

VÍCTOR MANUEL CORENO RODRÍGUEZ¹,
ARTURO EDUARDO VILLALPANDO FLORES² Y
JUAN CARLOS MAZÓN SÁNCHEZ³

FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ESPACIOS URBANOS ESTUDIO LONGITUDINAL COMUNITARIO EN EL DISTRITO FEDERAL

*HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN URBAN SPACES
LONGITUDINAL NEIGHBORHOOD STUDY IN MEXICO CITY*

Recibido: Junio 12, 2010
Revisado: Junio 27, 2010
Aceptado: Junio 30, 2010

Los autores contribuyeron de igual manera en las diferentes fases de elaboración del presente artículo. Dirigir la correspondencia a: Víctor Manuel Coreno, Facultad de Psicología, UNAM, correo: victorco@servidor.unam.mx

Resumen

Los espacios construidos influyen sobre aspectos de salud-enfermedad, a través de la somatización de los estímulos externos que no llegan a ser controlados por los seres humanos. El objetivo de la presente investigación es el análisis de la percepción de los individuos que participaron en el diseño de sus espacios públicos en relación a la salud en una primera fase de investigación, en contraste con aquellos que no intervinieron. La recolección de datos fue a través de un cuestionario aplicado a 226 individuos mayores de 18 años en la colonia Ampliación Miguel Hidalgo, del Distrito Federal, quienes diseñaron su entorno en una primera fase de intervención (1998 a 2002), evaluando su percepción un año después (2003) sobre su entorno social y construido. Los resultados obtenidos en una segunda etapa de evaluación (2010) por medio del análisis cuantitativo utilizando la prueba t y alfa de Cronbach arrojaron diferencias significativas respecto a su salud entre aquellos que se integraron en el proceso de diseño participativo de su entorno inmediato, con los que no lo hicieron. Los sujetos que diseñaron presentan síntomas gastrointestinales y diabetes, y perciben mejor satisfacción de vida y relaciones sociales y ambientales en comparación con los que no diseñaron.

Palabras clave: Espacios urbanos, diseño participativo, salud, enfermedad, calidad de vida.

Abstract

Built spaces affect the relation health-illness, through the somatization of external stimuli that humans failed to control. Therefore, the objective of this research is the analysis of the perception of the individuals who participated in the design of public spaces, in contrast to those who did not intervene. A questionnaire was applied to 226 neighbors, 18 years old and over, living in the neighborhood Extension Miguel Hidalgo, Mexico City, who designed their environment in a first intervention phase (1998-2002). A first evaluation conducted a year later (2003), assessed their social and physical environment perception. A second evaluation was conducted in 2010. Results compared means using T-test, and Cronbach alpha, showed significant differences in terms of health conditions, between those who were integrated into the participatory design process for their immediate surroundings with those who did not. The neighbors who participated in the design process presented gastrointestinal symptoms and diabetes, but had better social and environmental relations and perceived a better sense of fulfillment.

Keywords: Urban spaces, participative design, health, illness, quality of life.

Desde que el hombre ha tenido preocupación, control y manejo de los factores endógenos y exógenos que mediatizan su participación dentro de escenarios sociales a las cuales está adscrito, el tema de la salud se ha convertido en el principal tópico de interés por su gran importancia en el terreno de lo individual y colectivo.

Con ello, el paso del tiempo y el cúmulo de experiencias, el hombre contemporáneo sabe de antemano que para alcanzar u optimizar su calidad de vida, que permita un desarrollo afable del organismo a nivel fisiológico y cognoscitivo, es indispensable prestar atención a los eventos externos que determinan el nivel y calidad de participación dentro del círculo social adscrito.

Es de esta manera que Reynoso y Seligson (2002) afirman que el tema de salud pública es de igual importancia en el ámbito público y privado, ya que se encuentran ligados a todos los factores contextuales que vivencia el ser humano. Implicando que los problemas de salud-enfermedad abarcan mucho más cosas que la presencia o ausencia de enfermedades biológicas. Dando pauta a una convergencia multidisciplinaria del campo de la salud, donde hoy día no solo podemos encontrar a profesionistas del área como médicos y enfermeras entre otros; también podemos observar una participación activa de otras profesiones como la biología, sociología, antropología y por supuesto la psicología.

