

## Factores ambientales y estrés en salas de espera: comparación en cuidadores primarios informales de pacientes con Cáncer

### Environmental factors and stress in waiting rooms: comparison in informal primary caregivers of patients with Cancer

Patricia Ortega-Andeane  
Universidad Nacional Autónoma de México

Oscar Galindo Vázquez  
Instituto Nacional de Cancerología

Abelardo Meneses García  
Instituto Nacional de Cancerología

Con objeto de identificar las relaciones del estrés, las condiciones ambientales y la carga en cuidadores primarios informales (CPI) sobre la valoración de la calidad de la atención durante su permanencia se evaluaron en tres salas de espera de hospitales especializados en el tratamiento del cáncer. A 448 CPI de pacientes con cáncer de mama, de próstata y pediátrico se les aplicó una batería de pruebas: Carga del Cuidador, Escala de Estrés Ambiental, Escala de Estrés Psicológico, Escala de Evaluación Ambiental y Escala de Calidad de la Atención. Para identificar la influencia de las condiciones ambientales (funcionalidad, privacidad, señalización y ruido percibido), del estrés (estrés y activación) y de la carga del cuidador (impacto del cuidador, relaciones interpersonales y expectativas del cuidador) durante su estancia en las salas de espera, se obtuvo un modelo de regresión múltiple que identifica el grado de influencia de las variables de la evaluación ambiental y del nivel de activación en la calidad de la atención de las instituciones para el cuidado de la atención oncológica. Además se obtuvieron las diferencias significativas de los promedios obtenidos entre los tres grupos de usuarios conforme a los diferentes factores evaluados. Se destaca la importancia del ambiente hospitalario que apoya las necesidades de los cuidadores y sus repercusiones sobre el cuidado y atención de sus pacientes con cáncer.

*Palabras clave:* Hospitales; Cáncer; Cuidadores primarios informales; Estrés; Calidad ambiental.

---

Autor para correspondencia: Patricia Ortega Andeane. Dirección: Avenida Universidad 3004, Coyoacán, Copilco Universidad, 04510 Ciudad de México, CDMX, Facultad de Psicología, edificio D, Posgrado. Correo electrónico: andeane@unam.mx

La presente investigación contó con el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico-UNAM, IN306113, IN307418.

The objective of the study was to identify the relationships between environmental conditions, stress, and the burden on informal primary caregivers (IPC) and the assessment of the quality of care during their stay in three waiting rooms of hospitals specialized in cancer treatment. In 448 IPC of patients with breast, prostate, or pediatric cancer, a battery of tests was applied: Burden of the Caregiver, Environmental Stress Scale, Psychological Stress Scale, the Environmental Assessment Scale and the Quality of Care Scale. To identify the effects of environmental conditions, stress, and burden of the caregiver during their stay in the waiting rooms, a multiple regression model was used that accounts for the degree of influence of the variables of the environmental assessment and of the level of activation in the quality of care of institutions on the care of oncological care. In addition, significant differences in the averages obtained among the three user groups were obtained, regarding the different factors evaluated. Results highlight the importance of the hospital environment that supports the needs of the CPIs and their repercussions on the care and attention of cancer patients.

**Keywords:** Hospital; Cancer; Informal primary caregivers; Stress; Environmental quality.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en la población mundial, esta enfermedad ha acompañado al hombre desde épocas remotas. La enfermedad oncológica tiene serias repercusiones para la vida del paciente, su familia y la comunidad en general. El impacto cruza las esferas física y socioeconómica, principalmente en las comunidades donde el acceso a los servicios de salud es limitado (OMS, 2015), y demanda una atención especializada. Desde 1990 se considera un problema de Salud Pública en México (OPS, 2014).

En nuestro país se reporta una incidencia de cáncer en el 2012 de 147,985 casos de morbilidad con una incidencia de 131.5 casos por cada 100,000 habitantes, la incidencia por sexo es de (123.9 hombres) y de (139.9 de mujeres); con una mortalidad de 78,719 (68.9) de los cuales, (72.2 hombres) y de (66.9 de mujeres) de acuerdo con datos analizados para Latinoamérica por Bray y Piñeros (2016).

La tasa de mortalidad hospitalaria durante 2014, por tumores malignos para la población con menos de 20 años, señala que la tasa más alta se presentó en el grupo de 15 a 19 años de edad en el cual, cinco de cada 100 varones y cuatro de cada 100 mujeres que egresan del hospital por un tumor maligno, fallecen.

Por parte del grupo de varones mayores de 20 años, se observa que si bien el Cáncer de órganos digestivos es el que tienen mayor porcentaje de morbilidad hospitalaria, cuando se analizan las tasas por grupos de edad se observa que es el tumor de órganos genitales masculinos el que presenta los mayores incrementos con la edad, ya que la tasa pasa de 0.63 (por cada 100 mil varones de 20 a 29 años), a 205.91 (en el grupo de 75 a 79 años de edad) (Bray & Piñeros, 2016).

