

**PATRICIA ORTEGA-ANDEANE,
MARICELA IREPAN-AGUILAR,
DAVID CANTÚ DE LEÓN Y
CESÁREO ESTRADA-RODRÍGUEZ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MODELO DE PRIVACIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

MODEL OF PRIVACY IN CANCER PATIENTS

Recibido: Mayo 31, 2010
Revisado: Junio 25, 2010
Aceptado: Junio 30, 2010

Los autores participaron de la siguiente forma en la elaboración del escrito: Patricia Ortega: investigadora responsable; Maricela Irepan: Búsqueda bibliográfica, levantamiento de datos; David Cantú de León: investigador corresponsable por parte de la institución de salud; Cesáreo Estrada: análisis de datos. Esta investigación fue financiada por UNAM Proyecto PAPIIT IN307505-3. Dirigir la correspondencia a: Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado, edificio D, 4º Piso, cubículo 2, Avenida Universidad No. 3004 Col. Copilco Universidad, CP. 04360. Del. Coyoacán, Tel 56222306- Correo: andeane@unam.mx

Resumen

La privacidad depende de las oportunidades que ofrece el ambiente físico, las circunstancias que la motivan y las necesidades personales, expectativas y experiencias del individuo. Con objeto de identificar la influencia del ambiente físico de cuartos de hospitalización en la percepción de privacidad se aplicó una encuesta a pacientes de un hospital público. La muestra estuvo conformada por 88 mujeres de 19 a 70 años de edad enfermas de cáncer internadas en cuartos privados, semiprivados y públicos. Se aplicó la "Escala Privacidad en Cuartos de Hospital" (EPCH) desarrollada ex profeso para estudio y conformada por 11 reactivos con diez opciones de respuesta, que iban desde totalmente de acuerdo a muy en desacuerdo. A través del análisis factorial confirmatorio se validaron tres factores: 1. Privacidad, 2. Intimidad y 3. Facilidad ambiental; se obtuvo un modelo de ecuaciones estructurales con niveles adecuados de ajuste ($\chi^2 = 116.17$, $p = 0.08$, CFI=0.93, RMSEA=0.05), identificando los valores directos e indirectos de las variables latentes (privacidad, intimidad, facilidad ambiental, impacto del ambiente en estado de salud y ánimo de pacientes), variables atributivas (edad, escolaridad) y la variable directa (densidad). Se discuten los resultados bajo los principios teóricos de la privacidad y el impacto ambiental en pacientes altamente sensibles.

Palabras clave: Mujeres, intimidad, ambiente, hospital, cáncer, privacidad.

Abstract

Some authors affirm that privacy depends on the opportunities offered by the physical environment; the circumstances that favor privacy; and the personal and expectational needs and experiences of the individual. In an attempt to identify the influence of the physical environment of hospital rooms on the perception of privacy, a survey was applied to patients in a public hospital. The sample was made up by 88 female cancer patients aged 19 to 70 years. Three types of rooms were considered: private, semi-private, and public. A "Hospital Room Privacy Scale" (HRPS) developed especially for this study and made up by 11 questions with ten answer options, ranging from fully agree to strongly disagree, was applied. Confirmatory factor analysis was used to validate three factors: 1. Privacy, 2. Intimacy, and 3. Environmental facility; a model of structural equations with suitable fit levels ($p = 0.08$, CFI=0.93, RMSEA=0.05) was obtained, identifying direct and indirect values for the latent variables (privacy, intimacy, environmental facility, and impact of the environment on patient health status and mood), attributive variables (age, education) and the direct variable (density). The results are discussed in accordance with the theoretical principles of privacy and environmental impact on highly sensitive patients.

Keywords: Women, intimacy, environment, health-care center, cancer, privacy.

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

El concepto privacidad requiere una definición básica: Altman (1975) la define como *"el control selectivo del acceso a uno mismo o al grupo que uno pertenece"* (p.18). Esta definición hace referencia a dos aspectos esenciales en la privacidad: el control selectivo de la interacción social y de la información ofrecida a los otros. Ello implica controlar la interacción tanto al nivel de "entradas" como de "salidas", en un sentido bidireccional (Valera y Vidal, 1998).

