

**DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO
DE EDIFICIOS PARA LA SALUD 1**

Directora: Arq. María Elvira Contreras

Coordinación Académica: Arq. José Turniansky

Organizan:

**Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)
Universidad del Gran Rosario (UGR)**

TRABAJO FINAL

**HUMANIZACIÓN EN ESPACIOS HOSPITALARIOS
PEDIÁTRICOS**

Ing. Cáceres N. Macarena

Arq. Casas A. Carla

Arq. Fernández Héctor

Arq. González M. Florencia

MARZO – 2022

ÍNDICE

ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1: EVOLUCIÓN EN LA NOCIÓN DE SALUD Y LA PERCEPCIÓN DE ESPACIOS PARA ELLA	5
1.1. Recorrido por conceptos históricos.....	5
1.2. El Derecho a la Salud Integral.....	7
1.3. Humanización, herramienta de equidad y respeto a la diversidad.....	8
1.4. La institución de salud como integradora y formadora de responsabilidad social. ...	9
1.5. Los conceptos de “Humanización hospitalaria”; “Salutogénesis” y “Arquitectura terapéutica”.....	9
1.6. Síntesis del Capítulo.	11
CAPITULO 2: LA EXPERIENCIA HOSPITALARIA Y SUS HUELLAS	12
2.1. Modelo Médico Hegemónico versus el Modelo Psicosocial.....	12
2.2. Perspectivas psicosociales en el paciente pediátrico	12
2.3. La experiencia del paciente pediátrico como calidad del servicio sanitario	13
2.4. Influencia de la adecuación espacial para acompañantes o familiares de pacientes y trabajadores de salud.....	14
2.5. Síntesis del Capítulo.	16
CAPITULO 3: TEORÍAS Y MODELOS DE ANÁLISIS	17
3.1. Bases y fundamentos de humanización de espacios hospitalarios en pediatría.....	17
3.2. Modelo de análisis espacio-conceptual basado en evidencias.....	17
3.3. Variables de análisis.	17
3.4. Fichas con datos experimentales.....	20
3.5. Síntesis del Capítulo.	31
CAPÍTULO 4: EJEMPLOS DE ESTUDIO	32
4.1. Recorrido por el Hospital Niño Jesús.....	32
4.1.1 Centro Maktub, área de trasplante de médula ósea del Hospital Niño Jesús.....	32
4.1.2 UCI pediátrica del Hospital Niño Jesús.....	36
4.2. Recorrido por el Hospital de Niños Debilio Blanco Villegas.	39
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46

ABSTRACT

¿Cuánto realmente impacta en la salud de los niños el ambiente que habitamos?
¿Los niños y los adultos, tienen las mismas relaciones con el espacio? ¿Qué recursos técnicos, económicos y/o espaciales debiéramos considerar a la hora de pensar edificios para la salud?

El siguiente trabajo monográfico abordará el concepto de “humanización” aplicado a la atención sanitaria pediátrica, intentando dar bases y aportes para el diseño de los espacios destinados a la atención de la salud. Tiene como finalidad brindar herramientas para lograr ambientes que promuevan el bienestar de las personas que interactúen con él, y reduzca el efecto de estrés debido al contacto diario con la enfermedad y el dolor. La perspectiva de análisis alcanza a pacientes, familiares y trabajadores de la institución.

Observamos que, en Argentina, este concepto se ha aplicado en su mayoría en espacios de atención pediátrica. Citamos Autores que señalan cómo en otras partes del mundo, éste ha sido el puntapié para llevar la “humanización” hacia otras áreas de atención. Una experiencia negativa de hospitalización puede ser traumática y difícil de borrar, por lo que muchas instituciones han comenzado por hacer foco en los niños y la familia.

Para el desarrollo de la presente monografía recopilaremos datos sobre estudios y evidencias, a partir de los cuales surgen ideas como “Ambiente Curativo” y/o “Salutogénesis”; dando forma a algunas nociones de diseño. También citaremos teorías y modelos de análisis espaciales para abordar esta temática. Finalmente elaboraremos conclusiones, luego de realizar un recorrido a través de documentación gráfica, por el diseño en el área de pediatría de dos hospitales construidos, con el fin de intentar responder los interrogantes planteados.

INTRODUCCIÓN

Esta monografía es el trabajo final de la “Diplomatura en diseño y gestión de edificios destinados para la salud 1” que desarrolla la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria junto con la Universidad del Gran Rosario, Argentina (Cohorte 2021). En ella Profundizamos conceptos sobre el término “humanizar”, muchas veces controvertido, pese a que resulta una parte esencial de la profesión sanitaria. Se podría pensar que éste es intrínseco a las relaciones interpersonales, como el buen trato o el respeto que se ofrece a los pacientes en las organizaciones de salud. En términos estrictos, la Real Academia Española define esta palabra como: “Hacer más humano, familiar y afable a alguien o algo”. Al término paciente lo define como: “Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.” (RAE, 2014)

Podríamos decir que la humanización hospitalaria es el proceso que aborda de forma integral el bienestar del enfermo, considerando y reconociendo al individuo/paciente en su totalidad, indagando dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Así resulta necesario adoptar valores que conduzcan a políticas y programas que velen por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano.

Se considera que cuando el ser humano se enferma y tiene que ser hospitalizado, pasa de un estado de bienestar a un estado de vulnerabilidad. Se interrumpen las rutinas de vida, las relaciones sociales, familiares y laborales; a veces provocando la desestructuración de la persona. Ésta debe trasladarse a un lugar que no es su hogar, lo que genera incertidumbre, miedo, preocupación y estrés. En este punto es fundamental tratar el nuevo lugar que habita, dando características de confort y hospitalidad, generando espacios acogedores para el paciente, su entorno familiar y a los trabajadores de la salud que lo asisten.

Se han desarrollado estudios y análisis en donde se explica: la percepción del paciente dentro del hospital, cómo el mismo percibe el espacio físico y la relación médico-paciente. Exponen cómo a través de los años, la institución de salud va mutando su forma y función. Muchos estudios revelan la mejoría en los pacientes al recibir un trato o terapia diferencial. También que sólo con permanecer en un espacio físico diseñado con criterios específicos, se reduce el estrés y la mejoría es notoria.

Abordaremos la “humanización” en espacios destinados a la atención de la salud, centrándonos en la apreciación que tiene el paciente de la institución y el efecto del ambiente físico en él. El objetivo principal es descartar las connotaciones negativas y traumáticas, acentuando calidez espacial, el cuidado integral y el bienestar para promover la pronta recuperación. Estudios confirman que, durante la infancia, los niños

presentan una resistencia a concurrir a las instituciones de salud, porque las mismas les generan miedo e incertidumbre, terminando en situaciones traumáticas. Resulta indispensable que la arquitectura, o el ambiente físico, acompañe a la disminución de estos sentimientos negativos. Elegimos el área de pediatría, considerando las primeras etapas de la vida como determinantes para el futuro. Entendemos que éstas son: el final del embarazo, el período neonatal, la infancia y la adolescencia.

CAPÍTULO 1: EVOLUCIÓN EN LA NOCIÓN DE SALUD Y LA PERCEPCIÓN DE ESPACIOS PARA ELLA

1.1. Recorrido por conceptos históricos.

En un breve recorrido histórico respecto a la función del hospital en la antigua Grecia, Roma y hasta la Edad Media; encontramos que funcionaban como casas de recogimiento para desvalidos, pobres y moribundos. Por aquel entonces, regidos por el altruismo, la caridad y la religión. En la revolución francesa se lo re-significa transformándolo en un servicio público "...en virtud de otorgar asistencia sanitaria como derecho de todos los individuos y deber público de la sociedad y el estado" (Carrillo, 1950: 25). Algunos otros autores, como Foucault (1978), lo re-conceptualiza desde la revolución industrial, como resultado de un proceso socio-económico y cultural absolutamente distinto al sucedido en Francia; abordando una posición divergente del hombre, donde se cuantificaba la influencia de la salud de los trabajadores en las ganancias a obtener.

En aquel momento, se desarrollaban ideas sobre la organización interna de un hospital para incrementar su "productividad" o capacidad de atención. Ideas económicas acompañadas de políticas públicas que concretizarían teorías higienistas. Se le da carácter de ciencia a la "Organización Hospitalaria" describiendo conocimientos funcionales y administrativos. Los médicos y arquitectos se debían a la necesidad de comprender los principios de la salud pública, para dominar la arquitectura social hospitalaria.

Recordemos que con la "Revolución Industrial", sucede un gran cambio estructural en la sociedad que impacta directamente sobre las urbes. Se transforma la vida de cada uno de sus habitantes. Se reduce en mayor escala el espacio de habitabilidad; la ventilación e iluminación natural empiezan a ser escasos, y comienza un proceso de degradación ambiental junto con la desaparición de los espacios verdes y/o de esparcimiento.

Entre el Siglo XIX y XX aparecen los términos de agentes infecciosos, intensificando los estudios en microorganismos y su desarrollo en nuestro entorno. Se elaboran los conceptos de Huésped, Hospedero y Ambiente como modelo epidemiológico clásico (Vergara Q. 2007, p.4). Las investigaciones hicieron hincapié en esta triada igualando el concepto de Salud al de un proceso.

En 1946 la OMS define a la Salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". En Argentina, con la Constitución de 1949, e impulsado por el ministro de Salud R. Carrillo, se incorpora el

derecho a la salud pública, incluyendo también la salud social y espiritual (V. Ierace; 2016). En el transcurrir de los años, esta concepción se fue complejizando y modificando según distintas visiones. Aparece la Salud como resultado de una sociedad que se desarrolla continuamente en entornos biológicos, ambientales, socioeconómicos, culturales, etc; cada una con su propia dinámica de cambio. Entonces, la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social” (Vergara Q. 2007, p.5).

En España, entre las décadas del 70' y 80', vislumbrándose el final del franquismo y la apertura de los gobiernos socialistas se produce, en el ámbito de la salud pública, un cambio de paradigma. Se plantea un pasaje del Modelo Médico Hegemónico al Modelo Psicosocial de Salud, con nuevas prácticas médico-sanitarias (Duro Martínez ,1999). En la actualidad coexisten los dos modelos.