Es de esta forma que en décadas recientes podemos encontrar diversos campos de aplicación de la psicología (social, ambiental, clínica, salud, etc.) interesadas en la relación e influencia de las variables salud-enfermedad sobre condiciones psicobiológicas.

Quehacer psicológico y conductas pro salud

En la actualidad se acepta que la prevención de los problemas de salud-enfermedad (pública y privada) tiene mucho mejor resultado a largo plazo, que la sola intervención oportuna de las mismas. Así, al realizar investigaciones en el área de la salud ha encontrado diversas relaciones entre aspectos conductuales correspondientes a la cotidianeidad de las personas, junto con sus creencias, valores y actitudes hacia prácticas saludables, de riesgo y enfermedad, determinando la percepción sobre los estilos de vida propios y las situaciones contextuales que vive (Reynoso y Seligson, 2002).

De esta forma podemos entender el origen de algunos comportamientos colectivos e individuales que alteran el estado de salud de las personas, in-

fluyendo no solo fisiológica y psicológicamente, sino afectando el ámbito social, económico, cultural y ambiental; permitiendo al psicólogo plantear posibles vías alternativas de intervención desde una perspectiva biopsicosocial.

- Prevención en la aparición de sujetos aparentemente sociales por medio de la educación y el establecimiento de prácticas pro salud, pro sociales y pro ambientales.

- Prevención en la aparición de sujetos aparentemente sanos, identificados como miembros de una comunidad de riesgo a través de intervenciones específicas.

- Intervenciones psicosocioambientales para cambiar estilos de vida, creencias y actitudes en torno al hábitat.

De esta manera se puede considerar que la prevención, implica investigación y análisis para el diagnóstico de las condiciones de salud (individual y comunitaria) que permitan una promoción adecuada y oportuna de la misma por medio de estrategias de regulación y control ambiental y social diseñado para canalizar y sostener conductas conducentes a las salud.

Conductas pro salud y ambiente

El estudio de las interacciones que mantiene el individuo con el contexto en el cual se desarrolla, permite acercarnos al entendimiento de cómo percibe y procesa la estimulación externa.

Mercado (2004) asegura que el constante desarrollo tecnológico y con ello la generación de nuevas necesidades y expectativas de vida cada vez más altas por los diversos ofrecimientos que nos proporciona la vida moderna (Villalpando, 2007), son los antecedentes directos o indirectos (sea el caso) de las condiciones de vida actuales; siendo el ámbito de la salud el más afectado y preocupante.

De esta manera estímulos situacionales como los estresores ambientales, por ejemplo la contaminación, la luz, el ruido, al igual que el hacinamiento dentro de ambientes edificados (por mencionar unas) son variables de interés para el campo de la psicología ambiental por estar presentes en todos los escenarios conductuales naturales y construidos, por ser generadores de bienestar o malestar (individual o colectivo) y por influir en procesos biológicos, como la tasa del ritmo cardiaco, migraña, problemas gastrointestinales, disminución o pérdida de los sentidos sensoriales, deficiencias cognoscitivas (aprendizaje y adaptación) y poco manejo de conductas espaciales propias. Lo cual viene a afectar el

rol que tenemos dentro del ambiente y la forma en cómo procesamos la información del exterior, dependiendo del bienestar o daño que dicho estímulo nos provoque (Taylor y Repetti, 1997).

Esto permite una continua transacción estimular entre el hombre y el entorno, que para Rodríguez (1991) es materia prima de análisis ambientales de los espacios, donde se desarrolla el individuo. Convirtiéndose en una herramienta necesaria tanto para el control de variables ambientales y sociales, como sobre el conocimiento de las consecuencias del manejo contextual; situación indispensable e idónea por la posibilidad de generar significados positivos por medio de experiencias y participaciones activas por parte del hombre sobre su entorno (Páramo y Cuervo, 2006). Connotaciones sociales que alteran el rol ambiental del espacio público y/o privado, modificando a su vez las interacciones socioambientales. Repercutiendo sobre esferas de índole económico, político, social, ambiental y de salud.

