

Relaciones entre las variables explicativas del ambiente en salas psiquiátricas

Carmen Mónica Rebollo
Universidad del País Vasco
Josep Miquel Sunyer
INISA, S.A. Barcelona
José Miguel González
Universidad del País Vasco

El objetivo de este trabajo es conocer las características de la atmósfera de las salas psiquiátricas del estado español, a partir de las percepciones de sus habitantes, en base a las diferentes dimensiones de los aspectos ambientales del tratamiento tal y como son percibidas por los pacientes y el personal asistencial. Se desean establecer las posibles interrelaciones entre las variables objetivas y las características ambientales percibidas y saber si las percepciones del ambiente en la sala son las mismas para ambos colectivos y, en caso de que esto no sea así, establecer cuáles son las diferencias.

Palabras clave: Atmósfera salas psiquiátricas, percepción ambiental, evaluación ambientes.

The aim of this work is to know the characteristics of the atmosphere of the Spanish psychiatry wards studying their residing's perceptions, on the basis of the different dimensions of inpatient treatment environments as perceived by the patients and staff. We want to establish the possible interrelations between objective variables and perceived social environment and to know if the sensations about the environment in the ward is the same for both or not, and in the second case, to settle the differences.

Key words: Psychiatry Ward Atmosphere, Environmental Perception, Environmental Evaluation.

Desde mediados de los años 60 se vienen haciendo importantes esfuerzos en relación con el estudio de aquellas características del entorno de los miembros de diversos grupos humanos que, como ya señalara Lewin (1965), condicionan las conductas de las personas que los integran. En esta línea son de destacar los

diversos estudios experimentales del propio Lewin tratando de observar el comportamiento de los individuos según las pautas de funcionamiento marcadas y establecidas previamente para estos grupos.

En todo contexto grupal, sus miembros desarrollan unas particulares pautas de comportamiento y de relación que permiten diferenciar un grupo de otro. Por lo general sus integrantes son capaces de describir el ambiente de su grupo en base a las características de las percepciones que tienen del mismo. Dentro del contexto de nuestro idioma dos palabras se intercambian con facilidad: ambiente y atmósfera. Ahora bien, la presencia de estos términos, y muchos otros similares, al mismo tiempo que señala la riqueza de los matices percibidos puede acabar por confundir el objeto de estudio. En este sentido abogamos por utilizar la palabra *ambiente* para la descripción de aquellos aspectos que rodean a los miembros del grupo pero que no necesariamente han sido producidos por ellos; mientras que reserváramos el término *atmósfera* para aquellos otros que sí han sido generados por el propio grupo.

Así pues definiremos atmósfera como el resultado de las relaciones establecidas por los componentes de un grupo de acuerdo con los objetivos que dicho grupo se propone alcanzar, los métodos que utiliza para ello, y los aspectos organizativo-administrativos que pone a su disposición para alcanzar dicha meta. Ahora bien, el problema es cómo alcanzar su evaluación.

En la década de los 70, R.H. Moos inicia una serie de investigaciones tendentes a determinar qué aspectos del entorno, tanto físicos como relacionales, influían en las conductas de las personas, y determinó que en todo grupo humano instituido como tal, aparecían tres líneas que los podían describir. Dichos vectores correspondían a aquellos aspectos inherentes a las características de las relaciones que estos individuos establecían entre sí; a los objetivos que dicho grupo instituido trataba de alcanzar; y, finalmente, a otros elementos de tipo estructural que cada grupo desarrollaba de acuerdo a los objetivos y a las relaciones establecidas. Estos tres aspectos que Moos denomina Dimensiones, están presentes tanto en aquellos grupos orientados a la producción (Empresas), como en aquellos cuyo objetivo es la educación (Escuelas y Universidades), o la salud (Centros de Asistencia Psiquiátrica tanto de internamiento parcial como total), o en aquellos de índole defensivo/preventiva (Ejército o Centros penitenciarios).

A finales de los 80, se iniciaron en España sendas investigaciones tendentes a aplicar los trabajos de Moos en el ámbito psiquiátrico. Por un lado el trabajo de Sunyer (1990) se dirigió tanto al estudio de los aspectos psicométricos de la escala de Moos traducida y adaptada en España, como a conocer las diversas características de la población de los Centros de Asistencia Psiquiátrica, tanto de las salas de pacientes agudos como de las de rehabilitación, y la incidencia de algunos aspectos administrativos en las variaciones de la atmósfera percibida por pacientes y personal asistencial. De otro lado, el trabajo de Sánchez de Vega (1990) continuó y completó el esfuerzo anterior llegando a la clasificación taxonómica de los Centros de Internamiento Psiquiátrico en base a la atmósfera percibida por sus habitantes.