El cáncer de órganos genitales tiene la segunda tasa más alta de mortalidad por tumores malignos entre los hombres de 20 años y más (18.14), mientras que esta posición en las mujeres la ocupa el cáncer de mama (15.24). El mayor reto en la actualidad y en el futuro se observa en la mortalidad asociada al cáncer de mama y próstata, debido a los incrementos sustanciales en la tasa de mortalidad superiores en los últimos 15 años. Para muchos casos, más de dos terceras partes de las muertes se localizan en la población mayor a 60 años (Aldaco-Sarvide et al., 2018).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2015), se estima que en México anualmente se presentan entre 5 mil y 6 mil nuevos casos de cáncer en población infantil (menos de 18 años). Los tipos de cáncer más frecuentes son las leucemias (52%), linfomas (10%) y los tumores del sistema nervioso central (10%). Cifras oficiales anuales nos indican que se presentan aproximadamente 2150 muertes por cáncer infantil en la última década.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que una de las principales medidas para atender los problemas de salud por cáncer, es que los sistemas de salud respondan y atiendan el impacto no sólo físico sino emocional y mental que implica esta enfermedad en los pacientes, de forma tal que se maximice su calidad de vida en conjunto con la de sus familiares y cuidadores (OMS, 2014). Acorde con lo anterior, Frenk (2003) mencionaba que el mejoramiento en la calidad de los servicios debe ser un compromiso cotidiano tanto para los prestadores de los servicios de salud como para las instituciones.

Donabedian (1993), propuso un Modelo General de Atención a la Salud para ofrecer una mejor calidad en las instituciones, orientada no sólo a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones estrechamente vinculadas con ese cuidado, sino también a los objetivos y a las metas propuestas. En cuanto a los

objetivos consideraba que debían ser congruentes con las exigencias del paciente, es decir, considerando su participación activa al lado del equipo de salud. En cuanto a las metas se debía incluir como obligatorio la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, por lo que se debería tomar en cuenta las preferencias del paciente informado, tanto en lo relativo a los resultados, como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Como parte importante de los servicios de salud se ubica el diseño físico de hospitales, en especial el de las salas de espera, así como los sistemas de organización en hospitales generales públicos que los convierten en ambientes diferentes, extraños y con frecuencia amenazantes, tanto para los pacientes como para sus cuidadores primarios informales (CPI). En esta interacción se combinan, en primer lugar, la propia vulnerabilidad de los pacientes que, por su propio estado de salud física, son menos resistentes para atenuar el impacto del ambiente físico y social (Valdes & Flores, 1992), y en especial si consideramos a los pacientes que sufren de alguna enfermedad terminal, como es el caso del cáncer, se considera que son altamente vulnerables al estrés, como lo mencionan Folkman, Schaefer y Lazarus (1979) "...una persona que se encuentra enferma, cansada, frágil o de alguna manera debilitada tiene menor energía para desarrollar el afrontamiento al estrés" (pág. 29); en segundo lugar, los CPI que sufren de estrés psicológico por su propia situación de ansiedad constante ante la enfermedad de sus pacientes, y, en tercer lugar, la excesiva demanda de atención en los hospitales públicos provoca que la calidad de los servicios no sea la más adecuada, y en especial cuando las salas de espera no satisfacen las necesidades de sus usuarios, aunado a la forzada y larga permanencia en ellas lo que les genera molestia (Ortega, Mercado, Reidl, & Estrada, 2016).

Los cuidadores primarios representan un papel crucial en la atención de los pacientes con cáncer, lo que comúnmente representan tareas complejas de cuidado. Los cuidadores de los pacientes pueden experimentar diversas afectaciones físicas y psicológicas, así como un funcionamiento social deficiente (Vázquez et al., 2015).

De acuerdo con Olivares (2017), cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar su estado de salud psicológico y físico, y de hecho afecta, de manera importante la vida del cuidador. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los CPI sientan afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana, de ahí que en ocasiones se les llegue a denominar víctimas o pacientes ocultos (Breinbauer, Vázquez, Mayanz, Guerra, & Millán, 2009).

Adoptar el rol de cuidador primario informal de un paciente con enfermedad crónica involucra afectaciones en la salud física y psicológica, en su vida familiar, laboral y social. Los principa-

les efectos se observan en el incremento de la carga del cuidador y el estrés psicológico. Los cuidadores primarios en muchas ocasiones, asumen un papel de cuidado en la institución de salud, que es permanente e intransferible a otra persona o familiar. La labor de los cuidadores primarios dentro del entorno de salud implica apoyo económico y emocional e instrumental hacia el paciente, y frecuentemente sirven de apoyo social a otros cuidadores que se encuentran en una situación similar por la presencia de la enfermedad en algún miembro de su familia (Santos, 2017).

