2.66	2.225	70.11	.016

Las pacientes que tenían o no pareja presentaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas: **confianza en el servicio**, ($t=-2.311$, $gl=198$, nivel de significación=.022); las pacientes que tenían pareja ($Md=9.36$) tenían más confianza en los servicios que les ofrecían médicos, enfermeras y vigilancia, que las que no tenían pareja ($Md=8.9$); y éstas últimas eran las que tenían más **estrés en sala**, ($Md=3.59$), ($t=.2.22$, $gl=70.11$, $ns=.016$).

Diferencias significativas por escolaridad de las pacientes hospitalizadas

Tabla 26

Diferencias por grupo de acuerdo al nivel de escolaridad de las mujeres internadas en un hospital ginecológico público

Subescala	Md. Educ. básica (n=148)	Md Educ. media superior (n=48)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Estrés en sala	2.63	3.79	3.032	194	.003
Percepción espacial y equipamiento	8.36	7.37	3.618	194	.000
Ambiente físico y señalización	8.73	7.92	2.624	194	.009

Se encontraron **diferencias significativas de acuerdo a la escolaridad**, en tres subescalas, ellas fueron: **estrés en sala** ($t=3.02$, $gl=194$, $ns=.003$), en particular se

presentó en las pacientes que tenían educación media superior (Md=3.79); **percepción espacial y equipamiento** ($t=3.61$, $gl=194$, $ns=.003$) sobre todo en las mujeres con educación básica (Md=8.36) quienes obtuvieron una media más alta que las que tenían educación media superior (Md=7.37); también hubo diferencias significativas en la subescala de **ambiente físico y señalización**, en particular eran las personas de educación básica (Md=8.73) quienes más percibían estos elementos.

Diferencias significativas por tipo de parto de las pacientes

Por el tipo de parto, sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas: atenta, inquietud, confianza en el servicio y estrés en sala.

Tabla 27

Diferencias por grupo de acuerdo a si el bebé nació por parto normal o por cesárea en un hospital ginecológico público

Subescala	Md Parto normal (n=52)	Md Por cesárea (n=73)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Atenta	1.52	1.84	-2.312	123	.016
Inquietud	2.76	1.84	2.757	110.18	.007
Confianza en el servicio	9.58	9.17	1.886	123	.040
Estrés en sala	1.81	3.22	-3.627	123	.000

En la Tabla 27 se observa que las mujeres que tuvieron un parto normal puntuaron significativamente más alto en las subescalas de inquietud (Md=2.76) y confianza en el servicio (Md=9.58), mientras que las que tuvieron su parto por cesárea puntuaron significativamente más alto en las subescalas de atenta (Md=1.84) y estrés en sala (Md=3.22).

Diferencias significativas de acuerdo a si las pacientes tenían o no a su bebé con ellas

Tabla 28

Diferencias por grupo de acuerdo a si la paciente tenía o no a su bebé recién nacido con ellas a pie de cama en el hospital ginecológico público

Subescala	Md Con bebé (n=131)	Md Sin bebé (n=69)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Atenta	1.70	2.18	3.680	198.0	.000
Estrés en el momento	3.16	2.84	2.373	125.7	.015
Estrés en sala	2.62	3.38	-2.131	126.4	.029
Percepción espacial y equipamiento	8.30	7.81	1.915	132.2	.048

En las subescalas de atenta, estrés en el momento de la encuesta, estrés en sala, y percepción espacial y equipamiento (Tabla 28), se encontraron diferencias significativas cuando la paciente tenía o no a su bebé con ellas a pie de cama. Las mujeres con su bebé tenían más estrés en el momento de la encuesta (Md=3.16) y un puntaje más alto en percepción espacial y equipamiento (Md=8.30) que las que no tenían a su bebé, éstas últimas se mostraron más atentas (Md=2.18) y con más estrés en sala (Md=3.38).

Diferencias significativas de acuerdo a si le informaban sobre su salud a la paciente hospitalizada

Tabla 29

Diferencias por grupo de acuerdo a sí a la paciente internada se le informaba sobre su salud en el hospital ginecológico público

Subescala	Md Sí está informada (n=179)	Md No está informada (n=21)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Atenta	1.81	2.32	2.293	24	.014
Estrés en el momento	3.10	2.61	2.058	23	.016

A partir de la información que tenía la paciente sobre su estado de salud, se encontró que sí hubo diferencias estadísticamente significativas, en dos subescalas: atenta ($t=2.293$, $gl=24$, $ns=.014$) y estrés en el momento de la encuesta ($t=2.058$, $gl=23$, $ns=.016$). La paciente que no estaba informada, estaba más atenta ($Md=2.32$), mientras que la que sí estaba informada sobre su propia salud tenía más estrés en el momento de la encuesta ($Md=3.10$).

Diferencias significativas por comunicación a la paciente sobre la salud del bebé

Tabla 30

Diferencias por grupo de acuerdo a si a la paciente internada se le informaba sobre la salud de su bebé recién nacido en el hospital ginecológico público

Subescala	Md Sí informan sobre el bebé (n=103)	Md No informan sobre el bebé (n=27)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Atenta	1.65	2.00	-2.30	36.7	.013
Estrés en el momento	3.28	2.79	2.47	34.9	.005
Confianza en el servicio	9.47	8.97	2.02	128.0	.045
Estrés en sala	2.37	3.32	-1.81	35.2	.041

En lo que se refiere a si estaban o no informadas sobre la salud de su bebé, se encontraron diferencias en las subescalas de: atenta ($t=-2.30$, $gl=36.7$, $ns=.013$); estrés en el momento de la encuesta ($t=2.47$, $gl=34.9$, $ns=.005$); confianza en el servicio ($t=2.025$, $gl=128$, $ns=.045$) y estrés en sala ($t=-1.817$, $gl=35.2$, $.041$) Se observó que si no estaban informadas sobre el bebé estaban más atentas ($Md=2.00$ vs. $Md=1.65$), y tenían más estrés en sala ($Md=3.32$ vs. $Md=2.37$). Mientras que si estaban informadas sobre la salud de su bebé estaban con más estrés en el momento de la encuesta ($Md=3.28$ vs. 2.79 ;) y tenían más confianza en el servicio del hospital ($Md=9.47$ vs. $Md=8.97$).

Diferencias significativas por experiencias desagradables que pudieron desencadenar estrés en la paciente

Se observa en la tabla 31 que las mujeres con experiencias desagradables en los últimos días o durante la hospitalización puntuaron más alto en las subescalas de atenta y percepción espacial y equipamiento que las mujeres que tuvieron experiencias agradables. Mientras que las mujeres que no tuvieron experiencias desagradables en el periodo citado, tuvieron medias más altas en las subescalas de estrés en el momento de la encuesta, confianza en el servicio, así como en ambiente físico y señalización.

Tabla 31

Diferencias por grupos de pacientes internadas con y sin experiencias desagradables en los últimos días (antes o durante la hospitalización)

Subescala	Md Con experiencia desagradable (n=23)	Md Sin experiencia desagradable (n=176)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Atenta	2.57	1.77	3.664	26.19	.000
Estrés en el momento de la encuesta	2.68	3.11	2.148	27	.027
Confianza en el servicio	8.27	9.38	-4.24	197	.000
Percepción espacial y equipamiento	4.66	2.65	4.019	197	.000
Ambiente físico y señalización	7.74	8.59	-1.602	25.23	.045

Diferencias significativas de acuerdo al apoyo social de las pacientes hospitalizadas

En el caso de **quién visitaba a la paciente** se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de ambiente físico y señalización ($t=2.078$ $gl= 187$, nivel de significación= .039). Las pacientes que eran visitadas por su esposo o concubino (109) valoraron más positivamente el ambiente físico y señalización ($Md= 8.80$) que las que eran visitadas por familiares (80, $Md=8.26$).

También hubo diferencias en la variable de apoyo social que se refiere a **quién se informaba sobre su salud**, encontrándose diferencias exclusivamente en la escala de estrés en sala. Las mujeres que sabían que era la pareja y no la familia ($Md=2.60$ vs $Md=3.26$ respectivamente) la que se informaba de su salud presentaban menos estrés en sala (Tabla 32).

Tabla 32

Diferencias por grupo de acuerdo a la persona que se informaba del estado de salud de la paciente hospitalizada en un nosocomio público

Subescala	Md Pareja (n=117)	Md Familiares consanguineos (n=71)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Estrés en sala	2.60	3.26	1.952	144.751	.050

Diferencias significativas por piso de hospitalización

De acuerdo al piso en donde se encontraba la paciente hospitalizada sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en la subescala de percepción espacial y equipamiento ($t = 1.936$ $gl=179.67$, $sig=.054$; en 2do piso (n=80, Md= 8.41) y en 3ero. (n=120, Md=7.95) siendo las mujeres que estaban en el segundo piso quienes percibían mejor el espacio y el equipamiento, éste era el piso en donde se encontraban las pacientes con su bebé, tenían una cuna a pie de cama y bañeras para los bebés en el mismo piso.

Diferencias significativas por ala de hospitalización de las pacientes

Tabla 33

Diferencias por grupo de acuerdo al ala en la que estaban internadas las pacientes del hospital ginecológico público

Subescala	Md Oriente (n=160)	Md Poniente (n=40)	t	Grados de libertad	Nivel de significación
Atenta	1.80	2.15	2.029	54.43	.028
Ambiente fisico y señalilización	8.37	9.03	2.306	75.27	.024

Finalmente, en lo que se refiere a la sala en donde estaban alojadas las mujeres, las que estaban internadas en el ala poniente (mujeres que tenían más tiempo en

el hospital) puntuaron significativamente más alto en las subescalas de atenta (Md=2.15), y ambiente físico y señalización (Md=9.03) en comparación con las del ala oriente.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Los hospitales son entornos que se construyen para atender la salud y con ello mejorar la calidad de vida de las personas, no obstante, existen circunstancias humanas, ambientales, médicas y organizacionales que pueden favorecer el estrés entre las pacientes, situación que motivó el desarrollo del presente estudio, llegándose a identificar algunos factores psicosocioambientales productores de estrés entre las mujeres hospitalizadas por causas obstétricas.

Para iniciar la discusión es necesario recordar datos sociodemográficos y de hospitalización de las mujeres encuestadas. La mayoría de ellas eran de clase baja y media baja, con una edad promedio de 25 años, tenían estudios básicos, tenían pareja y menos de tres hijos; eran amas de casa, un poco más de la mitad no planeó el embarazo (motivo de su hospitalización) y muchas de ellas no llevaban un seguimiento médico mensual por lo que se internaron en calidad de emergencia; la mayoría de sus bebés nacieron por cesárea y el tiempo promedio de su hospitalización fue de dos días. Una vez internadas recibieron la atención médica necesaria para estos casos, por lo que el contacto principal que tenían era con las enfermeras y los médicos.

Todas las pacientes se ubicaban en salas colectivas, porque es lo que prevalece en las instituciones de seguridad social de México, a pesar de que la literatura señala que lo más recomendable es tener habitaciones individuales (Ulrich, 2003; Solovy, 2002; Müller y Parra Casado, 2015).

Para contrarrestar algunos problemas que se pueden suscitar por la falta de privacidad en las salas, el hospital del presente trabajo ubica a las pacientes por tipo de enfermedad o estado de salud, aspectos que se deben tomar en cuenta al diseñar las salas, como lo expresan Cedrés de Bello (1998), Teikari (1995), Kaiser (1998) Lebrero (2006) y Cedrés (2011). El objetivo de esta clasificación o separación de pacientes es controlar algunos estresores como podrían ser riesgos

de contagio o ruido. En el caso que nos ocupa las pacientes que tenían a su bebé con ellas se ubicaban en el 2do. piso en donde había cunas a pie de cama y bañeras para bebé cerca de las habitaciones. Las que no tenían a su bebé con ellas, tenían problemas con su embarazo o habían abortado se localizaban en el 3er. piso, lo que permitía que compartieran condiciones socioambientales comunes y pudiera haber un poco más de confort entre ellas (más espacio al no haber cunas y un poco de más silencio).