El presente trabajo es parte de un estudio posterior, prolongación de los anteriores, que se centra en los aspectos matemáticos de los datos recogidos por

los anteriores autores, tratando de plasmar analíticamente los vínculos que se presupone existen entre los habitantes de la sala y que influyen de forma decisiva en la evolución de los tratamientos que allí se imparten.

Método

Sujetos

Uno de los fenómenos que se hacen evidentes a lo largo del tiempo de trabajo son las oscilaciones del clima o ambiente del grupo de pacientes de la unidad en la que uno se encuentra y su paralelismo constante con el estado o funcionamiento de los componentes del equipo. Esto lleva a considerar que entre los dos grupos, el de pacientes y el de profesionales, se dan unas particulares relaciones que no están por lo general en la conciencia de sus miembros, y que determinan una particular manera de proceder.

Por esta razón, y porque todo estudio que aumente el conocimiento de la situación del ambiente o de la unidad puede ser altamente beneficioso, se planteó el estudio de la atmósfera en las salas psiquiátricas.

La variedad de salas y pabellones existentes, la no homogeneidad en lo relativo a la utilización y distribución de los espacios físicos y a las actividades que en unas y en otras se realizan, explica la dificultad de definir el objeto de estudio. Por ello se ha establecido como: «la unidad físicamente delimitada en la que pacientes y personal conviven a lo largo del día, realizándose en ella diversas actividades más o menos organizadas, y en las que se dispone de unos espacios de estar en los que los pacientes, y en ocasiones, el personal asistencial, establecen un cierto grado de convivencia».

El objeto de interés es la atmósfera o ambiente relacional que se crea en la sala o pabellón psiquiátrico, objetivado a través del consenso obtenido por pacientes y por el personal, respecto a las características de las relaciones y pautas que están establecidas en dicho lugar.

Instrumento

Existen varios instrumentos desarrollados para el estudio de la atmósfera en el entorno psiquiátrico. Básicamente unos se dedican a su descripción en base a las observaciones de personal entrenado para ello. Otros se centran en las descripciones que uno de los grupos realiza del lugar en el que trabajan. Únicamente Moos utiliza por un igual la descripción de las características del espacio de internamiento desde la óptica de los pacientes y la del personal que lo atiende. Y es precisamente a través de la valoración que realizan ambos colectivos como surge el perfil definido de la atmósfera de la sala en estudio.

Moos, autor de la escala de evaluación de atmósferas en salas psiquiátricas, parte de la premisa de que «los entornos, como las personas, tienen persona-

lidades propias» (1974, p. 34). Y señala cómo, «a pesar de que se han venido confeccionando diversas escalas para describir las características de la personalidad de los sujetos, en realidad no ha sucedido lo mismo con la descripción de los ambientes».

Para la evaluación de la escala, Moos recoge las aportaciones de Murray (1938) que indican la existencia de un proceso convergente entre lo que se puede denominar necesidades personales y aquellas otras fuerzas que, provenientes del exterior, del entorno, ejercen una determinada presión sobre el individuo; la resultante de ambas fuerzas determinaría, pues, la conducta del sujeto. Moos señala a continuación que «a pesar de que los conceptos de Murray proporcionan una base para el desarrollo de técnicas de medición para el estudio de la personalidad, no ha ocurrido lo mismo con los ambientes, hasta fechas mucho más cercanas» (1974, p. 34).

Bajo las premisas anteriores, Moos ha desarrollado esta escala y método de descripción de los ambientes, basándose en tres razones:

a) Dado que la conducta de los sujetos en un entorno está modelada y dirigida por aspectos de la percepción del mismo, otorga una oportunidad para que tanto los pacientes como el personal describan el ambiente tal como lo ven, con lo que consigue un conjunto de apreciaciones del clima del lugar, cuyo consenso determinará las características del mismo.

b) Compara las percepciones que pacientes y personal tienen de la cultura que entre ellos han generado, conociendo que, con mucha frecuencia, las percepciones de ambos grupos son bastante diferentes. Consecuentemente, pide a ambos colectivos que definan el entorno en base a las mismas preguntas y, comparando ambas percepciones, podrá establecer dos líneas descriptivas del clima de la sala.

c) Pretende definir en dimensiones similares tanto a las personas como a sus entornos. En este sentido los aspectos que se valorarán serán idénticos para ambos colectivos.