Por ello es que Berges, Silván y Castillo (2004), dicen que las dimensiones afectivas del ambiente son importantes para una apropiación y cuidado del espacio, pudiendo mejorar con ello las situaciones de vida de las personas. Ya que a mayor afecto y sentido de pertenencia por un espacio, mayor impacto tendrá la experiencia física y emocional del hombre; generando interés y preocupación por las estructuras sociales y físicas que influyen sobre cogniciones y acciones humanas.

Espacios físicos y calidad de vida

Landázuri y Espejel (2006) mencionan que el individuo adquiere valores y conforman su personalidad gracias a prácticas significativas de socialización, que de alguna forma moldean sus actitudes y creencias, cambiando su percepción sobre los eventos sociales y las condiciones ambientales que los sostienen. Generando mayores oportunidades de socialización, crecimiento personal y la adquisición de nuevos valores, gracias a las interacciones comunitarias; las cuales determinan el nivel de inclusión o exclusión de los habitantes a diversas prácticas y grupos sociales.

Sin embargo, la falta de oportunidades, la privación social y las pocas o nulas interacciones con los demás, generan condiciones de aislamiento, molestia, indiferencia, segregación, desesperanza aprendida, agresión y pérdida de control percibido (Freudenberg, 2000); que al final de cuentas merman el nivel y calidad de vida de los individuos, ya que son generadores de situaciones de indefensión y predictores de morbilidad, culminando con la aparición del

distrés. Viéndose reflejado esto en la calidad de las relaciones interpersonales, en las condiciones físicas del espacio y en la salud física y psicológica. Llegando a afectar de manera holística todos los aspectos relacionados directa o indirectamente con la persona.

Por ello, es que Terán, Landázuri, Villalpando y Mercado (2009), establecen que un mejoramiento de las condiciones de los espacios públicos (y también privados) optimizan no solo las relaciones entre grupos sociales, permite a su vez una relación más estrecha entre el hombre y el medio ecológico, llegando a beneficiar indiscutiblemente aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida a nivel colectivo e individual.

Todo esto permite asegurar que el medio construido, determina las ejecuciones del medio social, definiendo al mismo tiempo sus oportunidades de aprendizaje, interacción, participación y apropiación física, social y semiótica; generando con ello identidad del plano de lo individual a lo colectivo, culminando en la construcción de conductas pro sociales y pro ambientales (Jiménez, 2002), al igual que un desarrollo de los aspectos relacionados con la salud pública y privada.

Así, podemos percatarnos de la importancia de los espacios públicos y privados, naturales y construidos, debido en gran medida a los diversos ofrecimientos (Gibson, 1979; Villalpando, Mercado y Sandoval 2009) que proveen las estructuras físicas tanto de los espacios absolutos como relativos del escenario conductual. Con lo que podemos inferir que la composición y el diseño arquitectónico es una variable de gran importancia que afecta de manera contundente la calidad de vida de los usuarios, gracias a sus valores funcionales que van cambiando con el paso del tiempo y de las experiencias acumuladas en relación con el espacio (Gibson, Barker y Heft, 2001). Siendo esta relación entre ofrecimientos y diseño arquitectónico, lo que permite la construcción y descubrimiento de relaciones sinomórficas, ergonómicas y antropométricas, gracias a un buen y óptimo desempeño de los habitantes de dicho marco conductual y del rol que juega dicho escenario sobre los participantes.

En relación con lo anterior, Evans y Mitchell (1998) enfatizan que el rol que juegan los espacios construidos es de vital importancia para un mejoramiento de las condiciones fisiológicas de las personas; ya que un edificio con las disposiciones físicas pertinentes que permitan el desarrollo afable y exitoso del individuo, es un sitio donde no solo se refuerzan cierto tipo de conductas gracias al alcance de metas y objetivos,

también se genera una sensación de bienestar en la persona y un sentimiento de felicidad y aprecio por el lugar, que culmina en un estado de alegría gracias a que se puede llevar a cabo un proceso de restauración psíquica y física en la persona.

Pero este proceso de restauración, el cual podemos definirlo como un proceso que se lleva a cabo, cuando se está expuesto a ambientes que permitan una reducción del estrés y un crecimiento de sensaciones placenteras (Scopelliti y Giuliani, 2004), no solo se da gracias a los componentes físicos del medio; de igual modo se necesita toda una serie de componentes sociales y culturales para que se pueda generar bienestar en la persona, y por consiguiente, permitan repetir la experiencia las veces que el individuo lo desee o lo necesite. Obligando al ser humano a encontrarse en la constante búsqueda de espacios que permitan un ejercicio de libertad por medio de la externalización de creencias, valores, actitudes y posturas ante los hechos de la vida cotidiana.