En esta investigación se indagó hasta qué punto las condiciones físicas y humanas de un hospital favorecían la presencia de estrés en este grupo de mujeres, encontrándose en general que las áreas médica y psicosocial (calidad del servicio médico y buen trato) eran más reconocidas que la influencia del ambiente físico en ellas, lo que coincide con estudios que se han hecho sobre la percepción de la calidad del servicio de salud como son las encuestas de salud realizadas en Sonora, Hidalgo y Morelos (Encuesta Nacional de Salud II, 1994; Ortiz et al. 2003; Romero et al. 1997; Velázquez Moreno et al. 1998), en todas ellas los encuestados destacaron más la calidad humana y de conocimientos del personal médico que aspectos físicos del lugar en el que reciben la atención. El no destacar los aspectos ambientales como posibles generadores de estrés pudo deberse a que cubrían sus expectativas o nos los veían “no son conscientes de su influencia” como lo comentan Müller y Parra Casado (2015) o a que no existía en las salas equipo biomédico sofisticado (extraño, ruidoso y llamativo) que se visualizara como sinónimo de gravedad o de emergencia como lo señalan Banda Macedo y Fustamante Castillo (2015), no obstante lo anterior, se verá más adelante como algunos aspectos del lugar sí cobraron importancia.

En el presente estudio las mujeres que tenían pareja en comparación con las que no la tenían mostraron más confianza en el servicio y menos estrés en sala. Esto puede explicarse por el apoyo social que las casadas tenían pues en general su pareja, madre y/o familiar cercano las habían llevado al hospital, se informaban sobre su estado de salud y las visitaban, resultando muy favorable para la mujer,

lo que coincide con una investigación realizada en Colombia con mujeres embarazadas hospitalizadas, en donde se encontró que presentaban menos estrés las que tenían mayor apoyo social, considerado éste como un factor protector durante la estancia hospitalaria (Betancourt Loaiza, et al. 2014),

En el caso de México no es de sorprender, que al visitar a un enfermo hospitalizado vayan todas las personas cercanas, “hay que ir”, aunque se queden en la calle o no exista un lugar cómodo o suficiente para sentarse, como es el caso de varias instituciones públicas de salud, en donde sólo se permite el acceso al área de hospitalización a un mínimo de visitas y en determinados horarios.

El que la paciente supiera que no estaba sola era fundamental, pues los apoyos sociales en conjunto ofrecen seguridad y tranquilidad al saber que ante algún problema se cuenta con los parientes (Astedt-Kurki, Paunonen & Lehti, 1997 y Astedt-Kurki et al., 2001). Ortega (2017) señala que la estancia hospitalaria es estresante pero el acompañamiento y consuelo son una gran ayuda psicológica. Sobre este punto, Clansy, et al. (2007) mencionan la importancia de tener cerca a los familiares cuando se está hospitalizado y de tomarlos en cuenta en el momento de diseñar los espacios; ellos también van a ocupar un lugar físico cerca del paciente y deben estar tranquilos. Al respecto existe un trabajo de Flores, Cano-Caballero, Caracuel, Castillo, Mezcuá, Osorio y Vegas (2002) en donde se hace énfasis en la atención que se les debe brindar a los acompañantes de los pacientes que permanecen mucho tiempo hospitalizados. Los acompañantes suelen ser los más cercanos, como en este trabajo se menciona eran la pareja y/o la madre, desafortunadamente en ocasiones por la necesidad de ir al trabajo, por vivir lejos, o por no tener dinero el acompañante no se atiende pues duerme poco y come mal lo que repercute en su salud, tema que sería interesante investigar ya que se puede presentar una contradicción, el paciente puede tener menos estrés al saber que el familiar está cerca pero también el familiar puede tener más estrés al no tener las condiciones físicas que le permitan relajarse.

La confianza en el servicio médico fue un aspecto que se presentó en este estudio, puede deberse a que muchas de las mujeres pertenecían a la tercera generación que había sido atendida en el hospital de este trabajo, ellas son el propio ejemplo de que sí “nacieron bien”, pues ahí nació la nieta, la hija y ella misma. Esta confianza también se atribuye a su grupo social de procedencia, como lo señalan Ortiz et al. (2003); Velázquez et al. (1998) y Ortega-Andeane (2002), al decir, que el bajo nivel educativo y económico se ha relacionado con una percepción positiva de los servicios médicos y físico ambientales. Algunos de estos últimos fueron percibidos favorablemente por las entrevistadas, como fueron el espacio y equipamiento, así como el ambiente físico y señalización, en particular por las mujeres con educación básica quienes evaluaron mejor la parte espacial y el equipamiento del hospital (Md=8.36), en comparación con las mujeres con estudios de bachillerato (Md=7.37). Lo mismo sucedió en el caso del factor ambiente físico y señalización (Md=8.73, educación básica y Md=7.92, bachillerato), lo que coincide con algunas investigaciones cuando mencionan que entre mayor es la escolaridad mayor es la exigencia en los servicios (González Gómez et al (2017). Respecto a la señalización, Carpman et al.(1984), encontraron que las personas con más escolaridad desean que ésta sea más sencilla para evitar confusión o perderse en el lugar al que se acude con cierta preocupación, ya sea por la salud propia o la de la familiar. La American Hospital Association (A/A, 1979) añade, los pacientes y familiares que acuden al hospital deben orientarse claramente en su movimiento a través de él, para lo cual se debe contar con un buen sistema de señalamiento, situación que confirma el propio Zimrig et al. (2006) cuando narra lo que le sucedió al ir al hospital a visitar a su madre enferma. En el caso del hospital ginecológico público, escenario de este estudio, sucedió algo parecido a la autora de este trabajo, el nosocomio tenía en la misma calle tres accesos, no se distinguía claramente cuál era la entrada principal, lo que podía diferenciar una puerta de otra era que en una de ellas se veía el eventual ingreso de automóviles y ambulancias y en otra de las puertas se encontraba un gran número de personas esperando a su paciente. Una vez adentro del hospital, la falta de señalización obligaba a preguntar a alguien por

dónde estaban los consultorios, los rayos x, los laboratorios o las oficinas. Ya en el piso de hospitalización no quedaba muy claro si se iba a la derecha o a la izquierda a buscar a la paciente, o si ella estaba en la cama ubicada en la primera, segunda, tercera o cuarta puerta, por lo que es indispensable para comodidad de todos colocar pizarrones de localización o ubicar a personas capacitadas e identificables en lugares estratégicos del hospital a fin de orientar a pacientes, familiares y visitantes diversos.

Fueron pocos los casos de pacientes hospitalizadas que mencionaron que para estar mejor se requería atender aspectos de carácter físico-ambiental, como más espacio, más o mejor decoración o un baño propio. Es posible, a reserva de estudiarlo más adelante, que esto pueda atribuirse a que las condiciones físico ambientales del hospital (limpieza, orden, mobiliario, tipo de construcción) eran mejores que las de sus viviendas y también pudieran ser aspectos de menor interés para ellas en comparación con el deseo de “aliviarse” o sentirse mejor. Esto se comenta ya que al preguntarles a las pacientes qué requerirían para sentirse mejor, y con ello tener menos estrés, mencionaron aspectos principalmente de carácter socioafiliativo, por ejemplo tener a su hijo recién nacido o a los hijos que están en casa, “que alguien pase y converse”, “amabilidad del personal”, “hablar con la familia”; todos ellos aspectos importantes que también resalta el estudio de Astedt-Kurki et al. (1997) al trabajar con pacientes en un hospital de Finlandia.

Se llegó a encontrar durante el levantamiento de la información que las mujeres conversaban entre ellas, las que podían pararse se acercaban a las que no lo podían hacer, otras si tenían oportunidad y dinero acudían al teléfono público que se encontraba en el mismo piso. El contacto personal con las enfermeras o médicos era exclusivamente de carácter profesional. “como debe ser”, según algunos cánones sociales, de lo contrario pueden ser etiquetados los pacientes como “no bien portados”, de acuerdo a la clasificación que hizo De la Fuente, (1996).

Como ya se señaló, las mujeres de este hospital no expresaron una gran insatisfacción por el ambiente físico del hospital, lo que difiere de un estudio realizado por Ortega-Andeane en 1992 en un hospital general privado que tenía el objetivo de conocer la percepción ambiental de los usuarios. Ella encontró una elevada insatisfacción ambiental en los siguientes rubros: ruido, falta de privacidad y señalización, así como inadecuado diseño en centrales de enfermeras además de una imagen deteriorada del inmueble. Esta insatisfacción puede atribuirse inicialmente a que el tipo de población que acude a un hospital privado tiene recursos económicos, directamente está pagando altas sumas por los servicios prestados y eso les permite exigir un buen servicio. Lo encontrado por Ortega (1992) coincide con González Gómez et al (2017) en su estudio con pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, los que eran de un estrato socioeconómico mayor sentían menos confort en el lugar.

Otro de los factores de estrés ambiental que reconocían las mujeres fue el ruido, lo consideraron como una fuente importante de posible estrés ya que se presentaba tanto adentro como afuera de la sala y del propio edificio del hospital, lo que coincide con varios estudios (Cmiel et al. 2004; Chang, Lin & Lin, 2001; Bayo, García y García, 1995; Ulrich, Quan, Zimring, Joseph & Choudhary, 2004 en Rashid & Zimring, 2008; González Gomez et al. 2017) , en especial cuando se menciona que las pláticas del personal médico y paramédico impiden que las pacientes duerman (Ulrich, et al. 2003), lo que refuerza la necesidad expresada por Neuffert (1990) al decir que las camas de maternidad deben ser independientes de las demás secciones de hospitalización ya que resulta deseable que también estén separadas de las de pediatría. Todo ello con el fin de mantener tranquilas a las pacientes pues el escuchar llantos, gritos o lamentos puede propiciarles estrés. Al respecto Zimring et al.(2006) y Andradea & Devlinb (2016) destacan la necesidad de que existan cuartos privados, ya que el escuchar a un paciente lamentarse puede producir más estrés que la propia situación de salud. En muchos hospitales, el ruido se percibe más en las noches, cuando la

obscuridad invita a dormir o al menos a guardar silencio, por lo que aunque se hable en voz baja, se muevan los instrumentos ligeramente o se quiera caminar en silencio estos sonidos se perciben claramente y se evalúan más negativamente ya que interrumpe la tranquilidad que este tipo de espacios debe tener. Por la mañana, se podrán enmascarar sonidos producidos por los aparatos que les ponen a algunos enfermos o los pasos y conversaciones de las enfermeras cuando entran a revisar a los pacientes, pero no por las noches. Müller y Parra Casado (2015) destacan que las pacientes embarazadas son muy sensibles y vulnerables a los condicionantes de espacios físicos y factores ambientales por lo que se deben considerar sus condiciones al momento de interactuar en el lugar.

Respecto al hacinamiento, éste no fue percibido por las pacientes, pues en general eran pocas las mujeres que había en las salas. Al respecto Ortega et al. (2000a) agregan que se evalúa mejor el ambiente si hay baja densidad. En el hospital de este estudio el segundo piso era en donde estaban los bebés y tampoco se percibió hacinamiento, quizás porque estaban las mamás ocupadas con ellos y esto impedía el que estuvieran preocupadas por la densidad espacial; probablemente el que hubiera más mujeres en su misma situación podría ayudarlas a que en cierto momento las otras la apoyaran ante una necesidad de ella o del bebé, por lo que más que ver el hacinamiento como una desventaja se podría ver como una oportunidad de apoyo social y aunque no tuvieran a sus hijos con ellas como era el caso de las mujeres del tercer piso, el que hubiera otras pacientes les permitía conversar y con ello distraerse o sentirse mejor. A diferencia de la propuesta de estudios como los de Ulrich (2003) y Solovy (2002) en los que se señala que los cuartos privados son los más recomendables para no generar estrés, en este trabajo se observa que en general las mujeres no encuentran a la alta densidad como un motivo de incomodidad probablemente porque siempre se observaron camas vacías en las salas atribuido entre otras cosas al tiempo de internamiento de estas mujeres, era un día por parto natural y dos días si era cesárea. A reserva de investigar, es posible que no percibieran hacinamiento

porque provienen de hogares en donde sus espacios son reducidos, viven muchas personas y no hay espacios o áreas para uso exclusivo de ellas.