El hombre se observa como unidad Psico-social influenciada e influenciadora, tanto en la enfermedad como en su estado saludable. Esto es desarrollado por varios autores contemporáneos, impulsando teorías en otros campos de las ciencias (Ch

orni, 1998:32), acentuando la medicina social y la ciencia de la salud pública en la utilización de políticas de estado.

El espacio que habitamos y el ser humano inmerso en él, con sus sentidos y emociones empiezan a cobrar importancia y a ser objeto de estudio. Nuestro cuerpo deja de ser simplemente biología para ser un sistema determinado por múltiples variables. Desde el post estructuralismo, Foucault (1979) aborda ideas sobre el hombre y su sistema de lenguaje, donde su comportamiento biológico es una forma de comunicarse a través de signos.

Los lineamientos de abordaje son múltiples, siendo importantes aquellos que aún tratan y diagnostican al humano desde la biología, ayudados cada vez más por los avances de la ciencia y la tecnología. Esto, en ocasiones, degrada el contacto médico-paciente. Desde la psicología se reclama esta pérdida, planteando debates filosóficos y cuestionamientos morales, anteponiendo la responsabilidad ante el otro (Saraiva Nunes, Felipe; 2016). A consecuencia surge la Bioética como herramienta de intervención en el sistema sanitario, y el término de “Humanización” para dar soporte y abordaje al ser humano en todas sus dimensiones (Oger, Silvia N; 2018).

1.2. El Derecho a la Salud Integral.

El derecho a la salud está aceptado y reafirmado por la mayoría de naciones del mundo, con importantes acciones para hacerla efectiva. Sin embargo, las diferencias culturales, las coyunturas de las naciones y pueblos, aparejados a constantes procesos de transformación y continuas reformas en los sistemas de Salud, limitan el acceso a este derecho, y se presentan como contundentes barreras formalizadas por falta de información de los distintos actores.

La OPS (2017) presenta distintas etapas de los países en la construcción del derecho social a la Salud:

- Un primer período de organización de las naciones.
- Constitución de instituciones nacionales de salud y seguridad social.
- Reconocimiento de necesidades y otorgamiento de beneficios para la salud a la población vulnerable, trayendo aparejado una segmentación en el sistema de salud.
- La franca decisión de equidad en el acceso a la Salud, impulsando reformas al sistema, reconociendo particularidades de la población y ofreciendo creciente cobertura económica.

Se abordan distintas estrategias para brindar y garantizar el acceso universal a la Salud. Por ejemplo, las necesidades de los niños también son expresadas por organismos internacionales, dándole forma de “Derechos de los Niños: Alimentación, servicios médicos, ambiente de afecto y seguridad moral y material, vivir con su familia siempre que sea posible, educación, juegos, protección jurídica, etc...” (ONU 1989).

“... Todos los niños, cualquiera que sea su situación, precisan ser atendidos físicamente, relacionarse con afecto y seguridad con las personas de su entorno, participar en los procesos educativos, jugar y desarrollar sus capacidades creativas...”.

En nuestro país, así como en otros países de la región, el derecho a la Salud es proclamado desde el resguardo de los derechos humanos, presentando al Estado con el deber de cuidarlo y bregar por él. “Derecho personalísimo, consagrando el reconocimiento y respeto de la dignidad” (Lamm: 2017).

En el sistema argentino encontramos una gran fragmentación y segmentación, dificultando la equidad en accesibilidad y calidad de atención médica. Se compone por el sector público, el privado y el de seguridad social. Además, encontramos una red de hospitales y centros de salud, inmersos en legislaciones de administraciones públicas de ámbitos nacionales, provinciales y en algunos casos también municipales. Cada uno de estos tiene un universo de pacientes con singularidades específicas que atender,

donde por ejemplo el 35.4% de la población (considerada la más vulnerable) se atiende gratuitamente en el sistema público (ONU, 2020: 63).

1.3. Humanización, herramienta de equidad y respeto a la diversidad.

El reconocer las individualidades es parte del respeto que nos debemos como ser humano. Quizás éste sea una de las cuestiones primeras para pensar la humanización en Salud, y específicamente en los espacios para la salud, motivo que hoy nos convoca. Sin embargo, llevarlo a la práctica no resulta tan fácil. Ariza-Olarte (como cita Consejería de Sanidad, 2016) expresa que según el concepto de individuo, paciente y sociedad que tengamos, así se humanizará. Quien humaniza y deshumaniza es el mismo ser humano.

Se humaniza, por ejemplo, cuando el Estado asegura el acceso a la salud a los pueblos indígenas, acercándoles información, facilitando la comunicación y el encuentro, respetando su cultura, su idioma, su idiosincrasia, entre otros; para aplicar efectivamente el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, ratificado por Argentina desde el año 2000. También resguardado por el instituto nacional de asuntos indígenas (INAI); (ONU, 2020).

Se busca “humanizar” cuando se preservan los espacios de Salud en los penales y/o cárceles argentinas interviniendo para evitar situaciones no debidas, como en 2018, indicó el Relator Especial de Naciones Unidas sobre Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes al visitar nuestro País (ONU, 2020).

También se logra, atendiendo distintas coyunturas en las mujeres, los niños, LGBTI+, las capacidades diferentes y/o discapacidades. Incluso atendiendo circunstancias específicas como la ONU alertó con acciones para la “Prevención de la violencia contra las mujeres frente al Covid-19 en América Latina y el Caribe”, 2020. O anteriormente en 2016, un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) analizó los problemas emergentes globales desde la perspectiva ambiental (ONU, 2020:66). La distorsión de la biodiversidad y el ecosistema que controlan la salud de nuestro planeta Tierra agrava nuestro entorno y todo aquello de lo cual dependemos. Los “factores ambientales” se promueven como pilares fundamentales en el tratamiento “humanizado” de los espacios.

Mucho se avanzó y aún se discute sobre los derechos en salud, en las américas (OPS, 2017) y en gran parte del mundo. Se debate incluso sobre un aspecto básico como es el derecho a la intimidad en Salud.

1.4. La institución de salud como integradora y formadora de responsabilidad social.

Cuando estamos enfermos, con alguna afección o queremos evitar alguna complicación que pueda alterar nuestra salud, el médico, entre otras cosas, nos receta medicamentos que están desarrollados por la industria farmacéutica. Ésta cuenta con un enorme capital económico y financiero que les permite profundizar en investigaciones, y darles un más que reconocido sustento científico. Sus productos se comercializan obteniendo importantes beneficios que se traducen en más investigaciones, nuevos medicamentos, vacunas, etc.

Cuando abordamos al hombre desde un concepto integral, como ser social, inmerso en un ambiente del que es parte, al que afecta y lo afecta (Chorni, 1998:32), encontramos argumentos discursivos basados en el derecho, la filosofía, la ética y en los últimos años algunas investigaciones y/o experiencias que intentan basarse en evidencias científicas. Pero las dificultades para comercializar aquellas cuestiones derivadas de la humanización espacial, y destinadas a darnos mejorías en nuestra salud, concluyen en no cerrar el círculo económico para la rentabilidad que busca la actividad privada. Aquí, el Estado se presenta como el actor principal, impulsor de investigaciones, y sin prontos rendimientos económicos (Univ. Salamanca, 2018). Esto pone en evidencia la importancia de involucrar a la sociedad, de promulgar leyes que atiendan la problemática, de impulsar acciones de concientización, etc.

La institución privada, comercializa esto que llamamos “humanización” como estándares de calidad, que ofrecen a distintos precios según necesidades y gustos del paciente/cliente. Sin embargo, en la actividad pública o estatal, en Argentina de acceso gratuito, atiende un universo más amplio de individuos. Al tener una capacidad de inversión inicial importante, encontramos edificios públicos específicos atentos pacientes determinados, como una maternidad o un hospital pediátrico, donde cada vez es más común contar con salas y tecnología que se adecuan para el confort de la población a la que se dirige. Estos casos expuestos nos plantean el debate sobre el rol de los efectores de salud en la Sociedad.

1.5. Los conceptos de “Humanización hospitalaria”; “Salutogénesis” y “Arquitectura terapéutica”.

La influencia de los espacios que habita y/o transita el paciente, genera sensaciones de mayor o menor satisfacción, conflictividad, estrés y/o angustia. Esto trae aparejado la percepción del usuario traducido a índices de calidad, en tiempos y costos de atención y tratamiento, a usos de medicamentos compensatorios, demanda de trabajo de

enfermería por paciente y el ánimo de los prestadores del servicio, etc. (Ullán, A. M. y Belver M.H; 2019) (Sandoval Báez, 2020: 19).

Estas cuestiones que aparentan ser numéricas, estadísticas u operativas, tienen estrecha relación con el tratamiento de salud integral. Hablamos de intervenir sutilmente el espacio para evitar agravar el estado biológico del paciente. Esto basado en hechos concretos, de base científica, que desarrollaremos en los próximos capítulos.

Desde este punto, es importante pensar en los edificios, no solo desde la dimensión sensorial y cognitiva humana, sino también desde la adaptabilidad espacial. Ambientes capaces de transformarse según la circunstancia que los ocupe. Podemos decir que los espacios que mejor lo logran son los que tienen una ventilación e iluminación natural adecuada, baño privado, sistemas de instalaciones individuales, que no comparten cañerías con otras unidades, superficies y terminaciones de los locales fáciles de limpiar, de baja degradación y mantenimiento (Álvarez según cita Sandoval Báez; 2020), condiciones no siempre posibles o fáciles de lograr.

Por otro lado, hemos escuchado cómo la exposición de la población a espacios saludables contribuye a generar salud y disminuir las enfermedades no transmisibles, propias del estilo de vida de nuestros tiempos. El estrés y la coherencia para su manejo, es el punto principal para la disciplina definida por el término de Salutogénesis (Alan Dilani, 2021). Aquí cobra importancia la actividad de arquitectos estimulando los sentidos y la actividad neuronal.

Los términos “Arquitectura Terapéutica” y/o “Ambientes Curativos” son sinónimos, con origen en distintas disciplinas, que expresamos al referirnos a espacios pensados con criterios para evitar el estrés psíquico y poder lograr mejorías en el paciente. El concepto de “Humanización hospitalaria”, sin embargo, atraviesa ampliamente el sistema de Salud, casi en su totalidad, desde la gestión hasta el funcionamiento de las estructuras. Define las líneas y programas de actuación, y todo soporte físico o intelectual necesario, dirigidas a la persona del enfermo, a su entorno y a los agentes de salud. De aquí se desprenden también: la atención del acceso al agua potable, el hacinamiento e higiene de los ambientes que se habitan, la proporción y calidad de alimentos, la convivencia con aguas servidas o residuales (Consejería de Sanidad 2016: 16 y 17).