Los cuidadores primarios informales tienen un papel significativo como principales figuras de apoyo y el personal médico y paramédico es cada vez más consciente de esta realidad. Por tanto, es necesario involucrarlos de forma activa en la prevención de respuestas negativas en cualquier momento. Razón por la cual, el control de sus emociones y comportamiento repercute sobre los pacientes de modo positivo.

La mayoría de los cuidadores primarios informales (CPI) son familiares y su desempeño está relacionado con el concepto de carga, que se define como el conjunto de reacciones emocionales que se experimentan ante la vivencia de cuidar (Montero, Jurado & Méndez, 2014). La carga objetiva se refiere a las características que determinan la demanda de cuidados, el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes relacionadas con los cuidados (Montorio, Izal, López & Sánchez, 1998). También existe la carga subjetiva, que se refiere a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona directamente tanto con las dificultades, como con las recompensas que se obtienen de la experiencia de cuidar al enfermo (García, Matero, & Maroto, 2004).

Sin embargo, aún no existe un conocimiento suficiente que permita la identificación, sustentada en evidencia del impacto de aspectos socio ambientales sobre la reacción del CPI de pacientes con enfermedades oncológicas en México.

En este sentido, el objetivo de esta investigación fue identificar la influencia que tienen el estrés, las condiciones ambientales y la carga en cuidadores primarios informales sobre la valoración de la calidad de la atención durante su permanencia en tres salas de espera de hospitales especializados en el tratamiento del cáncer.

## MÉTODO

### Pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia que tiene el estrés, las condiciones ambientales y la carga sobre la valoración de la calidad de la atención en cuidadores primarios informales durante su permanencia en salas de espera hospitalarias?

## Participantes

El muestreo fue intencional y estuvo conformado por 448 cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer de mama (n=106), próstata (n=95) y pediátricos (n=247). El presente estudio fue aprobado por los comités de ética e investigación institucionales y todos los participantes comprendieron y firmaron el consentimiento informado de investigación.

### Criterios de inclusión:

- Familiar, conocido o amigo que de forma verbal manifiesta ser el principal proveedor de las actividades de cuidado,
- Cuidadores de pacientes con cualquier diagnóstico oncológico, estadio y/o tratamiento,
- Saber leer y escribir,
- No recibir ninguna remuneración económica por los servicios que ofrece al paciente y
- Sin formación previa (médica o psicológica), en actividades de cuidado a pacientes.

### Criterios de exclusión:

- Cuidadores con deficiencias cognitivas y
- Con problemas auditivos y visuales severos.

## Muestra

La mayoría eran mujeres (n=334) y un menor número (n=99) eran hombres, se presenta la distribución por sexo y sala en la tabla 1.

Tabla 1  
*Participantes por sala*

|      |            | Sexo        |           |
|------|------------|-------------|-----------|
|      |            | Femenino    | Masculino |
| Sala | Mama       | 70 (15.6%)  | 36 (8%)   |
|      | Urología   | 69 (15.4%)  | 26 (5.8%) |
|      | Pediátrica | 206 (45.9%) | 37 (8.2%) |

El intervalo de edad varió de 15 a 84 años de edad. En cuanto a su escolaridad se observa que la mayoría contaba con estudios a nivel de secundaria, en la tabla 2 se presenta la distribución de la muestra total por escolaridad.

En cuanto a su ocupación la mayoría eran amas de casa, en la tabla 3 se puede ver la distribución de la muestra.

Tabla 2  
*Escolaridad*

|                 | Frecuencia | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|----------------------|
| Sin estudios    | 7          | 1,6                  |
| Primaria        | 78         | 19,2                 |
| Secundaria      | 159        | 55,2                 |
| Preparatoria    | 135        | 85,7                 |
| Licenciatura    | 57         | 98,6                 |
| Posgrado        | 6          | 100,0                |
| Total           | 442        |                      |
| Sin información | 6          |                      |
| Total           | 448        |                      |

Tabla 3  
*Ocupación*

|                 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|----------------------|
| Ama de Casa     | 228        | 50,9       | 52,9                 |
| Obrero          | 21         | 4,7        | 57,8                 |
| Comerciante     | 40         | 8,9        | 67,1                 |
| Empleado        | 92         | 20,5       | 88,4                 |
| Estudiante      | 12         | 2,7        | 91,2                 |
| Pensionado      | 8          | 1,8        | 93,0                 |
| Desempleado     | 25         | 5,6        | 98,8                 |
| Otros           | 5          | 1,1        | 100,0                |
| Total           | 431        | 96,2       |                      |
| Sin información | 17         | 3,8        |                      |
| Total           | 448        | 100,0      |                      |

Por su lugar de procedencia, la mayoría provenía de la provincia (80%), el 16% de la ciudad de México y el 4% restante del estado de México.

## Escenario

El estudio se llevó a cabo en tres salas de espera de dos hospitales públicos especializados para la atención de enfermedades oncológicas, uno enfocado a la atención pediátrica y el otro al tratamiento del cáncer en adultos.