En lo que se refiere a privacidad, ésta en general no fue percibida. Habría que recordar que eran cuartos compartidos sin cortinas entre cada cama y que la condición física de ellas les impedía el fácil desplazamiento en la sala o en el piso, lo que confirma que no podían tener un lugar privado para sentirse no invadidas visual o auditivamente “ser observado por las visitas de otros pacientes es perjudicial porque destruye el sentimiento de autonomía personal y produce en el individuo un sentimiento de incapacidad de controlar su interacción con el mundo social” (Irepan Aguilar y Ortega-Andeane, 2011). Sin embargo, quienes percibieron privacidad fueron las mujeres que podían caminar y conversar con sus visitas fuera del cuarto, pues ellas podían alejarse de las otras compañeras, tenían más control del espacio, se podían ir con sus visitantes a la sala de espera o a algún “rinconcito” del piso. Esta oportunidad de control es un elemento fundamental que se debe considerar al momento de diseñar el espacio (Andradea & Devlinb, 2016), es conveniente que el entorno hospitalario ofrezca elementos de control como acceso a jardines o espacios exteriores, teléfono, sillas para visitas, reloj, calendario, así se facilita la sensación de control y privacidad.

La ubicación de las salas fue una variable que marcó ciertas diferencias en cuanto a percepción de estrés psicoambiental. Percibían menos estrés las mujeres que estaban internadas en el ala oriente del hospital, permanecían 1 ó 2 días, tenían a sus bebés con ellas y tenían una vista exterior más agradable ya que podían ver árboles y a sus familiares por la ventana en comparación con las que se encontraban en el ala poniente en donde permanecían más tiempo en el hospital debido a sus condiciones de salud, sus cuartos eran menos luminosos y tenían una vista menos agradable ellas veían chimeneas y edificios. Al respecto, Prodi y Stocchetti (1990 en Cedrés de Bello, 2000b), Ulrich (2003), Ulrich et al. (2006) y Cedrés (2011) ya señalaban la conveniencia de tener ventanas por la iluminación que ofrecen y por las vistas agradables, debido a que hacen más humana la

hospitalización. Roldán Talens et al (2015), también consideran que la iluminación si es adecuada, es beneficiosa para la recuperación de los pacientes, de preferencia que sea luz solar. El estudio de Beauchemin y Hays (1998) halló que los pacientes (hombres y mujeres) que estaban hospitalizados en cuartos iluminados permanecían menos tiempo internados que los que estaban en cuartos oscuros. En relación con las vistas agradables, el ver áreas verdes puede resultar muy reconfortante y más aún si se tiene acceso a ellas convirtiéndose en ambientes restauradores, Martínez-Soto, Montero y López Lena y De la Roca (2016) mencionan que éstas pueden repercutir positivamente en estados anímicos negativos, en el estrés y en el funcionamiento cognitivo, postura semejante a lo señalado por Cedrés (2011) al decir que se deben crear vistas placenteras cuando se diseña un hospital.

También se encontró que las mujeres del ala poniente estaban más atentas a lo que sucedía y ponían más atención al ambiente físico y a la señalización, probablemente porque su periodo de internamiento era más prolongado lo que les había permitido a ellas y a sus familiares conocer mejor el lugar, es decir, las visitaban más y por lo mismo había más tiempo para ver lo que tenía el entorno (ala oriente Md=8.37 vs. ala poniente Md=9.03) o por otro lado “ya se habían perdido y habían aprendido a ubicar el lugar”.

Así mismo, en la dimensión de ambiente físico y señalización se encontraron diferencias por piso; las que estaban en el segundo piso lo percibían más que las que estaban en el tercero (2do Md=8.41 vs. 3ero Md= 7.95). Esto se debía probablemente a que en el segundo piso las mujeres tenían más elementos que las estimulaban (decoración alusiva a bebés, cuna a pie de cama, señalización de baños, hasta aromas diferentes como talco y jabón infantil), situación que podía favorecer la propuesta de Lebrero (2006) de que las habitaciones de las maternidades deben tener un ambiente amable, con espacios comunes para las madres y bebés. También en esta dimensión se presentaron diferencias significativas en función a si las pacientes tenían o no a su bebé. Las que sí lo tenían percibían más el espacio y el equipamiento y tenían más estrés en la sala

que las que no tenían a su bebé con ellas (Md=8.30 vs. Md=7.81; y Md=3.16 vs. Md=2.84 respectivamente), lo que se puede entender ya que el tener a sus hijos con ellas representa un compromiso de atención y cuidados, así como de tensión en particular para las primerizas.

En definitiva, el entorno más estimulado y señalizado era en donde las madres tenían a su bebé, tenían desde imágenes infantiles, hasta letreros de promoción de la lactancia o de prevención de enfermedades de transmisión sexual. La decoración además de ser un elemento estético muy favorable permite también que las pacientes puedan distraerse, sobre este aspecto García Marcos et al (2012) señalan que lo extraordinario (como pueden ser elementos decorativos: cuadros, carteles, fotografías) distrae de pensamientos negativos, puede dejar una impresión duradera y genera conversación, lo que permite la socialización entre los usuarios del hospital. Identificaron la señalización probablemente porque ellas tenían tiempo y necesitaban conocer todas las ayudas posibles para atender al bebé lo que les podría dar seguridad y por lo mismo menos estrés. Tenían que saber en dónde estaban los baños, regaderas para ellas y el cuarto de bañeras para los bebés. Plazola en 1997 y Ortega en 2017 mencionan la importancia de la señalización en los espacios hospitalarios, la consideran como atenuante del estrés para todos los usuarios del lugar, una adecuada señalización les envía el mensaje de bienvenida.

Por otra parte, estaban más atentas y tenían más estrés en sala las mujeres que tuvieron a su hijo por cesárea que las que lo tuvieron por parto normal (Md=1.84 vs. Md=1.52 y Md=3.22 vs. Md=1.81, respectivamente), esto puede deberse a que pasaban más tiempo en el hospital, uno o dos días más si era por cesárea. El hecho de haber tenido una intervención quirúrgica, por si misma ya genera temor y/o incomodidad, más aún si por estas circunstancias se dificulta la movilidad y se debe o desea ver al bebé en el cunero, sobre todo si las mujeres son primerizas, aunado a la expectativa de lo qué pasará cuando se vaya a casa la paciente y ya no tenga los servicios médicos en forma inmediata para ella y su hijo. Todos los

anteriores son factores susceptibles de generar estrés como lo señalan Grandia et al (2008).

Al indagar sobre las posibles causas de estrés en las pacientes, se observó que sus preocupaciones principales eran su bebé y los hijos que dejaron en casa; ellas como pacientes o su propio estado de salud no eran un motivo principal de preocupación, lo que coincide con Raffó (2005, en Espíndola-Hernández, 2007) cuando menciona que el proceso de hospitalización exige a las mujeres dejar de ejercer sus roles familiares, sociales, laborales y asumir el papel del paciente, al serlo se da una alteración brusca del ritmo de vida, separación de la familia por ejemplo, además de cambio de actividades y nuevas personas con las que se comparte el espacio. La preocupación por la familia que se deja coincide con el estudio de Richart, Cabrero y Reig (1993) en el que también se encontró que es un factor de inquietud y dolor.

Un aspecto que es necesario resaltar es el económico, no obstante de que hayan sido pocos los casos en este estudio, para algunas mujeres es motivo de preocupación y por lo tanto posible generador de estrés el pagar la cuenta, el no saber a dónde irían al salir del hospital y el tener que trabajar, aspectos que se confirman en el estudio de Grandia et al ((2008) con mujeres con parto prematuro. Todos estos motivos para cualquier paciente son dignos de considerarse, el económico en este estudio se atenúa porque es un hospital público y a algunas pacientes se les exentaba del pago del servicio, pero ¿y los otros problemas cómo los resuelven? en particular las mujeres que no tienen apoyos sociales.

Finalmente, es importante mencionar que estos datos contribuyen a medir no sólo los servicios médicos que eran evaluados a través del proyecto de Aval Ciudadano del gobierno federal, sino también los aspectos que han sido poco estudiados en México como es el estrés que produce un entorno hospitalario, por lo que se insiste en que es deseable que una persona hospitalizada por cualquier motivo tenga el menor estrés posible a fin de llevar a buen término su estancia y con ello

mejore su salud. También es importante retomar desde una perspectiva psicoambiental las observaciones que hacen los usuarios de los diferentes lugares del hospital como son las salas de internamiento, salas de espera o consultorios, pues en ocasiones con pequeñas acciones, como pueden ser el movimiento de muebles, cambio de color de paredes, señalización adecuada, medidas de seguridad física y una decoración agradable (Cedrés, 2011; García Marcos et al 2012), se contribuye a disminuir el estrés que un hospital produce, ya no sólo al paciente sino a los demás usuarios como son el personal médico, paramédico, visitantes y familiares; acciones que en conjunto pueden contribuir a mejorar la relación médico-paciente, al estar menos estresados todos. Si se dispone de más recursos y visión se podrían diseñar espacios en los que todos los actores mencionados se sintieran con privacidad, confort, tranquilidad, seguridad y confianza hacia las personas y el inmueble, todo ello para mejorar la calidad de la estancia hospitalaria, del servicio que se ofrece y de la satisfacción hacia el lugar.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Los hospitales son centros de salud a los que se acude para atender alguna enfermedad o alteración del organismo como puede ser el nacimiento de un bebé. Se espera que en los hospitales se recupere la salud y con ello se tenga un estado de bienestar, pero esto no siempre sucede así debido entre otros aspectos a la conjunción de factores psicosocioambientales, por lo que es indispensable poner atención no sólo en los aspectos médicos sino también en los de diseño, construcción, confort, funcionalidad, seguridad y estética; además de atender los aspectos humanos, ser cálido con el paciente, mostrarle tolerancia y empatía ante su estado de salud.

La psicología ambiental, interesada en dicho bienestar ha tenido como escenario de interés los hospitales y sus usuarios (pacientes, personal médico, entre otros), en el caso de esta investigación son las pacientes hospitalizadas por causas obstétricas quienes resaltaron favorablemente el servicio médico recibido (lo que ha sido consistente con encuestas nacionales de salud realizadas en México desde hace varios años) y algunos aspectos de carácter físico-ambientales, atribuida esta opinión principalmente a sus condiciones socioeconómicas. Ellas en general estuvieron satisfechas con el servicio recibido y el lugar, aunque es importante señalar que algunos aspectos de carácter psicoambiental no fueron reconocidos como pueden ser el hacinamiento, la privacidad y la decoración ya que las propias entrevistadas mencionaban que eran aspectos en los que no se habían fijado o se concretaban a contestar a este tipo de preguntas “está bien”. Es probable que sí los consideren bien porque están mejor que en su casa o por otro lado son aspectos que pasaron desapercibidos porque eran favorables, ya que si el hospital hubiera estado sucio, con vidrios rotos o mobiliario inservible seguramente hubieran expresado que eso estaba “mal, feo o no les gustaba”. En ocasiones los elementos favorables o positivos suelen ser inadvertidos y sólo se ve lo que está mal o nos incomoda, se da por sentado que todo debe estar bien (al menos mejor que en sus casas).

Estas pacientes destacaron el aspecto médico-humano porque la atención a la salud se asocia inicialmente con el servicio que nos ofrece el especialista y sus colaboradores, poniendo en segundo lugar que los expertos están en un ambiente físico que les permite ofrecer sus servicios, no toman en cuenta que en esos ambientes hospitalarios se dispone de los recursos y aditamentos para atenderlas de la mejor forma, o no asocian que es por esos factores que se tienen buenos resultados al hacer una intervención quirúrgica, al preparar o servir los alimentos, al guardar o almacenar los medicamentos. Además, hay que agregar que este tipo de pacientes puede creer que por su condición económica y nivel de escolaridad “no merece el servicio”, y creer además, que se les está “haciendo un favor” y por eso no exigen condiciones ambientales dignas para ellas como se señaló en el marco teórico y en la discusión, si en sus casas la higiene, el orden, el cuidado a su salud como es su alimentación y atención médica oportuna para ella y la de sus hijos están ausentes o son deficientes, al llegar a un hospital como el del estudio que las atiende en una situación de emergencia quizás lo sobrevaloran llegando a considerar que todo está bien y que por lo tanto no tienen “el derecho” a exigir.

En cuanto al estrés sólo algunas lo reconocieron o presentaban pero no necesariamente fue atribuido a aspectos de carácter psicoambiental, de nuevo destacaron aspectos de carácter psicosocial, manifestaron estrés sino tenían apoyo social, no tenían pareja, no estaban informadas sobre su salud o la del bebé, o más aún cuando no lo tenían con ellas. También el que sus hijos estuvieran en casa solos o el haber tenido alguna experiencia desagradable antes o durante su internamiento, como podrían ser problemas relacionados al embarazo, como un aborto, todos ellos son factores muy importantes para tener o no estrés cuando se está hospitalizado.