1.6. Síntesis del Capítulo.

En este capítulo realizamos un breve recorrido por conceptos históricos referidos a la noción de Salud. Se introduce a la concepción de espacios destinados a la atención de la salud y su transformación continua, como consecuencia de una constante evolución de la sociedad que la crea y a la cual va a servir. Entonces los espacios son concebidos desde una mirada dinámica que permita cambios permanentes, siendo en cada una de sus etapas de transformación, capaces de dar respuestas efectivas y de calidad.

Se desarrolló el concepto de Humanización desde los principios de derechos y obligaciones para un grupo de individuos, inmerso en una comunidad. Resulta un desafío desde el ámbito teórico y desde el práctico, lograr este objetivo, pero sin duda es necesario para cuidarnos, respetarnos, y crecer como sociedad. En el próximo capítulo se abordará la dimensión psicológica pediátrica ligada a la salud y el espacio habitado, profundizando la temática de estudio.

CAPITULO 2: LA EXPERIENCIA HOSPITALARIA Y SUS HUELLAS

2.1. Modelo Médico Hegemónico versus el Modelo Psicosocial

Como se ha hecho mención en el Capítulo 1, en la España de los años '40, desde los movimientos opositores al franquismo, contextualizado en el impulso hacia la democracia de aquel país, se promulgan ideas innovadoras y transgresoras de un alto contenido psicosociológico y abarcativo, que se anteponen al Modelo Médico Hegemónico de ese momento (Duro Martínez, J.C,1999).

Este cambio sustancial en las concepciones de las instituciones de la salud pública, a partir de este nuevo Modelo Psicosocial, considera un camino de nuevos criterios de organización institucional y atención en los espacios de salud.

El Modelo Médico Hegemónico posee un rasgo estructural predominantemente biologista, racional científica y de marcada asimetría entre el médico y el paciente (Menéndez E.L; 1988). El Modelo Psicosocial rompe con este esquema desde un enfoque participativo, postulando que la biología, psicología y sociedad son partes intrínseca del ser humano

2.2. Perspectivas psicosociales en el paciente pediátrico

Entre la comunidad científica pediátrica, ya desde los años 60, empiezan a cobrar relevancia los aspectos psicológicos, siendo los más debatidos aquellas cuestiones que tienen que ver con la separación forzosa que sufren los niños de sus padres al momento de ser hospitalizados. Se discuten las potenciales consecuencias negativas que se podían expresar en el menor (Bowlby J. como cita Ullán y Belver 2019:23), de forma inmediata o en distintas etapas de su desarrollo. Se observaron enfados psicológicos, regresiones conductuales, pérdidas de habilidades ya adquiridas, respuestas negativas a los tratamientos, como aparentes resultados de la internación. Entonces, la salud comienza a comprenderse y redefinirse como un sistema integral, diseñando estrategias con el fin de que las experiencias de paso por la institución de salud contribuyan al crecimiento psicológico positivo. Esto surge con mayor fuerza si lo acotamos al área pediátrica, donde el paciente se encuentra comprometido por una mayor susceptibilidad ante su condición de “desprotección” (Chorny, A. H, 1998).

Los niños hospitalizados son altamente vulnerables tanto por su enfermedad como por su nivel de desarrollo físico, intelectual y emocional, y el poco control que puedan tener de lo que les está ocurriendo. Los desafíos emocionales que implican el paso por el hospital tanto en el paciente pediátrico como su familia, generan que las respuestas

psicológicas de los niños a la hospitalización sean multidimensionales. Las mismas pueden ser manifestadas en cualquier ámbito evolutivo y en tres períodos temporales: durante la hospitalización; inmediatamente posterior a la hospitalización; prolongadamente posterior a la hospitalización. Estas repercusiones pueden ser tanto negativas como positivas. Es importante también concentrar esfuerzos en los factores de promoción y no en los que determinan riesgos para la Salud (Aaron Antonovsky como cita Alan Dilani, 2021).

Los factores más relacionados con peores respuestas a procedimientos médicos y hospitalizaciones son, entre otros: la edad, una internación prolongada, una inadecuada preparación para la hospitalización tanto para los niños como para la familia, falta de preparación en el personal sanitario, la falta de contacto parental o afectiva. De las hospitalizaciones, las más frecuentes son las relacionadas a procedimientos quirúrgicos, ya que son situaciones angustiantes, estresantes y hasta traumáticas, tanto para los padres como para los niños (Ullán y Belver 2019:25). Distintos estudios y experiencias evalúan positivamente al juego terapéutico, reduciendo éstos visiblemente los impactos desfavorables (Dai y Livesley, 2018).

En el 2019, La Universidad de Salamanca delineó las dimensiones básicas de procesos de humanización en hospitales pediátricos, atendiendo al niño, su comprensión del mundo y su inmersión en el Sistema Socio cultural. Plantea el protocolo de hospitalización pediátrica humanizada al que llama ABCDEEF, por sus lineamientos con base en: la Atención al Bienestar, a la Comunicación, al Dolor, a las Emociones y al Entorno, y a la Familia del niño. La consejería de la Sanidad en Madrid promueve el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 desde una misma perspectiva, realizando diagnósticos y desarrollando estrategias de abordajes.

2.3. La experiencia del paciente pediátrico como calidad del servicio sanitario

Si bien para establecer una definición estándar de “experiencia del paciente” es difícil llegar a un consenso, sí se llegó a coincidir en que el cuidado debe ser diseñado alrededor de las necesidades del paciente: sus preferencias, bienestar y circunstancias. En pediatría se considera el “cuidado médico” con centro en la familia, por ende los cuidados pediátricos tendrían que abordar también, las necesidades de estas últimas.

Ullán y Belver (2019) coinciden en que los siguientes aspectos son compartidos por los niños y adolescentes, más allá del margen del grado de control y margen de edad: Miedos y preocupaciones sobre la enfermedad y la hospitalización; La soledad; El dolor posible causado por los tratamientos; Cambios o mutilaciones en el cuerpo; Morir en el hospital. También se concluyó que las peores experiencias son las relacionadas a los

síntomas de la enfermedad, los procedimientos médicos, las restricciones de comida y bebida, y las esperas. En cuanto a las buenas experiencias mencionadas se encuentran las relacionadas a las actividades de entretenimiento, y como la mejor, la posibilidad de poder disponer de objetos y jugar tanto solos, como con sus padres o el personal.

El Estrés Traumático Médico Pediátrico ETMP y trastorno de estrés postraumático TEPT también se reconocen como aspectos a combatir. El niño posee un limitado repertorio de respuesta ante la causa estresora. En una primera instancia intenta un llamado de atención. Si los cuidadores no responden suele experimentar el "desamparo aprendido", con muchas posibilidades de desarrollar procesos de disociación (Montt M. E; 2001).

2.4. Influencia de la adecuación espacial para acompañantes o familiares de pacientes y trabajadores de salud.

¿Qué sucede con este núcleo de personas ante la hospitalización de uno de sus integrantes? Aquí, desde nuestra disciplina, ponemos la mirada en los espacios que ellos habitan, como por ejemplo en la sala de espera. Un lugar de estancia donde suceden constantemente distintas situaciones no siempre percibidas. En ocasiones encontramos personas que aguardan a familiares enfermos o a la espera de resultados, transcurriendo por múltiples sensaciones, alguno difícil, a veces desorientados o con un nuevo desorden cotidiano familiar que interrumpe sus vidas, atravesando una crisis mediante la disfuncionalidad de la unidad. Resulta importante ubicar a la persona en el ambiente físico, social y psicológico, lo que nos ayuda a comprender su percepción de la realidad como proceso cognitivo de la conciencia y la significación de los juicios respecto a ésta (Borgata, 2016).

Bajo la tutela de la U.N.C. se realizó una recopilación de datos en las salas de esperas de UCI de la provincia de Córdoba (Borgata, 2016), donde se registraron los siguientes datos:

El 61% de las personas situadas en la salas indicaba temor a la muerte, 11% tenía dificultad de comunicarse. El 72% de los familiares comprendieron lo informado, el 11% lo vieron confuso, del total de encuestados el 33 % considera que necesitaban más información. De este total, el 22% se manifestaron seguros; el 22% angustiado; el 17% preocupados; el 11% cautelosos. La mayoría se refirió a las condiciones de la sala de espera y a la contención del equipo de Salud (Borgata, 2016).

Rodríguez Velázquez y Alvarado Aguilar (2009) presentan un ensayo donde hablan del impacto de la comunicación en las salas de espera, donde la identificación entre

personas genera empatía y compañía, e incluso el nacimiento de grupos de auto ayuda como herramienta para afrontar enfermedades.

Entonces, esta simple sala con bancos, nos ubica en un espacio de transición entre lo cotidiano y el encuentro médico. Situación única, en ocasiones crítica, como experiencia atemporal que enajena de cualquier otra realidad. Hablamos de “la ventana” como elemento distractor, o de “la pantalla informativa” incluyendo una adecuada y clara comunicación para reducir la incertidumbre, de la información brindada en un lugar físico apropiado, no en los pasillos, donde se respete la privacidad de los individuos, y del personal de salud como contenedor emocional.

Este último punto nos invita a situarnos en la realidad de los individuos de los que tanto se espera: los médicos, enfermeros y demás personal de salud. Sus procesos de formación suelen ser complicados, enfrentándose a situaciones extremas o difíciles que se contraponen a todos los conceptos que traen previos a sus estudios. Entienden sus decisiones y acciones con impacto directo a la vida de las personas. Se enfrentan a un mundo laboral en búsqueda de identidad profesional, en empleos no siempre bien pagos. Practican guardias activas de gran cantidad de horas, habitando espacios que no han sido considerados para ellos. Todas estas situaciones de violencia pueden ser trasladadas directamente al trato del paciente. Resulta cada vez más frecuente la discusión basada en “La necesidad de analizar al hospital como un espacio de poder” (Rev. Med. IMSS 2005; 43 (1): 1-3). Desde nuestra práctica podemos mitigar esta situación, en principio dotando de ambientes destinados a los trabajadores de salud según sus requerimientos. Nos referimos al diseño de espacios hospitalarios que consideren salas de estar u office para enfermeros y médicos, sanitarios adecuados y en cantidades suficientes, dormitorios de guardia o las cantidad suficiente de oficinas y salas de reunión, considerando que pueden generar espacios de reflexión de la ética profesional.