La sala del hospital pediátrico era de reciente construcción (ver figura 1), así como la sala de espera del cáncer de mama (ver figura 2). La sala de espera para el tratamiento del cáncer de próstata estaba ubicado en un edificio antiguo pero la sala estaba recién remodelada (ver figura 3).



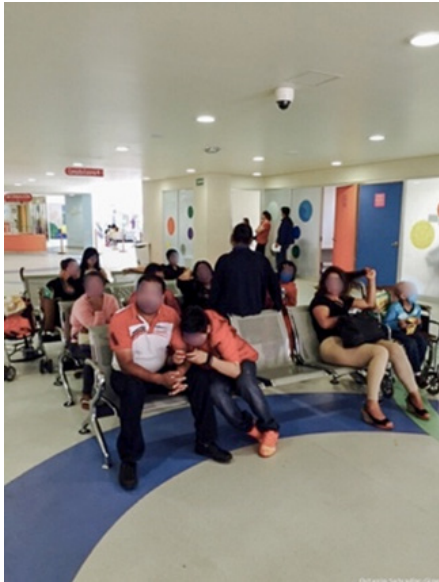


Figura 1. Sala de espera del nuevo edificio de hospitalización oncológica pediátrica.



Figura 2. Sala de espera para la atención de cáncer de mama del nuevo edificio de atención oncológica.



Figura 3. Sala de espera para la atención de cáncer de próstata.

## Variables

- *Estrés ambiental*. Falta de ajuste entre las propiedades del ambiente físico y las necesidades del individuo (Kaminoff & Proshansky, 1982). Se midió con el LVAEA.
- *Estrés psicológico*. Es el proceso de respuesta ante situaciones demandantes, sobre estimulantes o amenazantes para el bienestar del individuo (Evans & Cohen, 1987). Se midió con el PSS.
- *Carga del cuidador*. Conjunto de reacciones emocionales que se experimentan ante la vivencia de cuidar (Montero, Jurado & Méndez, 2014). Se midió con el ECCZ.
- *Evaluación ambiental*. Evaluación de las propiedades físicas de salas de espera (Ortega, 2002). Se midió con el EEA.
- *Calidad de la atención*. Evaluación de los servicios y de la calidad humana de la atención (Ortega, 2002). Se midió con el CA.

## Instrumentos

- *Lista de Verificación de Adjetivos de Estrés y Activación (LVAEA)*. Desarrollada por King, Burrows y Stanley (1983) y traducida y adaptada al español por Ortega (2002). Bajo la pregunta de “Cómo se siente usted en este momento y en este lugar” mide el nivel de estrés y activación que percibe el individuo en la sala de espera en ese momento. Consta de 20 adjetivos  $\alpha=0.88$ , con una escala de respuesta de cuatro opciones: si con certeza, tal vez si, no estoy seguro, no en lo absoluto. Consta de dos factores: estrés ambiental y activación.
- *Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ)*. Se utilizó la versión española de Montorio, Izal, López y Sánchez (1998). El ECCZ fue validado para una muestra de cuidadores primarios informales en México por Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008). Consta de 22 reactivos  $\alpha=0.78$ , que miden la carga percibida por el cuidador a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). Consta de tres factores: I Impacto del cuidador, II Relaciones Interpersonales, III Expectativas de Autoeficacia.
- *Escala de Estrés Percibido Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, Kamarack y Mermelstein (1983), mide el estrés percibido de los participantes en el último mes. Escala de 10 reactivos  $\alpha=0.77$ , con cinco opciones de respuesta que va de 0 (nunca) a 4 (muy seguido). Consta de dos factores: estrés psicológico y afrontamiento.
- *Escala de Evaluación Ambiental (EEA)*. Desarrollada por Ortega (2002) para evaluación de salas de espera hospitalarias. Consta de 35 reactivos afirmativos  $\alpha=0.90$ , con una escala de respuesta de 1 a 5 donde 1 es la total ausencia y 5 la total presencia de la afirmación. Consta de cuatro factores: I Funcionalidad, II Privacidad, III Ruido IV, Señalización.
- *Escala de Calidad de la atención (ECA)*. Desarrollada por Ortega (2002) evalúa la calidad del servicio y la calidad humana

de la atención. Consta de 8 reactivos afirmativos que explican el 56% de la varianza y con un alfa de  $\alpha=0.87$ , con una escala de respuesta de 1 a 5 donde 1 es la total ausencia y 5 la total presencia de la afirmación.

### Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos de auto reporte de manera intencional a los cuidadores primarios informales que se encontraban en las salas de espera. Se les explicó el objetivo del estudio y solicitó su cooperación para contestar los cuestionarios, si su respuesta era positiva se les leía la carta de consentimiento informado y se le pedía que la firmaran si estaban de acuerdo, garantizándoles completa confidencialidad de sus respuestas.