Todo esto dentro de un marco conductual que tenga las herramientas necesarias para favorecer cada una de las esferas que conforman la vida del ser humano. Por ello es que una de las metas de homo, es el encontrar el ambiente óptimo que permita un desenvolvimiento total de las personas; mejorando con ello sus condiciones de vida (Bechtel, 2002) y por ende, de salud física y psicológica.

Método

Participantes

Se llevaron a cabo 226 entrevistas con residentes de la colonia Miguel Hidalgo, Tlalpan; de los cuales, 85 fueron hombres, y 139 mujeres, obteniendo un rango de edad de 13 a 78 años, con una media de 45 años.

En el estudio previo de Coreno (2008), se identificó a tres tipos de usuarios según su nivel de involucramiento en actividades comunitarias dentro de la colonia: los verdes (los que cooperaban económicamente, con mano de obra, participaban en el diseño y organizaban al resto de los vecinos) los amarillos que participaban sólo en alguna de estas actividades, y los rojos (quienes reportaban que no participaban en ningún tipo de actividad).

En la presente investigación, en la muestra total de participantes, 29 fueron rojos, 180 amarillos y 17 verdes.

Instrumentos

Para la recolección de información se empleó un instrumento dividido en cuatro segmentos que evalúan locus de control, calidad de vida y enfermedades res-

pectivamente, de los habitantes de la Colonia Ampliación Miguel Hidalgo, de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). Los cuatro rubros constituían el cuestionario en su totalidad, obteniendo más de 95 reactivos.

La primera parte del instrumento se avocó a la participación comunitaria, donde los participantes contestaban si llevaban a cabo diferentes conductas participativas relacionadas con el mejoramiento comunitario; estas 8 preguntas fueron aplicadas también en el estudio de Coreno, (2008).

En seguida se aplicó el Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, traducida por Gonzales-Celis y Sánchez-Sosa (2003), de la cual se aplicó un análisis factorial que reveló la existencia de 7 factores, que explicaban en conjunto el 64.86% de la varianza. En el proceso, sólo se conservaron 23 reactivos de la escala original, que se agruparon en los siguientes factores: Salud Psicológica (4 reactivos, $\alpha=0.839$), Satisfacción de Vida (4 reactivos, $\alpha=0.784$), Movilidad (3 reactivos, $\alpha=0.692$), Relaciones personales (3 reactivos, $\alpha=0.670$), Salud física (3 reactivos, $\alpha=0.702$), recursos para la salud (3 reactivos, $\alpha=0.642$), medio ambiente (3 reactivos, $\alpha=0.633$). El valor del α para la escala total fue de 0.872.

Después se anexó el cuestionario de enfermedades, el cual se desarrolló para propósitos del presente estudio, indagando la frecuencia de síntomas de una serie de 18 enfermedades comunes, a las que cada participante contestaba en una escala de 1 al 4, la frecuencia con la que padecía síntomas de cada enfermedad. La escala de los 18 reactivos tuvo un α de 0.797

Procedimiento

Se aplicó el instrumento en la colonia señalada. Los encuestadores, portando una identificación en sitio visible, se aproximaron a los participantes en el lugar: "Buenas tardes, venimos de la Facultad de Psicología de la UNAM (se les muestra el formato de respuesta) estamos haciendo una investigación sobre Salud y Calidad de Vida en Espacios Urbanos, ¿tendrá unos 15 minutos de su tiempo para que pudiera respondernos unas preguntas?". Si aceptaba, se procedía a leer las preguntas y las respectivas opciones de respuesta, anotando el encuestador las respuestas.

Resultados

Los resultados obtenidos del análisis cuantitativo del instrumento de encuesta fueron datos sobre aspec-

tos de salud y su relación con el entorno urbano. Se evaluaron distintos aspectos que componen la calidad de vida percibida por los habitantes de la colonia y en particular, la relación de esta con actividades comunales en espacios públicos. Para este trabajo sólo analizamos los datos sobre enfermedades y calidad de vida, que es el objetivo fundamental de esta investigación. El análisis de los datos, se hizo a través de una prueba t de Student para muestras independientes y un Alfa de Cronbach con las variables referentes.