2.5. Síntesis del Capítulo.

En el Capítulo 2 abordamos la dimensión psicológica de los individuos, recorriendo distintas experiencias frente a los servicios sanitarios. Hacemos énfasis en el paciente pediátrico y todo el entorno que lo acompaña.

Se introduce al proceso de diseño de un espacio, visualizando el contexto psico-socio cultural y físico de los usuarios en su conjunto. Grupos sociales con características similares, como promotores del proceso de humanización, identificando sus características y necesidades. Esto incide directamente en el diseño y el resultado de calidad ambiental que ofrece cada lugar. En el próximo capítulo indagaremos sobre modelos de análisis espaciales, determinando variables y procesos de “Humanización”, sustentados en evidencia científica.

CAPITULO 3: TEORÍAS Y MODELOS DE ANÁLISIS

3.1. Bases y fundamentos de humanización de espacios hospitalarios en pediatría.

El concepto humanización esboza todos los hechos, medidas y procedimientos que se deben elaborar para asegurar la protección y la dignidad de cada persona como paciente de una institución sanitaria, estando en el centro de cada proyecto de diseño, tanto como generador de requerimientos funcionales como una manifestación de los valores humanos a tener en cuenta.

La hospitalización en un niño puede ser una experiencia traumática si el entorno del centro de salud donde se internará no acompaña ese proceso de forma amigable. Si ese espacio le causa temor, miedo e inseguridad le ocasionará el deseo de no permanecer en el lugar, y todas estas emociones impactan directamente en el bienestar del niño. Considerando los convenios de derechos humanos y sobre todo los derechos del niño, la humanización en los hospitales pediátricos es en la actualidad una necesidad, por allí la importancia de que los espacios de entorno tengan en cuenta aspectos que hacen al ser humano y fundamentalmente al niño.

3.2. Modelo de análisis espacio-conceptual basado en evidencias.

En virtud de las necesidades de los pacientes, sus familiares y personal de salud en relación con el entorno físico Ulrich (1991) desarrolló una teoría “del diseño de apoyo”. Este diseño del entorno físico debe impulsar el bienestar de los usuarios, impidiendo elevar su estrés y favoreciendo el acceso a situaciones sociales y características físicas que lo reduzcan. El sentido del control con respecto al medio físico y social, el acceso a apoyo social y a distracciones positivas en el espacio/medio físico, son los componentes del diseño de apoyo que Ulrich señala, y que pueden incidir en el bienestar de la salud de los pacientes. Por ello, en el año 2010 presenta un modelo conceptual con variables a observar. Estas variables hacen referencia al diseño del entorno construido, al resultado de los pacientes, sus familiares y al personal de salud y por último, pero no menos importante, variables organizacionales.

3.3. Variables de análisis.

Las siguientes ocho variables de diseño conforman el modelo conceptual denominado “diseño basado en evidencias”, de las cuales las primeras cinco afectan a diversos participantes, mientras que las últimas tres afectan a grupos específicos de personas:

3.3.1 Variables relacionadas con el entorno sonoro: uno de los principales estresores ambientales que afectan negativamente a los pacientes y al personal de salud, es el ruido en los hospitales. El ruido es un factor que ayuda a la falta y a la interrupción del sueño, a los desvelos, al estrés, obstaculiza la comunicación oral de todos los usuarios y está directamente relacionado con la insatisfacción del personal. Aminorar el ruido en los hospitales puede mejorar la satisfacción de los pacientes y su re hospitalización, como así también, la duración de su estadía, el uso de medicación y el dolor percibido.

3.3.2 Variables relacionadas con el entorno visual: las distracciones positivas y la iluminación natural, forman parte de las medidas para mejorar el entorno visual. Proveen un nivel moderado de estimulación ambiental alejando la atención de los pacientes de los estresores, como el dolor, el ruido, etc; impulsando el bienestar emocional y psicológico de los pacientes. La iluminación natural, utilizada como fuente de iluminación principal en los ambientes sanitarios promueve la disminución de depresión, así mismo ayuda a estancias más cortas y a mejorar la calidad del sueño. También impacta en el personal de la salud, permitiendo una productividad más alta y una mayor satisfacción del espacio donde desarrollan sus actividades. Un posible recurso para lograr visuales se puede realizar directamente con ventanas con vistas a la naturaleza o, indirectamente, con obras de arte de paisajes naturales.

3.3.3 Mejora de la seguridad: los sistemas de tratamiento del agua eficientes, el control de la calidad del aire, el uso de superficies de fácil limpieza, la disponibilidad de dispensadores para limpieza de manos y las habitaciones individuales integran las medidas de diseño del medio construido para aminorar los errores médicos, disminuir las tasas de infecciones nosocomiales, reducir las caídas de los pacientes y también las lesiones del personal. Si se suministra una adecuada iluminación de las zonas de trabajo y se intenta controlar los ruidos ocasionados inesperadamente, se pueden reducir los errores médicos. Los puestos de enfermería descentralizados, además de posibilitar un mejor monitoreo del paciente, disminuyen las tasas de caídas.

3.3.4 Sistemas de orientación: los problemas de orientación en un centro de salud, la imposibilidad de localizar espacios específicos, como por ejemplo un consultorio o una habitación pueden generarle a los pacientes y a los familiares pérdidas de turnos y estrés. Al personal sanitario, puede causarle interrupciones en su labor, por responder consultas reiteradas.

3.3.5 Sostenibilidad: a raíz de que los establecimientos de salud generan muchos residuos y el mantenimiento de los mismos consume mucha energía, es

necesario, al momento de diseñar y proyectar un edificio, tener en cuenta los aspectos como el aislamiento de los sistemas constructivos y la selección de los materiales de los edificios, su orientación, la circulación de aire, etc.

3.3.6 Las habitaciones del paciente: en lugar de agrupar a los pacientes en habitaciones múltiples, reorganizarlos en habitaciones individuales puede mejorar numerosos resultados de salud, como la calidad del sueño, las tasas de infecciones, el nivel de estrés, mejora la privacidad, la comunicación y la satisfacción tanto del paciente como de sus familiares.

3.3.7 Espacios para apoyar a la familia: en los pacientes pediátricos al igual que en los adultos, la presencia de la familia y su acompañamiento, cumple un rol sumamente importante ya que alivia el dolor, disminuye la duración de la estadía, mejora los resultados clínicos y aumenta la satisfacción del paciente. Un establecimiento de salud, impulsa la presencia de la familia cuando, por ejemplo, incorpora en su diseño salas de espera con equipamiento confortable y flexible, sanitarios para familiares, etc.

3.3.8 Espacios para el personal: algunas medidas ambientales que ayudan a reducir el ruido o que incrementan la iluminación natural, también ayudan al bienestar del personal sanitario incrementando su satisfacción laboral y disminuyendo sus niveles de estrés.

Además del modelo conceptual descrito anteriormente, es bueno mencionar otros programas que trabajan la accesibilidad en los centros de salud pediátricos, como el diseñado por la Conserjería de Sanidad, Comunidad de Madrid. La accesibilidad universal es definida como "la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condición de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible" (COCEMFE).

Se consideran los requisitos llamados DALCO, y son los siguientes:

DEAMBULACIÓN: referido a la Movilidad vertical y horizontal, a los medios propios de la persona (silla de ruedas, muletas, etc.) o medios de transporte. El estudio de los accesos (accesos, anchos de paso, de giro, obstáculos desniveles verticales como rampas, escaleras, ascensores) se constituye en una condición fundamental de la movilidad: poder usar un servicio es a través de su acceso.

APREHENSIÓN: requisito que hace referencia a las capacidades de aprehender, alcanzar y agarrar por medio del: 1) Alcance manual: de botones, interruptores, herrajes y manijas, pasamanos, barras de apoyo, asas, etc; 2) Alcance

visual: señalética, elección de tamaño, colores, etc.); 3) Alcance auditivo: señales de alarma, avisos por megáfonos, mostradores de atención al público, etc.

LOCALIZACIÓN: en relación a la orientación, la persona debe saber dónde se encuentra y también poder tener información para encontrar a alguien o a algo.

COMUNICACIÓN: incluye los procesos de emitir, recibir e intercambiar información por medio de los diferentes canales: oral, escrito, visual y auditivo, como son la cartelería, alarmas, folletos dispositivos sonoros, táctiles, luminosos, etc.

Al mejorar la accesibilidad, el espacio se hace más usable, más humano y más cercano para todos.

3.4. Fichas con datos experimentales.

Datos experimentales sobre la influencia de la LUZ NATURAL en las Unidades de cuidados intensivos infantiles.

A partir de los años 70, cobró mayor interés conocer como afectaba a los niños pequeños con dificultades severas de salud, la calidad del ambiente físico y social que los rodeaba. Especialmente, se investigó sobre el efecto de la luz a la que están expuestos estos niños, dentro de las áreas de cuidados intensivos neonatales. En el trabajo realizado por Miller et al, se trató de investigar los efectos de la luz, cíclica o constante, sobre el desarrollo y la salud de los niños con el paso del tiempo. El objetivo era indagar como podía impactar la luz cíclica o no cíclica, en los niños prematuros: en su crecimiento y a su estado de salud. Se pudo comprobar lo siguiente:

Elaboración propia en base a: Miller CL, White R, Whitman TL, O'Callaghan MF, Maxwell SE. *The effects of cycled versus noncycled lighting on growth and development in preterm infants.*

Fuente:	Miller CL, White R, Whitman TL, O'Callaghan MF, Maxwell SE. <i>Los efectos de iluminación cíclica versus iluminación no cíclica sobre el crecimiento y el desarrollo en recién nacidos prematuros.</i>
Muestra:	41 niños prematuros que cumplieron los criterios de inclusión (peso menor de 2.500 gramos al nacer, menos de 37 semanas de gestación, sin malformaciones congénitas)
Descripción:	Las alteraciones diurnas de la luz en las Unidades de cuidados intensivos infantiles, según lo que la investigación sugería, establecen un ritmo biológico crítico para el desarrollo normal y el crecimiento del paciente. Según la disponibilidad de espacio y personal sanitario, se fue asignando a los niños a la condición de luz cíclica o no cíclica.
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"> Se pudo comprobar que, tanto los niños del grupo de luz cíclica como los del grupo de luz no cíclica, no diferían en edad gestacional, ni en peso, ni en sus puntuaciones en apgar.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Según resultados, los niños expuestos a luz cíclica presentaron un desarrollo mejor cuando se compararon con los niños del grupo de luz no cíclica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ con una significativa ganancia de peso en el curso de una semana. ▪ comenzaron la alimentación oral significativamente más pronto que los de la condición de luz no cíclica. ▪ disminuyeron la cantidad de días con respiración asistida. ● Entre estos dos grupos, niños expuestos a luz cíclica y niños expuestos a luz no cíclica, no hubo diferencias en cuanto a las complicaciones médicas (hemorragias, sepsis, etc.). ● Los niños de la condición de luz no cíclica transitaron una media de 75 días (SD 25.3) internados, mientras que los niños expuestos a la condición de luz cíclica pasaron una media de 59 días internados en el hospital.
Conclusiones:	Se entiende que la tipología de la luz, constante o cíclica, es un factor ambiental determinante para la salud de los niños pequeños o prematuros, afectando de manera inmediata a su recuperación y crecimiento saludable.