## RESULTADOS

Con objeto de identificar las diferencias entre los cuidadores primarios informales de las tres salas de espera se realizaron análisis de varianza con todos los factores evaluados, en la tabla 4 se presentan los factores que muestran diferencias significativas. En ella se identifica cómo los CPI de los pacientes pediátricos con cáncer tienen mayor nivel de estrés psicológico y ambiental, pero también presentan las mejores evaluaciones del ambiente de las salas en cuanto a su valoración de la funcionalidad, señalización y de la calidad de la atención relativo al servicio médico y paramédico que reciben así como ante los procedimientos administrativos que tienen que realizar, aunque también evalúan de peor manera el ruido que se percibe en las salas.

Por otra parte los CPI de los pacientes con cáncer de mama y de próstata son los que se encuentran más activos, con energía y despiertos ante la ambientación de las salas de espera en comparación con los CPI de los pacientes pediátricos que tienen niveles muy bajos de activación.

Por otra parte, en cuanto al impacto de la carga que tienen ante el cuidado de sus pacientes, los CPI de la sala de urología (pacientes con cáncer de próstata) son los que reportan mayor carga e impacto en su vida personal, familiar y social, y en cuanto a sus expectativas de autoeficacia, los CPI de los pacientes adultos con cáncer consideran que podrían dar más apoyo del que les pide su paciente, en tanto que los padres de los niños con cáncer consideran que dan todo lo que pueden.

Con objeto de identificar y especificar el grado de influencia de las condiciones ambientales, del estrés y de la carga del cuidador durante su estancia en las salas de espera, se estimó un modelo de regresión múltiple a través del programa de modelación lineal automatizada, se utilizó el método de mejores subconjuntos por medio del programa SPSS versión 19.

Tabla 4  
*Promedios de los factores por tipo de sala*

|                            | Escenario (Sala) |          |            | F      | Sig.  |
|----------------------------|------------------|----------|------------|--------|-------|
|                            | Mama             | Urología | Pediátrica |        |       |
| Estrés Psicológico         | 1,74             | 1,95     | 1,99       | 3,382  | 0,035 |
| Afrontamiento              | 2,4              | 2,45     | 2,13       | 14,83  | 0,001 |
| Estrés ambiental           | 2,19             | 2,22     | 2,74       | 22,02  | 0,001 |
| Activación                 | 4,2              | 4,2      | 1,83       | 626,03 | 0,001 |
| Funcionalidad              | 4,09             | 3,86     | 4,36       | 20,27  | 0,001 |
| Señalización               | 4,21             | 4,04     | 4,51       | 14,47  | 0,001 |
| Ruido percibido            | 3,12             | 3        | 3,36       | 4,825  | 0,008 |
| Calidad de la atención     | 4,16             | 4        | 4,25       | 3,459  | 0,032 |
| Impacto del cuidador       | 1,98             | 2,1      | 1,35       | 48,953 | 0,001 |
| Relaciones interpersonales | 1,32             | 1,4      | 0,26       | 301,87 | 0,001 |
| Expectativas autoeficacia  | 2,12             | 2,12     | 1,49       | 37,652 | 0,001 |

Se especificó como variable dependiente la calidad de la atención y como predictores los factores de las escalas de evaluación ambiental: funcionalidad, privacidad, señalización y ruido percibido; así como los factores de la carga del cuidador: impacto del cuidador, relaciones interpersonales y expectativas del cuidador, además de la escala de estrés: estrés y activación.

El modelo tiene un valor de  $R^2= .46$ , es decir cuenta con un 46% de precisión, en la tabla 5 se presentan los coeficientes de la regresión, su significación y sus valores r. Las variables relevantes para el modelo con sus respectivos coeficientes fueron: Señalización (0.739), Funcionalidad (0.241), Privacidad (0.131), Activación (0.080).

En la figura 4 se muestran de manera visual los efectos positivos de los coeficientes que predicen la calidad de la atención, identificando el efecto positivo de la señalización, funcionalidad, privacidad y activación.

En las figuras 5, 6, 7 y 8 se presentan las medias estimadas de la relación positiva de la calidad de la atención con cada uno de los predictores: señalización, funcionalidad, privacidad y activación respectivamente.

Tabla 5  
 Coeficientes de regresión del modelo predictivo de la calidad de la atención.

|                               | Coeficiente | Error típico | t      | Sig. | Intervalo de Confianza 95% |          | Importancia |
|-------------------------------|-------------|--------------|--------|------|----------------------------|----------|-------------|
|                               |             |              |        |      | Inferior                   | Superior |             |
| <b>Intercepción</b>           | 0.087       | 2.084        | 0.042  | .967 | -4.009                     | 4.184    |             |
| Señalización                  | 0.739       | 0.081        | 9.087  | .000 | 0.597                      | 0.899    | 0.578       |
| Funcionalidad                 | 0.241       | 0.042        | 5.707  | .000 | 0.158                      | 0.324    | 0.228       |
| Privacidad                    | 0.131       | 0.037        | 3.500  | .001 | 0.057                      | 0.204    | 0.086       |
| Activación                    | 0.080       | 0.025        | 3.243  | .001 | 0.032                      | 0.128    | 0.074       |
| Relaciones<br>interpersonales | -0.134      | 0.084        | -1.590 | .113 | -0.299                     | 0.032    | 0.018       |
| Ruido EAmb                    | 0.115       | 0.073        | 1.564  | .118 | -0.029                     | 0.259    | 0.017       |