En primer lugar, se comparan las medias observadas para el grupo de verdes y el grupo de rojos, utilizando la t de Student para muestras independientes, encontrando ninguna diferencia significativa con un nivel de confianza del 95%. Solamente al comparar las medias observadas para el grupo de verdes con amarillos se encontró una diferencia significativa en el síntoma de diarrea. (Tabla 1).

Tabla 1.
Comparación de medias entre grupos con el rubro de enfermedades.

Dependent Variable	(I) PARTICIPA	(J) PARTICIPA	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
DIARREA	VERDES	ROJOS	.31667	.21175	.410	-.1956	.8289
		AMARILLOS	.44615	.18462	.050	-.0005	.8928

Tabla 2
Comparación de síntomas de enfermedad entre participantes y no participantes de diseño participativo

	Participación en el diseño	N	Media	T	gl	Sig
Diarrea	NO	168	1,48	-3,616	220	0,000
	SI	54	1,81			
Diabetes	NO	162	1,22	-2,287	64,586	0,025
	SI	53	1,60			
Satisfacción de Vida	NO	165	14,65	-2,483	217,00	0,014
	SI	54	15,85			
Relaciones Sociales	NO	159	11,28	-2,308	106,59	0,023
	SI	51	11,98			
Recursos Disponibles	NO	163	7,93	-2,649	214,00	0,009
	SI	53	8,81			
Medio Ambiente	NO	165	9,39	-2,290	112,15	0,024
	SI	53	10,17			

Después se utilizó los que contestaron sí o no a la pregunta de participación en el diseño, observándose diferencias en 4 de los 7 factores de calidad de vida identificados, al comparar los participantes que diseñan de los que no diseñan; y en los síntomas de dos enfermedades. Sin embargo hay que tomar en cuenta que las muestras no tienen el mismo número de sujetos. (Tabla 2)

En esta tabla se puede observar que los dos factores donde se encontraron diferencias significativas respecto a los síntomas que reportan los sujetos son diarrea y diabetes (0,000 y 0,025 respectivamente), presentándose más estos síntomas en las personas que participaron en el diseño de su entorno.

Sin embargo, la percepción de satisfacción de vida, relaciones sociales, recursos disponibles y el medio ambiente es significativamente más favorable en los que diseñaron su entorno (0,014, 0,023, 0,009 y 0,024 respectivamente).

Después, se asumió que las 8 preguntas de participación son reactivos de una escala que pretende medir un constructo que llamaremos participación comunitaria o participación social en torno a la mejora de la colonia, encontramos los siguientes datos (Tabla 3).

Existe una media de 3.09 (en un rango de 0 a 8 puntos posibles) para la muestra total. La distribución de frecuencias es la siguiente (Figura 1).

Tabla 3
Distribución de frecuencias de la sección de participación comunitaria

Número de conductas en las que se ha participado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	29	12,8	12,8	12,8
1	40	17,7	17,7	30,5
2	35	15,5	15,5	46,0
3	31	13,7	13,7	59,7
4	29	12,8	12,8	72,6
5	22	9,7	9,7	82,3
6	18	8,0	8,0	90,3
7	14	6,2	6,2	96,5
8	8	3,5	3,5	100,0
Total	226	100,0	100,0	