Datos experimentales sobre la influencia de las IMÁGENES Y SONIDOS DE LA NATURALEZA en los espacios hospitalarios.

Como mencionamos anteriormente, la naturaleza juega un rol importante a la hora de diseñar y proyectar un establecimiento de salud. Pero es cierto que muchas veces los centros de salud no se encuentran contruidos en paisajes naturales, que permitan que el paciente disfrute de las visuales de una habitación, ya que con demasiada frecuencia, los hospitales son contruidos en centros urbanos con visuales a edificios y/o densa urbanización. Es importante tener en cuenta otros recursos o alternativas que funcionen como “naturaleza”. Un ejemplo de esto podría ser, imágenes con sonidos grabadas de la naturaleza o de paisajes proyectados en una pantalla.

Elaboración propia en base a: Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, Rubin HR. *Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: a complementary approach toroutine analgesia.*

Fuente:	Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, Rubin HR. <i>Terapia de distracción con imágenes y sonidos de la naturaleza reducen el dolor durante la broncoscopia flexible: un enfoque complementario para analgesia de rutina.</i>
Descripción:	Realizaron un ensayo aleatorizado controlado para determinar si la distracción con reproducciones de imágenes y sonidos de la naturaleza durante un procedimiento médico de broncoscopia flexible podía reducir el dolor y la ansiedad de los pacientes y, secundariamente, mejorar su satisfacción con el procedimiento. Hubo dos grupos de pacientes, el grupo control y el experimental, con el primero se siguió el procedimiento estándar mientras que los del grupo experimental podían ver una escena de un paisaje natural impresa en calidad fotográfica sobre las cortinas, y escuchar por auriculares una grabación de sonidos de la naturaleza
Muestra:	En este ensayo, participaron 80 pacientes incluyendo el grupo de control. Durante la realización del procedimiento se mensuró el nivel de ansiedad y el dolor que manifestaron experimentar los pacientes.
Resultados:	El grupo experimental informo un mejor control del dolor, que fue considerado como bueno o excelente por el 29,3% frente al 20,5% del grupo control, sin que se observaran diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre los grupos.
Conclusión:	Se puede observar que los sonidos e imágenes de paisajes naturales en las visuales de las habitaciones de internación son un recurso más que ayuda al bienestar del paciente o a controlar algunos aspectos que hacen a su estancia en el hospital, como por ejemplo el control del dolor, mejorando y acortando su estancia hospitalaria.

Elaboración propia en base a: Ulrich RS. *View through a window may influence recovery from surgery.*

Fuente:	Ulrich RS.: <i>La vista a través de una ventana puede influir en la recuperación de la cirugía.</i>
Descripción:	Estudio a partir de la hipótesis del autor, donde sostenía que la vista de un entorno natural a través de una ventana en la habitación podría influir en su recuperación. Se tomaron registros de recuperación de pacientes internados luego de una colecistectomía, en un hospital suburbano de Pennsylvania.

Muestra:	<p>Se analizaron y compararon los registros obtenidos por enfermeras, de pacientes internados en habitaciones similares: eran todas para ocupación doble, y casi idénticas en términos de dimensiones, tamaño de ventana, disposición de las camas, muebles y otras características físicas importantes. En total 23 habitaciones tenían vista a través de la ventana de un paisaje natural (árboles de hoja caduca), y 23 habitaciones tenían vista hacia una pared de ladrillos. Los pacientes elegidos fueron sometidos únicamente a una colecistectomía, y tenían entre 20 y 60 años, excluyendo quienes tuvieron complicaciones o quienes tenían historial de perturbaciones psicológicas. Los datos de recuperación se extrajeron de los registros de una enfermera con amplia experiencia en piso quirúrgico. La enfermera no sabía cuál escenario era visible desde la ventana del paciente.</p>
Resultados:	<p>Para analizar los resultados se emparejaron pacientes a partir de los siguientes criterios: uno que haya tenido vista a los árboles y otro a la pared de ladrillos; Por sexo; Por edad (rango de 5 años); Por fumador o no fumador; Año de cirugía (dentro de un período de 6 años); Piso de internación.</p> <p>Resultados:</p> <p>Días de internación: 7,96 días quienes estuvieron en habitación con vista a los árboles; 8,70 días quienes estuvieron con vista a la pared.</p> <p>Comentarios sobre la condición del paciente: 3,96 notas negativas de pacientes en habitaciones con vista hacia la pared; 1,13 notas negativas de pacientes con vista hacia los árboles.</p> <p>Consumo de analgésicos: Se comparó entre los dos grupos. En el período del día 2 al día 5, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la media del número de analgésicos consumidos por los pacientes de las habitaciones con vistas a los árboles y por los que estaban en habitaciones que miraban a la pared, presentando los últimos mayor consumo. En los otros días no hubo diferencias significativas. En los días del 2 al 5, de los pacientes con ventana hacia los árboles, fueron menos los que tuvieron dolor fuerte o moderado, que entre los que estaban en habitaciones con ventana a la pared. Los que miraban a la pared tomaron analgésicos más potentes respecto a los que miraba a los árboles.</p>

Conclusión:	En comparación con el grupo que tuvo internación en habitaciones con ventanas hacia la pared, los pacientes con vista hacia los árboles tuvieron: estancias hospitalarias post-operatorias más cortas; menos comentarios de evaluación negativos recopilados por las enfermeras; tomaron menos dosis de analgésicos moderados y fuertes; tuvieron ligeramente menores complicaciones postquirúrgicas. Aunque Los resultados sugieren que el escenario natural ha tenido influencias comparativamente terapéuticas, debe reconocerse que la vista "construida" en este estudio era comparativamente monótona, una pared de ladrillos en gran parte sin rasgos distintivos.
--------------------	---

Datos experimentales sobre la influencia de JARDINES en los espacios hospitalarios

El uso de jardines o espacios ajardinados como lugar para uso de los pacientes hospitalarios, no es un concepto nuevo. En la Edad Media, era habitual que los hospitales ligados a los monasterios dispusieran de jardines para el uso de los enfermos. Los establecimientos de salud europeos y americanos, durante el siglo XIX, continuando con esta tradición, acostumbraban a disponer de espacios ajardinados alrededor de sus edificios, pero a partir del comienzo del siglo XX, estas zonas o jardines, empezaron a perder importancia en los hospitales ya que la construcción de estos edificios se centró en reducir el riesgo de infecciones y en alojar de manera correcta la nueva tecnología médica. Hoy las evidencias disponibles sobre el efecto que puede tener el contacto de la naturaleza a través de jardines o espacios ajardinados, cobran importancia en el diseño de los edificios.

Elaboración propia en base a: Reeve A, Nieberler-Walker K, Desha C. *Healing gardens in children's hospitals: Reflections on benefits, preferences and design from visitors' books.*

Fuente:	Reeve A, Nieberler-Walker K, Desha C.: Jardines curativos en hospitales pediátricos: <i>Reflexiones sobre beneficios, preferencias y diseño del libro de visitas.</i>
Descripción:	Analizaron y estudiaron los comentarios y las percepciones que los pacientes tuvieron de los espacios ajardinados en un hospital infantil australiano.
Muestra:	Se estudiaron los comentarios y opiniones que tenían los pacientes, en este caso, los niños hospitalizados y sus padres.
Resultados:	Todas las percepciones recogidas en el estudio de comentarios y opiniones de los pacientes, determinaron que pasar tiempo en los

	jardines del hospital concedía a los usuarios una buena sensación de sentirse lejos del hospital, como si no estuvieran ahí en ese momento; y de la realidad de estar enfermos, o de tener un hijo enfermo. También expresaron que permanecer en esos espacios ajardinados les generaba una sensación de recuperación y paz, otorgándoles una perspectiva diferente de la realidad por la que están sometidos, dejando de lado, por momentos, el trauma de la enfermedad que padecían.
Conclusión:	Se llegó a la conclusión de que a pesar de que se necesitaba mayor investigación, los jardines o espacios ajardinados juegan un rol fundamental en aliviar el impacto emocional de las experiencias de hospitalización tanto para los niños, como para los padres y/o sus familias.

Elaboración propia en base a: Whitehouse S, Varni JW, Seid M, Cooper-Marcus C, Ensberg MJ, Jacobs JR, et al. *Evaluating a children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction.*

Fuente:	Whitehouse S, Varni JW, Seid M, Cooper-Marcus C, Ensberg MJ, Jacobs JR, et al. <i>Evaluando el entorno del jardín de un hospital pediátrico: utilización y satisfacción del consumidor.</i>
Descripción:	Realizaron una evaluación post-ocupacional del jardín del Hospital Children's Hospital and Health Centre en San Diego Estados Unidos, para establecer si el jardín o los espacios ajardinados habían cumplido con sus objetivos, entendiendo por objetivos a reducir el estrés, ayudar en su recuperación, en la esperanza y la energía y en acrecentar la satisfacción de los usuarios.
Muestra:	Se tuvieron en cuenta comentarios, observaciones, opiniones y recomendaciones de niños, padres y personal sanitario para diseños, construcciones y planificaciones futuras.
Resultados:	En las entrevistas, varios padres y personal médico alegaron que el jardín era un espacio especial y significativo por varios motivos, como por ejemplo, procesar situaciones estresantes, afrontar el duelo, compartir tiempo con los niños fuera de la habitación de internación, cambios de humor positivos generados por disfrutar de la naturaleza.
Conclusión:	A pesar de que los investigadores están de acuerdo en que es necesario mejorar la recopilación de evidencias, los resultados obtenidos concluyen en que los edificios de salud que incluyen dentro

	de su diseño jardines o espacios ajardinados promueven el bienestar de los usuarios y su recuperación, mejorando aspectos como el estrés, la ansiedad, la tristeza, el aburrimiento y el dolor.
--	---

Datos experimentales sobre la influencia del RUIDO en los espacios hospitalarios.