No obstante, a través de esta investigación se encontró que las pacientes tenían relativamente menos estrés si se encontraban bajo las siguientes condiciones ambientales hospitalarias:

- a) estar cerca de las ventanas en especial si el exterior tenía vegetación. El estar en estos lugares les permite no sólo ver vegetación sino también recibir luminosidad natural “el sol”, saber además cómo va evolucionando el día, cuándo es de mañana, de tarde, de noche, si llueve o no, si hace frío o no. Todo esto permite tener cierto “control” sobre su estadía y hasta la de sus visitantes al poderlos ver cuando llegan y se van.
- b) tener señalización y equipamiento. Si saben en donde está el baño, las enfermeras, la salida, el teléfono público y ciertas medidas de seguridad, además de contar con cierto mobiliario y equipo como la cuna y aditamentos para atender a su bebé que está con ellas, les propicia que no estén estresadas.

Y si alguna de las pacientes presentó estrés de tipo psicoambiental, pudo deberse al ruido el cual señalaron que era producido principalmente porque hablaba el personal del hospital; los médicos, enfermeras y personal de apoyo (el que lleva los alimentos, los camilleros). Todos hablan y esto se entiende que lo tienen que hacer para comentar sobre la situación de las pacientes, (aunque no siempre es así), el problema es que lo hacen sin recordar que los enfermos están muy sensibles y se les debe considerar. Cabe mencionar, que en algunos casos el ruido iba acompañado de los instrumentos de apoyo médico y secretarial, lo que intensificaba la molestia, también puede ser la hora, ya que si esto se realiza por la noche este ruido tiene menos elementos que lo encubran, como podrían ser los sonidos exteriores (cláxones y motores de automóviles y camiones).y eso agudiza la incomodidad.

Las sugerencias de carácter psicosocioambiental de algunas de ellas para tener una mejor estancia hospitalaria fueron las siguientes: tener acceso a medios de comunicación como una televisión “prendida”, tener revistas, escuchar radio, música y que alguien pasara a conversar con ellas lo que parecería una contradicción ya que cuando se les entrevistaba manifestaban estrés pero es probable que éste no estaría presente si se hablara de otros temas no sobre la

salud de ellas, de su bebé o de su estancia hospitalaria como era nuestro caso, ellas desearían probablemente hablar de lo cotidiano sobre todo sin el tono de “experto-autoridad-persona con poder” y la paciente. Esto llama la atención, al darnos cuenta que sí existe un impacto en el momento de interactuar con la paciente, la sola presencia de las personas que la entrevistan puede causar cierto estrés, en los resultados esto se encontró, se podía tener estrés en el momento de la entrevista no así estrés en sala, en ella pueden estar en general “tranquilas”, pero al acercarse una persona desconocida a hacerles ciertas preguntas sobre su estancia puede causarles incertidumbre más aún si les acababa de hacer alguna intervención o les habían comunicado algo, situación que no fue identificada en esta investigación y que sería conveniente tomar en cuenta en futuros estudios para tener más elementos cuando se señala que el propio entrevistador pudo haber provocado inquietud en la paciente.

En cuanto a la institución hospitalaria ésta sigue teniendo buena imagen entre las pacientes, algunas de ellas no es la primera vez que acuden, es más, se llegaron a encontrar casos en que se informó que ellas o alguno de sus hermanos o parientes habían nacido ahí, motivo por el cual recomendaban el hospital, además porque sus costos eran bajos y era buena la atención y calidad en el servicio.

Limitaciones y sugerencias

Como en todo trabajo en éste se identificaron cosas por mejorar, evitar y continuar. En cuanto a su mejora es necesario realizar escalas específicas para los usuarios y entornos a estudiar, por lo que es recomendable revisar los reactivos y las opciones de respuesta, por ejemplo en el caso de la Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación en el que no quedaron totalmente claros algunos adjetivos o nombres de las subescalas, por lo que éstas deben tener nombres más diferenciados a fin de evitar posibles confusiones como es el caso de estrés, ya que estrés en sala y estrés en el momento en que se realizaba la encuesta generaban confusión, lo mismo sucedía con opciones como “tal vez sí” y “no estoy segura”, ambas presentaron cierta ambigüedad para este tipo de población por lo que sería conveniente sólo manejar tres opciones en lugar de cuatro u opciones de respuesta mucho más excluyentes y por supuesto a partir de estos cambios volver a aplicar a las pacientes del hospital el nuevo instrumento para después proceder a su análisis psicométrico y más adelante aplicarlo de nuevo en este hospital y en otro de carácter público de gineco-obstetricia a fin de ver el comportamiento de las escalas.

Asimismo, es importante diferenciar a la población por su tipo de patología física para poder tener resultados más específicos. Aclarar por ejemplo la pregunta cuántos hijos tiene, ya que algunas mujeres pudieron haber pensado en el hijo que dejaron en casa olvidando al que estaba recién nacido, o ser efectivamente primeriza la mujer. Se debe replantear la pregunta, por ejemplo, cuántos hijos tiene considerando al recién nacido..

Es necesario diferenciar a la población por su tipo de patología física para poder tener resultados más específicos.

Se requiere seguir indagando el por qué aspectos del ambiente físico no cobran importancia para estas pacientes, quizás sería conveniente aplicar otras técnicas,

como podría ser una red semántica sobre hospital y sus correlatos, así como una entrevista que permita preguntar detenidamente sobre el tema y sobre sus propias condiciones materiales de vida para corroborar si son menos favorables que sus circunstancias en el hospital y esa es una de las explicaciones sobre sus respuestas.

En lo que respecta a aspectos psicoambientales, al ser el ruido un elemento disruptor sería recomendable enmascararlo quizás con música con bajo volumen y recordarle al personal la necesidad de hablar en voz baja para mantener tranquilas a las pacientes.

También es necesario que las salas tengan más elementos decorativos y de información que permitieran a las mujeres relajarse por la decoración como podría ser el color de las paredes y quizás hasta imágenes religiosas o información sobre procesos como el cuidado de los bebés y de ellas, probablemente esto las tranquilizaría al tener datos del hospital.

Por lo tanto, como en toda investigación no se concluye con este reporte, sino que se abren nuevas líneas de trabajo en un tema que es muy importante en el ámbito de la psicología y la salud, la influencia que ejercen los ambientes hospitalarios en sus usuarios sean o no pacientes.

REFERENCIAS

- AIA American Hospital Association. (1979). *Signs and Graphics for Health Care Facilities*. Chicago.
- Andradea, C. C. & Devlinb, A.S. (2016). Who wants control in the hospital room? Environmental control, desirability of control and stress. *Bilingual Journal of Environmental Psychology*. Recuperado de www.researchgate.net/profile/ClaudiaAndrade4/publication/309233012_Who_wants_control_in_the_hospital_room_Environmental_control_desirability_of_control_and_stress/links/5806539f08aeb85ac85f4572.pdf
- Astedt-Kurki, P., Paunonen, M. & Lehti, K. (1997). Family members experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advance Nursing*, 25(5), 908-914.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. (november 2001). Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. *Journal of family nursing*, 7(4), 371-390.
- Astier, P., Gost, J., Redín, J., Manrique, A., Lameiro, F. & Echeverria, J. (2000). Program for minimising biological risk asociated with hospital infraestructure: functions, activities, responsibilities. *ANALES del sistema sanitario de Navarra*. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. 23 Junio (1), 205-227.
- Baker, C.F. (1992). Discomfort to environmental noise: Herat rate responses of SICU patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15(2), 75-90.
- Banda Macedo, C. P. y Fustamante Castillo, M. (2015). Factores ambientales y estrés en madres de neonatos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios I. 2015. (2016). *Tesis para obtener el título de enfermería*, Trujillo Perú. Recuperado de: http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UNITRU/5740/1690Banda%20Macedo%20Cynthia_Fustamante%20Castillo%20Mylen.pdf
- Barnes, V.A & Orme-Johnson, D.W. (2008). El impacto de la reducción del estrés en la hipertensión esencial y las enfermedades cardiovasculares. *International journal of sport science IV*, 12, 1-30
- Bayo, M.V., García, A.M. & García, A. (1995). Noise levels in an urban hospital and workers' subjective responses. *Archives of Environmental Health*, 50(3), 247-251.
- Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders*, 4- 41(2), 49-51.
- Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1998). Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infraction. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(7), 352-354.
- Bell, P.A., Greene, T.C., Fisher, J. D. & Baum, A. (2002). *Environmental Psychology*. Fifth edition. USA: Harcourt College Publishers.
- Bentley, S., Murphy, F. & Dudley, H. (1977). Perceived noise in surgical wards and an intensive care area: An objective analysis. *British Medical Journal*, 2 (6101), 1503-1506.
- Betancurt Loaiza, D.F., Guio Ramírez, D.C., Hernández Agudelo, M.G. y Valbuena Mancipe, T.I. (2014). Apoyo social que tiene un grupo de gestantes

- hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá. Tesis de grado de Magister en Enfermería con énfasis en cuidado Materno Perinatal Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Bogotá.DC. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16394/BetancurtLoaizaDavidFernando2014.pdf?sequence=1&isAllowed>
- Blythe, B. y Erdahl, J.C. (2000). Using stress inoculation to prepare patient for open heart surgery. *Health and Social Work, 11*(4), 265-174.
- Bobrow & Thomas (2000). Multibed versus single-bed rooms. In Kobus, R. et al., *Building type basics for healthcare facilities*. New York: John Wiley & Sons.
- Bravo, M. y Urbina, J. (2006). Percepción de riesgos ambientales y recursos de enfrentamiento. En Sánchez, R., Díaz, R. y Rivera, S. (eds.). *La Psicología Social en México*, Vol XI. México, AMEPSO.
- Bronfman, M., Castro, R., Zuñiga, E., Miranda C. y Oviedo, J. (1997). "Hacemos lo que podemos" Los prestadores de los servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México, 39*, (6) 546-553.
- Buceta J.M. y Bueno A.M. (1995). *Control de estrés y factores asociados*. Madrid: Dykinson.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). *Violencia hospitalaria en pacientes. Ciencia y Enfermería IX* (1), 9-14. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ur/ur-2002/ur021h.pdf>
- Buriani, Fabbri & Scappini (1993). "L'umanizzazione dell'evento parto" *Progettare per la Sanità, 22*, 62-63.
- Bustos, A. M. (2004). *Un modelo de conducta proambiental para el estudio de la conservación del agua*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Carpman, J., Grant, M., & Simmons, D. (1984). No more mazes: *Research about design for wayfinding in hospitals*. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Hospitals.
- Carpman, J. Grant, M. & Simmons, D. (1986). *Designs that cares*. Chicago: American Hospital Publishing.
- Carpman, J. & Grant, M. (1993). *Designs that cares: Planning health facilities for patients and visitors* (2nd ed). Chicago: American Hospital Publishing.
- Castillero, Y. y Pérez, M. (Mayo, 2003). *Preparación psicológica para la cirugía mayor*, 6 (13). Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/ayalia1990710102/texto.html>
- Cedrés S. (2011). Tendencias en la arquitectura hospitalaria. Trienal de Investigación ▪ Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Universidad Central de Venezuela. Recuperado de: www.fau.ucv.ve/trienal2011/cd/documentos/tpa/TPA-08.pdf
- Cedrés de Bello, S. (1998). Consideraciones arquitectónicas en el diseño de una Clínica Oncológica. *Tribuna del Investigador*. Caracas APIU-UCV; 6 (1), 5-18.
- Cedrés de Bello, S. (2000a). Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. *RFM*. [online]. 23, (1) [citado 21 Octubre 2011], p.19-23. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-0469.
- Cedrés de Bello, S. (2000b). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Revista de la Facultad de medicina, 23*(2), 93-97. [citado 23 Abril

- 2009]. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000200004&lng=es&nrm=iso.
- Clansy, C. M, Isaacson S. & Henriksen, K. (2007). Design of the physical environment for changing healthcare needs. *HERD Health environments research & design journal*, 1(1), 13-14.
- Cmiel, C.A., Karr, D. M.M, Oliphant, L.M., & Neveu, A.J. (2004). Noise control: A nursing team's approach to sleep promotion. *American Journal of Nursing*, 104(2), 40-48.
- Corral-Verdugo, V. (2002). *Conductas protectoras del ambiente. Teoría, investigación y estrategias de intervención*. México: CONACYT, RM Editores, USON.
- Chang, Y.J., Lin, D., H., & Lin, L.H. (2001). Noise and related events in a neonatal intensive care unit. *Acta pediátrica Taiwanica=Taiwan Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi*, 42(4), 212-217.
- Chambers R & Belcher, J. (1994). Predicting mental health in general practitioners. *Occupational medicine*, 44(4), 212-16.
- Chaudhury, H. Mahmood A. & Valente, M. (2003). *Use of single patient rooms vs. multiple occupancy rooms in acute care environments. A review and analysis of the literature submitted to the coalition for health environments research*. Simon Fraser University.
- Del Nord Romano. (10 de noviembre 1998). Human Centered approach to hospital design. Recuperado de: <http://www.healthdesign.org/es20.htm>
- De La Fuente, R. (1996). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica
- Dorantes Rodríguez, C. H. y Matus García, G. L. (2002). El estrés y la ciudad. *Revista del Centro de Investigación. Universidad la Salle*. 5 (018-017), 71-77.
- Du Nann Winter, D. & Koger, S.M. (2004). *The psychology of environmental problems*. Second edition. USA: Psychology Press.
- Eastman, C. I., Young, M. A., Fogg, L. F., Liu, L., & Meaden, P. M. (1998). Bright light treatment of winter depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 883
- Edwards, L. & Torcellini, P. (2002). A literature review of the effects of natural light on building occupants. NREL/TP-550-30769, U.S. Department of Energy Laboratory.
- Encuesta Nacional de Salud II (1994). SSA. México.
- Escamilla Rocha, M. (2005). El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. Recuperado de www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm
- Escribá-Agüir V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2002a). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6):487-496.
- Escribá-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz Y. (2002b). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 595-604.
- Espíndola-Hernández, J.G. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada. *Perinatal Reproducción Humana*, 21 (1), 22-33.