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

Por otra parte, Newell (1995) define la privacidad como una separación del dominio público, voluntaria y temporal e incluye tanto la separación física, psicológica e informacional. Por tanto, privacidad no significa alejarse de la presencia de otras personas, implica controlar la cantidad de contacto con otros (Pedersen, 1997). Así que, el nivel de privacidad para una persona, en un determinado momento y contexto es evaluado en función del nivel deseado de interacción con otras personas.

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

De acuerdo con Holahan (1996) la privacidad desempeña dos importantes funciones psicológicas: en primer lugar, interviene en la regulación de la inte-

racción social; y en segundo lugar, ayuda a establecer un sentido de identidad personal.

Por lo anterior, la privacidad no puede verse como condición absoluta, sino como una necesidad dinámica que nos motive para buscar niveles óptimos de interacción así como de control sobre quién tiene acceso a nosotros o a nuestro grupo y bajo qué circunstancias. Esta característica óptima de la privacidad significa que demasiada privacidad (e.g., aislamiento social) o muy poca privacidad (e.g., hacinamiento) es insatisfactoria y crea desequilibrios que pueden tener consecuencias serias sobre nuestro bienestar total (Pedersen, 1997).

La privacidad se experimenta en diferentes ámbitos de la vida cotidiana así como en diferentes tipos de ambientes. De acuerdo con Ulrich, Zimring, Quan y Joseph, (2006), la privacidad depende de las oportunidades proporcionadas por el ambiente físico, las circunstancias que nos hacen buscar privacidad y nuestras necesidades personales, motivaciones, expectativas y experiencias.

En el contexto hospitalario se ha identificado cómo el diseño arquitectónico puede interferir para el cuidado de la salud de los pacientes, Ulrich, Zimring, Zhu, DuBose, Seo, Chol, y Joseph (2008) hacen una revisión de más de 600 estudios en los cuales evalúan el impacto de diversas características del ambiente y su vinculación con el estrés en pacientes, de tales estudios, un gran número se refiere a la interferencia del ambiente en la privacidad. El desafío de proporcionar niveles apropiados y deseados de privacidad en hospitales es mayor que en otro tipo de escenarios, en virtud de que, para sus usuarios principales, es decir los pacientes que por su propia condición de deterioro físico sufren más las carencias ambientales, por tener menor energía para afrontar el impacto ambiental y más aún, en pacientes que sufren de una enfermedad terminal por requerir de mayor atención y confort espacial (Walker, Ristvedt y Haughey, 2003).

Diversos autores consideran con base en resultados de investigación que el ambiente hospitalario en general es ruidoso (Baker, 1984; Southwell y Wistow, 1995; Topf y Thompson, 2001), ofrece una imagen institucional de poca familiaridad (Ortega y Aguilar, 2003), con mala señalización y diseños laberínticos que facilitan la desorientación en el lugar (Haq y Zimring, 2003) y si a esto agregamos que en los hospitales públicos la mayoría de los cuartos de hospitalización son compartidos con otros pacientes, entonces identificamos un ambiente en el que con

frecuencia el paciente menos grave o enfermo puede verse alterado por los más graves o enfermos, las constantes entradas y salidas del personal médico y paramédico, de grupos de estudiantes que realizan la visita matutina con el médico profesor, de familiares o visitas de los otros pacientes, de ruidos constantes por el ingreso de carros con charolas de comida, mesas con equipo médico y aún en horas de supuesta tranquilidad ambiental como es el horario nocturno el ruido continúa con las charlas y risas del personal médico y paramédico, el ir y venir de las enfermeras y las quejas o dolencias de los pacientes vecinos logrando perturbar sus pocas horas de sueño, diversos estudios clásicos y pioneros en el campo de la psicología ambiental dan cuenta de características ambientales que impiden la privacidad y por ende la intimidad en hospitales (Ittelson, Poshansky y Rivlin, 1970, 1976; Sommer y Kroll, 1979; Wolfe, 1975; Wolfe y Golan, 1976).