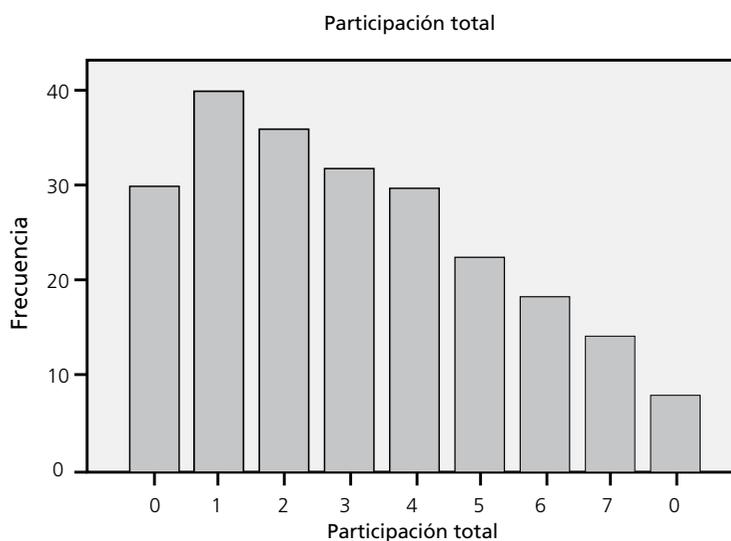


Figura 1 Distribución de frecuencias de la muestra total

Tabla 4

Distribución de cuartiles entre grupos "más participativos" y "menos participativos y síntomas de enfermedades

	Grupo de participación	N	Media	T	gi	Sig
Dolor de estómago	C25	68	1,97	2,471	126,000	0,015
	..C75.....	60	1,65			
Presión alta	C25	66	1,20	-2,615	91,289	0,010
	..C75.....	60	1,52			
Diabetes	C25	66	1,05	-3,756	61,323	0,000
	..C75.....	59	1,63			
Colesterol alto	C25	66	1,23	-2,394	103,614	0,018
	..C75.....	60	1,55			

Como se puede observar, el cuartil 25 se ubica en la puntuación 1, y el cuartil 75 en la puntuación 5. Tomando en cuenta estos datos, se pueden generar dos nuevos grupos: los menos participativos (n=69, quienes contestaron "SI" a 1 o ninguna pregunta) y los más participativos (n=62, quienes contestaron "SI" a 5, 6, 7 u 8 preguntas). De esta forma, se comparan las medias observadas para ambos grupos (Tabla 4).

En este cruce se puede observar que aparecen tres factores que afectan a los más participativos; la presión alta, diabetes y colesterol alto. Mientras que el dolor de estómago afecta de manera considerable a los menos participativos.

Conclusiones

En términos generales, se encontró que existe una relación entre la conducta que presentan los usuarios o colonos, en el proceso del diseño de los espacios urbano-arquitectónicos y aspectos de salud fisiológica y cognoscitiva. Sin embargo cabe señalar que las limitantes del presente estudio fueron, que la muestra fue reducida, el muestreo intencional y la aplicación se realizó en una zona específica de la Ciudad de México, por lo tanto, la generalización de los hallazgos también es limitada.

En un primer análisis se encontró una relación significativa entre el grupo de los que participan activamente (verdes) con una percepción positiva sobre: calidad de vida, satisfacción de vida, relaciones sociales, recursos disponibles y medio ambiente. Es decir, probablemente se tiene una percepción positiva sobre espacios y oportunidades de recreación. Lo que viene a demostrar que los espacios públicos destinados a recrear, esparcir y restaurar las funciones fisiológicas y psicológicas de las personas son importantes para el desarrollo psicosocial del individuo y de la comunidad.

Aunque esto implique un costo en la salud, debido a que se encontró una relación con las enfermedades y el nivel de participación sobre el diseño de sus espacios públicos y demás, situaciones relacionadas con la comunidad.

La sobre estimulación y contacto con las demás personas de la comunidad, podría generar tensión y estrés en los participantes, situación que es somatizada por la persona, dando origen a la aparición de síntomas aversivos al momento de realizar sus actividades.

Por otro lado, también se encontró que aquellos que no se comprometen completamente con los trabajos comunales (amarillos), aparecen con una mejor salud que los que si se implican de tiempo completo. Estos se comprometen sólo hasta cierto punto, sin poner en riesgo su salud, pero su apoyo no deja de ser importante a favor del bienestar común.

Uno de los grandes problemas a los que se enfrenta la comunidad al momento de entablar relaciones interpersonales en pos de un objetivo global, como lo sería el diseño de espacios públicos, son los comportamientos que necesitan para poder afrontar estas nuevas situaciones para ellos. Dichas relaciones son la fuente principal, de que los participantes del grupo verde sintieran más afectada su salud (diabetes, diarrea, presión alta, colesterol alto) que los amarillos y los rojos. Esto puede deberse, al distrés originado por la continua participación que tienen estos miembros, sobre las tareas de la comunidad.