- Estrada, C. (2003). *El papel de la sintáxis espacial en la generación de ruido ambiental*. Tesis de Maestría en Psicología Ambiental. UNAM.
- Estrada, C. y López, E. (1998). La imagen de los aspectos físico arquitectónicos de un centro de atención de la salud. *La psicología social en México*, Vol. VII, 495-500. México: AMEPSO.
- Estrada, C., Reidl, L. y Ortega, P. (2002). Evaluación Ambiental en un escenario para el cuidado de la salud. *La Psicología Social en México*, 9, 26-31. México: AMEPSO.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. Recuperado de http://enwww.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf
- Flores, M. L., Cano-Caballero, M. D., Caracuel, A., Castillo, A., Mezcuca, A. Osorio, M.V. y Vegas, S. (2002). La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. *Index. Enfermería. Granada*, 38,18-22.
- Folkman, Schaefer & Lazarus (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. En V. Hamilton y D. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. London: Wiley.
- Foss, K.R., & Tenholder, M. F. (1993). Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. *Southern Medical Journal*, 86(4), 380-384.
- Gallant, D. & Lanning, K. (2001). Streamlining patient care processes through flexible room and equipment design. *Critical care nursing quarterly*, 24 (3) 59-76.
- García Marcos, R., Martí-Bonmatí, L., Martínez, J.J., Vilar, J. Katic, C. Lemercier, R. y Díaz Dhó, R. (2012). Los elementos decorativos ambientales en el Área de Imagen Médica mejoran la percepción de agradabilidad del paciente. *Radiología*, 56(2)129-135.
- González Gómez, A., Montalvo Prieto, A. y Herrera Lian, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería global. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. (45), 266-279. Recuperado de <https://digium.um.es/xmlui/bitstream/10201/51713/1/260101-957981-1-PB.pdf>
- Grandia, C. González, M., Naddeob, S., Basualdoc, M.N. y Salgado M.P. (2008). Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil. Ramón Sarda*. 27(2), 51-69. Recuperado de file:///C:/Documents%20and%20Settings/BETTY/Mis%20documentos/Downloads/51-69_Grandi.pdf
- Guerrero, Barona. E. (1996). Salud, Estrés y Factores Psicológicos. Campo Abierto. *Revista de educación*, 13, 50-69.
- Guevara, J. y Mercado S. (2002). *Temas Selectos de Psicología Ambiental*. UNAM, GRECO y Fundación Unilibre. México.
- Hohenstein, J. (December, 2001). Facility profile. *Health Facilities Management*, 14(12), 12-13.
- <http://plazasol.uson.mx/hge/revista/vol2-3/seis.htm#35>
- IDESIP. (2007). *El estrés en el lugar de trabajo*. Recuperado de: <http://idesip.blogspot.com/>.

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1996). Notas técnicas de prevención. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajo10/estre/estres>
- Irepan-Aguilar, M. y Ortega-Andeane, P. (2011). Privacidad en cuartos de pacientes. *Simposio del XXXVIII Congreso del Consejo Nacional para la Educación e Investigación en Psicología y LXXXVIII Asamblea General de Consejo Nacional para la Educación e Investigación en Psicología*.VII
- Jiménez, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de enfermería Geriátrica y Gerontológico*, 2, 71-78.
- Kalimo, R., El-Batawi, M. A. & Cooper, C.L. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Compiladores. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Labrador, F.J. (1993). *Estrés*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Biblioteca de Psicología. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lebrero, E. (2006). El parto natural hace más seguro el parto hospitalario. Recuperado de: http://www.holistika.net/amplia_tu_vision/articulo.php?articulo=54027.html
- Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Serie de protección de la salud de los trabajadores. No. 3. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Ley General de Salud de México (2017).
- López-Valverde, M., Fernández, I., Páez, D., Ortíz, A., y Alvarado, R. (2001). Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a a prueba de amniocentesis. *Boletín de psicología*, 70, 65-78
- López, E., Ortega, P., Reidl, L. y Estrada, C. (1998). Evaluación del espacio de trabajo y diferentes componentes de la satisfacción laboral. *La Psicología Social en México*, Vol VII, 495-500, México: AMEPSO.
- Mainieri, R. (1999). *Estrés*. Recuperado de <http://healthclub.Fortunecity.com/hockey/91/estres.html>.
- Martínez-Soto J., Montero y López-Lena, M.M. y De la Roca, J.M. (2016). Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental. *Revista Interamericana de Psicología*. 50(2). 204-214.
- Mena Méndez, E. (2009). *Aval ciudadano: Programa para evaluar la calidad de los servicios de salud. El caso de las salas de espera de un hospital ginecológico público*. Informe profesional de servicio social. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mercado, S., López, E. y Landázuri, M. (2002). Redes semánticas de la vivienda. En *La Psicología Social en México*, Vol. IX, 618-624. México: AMEPSO.
- Morrison, W.E., Hass, E.C., Shaffner, D. H. Garrett, E. S., & Fackler, J. C. (2003). Noise, stress, and annoyance in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31 (1) 113-119.

- Mucio-Ramírez, J.S. (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *REB*. 26(4), 121-128. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revedubio/reb-2007/reb074b.pdf>
- Müller, A.E. y Parra Casado, M. (2015) La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *DILEMATA*, año 7 (18). Recuperado de <http://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/377/382>
- Neuffert (1990). *Arte de proyectar en arquitectura*. México: Gustavo Gilli.
- Novaes, M.A., Aronovich, A., Ferraz, M.B., & Knobel, E. (1997). Stressors in ICU: Patients' evaluation. *Intensive Care Medicine*, 23(12), 1282-1285.
- Nystrom, K., & Axelsson, K. (2002). Mother's experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(3), 275-282.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Orlandini A. (1999). *El estrés, qué es y cómo evitarlo*. Fondo de Cultura Económica. México Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=d8-KuiJAOXIC&pg=PT135&dq>
- Orozco Africano, J.M y Ortiz Ibañez, L.O. (2011). *Caracterización y evaluación del modelo de operación y gestión del Hospital Infantil Napoléon Franco Pareja*. Eumed.net.
- Ortega-Andeane, P. (1992). *Evaluación ambiental de un escenario hospitalario*. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ortega-Andeane, P. (2002). *Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales*. Tesis de Doctorado de Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ortega-Andeane, P. (2017 en prensa). El Estrés en ambientes hospitalarios. En Ortega Andeane R.P. y Estrada Rodríguez, C. *Ambientes Hospitalarios y Estrés*. UNAM.
- Ortega-Andeane P., Estrada, C., Reidl, L., López, E., Chávez V., Meza D., Solorio, F. y Velázquez, A. (1997). Evaluación ambiental del Instituto Nacional de la Comunicación Humana. *Memoria del IV Congreso Mexicano de Acústica*. Guanajuato Instituto Mexicano de Acústica.
- Ortega-Andeane, P., Estrada., C., Reidl, L., López, E., Velázquez, A., Chávez, V., Solorio, F., Chávez, V. y Meza, D. (2000). Estresores físico ambientales en un escenario para el cuidado de la salud. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 52-61.
- Ortega Andeane, P., Reidl, L., López, E., 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.
- Ortega-Andeane, P., Mercado Domenech, S., Reidl Martínez, L. M. y Estrada Rodríguez, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud: valoración psicoambiental*. Facultad de Psicología. UNAM.

- Ortega, P., Reidl L., López, E., y Estrada, C. (2000a) La densidad social en la evaluación ambiental de un escenario para el cuidado de la salud. *La Psicología Social en México*. Vol. VIII, 528-534.
- Ortega, P., Reidl L., López, E y Estrada, C. (2000b). La percepción espacial y su relación con variables físicas y socioambientales en un escenario para el cuidado de la salud. *La Psicología Social en México*. Vol. VIII, 535-542.
- Ortiz, R., Muñoz, S., Lechuga, D. & Torres, E. (2003). Consulta externa en instituciones de Salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(4), 229-238.
- Osborn, A. (2000). A los trabajadores los une el estrés. (*The Guardian de Gran Bretaña*). Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/2000/00-10/00-10-13/pag24.htm>
- Plazola (1997). *Enciclopedia de Arquitectura*. México: Limusa
- Pérez González, A., Suárez Merino y Barco Díaz, V. (2003). *Educación Ambiental: Un reto enfermero a favor de la Biodiversidad*. Maestría En Enfermería Facultad de Ciencias Médicas Matanzas. Cuba. Recuperado de: http://www.enfermeria21.com/listametas/educacionambiental_publicacion_antropologia.doc
- Peña, V. (2002). Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (parte I). *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, 1(1), 31-36.
- .Psiconeroimmunología. Recuperado de: <http://www.unbosque.edu.co/psiconeuroimmunologia.htm>
- Ramírez-Sánchez, T., Najera-Aguilar, P. y Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública México*, 40, 3-12.
- Rashid, M. & Zimrig, C. (2008). A review of the empirical literature on the relationships between indoor environment and stress in health care and office settings. *Environment and Behavior*, 40 (2), 151-183.
- Reidl, L., Ortega, P. y Estrada, C. (2002). Componentes psicológicos, ambientales y fisiológicos, generadores de estrés en una sala de espera. En Guevara, J. y Mercado, S. (Eds.), *Temas selectos de Psicología Ambiental*, 215-231. México: UNAM, Greco y Fundación Unilibre.
- Richart Martínez, M., Cabrero García, J y Reig Ferrer, A. (1993). Hospitalización y estrés en el paciente: Percepción diferencial de estresores entre pacientes y personal de enfermería. *Análisis y modificación de conducta*, 19 (63), 75-89.
- Roldán Talens, L., Lozano Lapiedra, L. y Cifre Gallego, E. (2015). Estrés ambiental en instituciones de la salud. Una revisión teórica de la valoración psicoambiental. *Agora Salut*. 1(49) 591-596. Recuperado de http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.49_591-596
- Román-Pérez, R., Abril-Valdez, E. & Cubillas-Rodríguez, M. (2002). La satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios médicos como un indicador de calidad. *Revista Higiene*. 4(1). Recuperado de: <http://www.smps.org.mx/higiene/rhv4n1.htm>. y en <http://plazasol.uson.mx/hge/revista/vol2-3/seis.htm#35>
- Romero, X., García, C., Aldaña, A., Chambers V. y Billings, D. (1997). Calidad de atención del aborto: percepción de las usuarias. Publicación electrónica con