La privacidad también incluye a las relaciones con otros, como son los médicos, paramédicos y familiares, al respecto, Stewart-Pollack y Menconi (2005) señalan que las necesidades de privacidad incluyen: *soledad* es decir la necesidad de estar solo y libre de la observación de otros y en un sentido positivo provee de oportunidades para el desarrollo de la creatividad y la contemplación; *intimidad*, entre el personal médico, paramédico y pacientes; entre los pacientes, la familia y amigos; y entre los miembros del personal médico; *reserva*, en este caso un tipo de privacidad informativa o confidencial, de modo que los pacientes puedan proteger la información de sí mismos contra la intromisión de extraños; *anonimato* un tipo de privacidad asociado cuando el paciente se siente desamparado, impotente y despersonalizado.

Por otro lado, Ulrich, et. al. (2006) reportan diversas investigaciones que han evaluado cómo el diseño de los hospitales, facilita u obstaculiza el contacto social de pacientes con sus familiares. Estudios rigurosos desarrollados principalmente en instalaciones de salud y hospitales psiquiátricos, muestran que los niveles de interacción social y el contacto social benéfico puede incrementarse sustancialmente proporcionando mobiliario confortable y movable, en salas de espera y en cuartos de día con el cual se puedan conformar grupos pequeños y flexibles.

En el cuarto de hospitalización, el mobiliario y el arreglo ambiental se tornan relevantes al propiciar o inhibir la posibilidad de privacidad, de manera específica las cortinas de separación son importantes porque delimitan el territorio de cada cama y por tanto

de cada paciente. Como un estudio lo demuestra, las cortinas divisorias se utilizan por una variedad de razones: para revisión médica, preparación preoperatoria, dormir, recibir un baño en la cama, hablar con los visitantes o simplemente para bloquear la luz. Aunque, pocos pacientes en el estudio creyeron que la cortina del cuarto les proporcionaba privacidad, el poder manipularla o controlarla era muy importante para ellos (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph y Choudhary, 2004). De manera concreta, las facilidades ambientales que brinden al paciente el tener control sobre su persona o sobre su cuerpo, se tornan importantes en un ambiente hospitalario, en virtud de que al ingresar a él, el paciente debe ceder constantemente el control no sólo de su salud sino también de su cuerpo, siendo expuesto constantemente a situaciones donde el pudor no es considerado por el personal médico o paramédico.

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

Con base en lo anteriormente descrito la carencia de privacidad en pacientes puede afectar su estancia hospitalaria, al alterar su estado de ánimo y su sentido de identidad, al no proporcionarle estados de reposo que incidan en la recuperación de su salud o al interferir en la regulación de sus interacciones sociales y por ende del apoyo social necesario.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la influencia del ambiente físico de los cuartos de hospitalización en la percepción de privacidad e intimidad en pacientes hospitalizadas.

De manera concreta, consideramos la hipótesis de que existe influencia de las características ambientales, como densidad social, disposición del mobiliario y tamaño de cuartos de hospitalización en la carencia de privacidad e intimidad de pacientes.

Método

Variables

Densidad social. Número de pacientes hospitalizados en cada cuarto.

Características ambientales. Medidas a través del instrumento psicométrico "Escala de Privacidad en Cuartos de Hospital" (EPCH).

Privacidad e intimidad. Medida a través del instrumento psicométrico "Escala de Privacidad en Cuartos de Hospital" (EPCH).

Atributivas.

Edad: Determinada de acuerdo a los años que el paciente declare tener.

Escolaridad: El nivel de estudios o la ausencia de estudios que el paciente reporta.

Diseño

Una muestra.

Muestra

El instrumento fue aplicado a una muestra no probabilística conformada por 88 mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología de una institución de salud pública especializada en cáncer de la ciudad de México, con edades de entre los 19 y 70 años, el 19.3% tenían de 19 a 39 años, el 53.4% tenía entre 40 y 59 años y el 27.3% tenían de 60 a 79 años. En cuanto al lugar de procedencia, el 38.6% provenían del Distrito Federal y la Zona Metropolitana y el 61.4% de los diversos estados de la república mexicana. En cuanto a su escolaridad, la mayoría de las pacientes reportó baja escolaridad, el 19.3% no contaba con ningún grado de estudios, el 53.4% estudio la primaria, el 21.6% la secundaria, el 3.4% bachillerato y únicamente el 2.3% licenciatura. Referente a su ocupación, la mayoría de ellas (80.7%) se dedicaban al hogar y solo el 19.3% tenía otra ocupación.