Además de esta situación entre participantes, otro aspecto que viene a modificar su percepción sobre sus espacios, es la escasez de recursos cognoscitivos para afrontar los éxitos y, sobre todo, los fracasos que se presentan en toda intervención psicosocial y comunitaria. Esto genera estrés, desesperanza aprendida y falta de interés en los problemas sociales y ambientales de la comunidad para entrar -de nueva cuenta- en un proceso de somatización.

A partir de todo lo anterior, se cuestiona la trascendencia de este costo de la participación activa sobre problemas comunales, en aspectos de salud, por medio de un proceso de capacitación y sensibilización, donde se les proporcione las herramientas cognitivas y conductuales a los usuarios para afrontar eventos adversos y reducir el estrés. Esta será la siguiente etapa, aumentar el nivel de participación de los usuarios amarillos que son actores potenciales que pueden generar capital social, y la apropiación de su territorio para darle sustentabilidad sin dolor.

Referencias

- Bechtel, R. (2002). The research for the optimal environment. En J. Guevara y S. Mercado (Coord). Temas selectos de psicología ambiental. México: Universidad Nacional autónoma de México, Greco Unilibre.
- Berges, B., Silván, M. y Castillo, M. (2004). Sentimientos y emociones generados por una ciudad: descriptores ambientales y experiencia valorativa de Jaén. En M. Américo, B. Cortés, V. Sevillano y F. Talayero. (Coord). Medio ambiente e interacción humana. Avances en la investigación e intervención. Castilla. España: Universidad de Castilla la Mancha.
- Coreno, V. & Stea, D. (2008). The Perception of environmental design: a differential study. Bulletin of People-Environment Studies, 33, 5-7.
- Evans, G. & Mitchell, J. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. Journal of Environmental Psychology, 18, 85-94.
- Freudenberg, N. (2000). Health promotion in the city: a review of current practice and future prospects in the United States. Annual Review of Public Health, 21, 473-503.
- Gibson, J. (1979). The Ecological Approach to Visual Perception. Boston: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibson, J., Barker, R. & Heft, H. (2001) Ecological Psychology in Context. Boston: Lawrence Erlbaum Associates.
- González-Celis, R.A.L., & Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. Revista Mexicana de Psicología, 20, 43-58.
- Jiménez, B. (2002). Identidad urbana y prácticas sostenibles en barrios populares. En J. Guevara y S. Mercado (Coord). Temas selectos de psicología ambiental. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Greco Unilibre.
- Landázuri, A. & Espejel, E. (2006). Influencia del entorno psicosocial en la calidad de vida. En C. Sánchez, M. Ríos, M. Murueta y J. Vázquez (Coord). Psicología alternativa en América Latina. México: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.
- Martí, J. & Murcia, M. (1990). Enfermedad Mental y Entorno Urbano. Metodología e Investigación. Madrid: Anthropos.
- Mercado, S. (2004). Aspectos psicobiológicos de la psicología ambiental. En M. Corsi. (Comp). Aproximaciones de las neurociencias a la conducta. México: Manual Moderno.
- Páramo, P. & Cuervo, M. (2006). Historia Social Situada en el Espacio Público de Bogotá. Bogotá. Colombia: Universidad Pedagógica Nacional, Iberoamericana.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2002). Psicología y salud en México. En L. Reynoso y I. Seligson (Coord). Psicología y salud. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, F. (1991). La influencia de los factores físico ambientales en el comportamiento. En F. Jiménez y J. Aragonés (Comp). Introducción a la psicología ambiental. Madrid, España: Alianza.
- Scopelliti, M. & Giuliani, M. (2004). Choosing restorative environments across the life span: a matter of place experience. Journal of Environmental Psychology, 24, 423-437.
- Taylor, S. & Repetti, R. (1997). Health psychology: what in an unhealthy environment and how does it get under the skin? Annual Review of Psychology, 48, 411-447.
- Terán, A., Landázuri, A., Villalpando, A. y Mercado, S. (2010). Calidad de vida urbana. Equidad y convivencia en el espacio público de la Ciudad de México. Manuscrito presentado para publicación.
- Villalpando, A. (2010). Teoría de los ofrecimientos. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villalpando, A., Mercado, S. y Sandoval, Y. (2010). El color de los ofrecimientos adquiridos en la vivienda. Estudio exploratorio desde la psicología ambiental. Manuscrito presentado para publicación.