El proceso de creación de la escala lo realiza Moos a partir de la comprobación de que en todo ambiente aparecen tres vectores básicos denominados *dimensiones*.

En primer lugar está la dimensión *Relacional*, que define algunos aspectos de la relación entre los sujetos que permanecen en un mismo clima o atmósfera. Dentro de esta dimensión incluye lo que llama *Vinculación*, es decir, el grado en que el individuo se siente comprometido o vinculado al grupo en el que permanece; el *Apoyo*, que expresa el nivel de ayuda mutua que los integrantes del mismo grupo se ofrecen entre sí; y finalmente, el nivel de *Espontaneidad*, que indica el grado de libertad y expresión de sentimientos y deseos que se manifiesta en un mismo lugar, y que los integrantes del grupo se permiten.

En segundo lugar, aparece la dimensión de *Crecimiento Humano*, en la que Moos incluye aquellos aspectos característicos del lugar y que podrían conformar, en parte, los objetivos o causas últimas de la existencia de este particular grupo. Lo llama crecimiento humano, en base a que se parte de la idea de que a través de este aspecto de las relaciones, el individuo madura y crece en los objetivos concretos que se suponen sustentan la existencia del grupo. Dentro de esta

dimensión el autor incluye lo que llama *Autonomía*, es decir, el grado en que los sujetos perciben que en este lugar se les estimula a ser autónomos en sus decisiones y planteamientos, así como el nivel de autonomía permitido; también lo que llama *Orientación Práctica*, que indica el nivel de ayuda concreta que se presta en este lugar, así como la pretensión de que cada uno vaya resolviendo o preparándose para resolver aquellos aspectos de su vida diaria que le plantean problemas, al tiempo que se preocupa por encontrar nuevas formas de resolverlos; en tercer lugar está lo que llama *Orientación de Problemas Personales*, que constituye el nivel de ayuda que se presta en el lugar en donde se está en lo referente a las vivencias interiores, a la expresión de los sentimientos que los individuos tienen, y a la capacidad del grupo para comprender y escuchar los aspectos conflictivos de la relación con el pasado y el presente. Finalmente, en esta misma dimensión está lo que denomina *Enfado y Agresión*, que indica el nivel de expresión de los aspectos contrarios a la vida cotidiana, la capacidad que el grupo percibe de poder criticar, oponerse, o incluso expresar los aspectos más agresivos motivados por su patología, o por su relación en la sala.

La tercera dimensión, la de *Sistema de Mantenimiento*, viene a constituir parte de la columna vertebral, quizás con aspectos de tipo administrativo, del lugar en donde se encuentra el grupo. Así, en esta dimensión se valoran aspectos como *Orden y Organización*, es decir, los niveles de normas existentes en el grupo, así como su cumplimiento; lo que denomina *Claridad del Programa*, es decir, en qué medida la gente que permanece en ese lugar percibe la existencia de unos horarios, el cumplimiento de los mismos evitándose los momentos de desorientación, aspectos éstos que forman parte del programa de tratamiento; y finalmente, lo que llama *Control del Staff*, que indica los niveles de control del personal asistencial sobre los pacientes.