Nota: los promedios fueron transformados

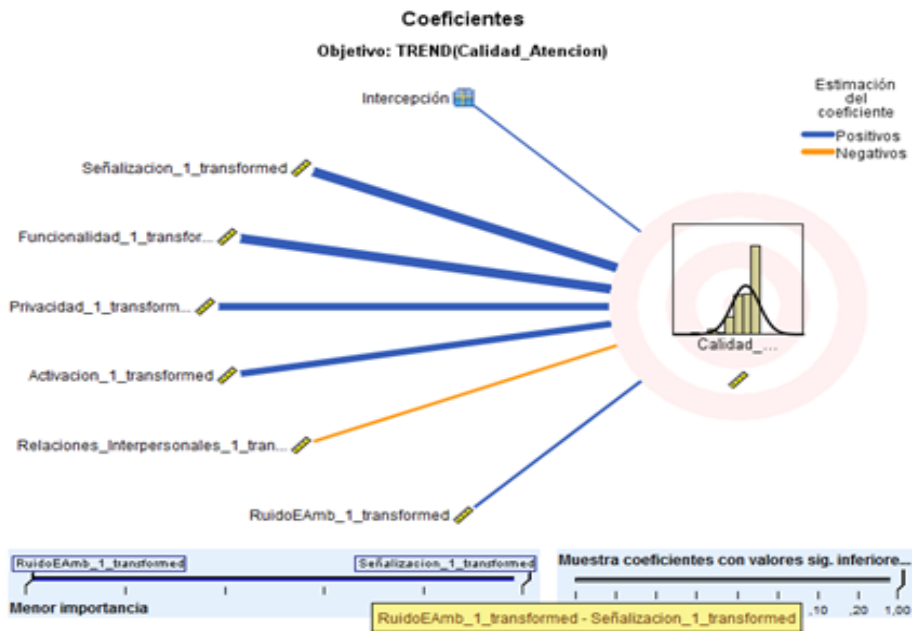


Figura 4. Efecto positivo de los coeficientes de regresión sobre la variable de calidad de la atención.

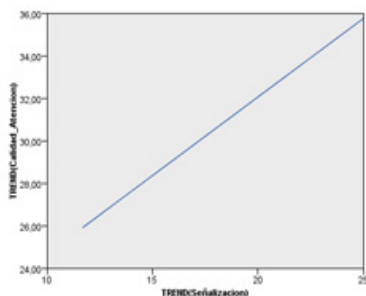


Figura 5. Relación positiva Calidad de la atención y Señalización.

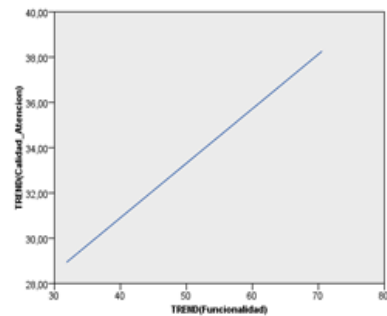


Figura 6. Relación positiva Calidad de atención y Funcionalidad.

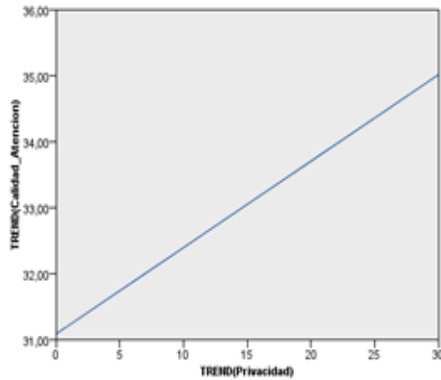


Figura 7. . Relación positiva Calidad de atencion y Privacidad.

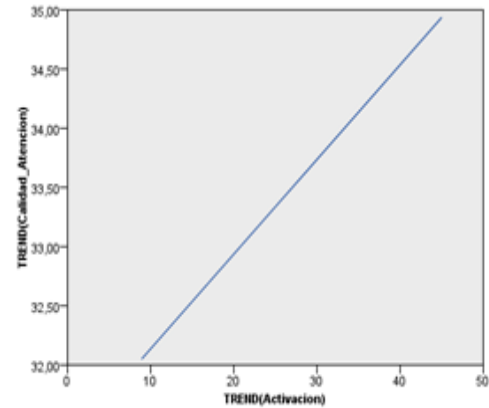


Figura 8. Relación positiva Calidad de la atención y Activación.