Los centros de salud, en general, son ambientes altamente ruidosos, lo que puede generar consecuencias fisiológicas y psicológicas negativas para la salud, considerando al ruido como el principal estresor ambiental dentro de un hospital. Para el personal sanitario y para los pacientes los ruidos más fastidiosos son: las voces, ya sea entre familiares de otros pacientes, entre los mismos médicos; Los altavoces; Los carros por los pasillos de circulación; Ruidos de pasos y los sonidos que se originan por el uso del instrumental médico.

Elaboración propia en base a: Busch-Vishniac IJ, West J, Barnhill C, Hunter T, Orellana D, Chivukula R. *Noise levels in Johns Hopkins Hospital.*

Autor:	Bush-Vishniac, West J, Barnhill C, Hunter T, Orellana D, Chivukula R.: <i>Niveles de sonido en el Hospital Johns Hopkins.</i>
Descripción:	En este estudio se intentó evaluar si los niveles de ruido en los centros hospitalarios habían cambiado con el correr del tiempo, si estos niveles variaban de un hospital a otro, y si dentro de un mismo hospital variaban entre una unidad y otra.
Muestra:	Se analizó los datos obtenidos en 35 estudios publicados sobre el ruido en los hospitales desde los años 60 hasta el año 2005.
Resultados:	<p>Se observó que ninguno de los resultados publicados mostraba un hospital que cumpliera con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el ruido en los centros de salud.</p> <p>Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresan que los niveles de ruido dentro de los hospitales debían de ser entre 30 dB(A) de noche en las habitaciones de los pacientes ingresados y 35 dB(A) durante el día, y con picos que no excedieran los 40 dB(A).</p> <p>Los datos referidos a los años más recientes, presentaron niveles de ruido entre 20-40 dB(A) superando lo recomendado por la OMS.</p> <p>También registraron que había una clara tendencia desde los años 60 a aumentar el nivel de ruido en los hospitales (0,38 dB por año durante el día y 0,42 dB por año en los niveles de ruido nocturnos).</p>

	Asimismo, se observó que los datos indicaron pocas variaciones en una amplia clase de hospitales y de unidades médicas, lo que termino insinuando que el problema del ruido en los centros de salud es universal.
Conclusión:	Como mencionábamos anteriormente, el ruido es el principal estresor ambiental que afecta negativamente a los pacientes, contribuyendo a la falta de sueño y a su interrupción, al estrés, a la insatisfacción, al deterioro de respuestas fisiológicas como la presión arterial, las tasas cardíacas o la baja saturación de oxígeno. Además, el ruido interfiere con la comunicación oral y empeora la calidad del trabajo del personal sanitario. También hay evidencias del impacto del entorno acústico en los trabajadores del hospital. El ruido distrae al personal sanitario, dificulta su concentración e incrementa su fatiga.

Elaboración propia en base a: Siebein G, Skelton R, McCloud V, Lilkendey R, Paek H. *Soundscape analysis of a neonatal intensive care unit (NICU) facility.*

Autor/es y título:	Gary W. Siebein, Reece Skelton, Victoria McCloud: <i>Análisis del paisaje sonoro de una unidad de cuidados intensivos neonatales.</i>
Descripción:	Se realizó una evaluación del paisaje sonoro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un hospital urbano de gran tamaño, en el marco de un proceso de diseño de expansión y remodelación de la unidad. Los sonidos que componen el paisaje de una UCIN son provenientes de la gran cantidad de equipos, de los equipos de procesos médicos, de los cuidadores, pacientes y visitantes. Éstos afectan al personal y familiares, elevando niveles de estrés y dificultando la comunicación. El objetivo fue evaluar el diseño acústico propuesto en base a los resultados de la investigación.
Muestra:	Para la evaluación se realizaron: Reuniones con el personal para determinar problemas acústicos; Mediciones del nivel de sonido a largo plazo de todos los eventos acústicos que comprenden el sonido ambiental en la UCIN; Mediciones de nivel de sonido a corto plazo; Grabaciones de video y audio que catalogaron los eventos acústicos específicos que constituyen el paisaje sonoro de la UCIN.
Resultados:	Se documentaron y catalogaron más de 75 eventos acústicos específicos. Éstos se agruparon en cinco categorías principales diferentes: Sonidos provenientes del exterior (del tráfico, medios de transporte, obras de construcción); Sonidos del equipamiento del

	edificio (sistemas de ventilación y renovación de aire, sistemas eléctricos y otros asociados a las instalaciones del hospital); Sonidos ocupacionales (abrir y cerrar de cajones y puertas, dispensadores de papel, jabón y sanitizantes, pasos, tubos neumáticos para transporte de muestras y teléfonos); Sonidos del equipamiento médico (funcionamiento normal y alarmas indicadoras de situaciones anómalas); Sonidos de conversaciones (conversaciones constantes entre el personal de enfermería, el personal médico, los padres y otras visitas).
Conclusión:	Se desarrolló una clasificación de estrategias de mitigación de ruido para cada evento acústico específico en cada categoría, con 4 áreas generales de responsabilidad para la acción: <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño e infraestructura del edificio. 2. Instalaciones, mobiliario y equipos hospitalarios. 3. Controles administrativos promulgados por el hospital. 4. Educación y capacitación del personal, familiar y visitante, realizado por el hospital para sensibilizar a todos sobre el papel vital del sonido, la comunicación, la calma y el reposo en el complejo entorno de la UCIN.

Datos experimentales sobre la influencia de la CALIDAD SIMBÓLICA en los espacios hospitalarios pediátricos.

La dimensión simbólica del espacio está directamente vinculada al significado que los consumidores otorgan a estos ambientes hospitalarios, también a la interpretación que hacen de los mismos y cómo estas interpretaciones y significados repercuten en su bienestar. Se puede considerar al modelo denominado Mediadores Simbólicos Ambientales (MAS), como un modelo que se asemeja al análisis de las dimensiones simbólicas de los centros de salud, en el desarrollo de humanización de centros hospitalarios pediátricos. Para el desarrollo del modelo, (ver Fig. 1.1) se tuvo en cuenta la evidencia científica sobre el efecto que tenía el espacio físico del hospital en la calidad de vida de los usuarios, especialmente en el impacto psicosocial de la hospitalización de pacientes pediátricos. La Declaración de Derechos del Niño de Naciones Unidas y la Carta Europea de Derechos de los Niños Hospitalizados son referentes en este modelo, el cual se basa en sus normativas y sus reglamentaciones, en cuanto al cuidado de la infancia dentro de los ambientes hospitalarios.

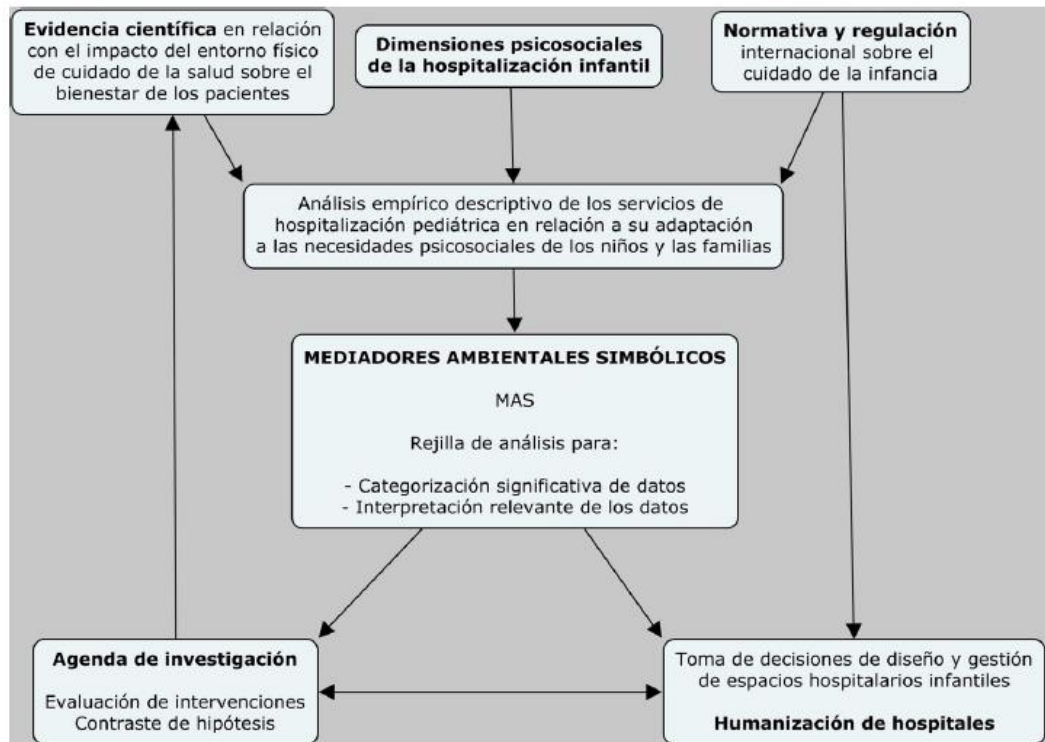


Fig. 1.1. Fuente: Ullán y Belver. Modelo de Mediadores Ambientales Simbólicos (35)

El modelo recomendaba ideas o propuestas para mejorar los establecimientos de salud dado que, señalaba dimensiones o vectores a ser considerados a la hora de pronunciarse en cuanto al diseño y gestión del entorno para los niños dentro del hospital.

La causa posible de supeditar el impacto de los estresores hospitalarios influyendo en el bienestar de los niños hospitalizados, es la forma de percibir al hospital y el significado otorgado por los pacientes pediátricos y sus familiares, lo que da origen a este modelo.