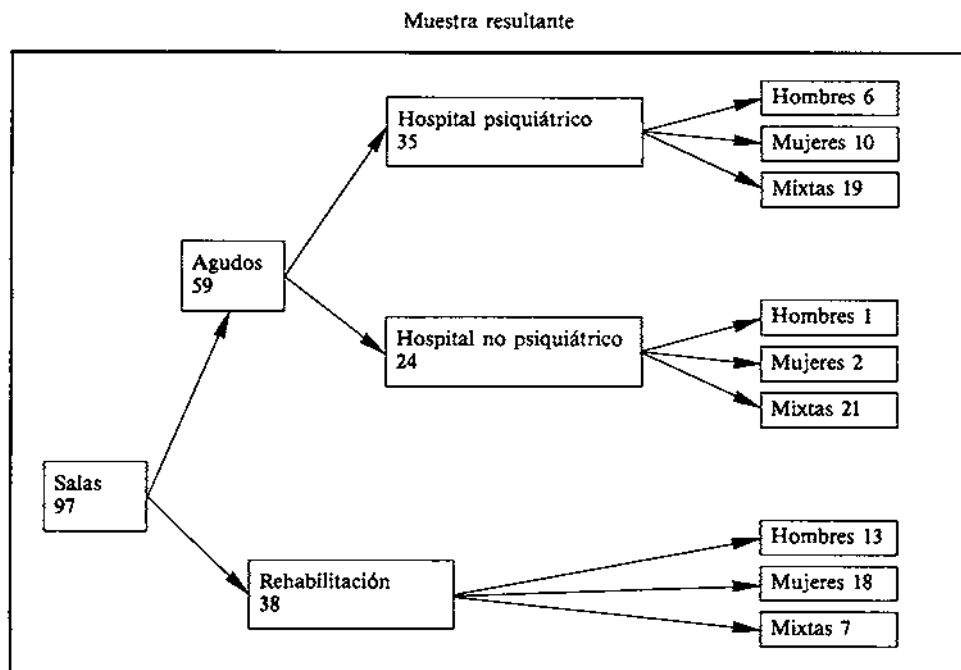
Con todos estos elementos en la mano confecciona una relación de frases que surgen tras un periodo de observaciones y consultas bibliográficas.

La escala definitiva consta de 100 ítems, que pertenecen a las 10 subescalas definidas anteriormente.

La adaptación y traducción de las frases fue realizada con sumo cuidado para ajustarse lo más posible a cada una de las subescalas definidas por el autor. Esta traducción, realizada por Sunyer y Sánchez de la Vega, que supuso un lento trabajo adaptativo a la realidad cultural de nuestro país, fue contrastada con varios pacientes y profesionales con el fin de conseguir un instrumento lo más ajustado posible a la realidad.

Procedimiento

Puestos en contacto con los responsables de las salas de los hospitales psiquiátricos, se les remitió información detallada acerca de las pretensiones de la investigación. Tras rechazar las salas que no se consideraron válidas, por no cumplir las normas preestablecidas, se obtuvo una muestra formada por 97 salas psiquiátricas de las cuales 59 son de pacientes agudos, y 38 de rehabilitación. En la Figura 1 se presenta la distribución geográfica y por sexo de las salas de la muestra.



Distribución geográfica de las salas

Comunidad	Nº centros	Nº centros contactados	Nº salas estudiadas
Andalucía	20	6	6
Aragón	10	6	8
Asturias	5	2	2
Baleares	3	1	3
Canarias	5	1	1
Cantabria	3	2	4
Castilla-La Mancha	7	3	4
Castilla-León	18	8	17
Cataluña	26	13	27
Extremadura	4	1	1
Galicia	13	4	4
Madrid	10	5	5
Navarra	5	4	5
País Vasco	10	3	8
La Rioja	1	1	2
Valencia	8	0	0
Murcia	2	0	0
Ceuta y Melilla	0	0	0
Total		60	97

Figura 1. Distribución de las salas.

Existen distintas formas de abordar la solución de este problema dependiendo de la información de que se disponga y de la que se quiera determinar. Las incrementadas capacidades de los ordenadores hacen que la solución de máxima verosimilitud sea más práctica que en el pasado, y por ello preferible a la, anteriormente más usada, de factores principales.

Las estimaciones de máxima verosimilitud se establecen como la solución de dos ecuaciones matriciales, las cuales no pueden ser resueltas algebraicamente, por lo cual es preciso emplear algún proceso iterativo.

El método iterativo empleado —desarrollado por Jöreskog (1967) y modificado y adaptado por Rebollo (1992)— para la resolución de las dos ecuaciones matriciales, tiene la ventaja de que siempre converge y de que la solución se puede determinar con tanta precisión como se desee, siempre y cuando las variables sigan una distribución normal.

Se asume que el número de factores comunes es k , y se aplica el método de máxima verosimilitud para obtener estimaciones de los *factor loadings* del universo del que se ha extraído la muestra. El proceso queda reflejado en la Figura 2.