En cuanto a las características de hospitalización, el 68.2% tenía entre dos y cinco días de hospitalización y el 31.8% seis o más días; el 61.3% de las pacientes se encontraban en cuartos de tres camas, el 27.3% en cuartos con dos camas y el 11.4% se encontraban cuartos privados (de una sola cama).

Escenario

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

1. Cuarto privado (contaba con una cama y baño).
2. Cuarto semi-privado (dos camas y el baño se encontraba de 10 a 20 metros de distancia).
3. Cuarto público (tres camas y el baño se encontraba de 10 a 20 metros de distancia).

Instrumento

Se elaboró la "Escala de Privacidad en Cuartos de Hospital" (EPCH) ex profeso para este estudio, conformada por 11 reactivos con opciones de respuesta de 0 a 10, donde 0 indica la ausencia de la característica que se mide y 10 la presencia total.

Se obtuvo su validez a través de un análisis factorial de componentes principales estando la solución final sujeta a una rotación oblicua con tres factores con valores eigen mayores a 1 y que tuvieron pesos factoriales mayores a 0.40. Los factores y su varianza explicada fueron: I Privacidad mide la percepción de privacidad en el cuarto, baño y evalúa el mobiliario que facilita dicha privacidad, conformado por 3 reactivos que explican el 28% de varianza; II Facilidad ambiental mide la facilidad que ofrece el mobiliario para el aislamiento y la interacción social, así como su funcionamiento en relación al espacio de los cuartos, así como la accesibilidad a los baños, comprende 5 reactivos que explican el 16% de varianza; III Intimidad mide la incomodidad de los aspectos psicológicos que provoca que las pacientes se sientan invadidas en relación con su privacidad, comprende 3 reactivos que explican el 13% de varianza. Las confiabilidades obtenidas a través del coeficiente alfa de Cronbach fueron para los tres factores respectivamente: .70, .64, .69.

También se aplicaron dos preguntas enfocadas a evaluar la percepción de la influencia del ambiente físico en el estado de salud y en el estado de ánimo de las pacientes.

Procedimiento

Durante cada día de entrevista se revisó un listado de pacientes hospitalizadas para determinar su posible inclusión en el estudio. Previo a la aplicación de las encuestas, se pidió su consentimiento informado a las pacientes garantizándoles confidencialidad de sus respuestas, para esto se buscó el momento apropiado, esto es que la informante estuviera tranquila, con disposición y sin interferencias sociales o de procedimientos médicos. Logrado este momento, el entrevistador aplicó la encuesta y le entregó al entrevistado un formato impreso con la escala de respuesta, para que señalara aquella opción que mejor reflejara su opinión ante cada pregunta. Al término de la encuesta se le agradecía su participación.

Resultados

Con objeto de probar la hipótesis propuesta acerca de las relaciones entre los factores de privacidad, intimidad y facilidad ambiental y el auto reporte de las

pacientes sobre su percepción de la influencia del ambiente físico en su estado de salud y en su estado de ánimo y la posible influencia de la edad y la escolaridad, se realizó un análisis de senderos (path analysis) a través del modelamiento estructural con el cual se obtuvo un modelo con un adecuado nivel de ajuste (Chi Square=10.50, p=0.96, CFI=1.00, RMSEA=0.00).

En la figura 1 se muestra el diagrama de senderos que nos muestra el análisis de relaciones causales entre las variables, así como sus coeficientes de senderos.

La variable impacto del ambiente en el estado de salud esta determinada por el nivel de escolaridad de las pacientes. La ecuación calculada (impacto del ambiente en el estado de salud = $.081 * \text{escolaridad} + .997$ error de impacto del ambiente en el estado de salud) nos demuestra cómo a mayor escolaridad de las pacientes mayor es la percepción de que el ambiente físico influye en su estado de salud.

La variable impacto del ambiente en el estado de ánimo esta determinada por la percepción de que el ambiente físico influye en su estado de salud y la escolaridad de las pacientes. La ecuación calculada (impacto del ambiente en el estado de ánimo

= $.693 * \text{impacto del ambiente en el estado de salud} + .056 \text{ escolaridad} + .691$ error de impacto del ambiente en el estado de ánimo) nos indica que las pacientes con mayor escolaridad percibían que el ambiente sí influía en su estado de salud, y también influía en su estado de ánimo.