La percepción y el significado que los usuarios hacen de los hospitales es emocional, es decir, pueden provocar experiencias emocionales de amplia variedad. Estas señales se conocen como mediadores ambientales simbólicos y se clasifican en:

Estresores ambientales simbólicos: esto ocurre cuando las señales estímulares del entorno hospitalario están asociadas a experiencias emocionales negativas.

Distensores ambientales simbólicos: en este caso, cuando las experiencias emocionales percibidas son positivas.

En ambientes hospitalarios pediátricos es más fácil al momento de proyectar estos ambientes, generar atractivos o dispersiones positivas para el paciente, el niño, estimulando la valoración afectiva infantil del espacio y otorgando una mejor experiencia de hospitalización tanto para ellos como para sus familiares, como así también, impactando favorablemente en su recuperación.

Datos experimentales sobre la influencia del ARTE en los espacios hospitalarios pediátricos.

Con la finalidad de fomentar el bienestar de los niños y los adolescentes en los centros de salud, el arte y los recursos artísticos logran relevancia en los proyectos de humanización de hospitales pediátricos, poniendo el foco en las necesidades emocionales tanto del niño como de sus familiares en el transcurso de la enfermedad y su recuperación.

El Arte se muestra como una estrategia con considerables contribuciones en la mejora de estos entornos de cuidado de la salud. Se podrían considerar cuatro polos generales de colaboración, participación e integración:

a) Polo Social-Artístico: se refiere a proyectos cuyo objetivo es utilizar la creatividad para propiciar una mejora en las relaciones sociales (por ejemplo: implicación de los padres en los juegos imaginativos de los niños; transmisión de emociones entre ellos, etc).

b) Polo Individual-Artístico: proyectos basados en la creatividad, en relación con el bienestar, el arte tomado como terapia potencial (por ejemplo: distracción, juegos e imaginación de los niños teniendo en cuenta el estado emocional de los mismos, etc).

c) Polo Social-Servicios de salud: se ubican los proyectos que incluyen a grupos para fomentar la salud de la comunidad a través de métodos creativos (por ejemplo: promoción de la actividad física, mensajes de alimentación de educación vial, color de las paredes, etc).

d) Polo Individual-Servicios de salud: proyectos que favorecen los procesos del cuidado de la salud, trabajando en las facetas más delicadas de la salud-enfermedad (por ejemplo: miedo de los niños con los procedimientos médicos, narrativas, etc).

Elaboración propia en base a: Monti F, Agostini F, Dellabartola S, Neri E, Bozicevic L, Pocecco M. *Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit.*

Fuente:	Monti F, Agostini F, Dellabartola S, Neri E, Bozicevic L, Pocecco M. <i>Intervención pictórica en un entorno hospitalario pediátrico: Efectos en la percepción afectiva parental de la unidad.</i>
Descripción:	En este estudio se intentó evaluar el efecto de una intervención pictórica en un centro de salud pediátrico, según la experiencia percibida del espacio por los padres dentro del hospital. Se intervinieron las paredes de las unidades de pacientes crónicos y agudos, con murales de paisajes naturales y personajes mágicos.

Muestra:	502 padres respondieron un cuestionario haciendo referencia a la experiencia percibida del espacio físico del hospital. 302 padres respondieron luego de la intervención y 200 padres antes.
Resultados:	<p>Se observó que la percepción afectiva de los padres fue mucho más positiva después de los murales, indicando que esta intervención reducía el estrés en los padres y generaba un ambiente que percibían positivamente como acogedor.</p> <p>Para el personal sanitario estas intervenciones artísticas son reconocidas y valoradas ya que mejoran el entorno donde ellos ejercen su profesión.</p>
Conclusión:	Tanto por los pacientes como por personal sanitario, la intervención de los hospitales pediátricos para su humanización, con el uso del arte y los recursos artísticos impacta de manera positiva en la estancia del paciente dentro del centro de salud como así también en su recuperación, al mismo tiempo que reduce el estrés en los padres. El uso del arte dentro de los hospitales es un aporte que resulta beneficioso para todos los usuarios.

3.5. Síntesis del Capítulo.

Hasta aquí abordamos las necesidades y los fundamentos de humanización en espacios hospitalarios de pediatría. Se presenta un modelo de análisis espacial y se describen algunas variables a tener en cuenta para desarrollar espacios destinados al cuidado de las personas y su salud. Presentamos casos de estudios concretos, en un formato de fichas, para unificar su lectura y ordenar la información.

Desarrollamos el concepto de recuperación de los pacientes, no solo desde la mirada biológica, con las prácticas de los profesionales de salud, sino también mediante el ambiente donde permanecerán. El impacto que tiene el espacio físico del hospital, en todos los usuarios es sumamente considerable para su mejoría, y es un factor a considerar en el inicio del proceso de diseño del proyecto.

A continuación, en el próximo capítulo, bajo la mirada hasta aquí desarrollada, se tomarán dos casos de estudio: un Centro de Salud Europeo y un Hospital en la provincia de Bs. As; Argentina. De esta manera se ejemplificará el modelo teórico expuesto.

CAPÍTULO 4: EJEMPLOS DE ESTUDIO

4.1. Recorrido por el Hospital Niño Jesús

4.1.1 Centro Maktub, área de trasplante de médula ósea del Hospital Niño Jesús.

El centro Maktub, se encuentra dentro de la planta de oncología infantil del Hospital Niño Jesús.

Ubicación	Madrid, España
Fecha	Octubre / Diciembre 2012
Autor	Arq. Elisa Valero Ramos, Arq. Leonardo Tapiz Buzarra, Artista Gráfico Eduardo Barco
Superficie	338m2
Proyecto	Se trata de la materialización de un proyecto de investigación realizado por la Fundación Aladina y la Universidad de Granada con el objetivo de proveer al Hospital Pediátrico Niño Jesús de un centro que contemple las mejores instalaciones tecnológicas para llevar a cabo el trasplante de médula ósea. El proyecto se apoya en innovaciones tecnológicas, con la intención de aliviar de la mejor manera posible, la sensación de aislamiento a la que están sometidos todos los niños inmunodeprimidos. Se propicia los espacios donde transitaran la estancia los niños y sus familiares, con características para otorgar sensación de confort y contención.
Intervención Variables de análisis	Se propone solucionar las necesidades funcionales excluyendo o transformando la percepción de los componentes constructivos reconocidos como hospitalarios. <ul style="list-style-type: none">• Arte: Se incorpora el uso de materiales nuevos como el Himacs que posibilita evitar los protectores de golpes y redondear las esquinas. Minimizar la existencia de los aparatos en las cabeceras a través de su diseño, generando una percepción lúdica del ambiente mediante el uso del color y su geometría.



Fotos: Ingreso a habitaciones, geometría, muros con los materiales nuevos incorporados, las esquinas redondeadas y el uso del color. Fotos extraídas de la pagina <https://hospitecna.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/>

- **Luz natural y visuales:** el pasillo a donde miran los 6 boxes previamente era un pasillo sin luz natural y con dimensiones ajustadas. Se modificó y se convirtió en una galería totalmente iluminada por grandes ventanales que miran hacia un jardín. Tiene visuales hacia los árboles generando sensación de amplitud y contacto con la naturaleza.

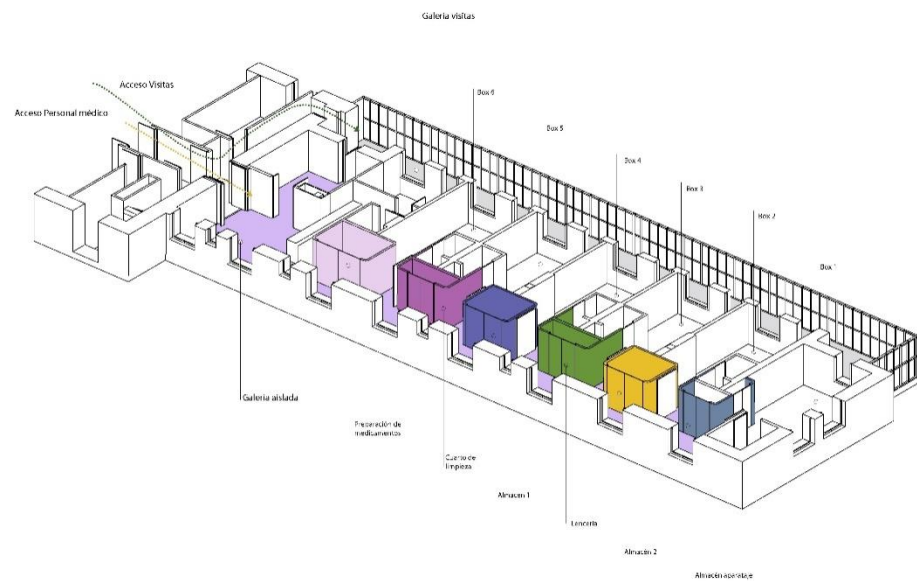


Imagen: axonométrica con la disposición de las 6 habitaciones respaldadas por el pasillo transformado en galería con los ventanales hacia el exterior. Foto extraída de la pagina <https://hospitecna.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/>

- **Luz artificial:** se ha proyectado en las habitaciones con “...tecnología de led blancos de triple chip última generación smd 5050y sistema RGB con control de 856 colores a través del sistema chip triled, empleado para cromoterapia.” (Hospitecna:

<https://hospitecnia.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/>). Esto permite que los niños internados puedan cambiar el color de las luces dentro de su habitación. Mediante el sistema de “cromoterapia” se puede detectar si los niños se encuentran de buen humor, o si necesitan descansar, es decir, se puede observar el estado anímico del niño, a través de la elección del color en la iluminación de las habitaciones. Link video: <https://www.youtube.com/watch?v=66FqYSV2bEM>



Fotos: Interior de habitaciones con diferentes colores generadas por la iluminación artificial. Imágenes extraídas de la pagina <https://hospitecnia.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/>

- Las habitaciones del paciente: se desarrollan 6 habitaciones, cada habitación cuenta con grandes ventanales que se orientan hacia el pasillo transformado en galería. En este se ubica un teléfono por el cual los familiares y amigos pueden hablar con el paciente pediátrico. Junto a estas ventanas existe un compartimento por donde les pueden pasar elementos como juguetes, una vez esterilizados con alcohol. También cuentan con mobiliario que se puede adaptar y transformar en una cama auxiliar para que los padres puedan pasar la noche con sus hijos.