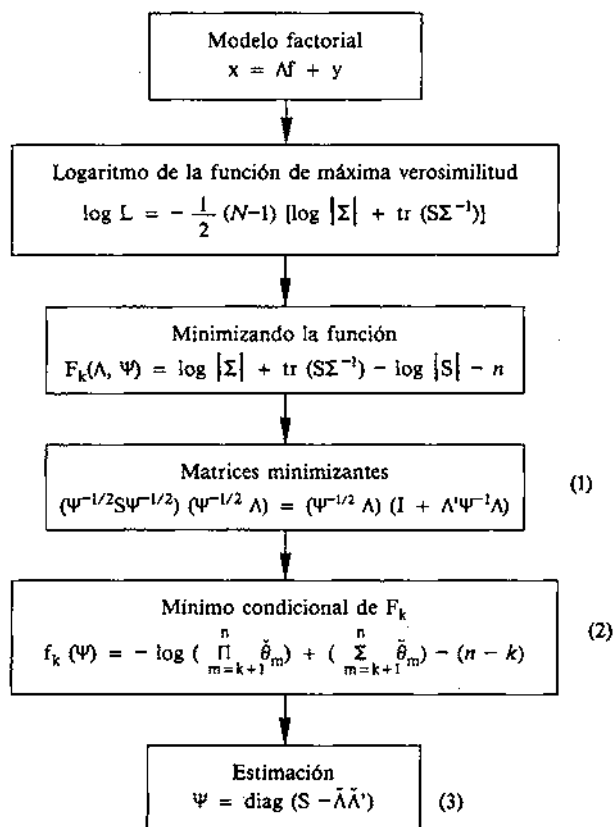


Figura 2. Proceso de máxima verosimilitud.

Las estimaciones de máxima verosimilitud de Λ y Ψ , que son las matrices a determinar (siendo Ψ la matriz diagonal de elementos diagonales las varianzas de los factores comunes), son definidas como las matrices que satisfacen las ecuaciones (1) y (3) u otras equivalentes (siendo S la matriz de covarianza muestral). Los métodos anteriores intentaban resolver las ecuaciones iterativamente de varias formas. Aquí se emplea una técnica diferente. Se minimiza la función $f_k(\Psi)$ (2) (siendo $\theta_1, \dots, \theta_n$ los valores propios de $\Psi^{-1/2} S \Psi^{-1/2}$ en orden decreciente, n el número de variables y k el de factores comunes).

La parte fundamental de la computación es el cálculo de los vectores y los valores propios. Para que el proceso iterativo funcione satisfactoriamente es necesario que esto se haga rápida y precisamente.

Para simplificar la descripción del procedimiento se asume que los elementos diagonales de Ψ son colocados como un vector z de n componentes z_1, z_2, \dots, z_n , donde $z_i = \Psi_{ii}$, y en vez de $f_k(\Psi)$ simplemente se escribirá $f(z)$.

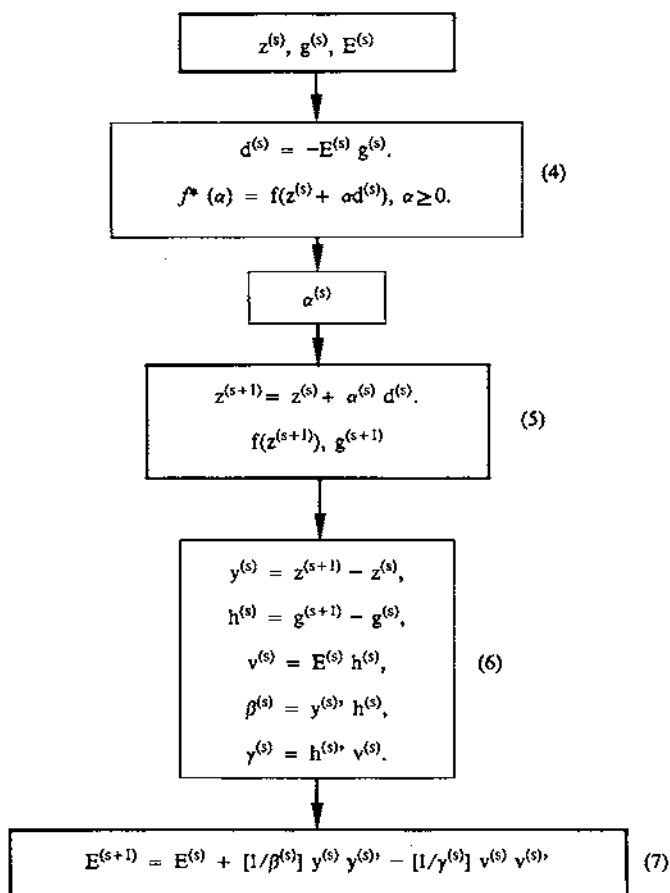


Figura 3. Método iterativo.