La variable facilidad ambiental esta determinada por la percepción de que el ambiente influye en el estado de salud y en el estado de ánimo, así como densidad social en los cuartos y la escolaridad de las pacientes. La ecuación calculada (facilidad ambiental = $.182 \text{ impacto del ambiente en el estado de salud} + .262 * \text{impacto del ambiente en el estado de ánimo} - .179 * \text{densidad} + .015 \text{ escolaridad} + .181$ error de impacto del ambiente en el estado de ánimo + $.948$ error de facilidad ambiental) revela que las pacientes de mayor escolaridad que consideran que el ambiente físico tiene una influencia en su estado de salud y su estado de ánimo prestan más atención a las condiciones que les facilita el ambiente, de la misma forma, a mayor número de personas compartien-

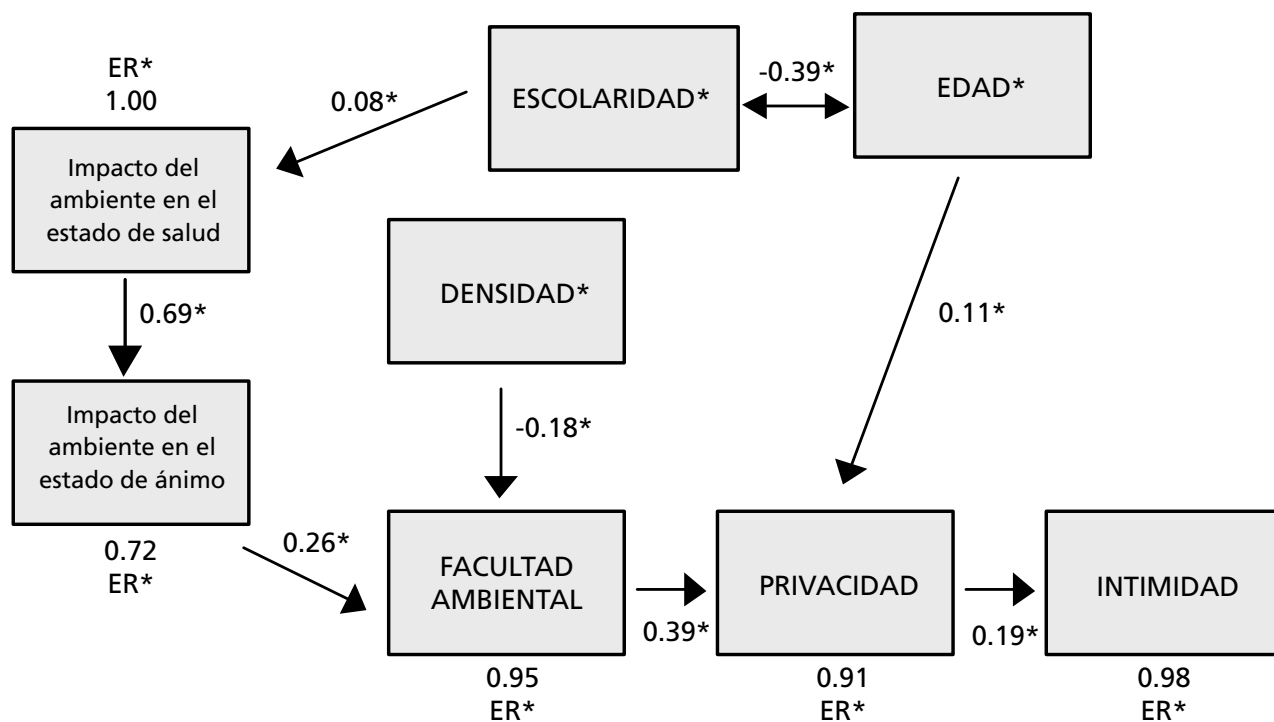


Figura x: EQS 6 path-privacidad Chi Sq.=10.50 P=0.96 CFI=1.00 RMSEA=0.00

Figura 1. Modelo de Privacidad en Cuartos de Hospitalización.

do el cuarto o mayor nivel de densidad social (cuartos públicos) peor la percepción de las condiciones que les proporcionaba el cuarto.