- permiso del IMES. Recuperado de: http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course/sesion7/romero.htm
- Sáinz de Murieta, J., Astier, P., Erdozain, M., Lanceta, I., Ramos, J. y Rubio, M. (2000). Control de la infección en el personal sanitario II: Enfermedades vehiculadas por vía aérea. Enfermedades producidas por gérmenes emergentes. *ANALES, Sistema Sanitarios de Navarra*, 23(2), 241-255.
- Sandin, B. (2003). El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical Psychology*, 3 (1), 141-157.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. USA: Mc.Graw-Hill. Paperbacks.
- Shepley M. (10 de Noviembre 1998). *Good Healthcare Design more Dependent upon Art or Science?*. Recuperado de : <http://www.healthdesign.org/forum>
- Shumaker & Reizenstein (1982). Environmental factors affecting in patient stress in acute care hospitals. En G.Evans (ed) *Environmental Stress*. New York:Cambridge, 179-223.
- Sivak, R. (2001). Vulnerabilidad al estrés, indicadores clínicos y modos de evaluación. *Primer congreso argentino de medicina del estrés*. Buenos Aires, 1 y 2 de junio. Sociedad Argentina de Medicina del estrés. (SAMÉS) Asociación Civil.
- Solovy, A. (2002). "Home" Improvement. *H&HN: Hospitals and Health* , 76(12), 28.
- Teikari, M. (1995). *Hospital Facilities as Work Environments*. Helsinki University of Technology-Faculty of Architecture. Research Institute for Health Care Facilities. Research Publications.
- Ulrich, R. S. (2003). Creating a healing environment with evidence-based design. Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar- Healing Environments. October 10.
- Ulrich, R. S., Lawson, B. & Martinez, M. (2003). *Exploring the patient environment: An NHS estates workshop*. London: The Stationery Office.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Quan, X. & Joseph, A. (2006). The environment's impact on stress. In Marberry (Ed.), *Improving healthcare with better building design*. Chicago: Health Administration Press (pp. 37–61).
- Valadez, A., Bravo, M. y Vaquero, J. (2008). Prevalencia de efectos derivados de las situaciones estresantes en profesores universitarios. En Rivera, S., Díaz, R., Sánchez, R. & Reyes, I. (Eds.). *La Psicología Social en México*, Vol. XII. 843-848.
- Vázquez-Romero, B. (Marzo, 2009). *10mo. Reporte del Aval Ciudadano del Hospital de la Mujer. Período Octubre-Noviembre 2008*. Documento interno del Hospital de la Mujer. México.
- Vázquez-Romero B. y Martínez Acevedo, T. (Octubre, 2006). *4to. Reporte de la Facultad de Psicología como Aval Ciudadano del Hospital de la Mujer. Período Agosto-Septiembre, 2006*. Documento interno del Hospital de la Mujer. México.
- Vázquez-Romero, B. y Mena Méndez, E. (2007a). *7mo. Reporte del Aval Ciudadano del Hospital de la Mujer. Período Julio-Agosto 2007*. Documento interno del Hospital de la Mujer. México
- Vázquez-Romero, B. y Mena Méndez E. (2007b). *8vo. Reporte de la Facultad de Psicología como Aval Ciudadano del Hospital de la Mujer. Período Septiembre-Octubre, 2007*. Documento interno del Hospital de la Mujer. México.

- Velázquez-Moreno, A., Reidl, L., Ortega, P., Estrada, C. y López, E. (1998). La imagen de los aspectos físicos arquitectónicos de un centro de atención de la salud. En *La Psicología Social en México*, Vol VII, 495-500.
- Vera, L, Firman, A. y Diaz M, Busso A. (2010). *Avances en Energías Renovables y Medio Ambiente*. 14.
- Winkel, G. y Holahan, C. (1985). The environmental psycholoy of the hospital: is the cure worse than the illness?. *Prevention in human service*, 4 (1-2), 11-33.
- Zimring, C., Ulrich, R. S., Joseph, A. & Quan, X. (2006). The environment's impact on safety. In S. O. Marberry (Ed.), *Improving healthcare with better building design* (pp. 63–81). Chicago: Health Administration Press.

APÉNDICE A
SALAS TIPO DEL HOSPITAL GINECOLÓGICO PÚBLICO

2º piso

Ala oriente

Sala para visitas:

1 teléfono público de tarjeta

1 extintor

1 bote de basura

1 mueble para guardar charolas para alimentos.

Ocho sillas alrededor de la sala para vistas, repartidas en dos grupos de cuatro cada uno.

Baños para pacientes: tres tasas, dos lavabos y un espejo. Limpios y con mantenimiento.

Cuarto con tres regaderas.

Medidas de seguridad

Letreros: Sobre rutas de evacuación

Extintores: Dos ubicados en las paredes con ventanas.

Al inicio del pasillo de la sala para visitas estaba siempre una persona de vigilancia

Sala tipo de hospitalización en segundo piso

Puertas: color blanco, sin mantenimiento con picaporte y con mirilla.

Cortinas: en pasillo interior color blanco y cortinas con vista a la calle color beige

Bancas: cuatro unidas, de color azul, limpias y con mantenimiento.

Paredes: color blanco, limpias y sin mantenimiento.

Techos: blancos, limpios y sin mantenimiento.

Burós: color blanco de 95 cm de largo por 50 cm. de ancho.

Camas: de metal, espacio entre cada cama: 69 cm. Cada cama medía 2.2 m. de largo por 99 cm de ancho con ruedas, tenían una almohada.

A pie de cada cama había una cuna de metal de 72.5 cm. de largo por 35.5 cm. de ancho.

Otros enseres: un bote de basura pequeño, un porta expedientes, una mesa Pasteur, un banquito y un buró con cajón y puerta.

Lavabo

Botes de basura: Dos grandes para la sala y un bote pequeño por cada cama (10 botes en total)

Textos o temas de los carteles ubicados en cristales: lactancia, enfermedades venéreas, horario de atención y acciones del hospital.

En algunas salas se contaba con dos baumanómetros

3° piso
Ala oriente

Sala para visitas

Teléfonos públicos: Tres, dos de tarjeta y uno de monedas, ubicados a 1.61 mts., del suelo.

Sillas: 20 sillas unidas de color azul, sin mantenimiento y ubicadas alrededor de la sala en cinco grupos de cuatro sillas cada grupo.

1 bote de basura

1 mueble para guardar charolas para alimento.

Pasillo: 2.20 m. de ancho.

Ventanas en los pasillos, vista a la calle se encuentran limpias pero sin mantenimiento.

Mesa de doctores residentes con cuatro máquinas de escribir mecánicas y dos sillas.

Mesa móvil de cardex.

Dos mesas móviles para guardar material de curación.

Baños: tres tasas, dos lavabos y un espejo. Limpios, sin papel higiénico y con mantenimiento, además de tres regaderas y un espejo.

Cuarto Séptico

Sala de espera: Ocho sillas unidas.

Ubicación de las sillas: Cuatro al comienzo de la entrada del pasillo y cuatro al fondo del mismo.

Medidas de seguridad

Letreros: sobre rutas de evacuación

Extintores: dos, ubicados por las paredes que tienen ventanas.

Un vigilante sentado

Otros enseres: un garrafón de agua y dos plantas ubicadas al lado de las paredes con ventanas.

3° piso Ala poniente

Pasillo: 2.20 m. de ancho.

Salas limpias y sin mantenimiento, con ventanas hacia la calle y otras salas con ventilas.

Sala de cardiocartografía

Mesa móvil de cardex .

Baños: tres tasas, dos lavabos y un espejo. Limpios y con mantenimiento.

Además de tres regaderas.

Mesa: de doctores residentes con dos máquinas de escribir mecánicas y dos sillas.

Cuarto Séptico.

Cuarto de curaciones.

Sala de espera: ocho bancas unidas al comienzo de la entrada del pasillo

Medidas de seguridad

Letreros: sobre rutas de evacuación

Extintores: dos ubicados en las paredes con ventanas.

Otros

1 garrafón de agua.

2 mesas móviles con material de curación.

1 báscula

Sala tipo de hospitalización

Puertas: color blanco, sin mantenimiento con picaporte y con mirilla.

Cortinas: en pasillo interior color blanco y cortinas con vista a la calle color beige.

Cortinas plegadizas entre las camas: sí se contaba en algunas salas

Sillas: cuatro unidas, de color azul, limpias y con mantenimiento.

Paredes: color blanco, limpias y sin mantenimiento.

Techos: blancos, limpios y sin mantenimiento.

Burós: color blanco de 95 cm de largo por 50 cm. de ancho.

Camas: de metal, espacio entre cada cama: 69 cm. Cada cama medía 2.2 m. de largo por 99 cm de ancho con ruedas, tenían una almohada.

Otros enseres: un bote de basura pequeño, un porta expedientes, una mesa Pasteur, un banquito y un buró con cajón y puerta.

Lavabo a la entrada de la sala

Botes de basura: Dos grandes generales y un bote pequeño por cada cama (10 botes en total).

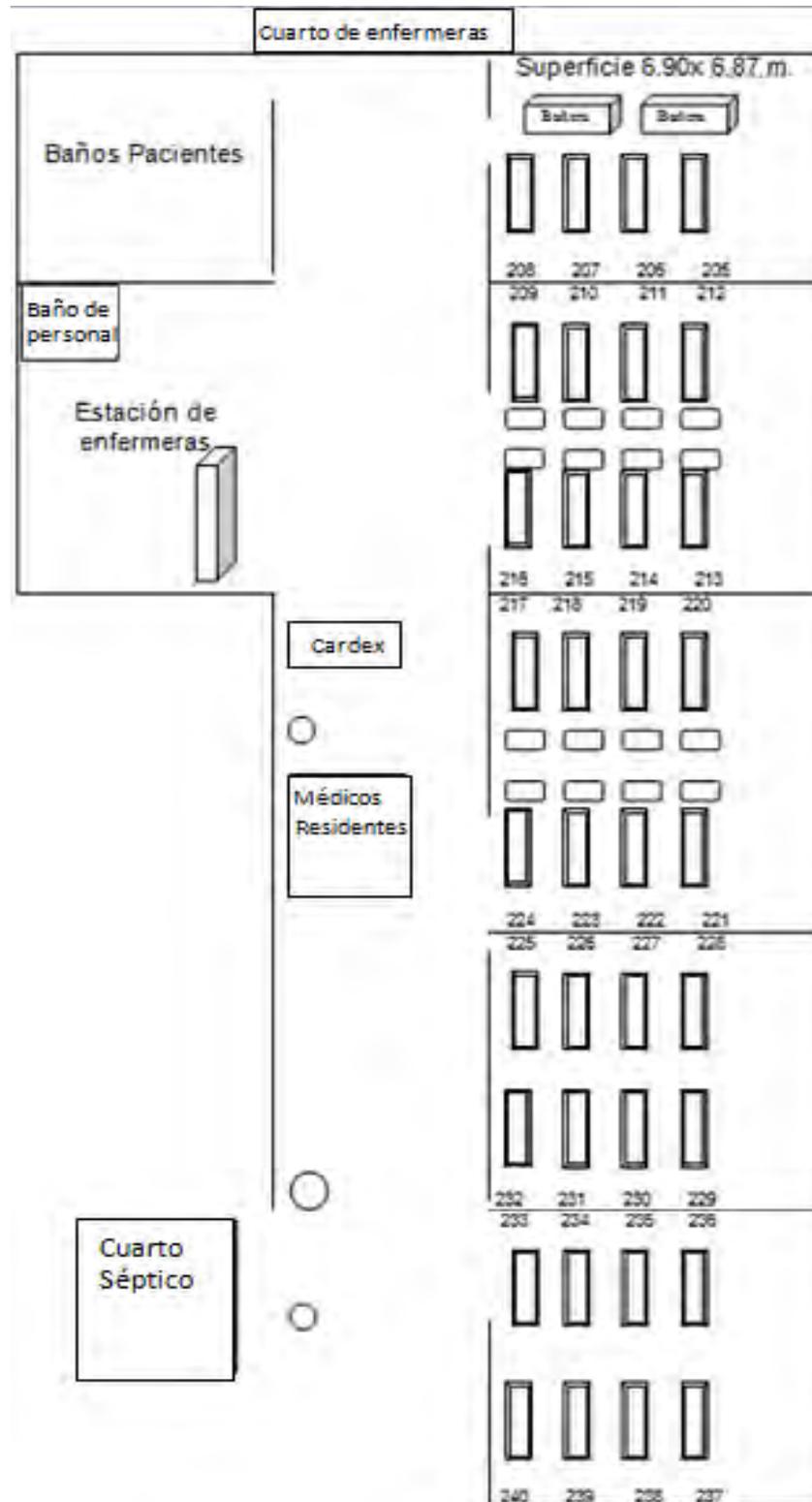
Letreros de información en cristales, cuyos temas son: lactancia, enfermedades venéreas, horario de atención y acciones del hospital.