El proceso iterativo, plasmado en la Figura 3, consiste en construir una sucesión de vectores $z^{(1)}, z^{(2)}, \dots$ tales que $f(z^{(s+1)}) < f(z^{(s)})$, hasta que no sea posible un descenso de f .

Asociado a cada vector $z^{(s)}$ hay un vector gradiente de derivadas parciales $g^{(s)}$ y una matriz $E^{(s)}$ simétrica de orden n por n tal que a medida que el proceso converge tiende a una matriz igual a la inversa de la matriz de derivadas parciales de segundo orden evaluada en el mínimo.

Las estimaciones iniciales $z^{(0)}$ y $E^{(0)}$ pueden hacerse de varias formas ya que no afectan a la solución final, sólo pueden afectar al número de iteraciones necesarias para alcanzar la solución.

Una vez que se ha obtenido un punto $z^{(s)}$ con su vector gradiente asociado $g^{(s)}$ y una matriz $E^{(s)}$, el nuevo punto $z^{(s+1)}$ será buscado a lo largo de una cierta dirección $d^{(s)}$ definida por (4).

A lo largo de esta dirección la función f puede ser considerada como una función $f^*(\alpha)$, de la distancia α desde el punto $z^{(s)}$, (4). Habiendo hallado el α que minimiza f^* , $\alpha^{(s)}$, el nuevo punto $z^{(s+1)}$ se define por (5), evaluándose la función f y su gradiente en ese nuevo punto, obteniéndose $f(z^{(s+1)})$ y $g^{(s+1)}$. Seguidamente se calculan los vectores $y^{(s)}$, $h^{(s)}$, $v^{(s)}$ y los números $\beta^{(s)}$, $\gamma^{(s)}$ según (6), obteniéndose la nueva matriz $E^{(s+1)}$ de (7).

De esta forma se van obteniendo valores sucesivos de Ψ en los que la función f_k va disminuyendo hasta que la solución obtenida se considere adecuada (que entre dos soluciones sucesivas la diferencia sea inapreciable).

Una vez obtenidos los *factor loadings* se aplica un test de adaptabilidad para saber cuán bien el modelo se ajusta a los datos. Este test es, en esencia, un test del número de factores comunes k . Cuando la solución obtenida para un k verifica el test se dice no significativa, en caso contrario se dice significativa, se rechaza y se repite el proceso con $(k+1)$ factores comunes, es decir con un factor común más.

A la solución final se le aplica el criterio varimax de rotación analítica para transformarla en una solución con estructura simple en la que los factores tengan la máxima interpretabilidad o simplicidad.

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
Espontaneidad	.858	.216	.0	.0
Orientación problemas personales	.609	.314	.0	.396
Apoyo	.250	.864	.0	.0
Orden y organización	.0	.634	-.287	.292
Claridad del programa	.304	.623	.0	.293
Orientación problemas prácticos	.395	.614	.305	.0
Control del personal	.0	.0	.670	.0
Agresividad y enfado	.326	-.280	.532	.345
Autonomía	.0	.0	.0	.560
Vinculación	.0	.255	.0	.462

Figura 4. Factores de las variables de los pacientes.

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
Orientación problemas prácticos	.865	.231	.222
Claridad del programa	.655	.0	.409
Control del personal	-.409	.0	.0
Apoyo	.495	.330	.284
Orientación problemas personales	.212	.840	.0
Espontaneidad	.310	.696	.0
Vinculación	.0	.375	.471
Orden y organización	.298	.0	.791
Autonomía	.0	.0	.403
Agresividad y enfado	.0	.0	-.248

Figura 5. Factores de las variables del personal asistencial.

De esta forma, considerando un nivel de significación del 5 %, se obtiene una solución adecuada con cuatro factores comunes para las variables correspondientes a los pacientes, que es la mostrada en la Figura 4. Para las variables correspondientes al personal asistencial se ha obtenido que la solución tiene tres factores comunes y aparece en la Figura 5.

Conclusiones

Los resultados obtenidos vienen a corroborar los de los trabajos anteriores que señalaban la existencia de relaciones entre las variables y que tan sólo unas pocas mantenían el carácter de independientes.