La variable privacidad esta determinada por la percepción que de que el ambiente tiene impacto en el estado de salud y en el estado de ánimo, como también la facilidad ambiental, la densidad social del cuarto, la escolaridad y la edad de las pacientes. La ecuación calculada (privacidad = $.071$ impacto del ambiente en el estado de salud + $.103$ impacto del ambiente en el estado de ánimo + $.392^*$ facilidad ambiental - $.070$ densidad + $.006$ escolaridad + $.106^*$ edad + $.071$ error de impacto del ambiente en el estado de salud + $.074$ error de impacto del ambiente en el estado de ánimo + $.372$ error de facilidad ambiental + $.914$ error de privacidad) demuestra cómo las pacientes que percibieron mejores condiciones ambientales en el cuarto, también percibieron que este les brindaba mayor nivel de privacidad, siendo las de mayor edad las que percibían mayor privacidad en el cuarto.

Y finalmente la variable intimidad determinada por el impacto del ambiente en el estado de salud y en el estado de ánimo, la facilidad que proporciona el ambiente, la privacidad, la densidad social en el cuarto, así como la escolaridad y la edad de las pacientes. La ecuación calculada (intimidad = $.014$ impacto del ambiente en el estado de salud + $.020$ impacto del ambiente en el estado de ánimo + $.076$ facilidad ambiental + $.193^*$ privacidad - $.014$ densidad + $.001$ escolaridad + $.020$ edad + $.014$ error de impacto del ambiente en el estado de salud + $.014$ error de impacto del ambiente en el estado de ánimo + $.072$ error de facilidad ambiental + $.176$ error de privacidad + $.981$ error de intimidad) nos indica que las pacientes que percibieron mayor intimidad en el cuarto evaluaron que la privacidad y las condiciones físicas y de mobiliario del cuarto eran adecuadas.

Discusión

El análisis de senderos identifica la influencia de la variable facilidad ambiental, es decir la oportunidad que ofrecen las características ambientales al interior de los cuartos, para lograr o no el aislamiento y la interacción social deseada, es decir, el nivel de privacidad deseado y, cuando esta privacidad se logra entonces se propiciará una mayor intimidad del paciente en el cuarto de hospitalización; tales influencias directas van en el sentido teórico del modelo de privacidad de Altman (1975) y confirman los resultados de diversos estudios previos, considerados como clásicos

(Ittelson, Poschansky y Rivlin, 1970, 1976; Sommer y Kroll, 1979; Wolfe, 1975; Wolfe y Golan, 1976), así como lo recientemente reportado por Ulrich y colaboradores (2008).

Por otra parte, a mayor número de pacientes en el cuarto de hospitalización (densidad social) peor la percepción de la valoración de la infraestructura ambiental (facilidad ambiental), lo cual también tiene influencia en la percepción de que el ambiente influye en el estado de ánimo y esto a su vez en la valoración de dicha infraestructura ambiental, tales resultados van acorde con lo reportado por Stewart-Pollack y Menconi (2005) quienes mencionan que cuando aumenta la densidad, las distancias interpersonales por lo general disminuyen, esto significa que tenemos menos espacio personal, los territorios se vuelven más pequeños, o muchos pierden por completo su territorio y el resultado es a menudo un sentimiento de falta de control, pérdida de privacidad y se sufren con frecuencia los efectos del hacinamiento y del estrés con sus ulteriores consecuencias sobre la salud física y psicológica (Ortega y Aguilar, 2003).

Dada las características propias de la muestra estudiada, a mayor edad se tenía menor nivel educativo, en este sentido debemos recordar que el 19.3% no contaba con ninguna educación y el 54% sólo había cursado la primaria, consecuentemente la influencia directa de edad con la valoración positiva de la privacidad, de tal forma que las pacientes con mayor escolaridad eran más críticas de su ambiente, este resultado va de acuerdo con lo reportado por Ortega y Estrada (2004) quienes evaluaron la percepción ambiental en salas de espera hospitalarias y su consecuente satisfacción ambiental, también identificaron cómo los usuarios adultos jóvenes contaban con mayor escolaridad que los adultos mayores y evaluaban peor las instalaciones. Relacionado con lo anterior, Stewart-Pollack y Menconi, (2005) mencionan que las necesidades y experiencias de privacidad cambian durante toda la vida, tanto los adultos como los niños necesitan privacidad, pero las expresiones de esta necesidad son diferentes. Durante todas las etapas de la vida la constante es que todos necesitamos privacidad, sin embargo, no todos los tipos de privacidad se pueden conseguir en todas las etapas de la vida.