## DISCUSIÓN

Los resultados ubican el perfil sociodemográfico del cuidador primario informal, que en su mayoría son mujeres, amas de casa, con nivel medio y bajo de escolaridad lo que coincide con lo reportado por Olivares (2016), Santos (2017) y Vázquez et al. (2017), identificando como lugar de procedencia los estados de la provincia principalmente debido a la alta especialidad de los hospitales para el tratamiento del cáncer donde se realizaron los estudios para esta investigación. Estas características son relevantes porque en la cultura mexicana, las mujeres se han descrito con más frecuencia como cuidadores de familiares (hijos, nietos, padres y cónyuges) y son los principales responsables de la transmisión de los valores sociales (DiGirolamo & Salgado, 2008).

La enfermedad del cáncer es muy estresante para los pacientes, pero también lo es para el CPI, y en el caso de los padres, es quizás más que para otros cuidadores, esto se ve reflejado en los elevados niveles de estrés de los CPI de pacientes pediátricos en comparación con la de los otros cuidadores de pacientes con cáncer. Esto se puede deber a que la necesidad de cuidado del niño con cáncer requiere de la presencia permanente del cuidador, y esta dependencia del cuidador familiar limita sus contactos sociales (Ramos, Flores, & Figueroa, 2017; Ries et al., 1999) muchas de ellas madres que se dedican al cuidado por largos periodos del día para la atención de las necesidades (Ballestas et al., 2013).

El tiempo de espera en salas previo a su la consulta se ha demostrado que es estresante por diversos autores (Joseph, 2006; Ortega, Mercado, Reidl, & Estrada, 2016; Reizenstein, Grant, & Simmons, 1986; Shumaker & Pequegnat, 1989; Ulrich et al., 2008), y si esta consulta se realiza para acompañar a su paciente que sufre de cáncer, la espera se torna más angustiante.

En este sentido se ha identificado que la espera puede ser menos ansiosa si el ambiente cuenta con posibilidades de distracción positiva (Becker & Douglass, 2008). Por lo anterior, los resultados de una mejor valoración de las características ambientales por parte de los mismos CPIS de los pacientes pediátricos se pueden justificar bajo dos consideraciones: la primera, debido a su mayor permanencia en las salas de espera que les permite observar y darse cuenta de los beneficios de un ambiente que les apoya y brinda mejor orientación, confort y espacio para entablar relaciones con otros cuidadores que sufren de la misma situación que ellos; y por otra, que la sala de espera de esta nueva torre de atención oncológica pediátrica contaba con una elevada diversidad de estimulación y de distracción positiva, acceso visual al exterior y vista a la naturaleza, además de lo que se puede apreciar en la imagen fotográfica (figura 1). Aunque también la sala de espera de la atención de cáncer de mama era de reciente creación, la estimulación en la sala pediátrica era mayor, en relación a esto último, podemos afirmar que en concordancia con los resultados de Nanda y colaboradores (2011), la estimulación positiva a través de colores claros y diversos, la iluminación natural y a una decoración atractiva tanto para los pacientes pediátricos como para sus cuidadores brindó una mejor valoración del ambiente.

Por otra parte, el tener una mejor valoración del ambiente conlleva una mejor valoración de la calidad de la atención, conforme a los resultados obtenidos entre los CPI de la sala pediátrica en comparación con los CPI de las salas oncológicas de cáncer de mama y urología, evidencia que se ha identificado en algunas ocasiones en investigaciones realizadas en salas con calidad enriquecida, es decir, en donde se cuenta con diversas facilidades para el confort de sus usuarios, así como que en ambientes con calidad empobrecida (cuando no se cuenta con condiciones mínimas de comodidad e inclusive de atención de necesidades básicas como puede ser el acceso a sanitarios lim-



pios) el impacto se ve reflejado en una peor evaluación de la calidad de la atención, de acuerdo con lo reportado por diversos investigadores (Arneill & Devlin, 2002; Evans & McCoy, 1998; Leather, Beale, Santos, Watts, & Lee, 2003).

En este contexto, a pesar de las diferencias significativas entre las tres salas, la carga es muy relevante en las tres muestras de cuidadores primarios informales por lo que es de gran importancia que los programas de intervención para los cuidadores primarios deben establecerse como un proceso de atención integrado en el sistema de salud, coadyuvando en la obtención y mantenimiento de interacciones de apoyo social, sentimientos de dominio e interacciones positivas, sin descuidar la atención que se da a los pacientes (Vázquez et al., 2015).

Finalmente el considerar al ambiente bajo un enfoque preventivo puede conllevar el brindar escenarios que coadyuven para el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas al estrés, en cuanto a ofrecer un adecuado control del ambiente físico y social, libre acceso al apoyo social de familiares y su consecuente repercusión positiva en el cuidado del paciente y, ofrecer distracciones positivas, informativas y de acceso a ambientes naturales en su entorno inmediato, en otras palabras ambientes restauradores de la salud de sus ocupantes (Ortega, Estrada, Toledano, & Campos, 2018).