El hecho de que los pacientes y el personal asistencial indiquen discrepancias en el nivel de independencia de unas u otras variables puede deberse no sólo a la diferente potencia representativa de cada uno de los dos grupos, sino a las diferencias valorativas que cada uno de los colectivos realiza sobre la vida hospitalaria. Así por ejemplo, los pacientes, que son los usuarios de los servicios psiquiátricos, valoran de forma exclusiva los diversos niveles de Vinculación o participación en la vida grupal que es, para este grupo, un aspecto fundamental de la vida relacional en la sala. Nótese en cambio cómo los profesionales no parecen dar excesivo valor a los aspectos relacionales y sí, por el contrario, a los de tipo más «profesional» como son la consecución de Autonomía y la tolerancia a las expresiones de Agresividad y Enfado.

En ambos colectivos coincide la valoración independiente de las escalas Autonomía y Control del Personal. Ello parece remarcar el carácter particular de estos dos aspectos de la Escala de Moos. Las subescalas que acompañan a Autonomía se refieren al estímulo para la expresión de senti-

mientos íntimos y la concreción de respuestas a problemas personales; todo ello suele ir parejo a la tolerancia del medio en la expresión verbal de sentimientos de tipo agresivo y, por consiguiente, la posibilidad de interacción entre dichas escalas parece comprensible. Sucede algo parecido con la de Control del Personal que hace referencia a una valoración de cómo el personal asistencial vigila y controla las actividades de los pacientes. Dicho aspecto parece no ir paralelo a otros como el programa de trabajo y los niveles de orden y organización de la sala, aspectos éstos más de carácter administrativo que de relación grupal.

En lo que respecta a los resultados del análisis factorial se pueden exponer las siguientes consideraciones.

La inspección de las columnas de la Figura 4, correspondiente a las variables de los pacientes, conduce a la siguiente interpretación de los factores:

EL FACTOR 1. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *espontaneidad y orientación de los problemas personales*. De donde parece que el grado de atención a los problemas personales y el estímulo a que hablen los pacientes conlleva un interés en el grado de espontaneidad de los pacientes; interesa que los pacientes hablen y manifiesten sus sentimientos. Por lo que podría considerarse como el factor que expresa *la comunicación en la sala*.

EL FACTOR 2. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *apoyo, orden y organización, claridad del programa y orientación práctica de los problemas prácticos*. De donde se puede deducir que los aspectos relacionados con el marco de trabajo van paralelos a los estímulos conductuales en relación con la solución de los problemas cotidianos, al tiempo que se estimula el apoyo entre los diferentes métodos. Se podría interpretar este factor como el cuidado *estímulo a la iniciativa personal*.

EL FACTOR 3. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *control del personal y tolerancia a la agresividad y al enfado*, de lo cual podría deducirse que hay vinculación entre el control de los impulsos desde el personal y el grado de permisividad a que los pacientes expresen su agresión y enfado. Con lo cual podría considerarse a este factor como el que representa *las relaciones de poder y agresividad*.

EL FACTOR 4. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *autonomía y vinculación*. De donde parece que la autonomía va en paralelo con el grado de participación en la vida cotidiana de la sala. Lo cual es beneficioso, ya que los pacientes no están pendientes de lo que les dice el médico, y actúan por su cuenta, pudiendo ser este factor denominado *libertad desde la sala*.

Según esto, la impresión que tienen los pacientes de lo que sucede en la sala es que se potencia la comunicación, se estimula la iniciativa personal, y a la vez que sienten el control de los profesionales tienen la sensación de libertad de acción y movimientos en la sala.

La inspección de las columnas de la Figura 5, correspondiente a las variables del personal asistencial, conduce a la siguiente interpretación de los factores:

EL FACTOR 1. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *orientación de los problemas prácticos, claridad del programa y apoyo*. Teniendo en cuenta los aspectos considerados en dichas subescalas se puede interpretar como la potenciación de la iniciativa personal como contraposición a la imposición de los

profesionales sobre los pacientes. Este factor podría entenderse como el *estímulo a la iniciativa personal*.

El FACTOR 2. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *orientación de los problemas personales y espontaneidad*. De donde parece que el grado de atención a los problemas personales y el estímulo a que hablen los pacientes conlleva un interés por el grado de espontaneidad de los pacientes. Por lo que podría denominarse *comunicación en la sala*.