La pérdida de privacidad y confidencialidad en los hospitales, no se ha considerado como tema de relevancia, es muy común identificar hospitales que no están diseñados para ser privados, por ejemplo, en las salas compartidas hay cortinas en lugar de paredes sólidas entre las camas. A menudo la eficiencia

económica y el acelerado crecimiento son la motivación principal para el diseño hospitalario y están realmente en conflicto con la privacidad del paciente y por ende en su bienestar hospitalario. De acuerdo con Mlinek y Pierce (1997) debemos recapacitar cuidadosamente ¿cuál de estos valores es más importante dentro del campo de conocimiento de la medicina conductual y su interés en el cuidado de la salud?

En apoyo a la privacidad, debemos tener en cuenta la dignidad humana y la autonomía individual. Confidencialidad es una regla que todos los profesionales de la salud tienen la obligación de preservar.

Los términos "confidencialidad" y "privacidad" se utilizan indistintamente en la literatura, sin embargo, existen diferencias entre ellos. La confidencialidad se refiere específicamente al manejo de la información que se ha compartido entre médico y paciente. Existe un amplio consenso de que el deber de confidencialidad es la base de 1) el respeto a la privacidad, 2) la relación de confianza entre el médico y el paciente y 3) el supuesto de que un respeto general de confidencialidad es esencial para una buena atención al paciente, porque cuando está presente, los pacientes proporcionan información más completa (Ulrich et al., 2008).

Glind, Dulmen y Gossensen, (2008) reportan que los cuartos privados aumentan las relaciones empáticas entre los médicos y los pacientes, aumentando así el tiempo de la visita médica en comparación con los cuartos compartidos y la cantidad de información que proporcionan a los pacientes. También el cuarto privado brinda la posibilidad de incrementar la interacción social, la evidencia empírica muestra cómo el contacto social proporcionado por la familia y amigos de los pacientes provee ventajas importantes en términos de reducción de tensión y consecuente restauración de la salud. El contacto social incluye la ayuda emocional o cuidado derivado de la relación interpersonal y la ayuda tangible de otros; numerosos estudios muestran cómo el contacto social contribuye en la recuperación de pacientes que atravesaban por alguna enfermedad aguda y crónica (Ulrich et al. 2006), o como amortiguador de enfermedades severas y crónicas (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gavirria, Tobón, y Sandín, 2006) y de manera especial en pacientes con cáncer (Baum y Posluszny, 1999).

Otro aspecto importante en relación al impacto del ambiente en pacientes con cáncer es el sentimiento casi generalizado que tienen de pérdida de control (sobre sus vidas, su destino, su enfermedad) y en el cual el ambiente se puede sumar a todas las variables que engloban este aspecto de falta de control, ra-

zón por la cual la posibilidad de que el ambiente les brinde el control o la regulación de sus interacciones sociales adquiere mayor importancia para este tipo de pacientes (Ortega y Reyes, 2008).

Los resultados del presente estudio apuntan al desarrollo de mayor investigación para lograr la generalización del impacto del ambiente hospitalario en pacientes hospitalizadas con otras enfermedades, sin embargo cabe mencionar los diversos estudios que sobre el tema se han realizado en México.

Para finalizar la investigación actual en diseño de ambientes para el cuidado de la salud ha acuñado el término, "healing environments", reflejando la necesidad de ambientes que ayuden a proporcionar en los pacientes efectos físicos, emocionales y cognoscitivos positivos, y por consecuencia, contribuir a su recuperación y a la salud en general.