Distancia de la sala al baño: 8 pasos, dos salas tenían televisión y una de ellas una videocasetera.

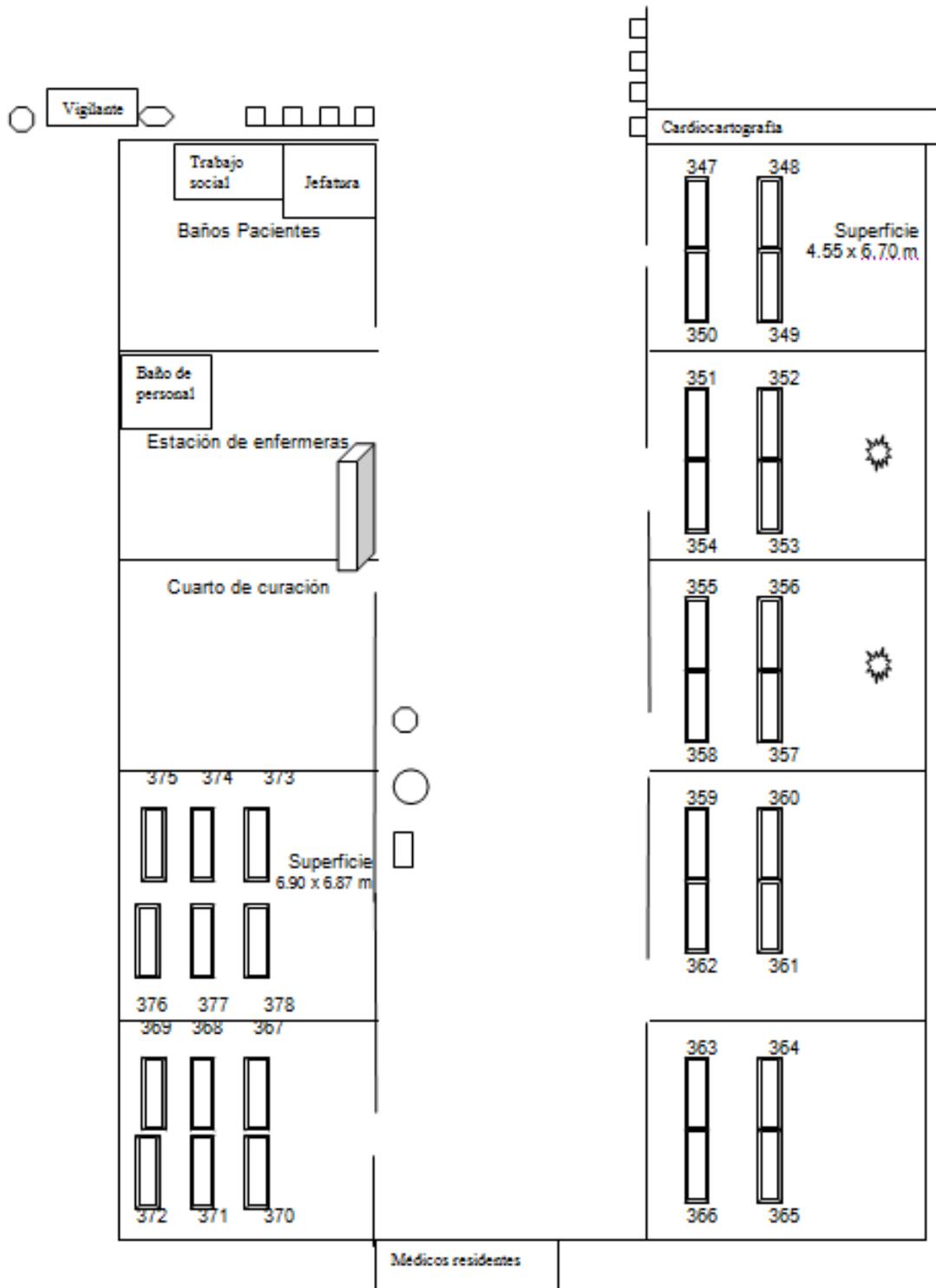
En algunas salas se contaba con dos baumanómetros

Apéndice B
Croquis de pisos tipo del hospital ginecológico público

2° Piso ala oriente

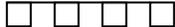


3° Piso ala poniente



Simbología siguiente página.

Simbología

Extintor	
Garrafón	
Báscula	
Teléfono	
Sillas	
Cuna	
Planta	

APÉNDICE C

Cuestionario final aplicado

- Entrevistadora _____
101. Piso _____ 102. Sala _____ 103 Cama _____
104. Cuántas pacientes encamadas _____
Fecha y hora de aplicación _____
1. ¿Qué edad tiene? _____
 2. Actualmente tiene pareja 1) Sí 2) No
 3. ¿Cuál es su estado civil?
1) Soltera 2) Casada 3) Unión Libre 4) Viuda 5) Separada
 4. ¿Hasta qué año estudió? _____
 5. ¿Cuál es su ocupación? _____
 6. ¿Cuál es el Estado, municipio y localidad (colonia) donde vive? _____
-
7. Antes de hospitalizarla, ¿cada cuándo veía al doctor? (Número de veces) _____
 8. Su hospitalización fue: 1) programada 2) de urgencia 3) por consulta externa
 9. ¿Por qué está hospitalizada? _____
 10. (Si procede) ¿Cómo nació su bebé? 1) Normal 2) Cesárea 3) Fórceps
 11. ¿Quién la trajo al hospital? _____
 12. ¿El trámite para hospitalizarla fue ágil? 1) Sí 2) No 3) No sé
 13. ¿Qué número de hijo es su bebé? _____
 14. ¿Usted planeó su embarazo? 1) Sí 2) No
 15. ¿Quién la visita o visitará? _____
 16. ¿Hay lugares en el hospital en donde pueda estar a solas con su visita?
1) Sí 2) No
 17. En caso afirmativo ¿en dónde? _____
 18. ¿Las horas de visita le parecen suficientes? 1) Sí 2) No 3) No sé
 19. ¿Cuántas pacientes habían en esta sala cuando usted ingresó aquí? _____
 20. ¿Cuántos días lleva usted aquí? _____
 21. ¿Quién se informa sobre su estado de salud? _____
 22. ¿Le han informado sobre su estado de salud? 1) Sí 2) No
 23. ¿Quién? 1) Médicos 2) Enfermeras 3) Ambos 4) Familiar 5) Trabajadora Social 6) Nadie 7) Otro especifique _____
 24. ¿Le informan sobre el estado de salud de su bebé? 1) Sí 2) No
 25. ¿Cuál es el estado de salud de su bebé? _____
 26. ¿Cuándo sale del hospital? 1) Hoy 2) Mañana 3) No sé
 27. ¿Cómo describiría su estado actual de salud?
1) Muy bueno 2) Bueno 3) Regular 4) Malo 5) Muy Malo
 28. ¿Le ha pasado algo desagradable en los últimos días (aquí o afuera)?
1) Sí 2) No
 29. En caso afirmativo por favor descríballo brevemente _____
-

Le voy a hacer unas preguntas sobre su estado de ánimo **en este momento**, por favor contéstelas de acuerdo con estas opciones de respuesta (1-4) (Aquí se le muestra la regleta a la paciente).

Estado de Ánimo
30. Calmada
31. Activa
32. Vigorosa
33. Animada
34. Inquieta
35. Cansada
36. Adormilada
37. Preocupada
38. Afligida
39. Indiferente
40. Tensa
41. Tranquila
42. Llena de energía
43. Molesta
44. Alerta

(Con excepción de la pregunta 46, de la 45 a la 92 se le muestra la regleta a la paciente) y se le empiezan a hacer las preguntas.

Desde que usted llegó a esta sala le parece que:

45. ¿Hay ruido en este lugar?
46. ¿Qué produce el ruido en este lugar?
-
47. ¿Aquí hay olores desagradables?
48. ¿Hace calor en este lugar?
49. ¿Hay privacidad en este lugar?
50. ¿La iluminación es suficiente?
51. ¿La ventilación del lugar es buena?
52. ¿Este lugar está limpio?
53. ¿El acceso a los baños es fácil?
54. ¿Las camas son cómodas?
55. ¿La decoración del lugar es agradable?
56. ¿Hay higiene en este lugar?
57. ¿Hace frío en este lugar?
58. ¿El espacio del que dispone es suficiente?
59. ¿El color de las paredes es agradable?
60. ¿Desde su cama puede ver la calle o el pasillo?
61. ¿La ubicación de letreros es adecuada?
62. ¿Los letreros de señales de emergencia se ven fácilmente?
63. En una situación de emergencia ¿las rutas de salida están claramente señaladas?
64. ¿Las conversaciones entre las pacientes le impiden descansar?
65. ¿Las conversaciones entre las enfermeras le impiden descansar?
66. ¿El buró de la sala es suficiente para guardar sus cosas?
67. ¿Tiene acceso a teléfonos públicos?
68. En caso de una emergencia, ¿en este cuarto hay botones o alarmas que le permiten llamar a las enfermeras?. 1) Sí 2) No 3) No sé
69. ¿La alimentación que le dan es suficiente y le gusta?
70. ¿La vigilancia en esta sala es adecuada?
71. ¿Las enfermeras son amables?
72. ¿Los doctores son amables?
73. ¿Hay buenos médicos en este hospital?

74. ¿Hay buenas enfermeras en este hospital?
75. ¿Le ha gustado cómo le han atendido los médicos?
76. ¿Le ha gustado cómo le han atendido las enfermeras?
77. ¿La atención por parte de los médicos es cuando usted la necesita?
78. ¿La atención por parte de las enfermeras es cuando usted la necesita?
79. ¿El servicio de este hospital le da confianza?
80. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido atendida por el personal?
81. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido incómoda?
82. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido tensa?
83. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido aburrida?
84. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido inquieta?
85. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido preocupada?
86. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido cansada?
87. ¿Durante su estancia en esta sala se ha sentido alterada?
88. ¿Durante su estancia ha tenido la esperanza de que todo va a salir bien?
89. ¿El edificio le ofrece seguridad ante un posible temblor, incendio, etc?
90. ¿Estar en este lugar le es insoportable?
91. ¿Le parece que en esta sala hay muchas pacientes?
92. ¿En esta sala se puede descansar?
93. En su opinión ¿consideraría que el ambiente físico de la sala influye en su estado de salud? 1) Sí 2) No 3) No sé
94. ¿Por qué?

95. Mientras usted está en esta sala ¿qué hace? (Nada, leer, escuchar música, tejer, ver tele, oír el radio, platicar, recibir visitas todo el día, hablar por teléfono, dormir, tener a su bebé, otra actividad, especifique). _____

96. ¿Qué necesitaría para sentirse mejor en esta sala? _____

97. En este momento ¿cuáles son sus principales preocupaciones? _____

98. Cuando salga del hospital ¿a dónde va ir usted? _____

99. ¿Recomendaría este hospital a otras mujeres como usted?
1) Sí 2) No

100. ¿Por qué? _____

Observaciones/Comentarios

APÉNDICE D

Carta de consentimiento informado

Soy investigadora universitaria y realizo un estudio sobre las características ambientales del hospital y su impacto en las pacientes, por lo que le solicito su opinión para que pudiera beneficiar en un futuro en la mejor calidad de la estancia de las pacientes.

La información que proporcione es anónima, confidencial y se tratará 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 esta institución. Su participación es totalmente voluntaria.

ACEPTO CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO Y EXPRESO HABER LEÍDO PREVIAMENTE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO.

Si desea obtener información sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo: Mtra. Beatriz Vázquez Romero 56-22-23-35

APENDICE E

Análisis psicométrico comparativo de las escalas de Ortega-Andeane (2002) y Vázquez-Romero (2010)

Una vez aplicadas a las pacientes hospitalizadas la lista de verificación de adjetivos de estrés y activación, así como las escalas de imagen institucional y evaluación ambiental de Ortega-Andeane (2002), se volvió a realizar el análisis psicométrico a través de análisis factorial y del coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach. En los resultados de Vázquez Romero, la lista de verificación de adjetivos de estrés y activación se integró por tres factores: atenta, estrés en el momento de la encuesta e inquietud. Las otras dos escalas quedaron integradas en una sola se le denominó en este trabajo imagen institucional y evaluación ambiental, se conformó de cuatro factores: confianza y seguridad en el servicio médico; estrés en sala; percepción espacial y equipamiento; así como ambiente físico y señalización

A continuación se presentan los resultados comparativos del análisis psicométrico (análisis factorial tipo varimax y alpha de Cronbach, validez y confiabilidad respectivamente) de las escalas de Ortega-Andeane y las obtenidas por Vázquez-Romero.