El FACTOR 3. Tiene sus coeficientes más altos para las variables *orden y organización, vinculación y autonomía*. Este factor tiene interpretación más difícil desde el punto de vista psicológico por las variables que engloba; es una unión más forzada que en el resto.

De donde se deduce que el personal asistencial tiene la impresión de que se potencia la iniciativa personal, que se estimula la comunicación en la sala, y que la libertad de acción es muy relativa, muy condicionada.

Es interesante comprobar la relación existente entre los factores de los dos grupos de variables, al poderse hacer corresponder unos con otros. Dicha correspondencia se representa en la Figura 6.

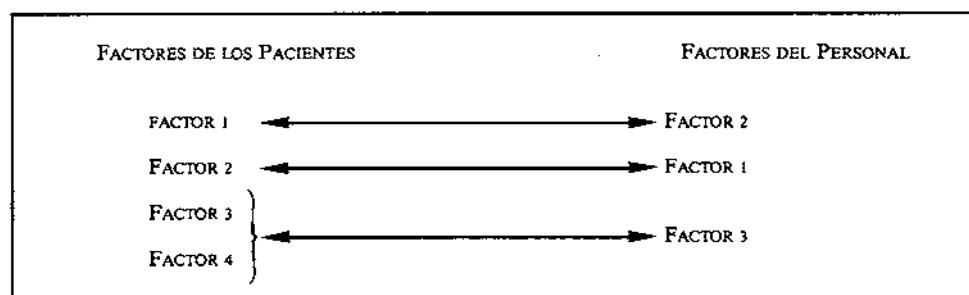


Figura 6. Correspondencia entre los factores de los dos colectivos.

Así, se puede concluir que, a pesar de las diferencias existentes entre uno y otro colectivo, las valoraciones de los pacientes y del personal presentan entre sí niveles de relación importantes, como se deduce de la agrupación de las variables por factores y de la correspondencia entre éstos.

También se ha observado una similar dispersión entre los valores provenientes de los grupos de pacientes y de los profesionales, lo cual parece eliminar aquellos preconceptos relativos a que los pacientes obtendrían, en base a su distorsión de la realidad, unos mayores niveles de variabilidad perceptiva que los profesionales.

A partir de lo cual, y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se podría afirmar que efectivamente existen fuertes vínculos entre los dos grupos en estudio, el de pacientes y el de profesionales, pero a pesar de éstos no se puede decir que la percepción del ambiente de la sala que tienen los dos colectivos sea común, ya que se han constatado importantes diferencias entre las variables descriptivas de las percepciones de los pacientes y del personal asistencial.

Nota

Para la obtención de los resultados mostrados en el presente trabajo se han desarrollado una serie de programas lenguaje FORTRAN, que están a disposición de cualquier persona interesada.

REFERENCIAS

- Alden, L. (1978). Factor Analysis of the Ward Atmosphere Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 175-176.
- Hernández, F. y Jiménez Burillo, F. (1986). La Investigación en la Psicología Ambiental en España. En Aragonés, J.I. y Corraliza, J.A. (Eds.), *Comportamiento y Medio Ambiente*. Ed. Comunidad de Madrid.
- Jöreskog, K.G. (1967). A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. *Research Bulletin*. Princeton, N.J.: Educational Testing Service.
- Lewin, K. (1965). *Readings in child psychology*. (Trad. cast. por Tubert: *El niño y su ambiente*. Ed. Paidós.)
- Moos, R.H. (1974). *Ward Atmosphere Scale: Manual*. Palo Alto. Consulting Psychology Press (b).
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating Treatment Environments*. New York: John Wiley and Sons.
- Moos, R.H. (1987). *The Social Climate Scales a User's Guide*. Palo Alto. Consulting Psychology Press.
- Rebollo, C.M. (1992). *Estudio matemático de las variables explicativas del ambiente en salas psiquiátricas*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad del País Vasco.
- Sánchez de Vega, J. (1990). *Unidades de hospitalización psiquiátrica en España*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Salamanca.
- Sunyer, J.M. (1990). *Evaluación de la atmósfera en las salas psiquiátricas españolas*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sunyer, J.M. y De La Sierra, E. (1986). IV Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Murcia.
- Sunyer, J.M. y Totorika, K. (1985). *El tratamiento de la psicosis en el hospital de día*. III Jornadas Nacionales de Hospitales de Día. Granada.