Referencias

- Altman, I. (1975). *The Environment and Social Behavior*. Monterey, CA: Brooks Cole.
- Baker, C. (1984). Sensory overload and noise in the ICU: Sources of environmental stress. *Critical Care Quarterly*, 6(4), 66-80.
- Barlas, D., Sama, A. E., Ward, M. F., & Lesser, M. L. (2001). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 135-139.
- Baum, A. y Posluszny, D. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions' to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Cahnman, S. (2006). Key considerations in patient room design, part 2: The same-handed room. Details on how this patient safety concept is evolving—the second of a two-part review. *Healthcare Design*, 6, 3, 25-30.
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S, Gavirria, A., Tobón, S., y Sandín, B. (2006) Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 511-520.
- Glind, I., Roode, S. & Goossensen, A. (2007). Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy*, 84, 153-161.
- Glind, I., Dulmen, S., & Gossensen, A. (2008). Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education and Counseling*, 73, 215-219.

- Haq, S., & Zimring, C. (2003). Just down the road a piece: The development of topological knowledge of building layouts. *Environment and behavior*, 35(1), 132-160.
- Holahan, Ch., (1996). *Psicología Ambiental*. Un enfoque integra. México: Limusa.
- Ittelson, W., Proshansky, H., & Rivlin, L. (Eds.)(1970). Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. *Environment and Behavior*, 2, 255-270.
- Mlinek, E. & Pierce, J. (1997). Confidentiality and Privacy Breaches in a University Hospital Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 12(4), 1142-1146.
- Newell, P. (1995). Perspectives on privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 87-104.
- Ortega, P. y Aguilar, J. (2003). Estrés ambiental: un modelo de salas de espera hospitalaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 2, 327-336.
- Ortega., P. & Estrada, C. (2009). Effects of environmental characteristics on perceived stress in patients in healthcare settings. En M. Chapin, J. Bissel, M. L'Heureux, K. Diaz, M. Rashid & K. Speckelmeyer (Eds). *The ethical design of places* (pp.445-451). ISBN 0-939922-35-5. Kansas, U.S.A.: EDRA.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L., y Estrada, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortega, P. y Estrada, C. (2004). La percepción espacial determinada por la valoración y medición ambiental en un escenario hospitalario. En (AMEPSO) *La Psicología Social en México*. Vol. X. (pp. 497-504). ISBN: 968-5411-00-X. México: AMEPSO.
- Ortega-Andeane, P. and Urbina-Soria, J. (1988). A case study of way finding and security in a Mexico City hospital. In D. Lawrence, R. Habe, A. Hackor and D. Sherrod (Eds.). EDRA 19/1988. *People's Needs/ Planet Management. Paths to Co-Existence*, (pp. 231-237). Washington, D.C.: Environmental Design Research Association.
- Pedersen, D., (1997). Psychological functions of privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 17, 147-156.
- Pedersen, D. (1999). Model for types of privacy by privacy functions. *Journal of Environment Psychology*. 19, 397-405.
- Southwell, M., & Wistow, G. (1995). Sleep in hospitals at night: Are patients' needs being met?. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1101-1109.
- Stewart-Pollack, J., & Menconi, R., (2005). *Designing for Privacy and Related Needs*. New York : Fairchild Publications
- Topf, M., & Thompson, S (2001). Interactive relationships between hospital patients' noise-induced stress with sleep. *Heart Lung*, 30(4), 237-243.
- Ulrich, Quan, Zimring, Joseph & Choudhary (2004). *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Report to The Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project.
- Ulrich, R., Zimring, C., Quan, X. & Joseph, A. (2006). The environment's impact on stress. En Marberry (Ed.), *Improving Healthcare with Better Building Desing*. (pp. 37-61). Chicago: Health Administration Press.
- Ulrich, R., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., Chol, Y., & Joseph, A. (2008). A review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design*, 1(3), 61-125.
- Valera, S., y Vidal, T., (1998). Privacidad y territorialidad. En J. Aragonés, y M. Amérigo, (Eds.), *Psicología Ambiental*. (pp. 123-147). Madrid: Pirámide.
- Walker, M., Ristvedt, S & Haughey, B. (2003). Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? *Psycho-Oncology*, 12 (3), 291-300.
- Wolfe, M. (1975). Room size and density: Behavior patterns in a children's psychiatric facility. *Environment and Behavior*, 7, 199-225.
- Wolfe, M., & Golan, M. (1976). *Privacy and Institutionalization*. EDRA: Vancouver.