Lista de verificación de adjetivos de estrés y activación

Análisis Factorial con valores eigen mayores a 1.00, explican el 55.3% de la varianza y una confiabilidad total de la escala de .54 (Ortega-Andeane, 2002).

Factor	Valores eigen	Porcentaje de varianza	Porcentaje de varianza acumulada
1 Estrés	4.819	32.128	32.1
2. Activación	2.099	13.991	46.1
3. Agotamiento	1.39	9.269	55.3

Fte: Ortega-Andeane, P. (2002). **Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales**. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de maestría y doctorado en Psicología.

Análisis Factorial con valores eigen mayores a 1.00, explican el 52.44% de varianza y una confiabilidad total de la escala de .60 (Vázquez Romero, 2010).

Factor	Valores eigen	Porcentaje de varianza	Porcentaje de varianza acumulada
1. Atenta	4.792	31.947	31.9
2. Estrés	1.793	11.951	43.8
3. Inquietud	1.28	8.543	52.4

Se observan dos modificaciones iniciales en cuanto a denominación de categorías debido a que se reconfiguraron los adjetivos; activación fue sustituida por **atenta** en el sentido de poner atención a lo que está ocurriendo y se cambió agotamiento por **inquietud**, ésta última en el sentido de que no se siente bien la persona, no es que esté cansada o agotada sino intranquila con desasosiego.

Lista de verificación de adjetivos de estrés y activación

Estado de ánimo “en este momento” (Ortega-Andeane, 2002)		Estado de ánimo “en este momento” (Vázquez Romero, 2010)	
Factor 1. Estrés	Conf=.84	Factor 1. Atenta	Conf.= .83
Tensa	.781	Activa	.843
Afligida	.767	Vigorosa	.841
Preocupada	.763	Llena de energía	.692
Calmada	.668	Animada	.642
Tranquila	.619	Tranquila	.538
Inquieta	.609	Calmada	.434
Molesta	.552		
Factor 2. Activación	Conf=.77	Factor 2 Estrés en este momento.	Conf=.70
Activa	.806	Afligida	.745
Vigorosa	.783	Indiferente	.737
Llena de energía	.680	Preocupada	.666
Animada	.565	Tensa	.430
Factor 3. Agotamiento	Conf=.72	Factor 3. Inquietud	Conf=.195
Adormilada	.844	Inquieta	.602
Amodorrada	.741	Alerta	.610
Cansada	.638	Molesta	.412
Despierta	.585		

Es importante remarcar que al realizar los análisis psicométricos de las escalas de evaluación ambiental e imagen institucional se decidió que se integraran, por lo que sólo se habla de una escala, no de dos como lo realizó Ortega-Andeane en 2002.

Escala de Evaluación Ambiental

Ortega-Andeane (2002) tuvo los siguientes cuatro factores:

Factor	Valores eigen	Porcentaje de varianza	Porcentaje de varianza acumulada
Funcionalidad	6.537	34.405	34.4
Valoración Física	1.778	9.358	43.7
Percepción espacial y equipamiento	1.546	8.137	51.9
Señalización	1.362	7.170	59.0

Fte: Ortega-Andeane, P. (2002). **Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales**. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de maestría y doctorado en Psicología p. 63

Escala de Evaluación Ambiental

Factor 1 Funcionalidad	Confiabilidad = .86
Reactivo	Peso factorial
El color de las paredes es agradable	.771
La iluminación es suficiente	.751
La vigilancia del lugar es adecuada	.741
El área de control de citas es accesible	.721
Esta sala no funciona adecuadamente	.681
El mobiliario dela sala me permite platicar fácilmente con los demás	.653
Este lugar está limpio	.647
La decoración del lugar es agradable	.627
Factor 2 Valoración Física	Confiabilidad = .60
Hace calor en este lugar	.795
Aquí hay olores desagradables	.752
Hay ruido en este lugar	.667
Factor 3 Percepción espacial y equipamiento	Confiabilidad = .54
Las sillas son suficientes	.835
El espacio de la sala es suficiente	.767
El mobiiario dela sala permite aislarme de los demás	.598
El acceso a los baños es fácil	.522
Las sillas son cómodas	.444
Factor 4 Señalización	Confiabilidad = .80
Los letreros y señales de emergencia se ven fácilmente	.673
La señalización (letreros y avisos) es suficiente	.533
La ubicación de letreros de orientación es adecuada	.406

Fte: Ortega-Andeane, P. (2002). **Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales**. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de maestría y doctorado en Psicología p. 64

Escala de Imagen institucional

Ortega-Andeane (2002) tuvo los siguientes cuatro factores:

Factor	Valores eigen	Porcentaje de varianza	Porcentaje de varianza acumulada
Confianza y seguridad en el servicio médico	6.615	34.817	34.8
Evaluación de su estancia en sala de espera	3.02	15.934	50.7
Calidad humana de la atención	1.185	6.237	56.9
Significado Ambiental	1.095	5.765	62.7

Fte: Ortega-Andeane, P. (2002). **Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales**. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de maestría y doctorado en Psicología p. 65

Escala de Imagen institucional

Factor 1 Confianza y seguridad en el servicio médico	Confiabilidad = .89
Reactivo	Peso factorial
Hay buenos médicos en este lugar	.944
Los médicos son capaces	.879
Durante su estancia en esta sala ha tenido la esperanza de que todo va a salir bien	.820
El servicio de atención me da confianza	.794
Los médicos son amables	.788
Se brinda el servido a todo el que lo solicita	.632
El edificio me ofrece seguridad ante un posible siniestro	.391
Factor 2 Evaluación de su estancia en sala de espera	Confiabilidad =.77
Reactivo	Peso factorial
Durante su estancia en esta sala usted se ha sentido tenso	.889
Durante su estancia en esta sala usted se ha sentido alterado	.762
Durante su estancia en esta sala usted se ha sentido incómodo	.616
El permanecer en esta sala es cansado	.608
Factor 3 Calidad humana de la atención	Confiabilidad = .83
Reactivo	Peso factorial
La atención a las pacientes es rápida	.882
El trámite para solicitar atención médica es ágil	.515
La atención a los pacientes es eficiente	.504
Durante su estancia en esta sala usted se ha sentido tomado en cuenta	.456
El personal es amable	.433
Factor 4 Significado ambiental	Confiabilidad = .61
Reactivo	Peso factorial
El ambiente de este lugar me es extraño	.788
La permanencia en este lugar es insoportable	.782
En su opinión consideraría que el ambiente físico de la sala influye en su estado de salud	.568

Fte: Ortega-Andeane, P. (2002). **Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales**. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de maestría y doctorado en Psicología p. 66

ESCALA DE IMAGEN INSTITUCIONAL Y EVALUACIÓN AMBIENTAL

Vázquez-Romero (2010) obtuvo los siguientes cuatro factores una vez integradas las escalas.

Análisis factorial de la escala de imagen institucional y evaluación ambiental

IMAGEN INSTITUCIONAL Y EVALUACIÓN AMBIENTAL			
Factor	Valores eigen	Porcentaje de varianza	Porcentaje de varianza acumulada
Confianza y seguridad en el servicio médico (se integró con la escala de calidad en el servicio)	11.633	24.751	.24.751
Estrés en sala	3.067	6.526	31.277
Percepción espacial y equipamiento	2,646	5.630	36.907
Ambiente físico y señalización	1.977	4.207	41.114

IMAGEN INSTITUCIONAL Y EVALUACIÓN AMBIENTAL

Factor 1. Confianza y seguridad en el servicio (se integró con calidad en la atención) 11 reactivos		Confiabilidad = .9301
Núm. de reactivo en cuestionario		Peso factorial
76. Le ha gustado cómo le han atendido las enfermeras		.878
73. Hay buenos médicos en este hospital		.864
72. Los médicos son amables		.821
74. Hay buenas enfermeras en este hospital		.809
75. Le ha gustado cómo le han atendido los médicos		.772
71. Las enfermeras son amables		.773
79. El servicio de este hospital le da confianza		.662
78. La atención por parte de las enfermeras es cuando usted la necesita		.657
80. Durante su estancia en esta sala se ha sentido atendida por el personal		.549
77. La atención por parte de los médicos es cuando usted la necesita		.546
70. La vigilancia en esta sala es adecuada		.508
Factor 2. Estrés en sala 7 reactivos		Confiabilidad = .8170
Núm. de reactivo en cuestionario		Peso factorial
82. Durante su estancia en esta sala se ha sentido tensa		.809
85. Durante su estancia en esta sala se ha sentido preocupada		.770
84. Durante su estancia en esta sala se ha sentido inquieta		.751
87. Durante su estancia en esta sala se ha sentido alterada		.671
83. Durante su estancia en esta sala se ha sentido aburrida		.508
86. Durante su estancia en esta sala se ha sentido cansada		.488
81. Durante su estancia en esta sala se ha sentido incómoda.		.411

IMAGEN INSTITUCIONAL EVALUACIÓN AMBIENTAL

Factor 3. Percepción espacial y equipamiento		Confiability = .7639
7 reactivos		
Núm. de reactivo en cuestionario		Peso factorial
59. El color de las paredes es agradable		.708
58. El espacio del que dispone es suficiente		.668
66. El buró de la sala es suficiente para guardar sus cosas		.623
55. La decoración del lugar es agradable		.644
54. Las camas son cómodas		.543
60. Puede ver la calle o el pasillo desde la cama		.492
53. El acceso a los baños es fácil		.453
Factor 4. Ambiente físico y señalización.		Confiability = .8116
5 reactivos		
Núm. de reactivo en cuestionario		Peso factorial
62. Los letreros de señales de emergencia se ven fácilmente		.809
63. En una situación de emergencia, las rutas de salida están claramente señaladas		.799
61. La ubicación de letreros es adecuada		.709
50. La iluminación es suficiente		.554
51. La ventilación del lugar es buena		.533

CORRELACIÓN DE SUBESCALAS

A continuación se presentan sólo las correlaciones de Pearson de las subescalas con puntajes superiores a .30 y con un nivel de confianza superior a .01.

Correlaciones de las escalas de estrés y evaluación ambiental

Subescalas	Atenta	Estrés (en el momento de la entrevista)	Inquietud	Confianza y seguridad en el servicio	Percepción espacial y equipamiento	Estrés en sala	Ambiente físico y señalización
Atenta	1	-.528				.526	
Estrés en el momento de la entrevista		1				-.559	
Inquietud			1				
Confianza y seguridad en el servicio				1	.452	-.451	.363
Percepción espacial y equipamiento					1	-.363	.463
Estrés en sala						1	-
Ambiente físico y señalización							1

Todos los coeficientes de correlación fueron significativos al .01.

Se observa en la tabla anterior que la subescala estrés en sala (se ha sentido aburrida, tensa, desesperada, preocupada) fue la que correlacionó con más subescalas. Correlacionó positivamente con atenta (activa, vigorosa, llena de energía) $r=.526$, y negativamente con tres subescalas: estrés en el momento de la encuesta (afligida, indiferente, preocupada) $r=-.559$; confianza y seguridad (los médicos y enfermeras son amables, capaces, el servicio les da seguridad) $r=-.451$; percepción espacial y equipamiento (el color de las paredes y la decoración son agradables, las camas son cómodas, se puede ver a la calle o al pasillo) $r=-.363$.

La subescala atenta (activa, vigorosa, llena de energía) correlacionó negativamente con estrés en el momento de la encuesta ($r=-.528$).

La subescala de confianza y seguridad (los médicos y enfermeras son amables, capaces, el servicio les da seguridad) correlacionó positivamente con percepción espacial y equipamiento (el color de las paredes y la decoración son agradables, las camas son cómodas, se puede ver a la calle o al pasillo) ($r=.452$), y con ambiente físico y señalización (los letreros de señales de emergencia se ven fácilmente, ubicación de letreros es adecuada, iluminación) ($r=.363$).

Y la subescala de percepción espacial y equipamiento también correlacionó con ambiente físico y señalización ($r=.463$).