## REFERENCIAS

- Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Péres, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A., Cabrera-Galeana, P., Motola-Kuba, D., Anaya, P., Rivera-Rivera, S. & Cárdenas-Cárdenas, E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: Actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17, 28-34.
- Arneill, A., & Devlin, A. (2002). Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22(4), 345-360.
- Bray, F., & Piñeros, M. (2106). Cancer patterns, trends and projections in Latin America and the Caribbean: A global context. *Salud Pública de México*, 58, 104-117.
- Becker, F., & Douglass, S. (2008). The ecology of the patient visit: physical attractiveness, waiting times, and perceived quality of care. *Journal of Ambul Care Manage*, 31, 128-141.
- Breinbauer, H., Vázquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millan, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile*, 137, 657-665.
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- DiGirolamo, A. M., & Salgado de Snyder, N. (2008). Women as primary caregivers in Mexico: Challenges to well-being. *Salud Publica Mex*, 50(6), 516-522.
- Donabedian, A. (1993). Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Pública de México*, 35(1), 94-97.
- Evans, G., & Cohen, S. (1987): Environmental stressors. En D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology*. Vol. 1, (pp.571-610). New York: Wiley.
- Evans, G. W., & Cohen, S. (1987). Environmental stress. In D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology*, (Vol. 1, pp. 571-610). New York: John Wiley & Sons.
- Evans, G. W., & McCoy, J. M. (1998). When buildings don't work: The role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 85-94.
- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. En V. Hamilton & D. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. London: Wiley.
- García, C., Mateo, R., & Maroto, N. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida en las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Joseph, A. (2006). *The impact of the environment on infections in healthcare facilities*. Concord, CA: The Center for Health Design.
- Kaminoff, R., & Proshansky, H. (1982). Stress as a consequence of the urban physical environment. En L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, (pp. 380-409 ). New York: MacMillan Publishing.
- King, M., Burrows, G., & Stanley, G. (1983). Measurement of stress and arousal: validation of the stress/arousal adjective checklist. *British Journal of Psychology*, 74, 473-479.
- Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L. (2003). Outcomes on environmental appraisal on different hospital waiting areas. *Environment and Behavior*, 35, 842-869.
- Montero, X., Jurado, S., & Méndez, J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud*, 24(1), 45-53.
- Montorio, I., Izal, M., Fernandez, M., López, A., & Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.
- Nanda, U., Chanaud, Ch., Nelson, M., Zhu, X., Bajema, R., & Jansen, B. (2012). Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *Journal of Emergency Medicine*, 43(1) 172-181.

- Olivares, R. (2017). El papel del ambiente físico de las salas de espera hospitalarias y su relación con la carga del cuidador del paciente pediátrico. Tesis inédita de licenciatura en psicología, Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Cáncer. Nota descriptiva N° 297*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Información técnica. Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de : <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez*. Washington, D. C.: OPS.
- Ortega, P. (2002). Componentes físicos y sociales del ambiente generadores de estrés en hospitales. Tesis inédita de doctorado en Psicología, UNAM, México.
- Ortega, P., Estrada, C., Toledano, F., & Campos, J. (2018). Calidad ambiental, carga y estrés en cuidadores primarios informales de un hospital pediátrico. En P. Ortega & C. Estrada (Eds.). *Ambientes hospitalarios y estrés* (pp 65-96). México: UNAM.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L., & Estrada, C. (2016). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. México: UNAM (libro electrónico).
- Ramos del Río, B., Flores Bobadilla, A. C., & Figueroa López, C. G. (2017). Relación de carga percibida del cuidado y pensamientos disfuncionales en padres cuidadores con cardiopatías congénitas. Vertientes. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 19(1), 24-28.
- Reizenstein, G., Grant, M., & Simmons, P. (1986). *Design that cares*. Chicago: American Hospital Publishing.
- Shumaker, S., & Pequegnat, W. (1989). Hospital design and the delivery of effective healthcare. En E. H. Zube & G. T. Moore (Eds.), *Advances in environment, behavior and design. Vol. 2*, (pp.161-199). New York : Plenum.
- Santos, M. X. (2017). Fuentes de estrés psicoambiental en cuidadores primarios de pacientes crónicos-pediatrías. Tesis inédita de Maestría. UNAM, México.
- Secretaría de Salud. (2015). *Cáncer Infantil en México*. <http://www.gob.mx/salud/articulos/cancer-infantil-en-mexico>.
- Ulrich, R., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., Choi, Y., ... & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3) 61-125.
- Valdes, C., & Flores, J. (1992). El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, 19(5), 202-209.
- Vázquez, O. G., Castillo, E. R., Huertas, L. A., García, A. M., Ponce, J. L. A., Manzanilla, E. O., ... & Aguilar, S. A. (2015). Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 87.
- Vázquez, O. G., García, A. M., Gómez, Á. H., Galeana, P. C., Bernal, L. S., Rivera-Fong, L., & Ponce, J. L. A. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario general del salud de Goldberd-QHQ-28-en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71.