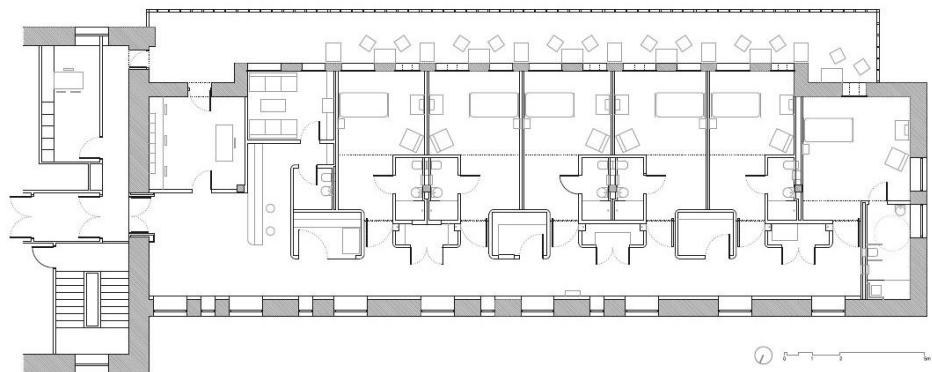


Imagen: Plano de planta, se observa la disposición de las 6 habitaciones con la galería vidriada. Imagen extraída de la pagina <https://hospitecnia.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/>

	 <p>Fotos: Interior de una habitación. Fotos extraídas de la pagina https://hospitecna.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacios para apoyar a la familia: en el “pasillo – galería” los padres tienen sus espacios de guardado, sus armarios, donde preservan, la ropa para cambiarse cuando entran a la habitación de los niños, un microondas para sus comidas y una heladera. • Espacios para el personal: al momento de proyectar el espacio, se tuvo en cuenta al personal sanitario, médicos y enfermeras, generándoles una zona de descanso y despachos más agradables, mejorando las instalaciones de los mismos.
<p>Evidencia de mejoría por la intervención</p>	<p><i>“El Centro Maktub, unidad pionera de trasplantes de médula ósea inaugurada por Fundación Aladina en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, cumplió la semana pasada su primer año de vida. Un período en el que se han llevado a cabo un total de 63 trasplantes a niños y adolescentes enfermos de cáncer, superando así ampliamente las previsiones iniciales –entre 45 y 50 trasplantes anuales.”</i> (Somos pacientes. La comunidad de asociaciones de pacientes. https://www.somospacientes.com/noticias/asociaciones/el-centro-maktub-cumple-su-primer-aniversario/).</p> <p>También se hace énfasis en la calidad del espacio y como éste impacta en la recuperación del paciente: <i>“...la reforma integral que se llevó a cabo ha conseguido mejorar la calidad de vida y la estancia de los pacientes y familiares durante el período de aislamiento en el centro, que como media ronda las 3-4 semanas.”</i> (Somos pacientes. La comunidad de asociaciones de pacientes. https://www.somospacientes.com/noticias/asociaciones/el-centro-maktub-cumple-su-primer-aniversario/).</p>

Cuadro: Elaboración propia en base a los artículos publicados en el sitio web “Hospitecna”, en “Somos pacientes. La comunidad de asociaciones de pacientes” 12 de Febrero de 2014- 10:30y en “Mediaset España” 03/11/2014- 18:05 h.

4.1.2 UCI pediátrica del Hospital Niño Jesús.

La anterior UCI del Hospital Niño Jesús, se demuele por completo para poder realizar la re - funcionalización del área de cuidados intensivos pediátricos del Hospital.


Ubicación	Madrid, España
Fecha	Año 2016
Autor	Fundación Aladina
Proyecto	<p>A raíz de que la UCI pediátrica del Hospital Niño Jesús es un referente nacional, ya que atiende a la mayor cantidad de niños oncológicos en estado grave de toda España, la Fundación Aladina decidió reformar por completo esta zona del hospital. Demolió la construcción anterior y desarrolló un área totalmente nueva capaz de solventar las necesidades de sus pacientes, dotándola de mejor tecnología y generando ambientes amigables para los pacientes pediátricos y sus familiares.</p> <p>Se ubica en el primer piso del hospital, cuenta con 14 camas con un servicio de puertas abiertas. Se incorporan 14 brazos robóticos de avanzada tecnología, se crean 7 puestos simples y uno doble para politraumatismos. Por último, 6 boxes que tienen la función de aislamiento con presión positiva/negativa.</p>
Intervención Variables de análisis	<p>Se propone generar un ambiente que ayude y mejore el ánimo de los niños hospitalizados y sus familiares.</p> <ul style="list-style-type: none">• Arte: Se incorpora el uso del vinilo creando una decoración dinámica y cálida mediante la representación de constelaciones y estrellas en colores azules, verdes y amarillos en tonos pastel, estos colores aportan tranquilidad y positivismo, personalizando cada puesto de trabajo con un diseño distinto.  <p>Foto: Imagen general de la UCI pediátrica, camas, vinílico en el techo. Fotos extraídas de la pagina https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/profesionales/servicios-medicos/cuidados-intensivos-pediatricos. "Hospital Infantil Universitario Niño Jesús"-Salud Madrid</p>



Foto: Imagen de salas de presión, uci, vinílico en el cerramiento vidriado. Fotos extraídas de la pagina <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/profesionales/servicios-medicos/cuidados-intensivos-pediatricos>. "Hospital Infantil Universitario Niño Jesús"-Salud Madrid

- Luz natural y visuales: toda esta área, la UCI, tiene ventanales hacia el Parque del Retiro, permitiendo el ingreso de luz natural y favoreciendo las visuales hacia la naturaleza. Anteriormente esta sala no contaba con esas ventanas, muchos de los niños hospitalizados indicaban tener un sentimiento de desorientación, ya que no sabían si era de día o de noche.

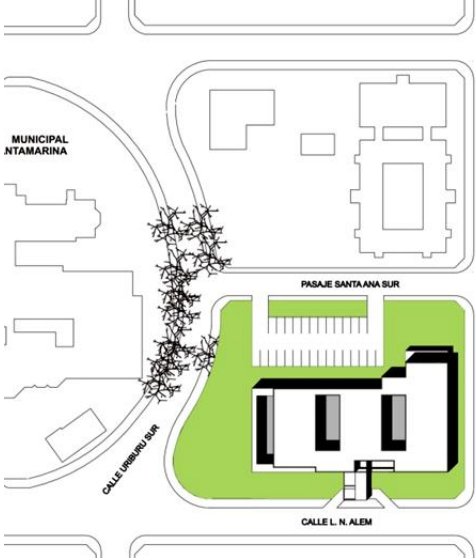


Imagen: Ingreso de luz natural por medio de los ventanales hacia el exterior que permiten las visuales hacia el parque. Foto extraída de la pagina <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/profesionales/servicios-medicos/cuidados-intensivos-pediatricos>. "Hospital Infantil Universitario Niño Jesús"-Salud Madrid

	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios para el personal: durante el proyecto se tuvo en cuenta a los profesionales de la salud y su rutina diaria de trabajo generándoles espacios de descanso, una central de vigilancia y áreas o sectores que posibiliten la logística habitual de la UCI.
<p>Evidencia de mejoría por la intervención</p>	<p>El diario El País entrevistó a madres de pacientes de la UCI del Hospital Niño Jesús y publica lo siguiente: <i>“María José era madre de Ana Santos, una adolescente de 17 años que falleció en la UCI hace cinco. La mujer lamenta que el estado de las antiguas instalaciones fuera tan precario, ya que su hija padeció una neumonía muy fuerte y no pudo estar totalmente aislada como debía. “La aparatología estaba anticuada y los dos boxes de aislamiento que había eran pocos para un hospital como el del Niño Jesús”, explica. Además, María José asegura que por la falta de medios los padres no podían estar tanto tiempo con los niños como les hubiera gustado y la falta de luz natural era algo que afectaba mucho a los pacientes. Raquel Feijóo es actualmente voluntaria de Aladina y hace cinco años conoció la UCI porque su hija Vera estuvo ingresada por una leucemia. Finalmente, falleció. “La UCI antes estaba falta de todo. Los niños estaban prácticamente solos porque los padres teníamos unas visitas determinadas y, además, la mayoría de las máquinas no funcionaban perfectamente”, afirma.</i></p> <p><i>Feijóo explica que gracias a la reforma se ha conseguido una mejora notable, ya que hay más habitaciones individuales y antes ni siquiera tenían cortinas o biombos salvo para casos extremos. “Ahora la UCI es otro mundo y está estupenda. Para los padres hay sillones y el nuevo sitio les aporta vida a los niños”, dice la voluntaria.” El País, Amara Santos, Madrid-27 Ene 2017-07:04 ART.</i></p> <p>También uno de las quejas más escuchadas por los niños según el diario independiente fue <i>“...en la antigua casi «no había ventanas y los pacientes no distinguían entre el día y la noche». Diario Independiente de Contenido Enfermero. Jueves, 26 de enero de 2017</i></p>

Cuadro: Elaboración propia en base a los artículos publicados en el sitio web “Enfermería21”, en “Isanidad”, “Proyecto HUCI”, “Comunidad de Madrid, Hospital Niño Jesús” y en el diario “El País”.

4.2. Recorrido por el Hospital de Niños Debilio Blanco Villegas.

Ubicación	Ubicado en la ciudad de Tandil, provincia de Buenos Aires, a 400 km de la ciudad de Buenos Aires, República Argentina, este edificio se erige dentro del área sub Central, del Ejido de la ciudad, zona de construcción homogénea de baja altura. Protagonista del sector, por estar implantado en un predio independiente de los demás efectores.
Fecha	Inaugurado en Junio 2008
Autor	J. H. Rojo &Asoc. Arquitectos Rojo Basso Guadagna
Superficie	2.469 m2.
Implantación	<p>Ubicado a pocas cuadras del área central de la ciudad y dentro de un amanzanamiento propio del ejido próximo a otros efectores, se genera en conjunto El Polo de Salud del área Pública, con las distintas especialidades y prestaciones. El edificio de tipología Sistémica, se resuelve en dos plantas, mejorando así la disponibilidad de espacios libres en el terreno para áreas públicas plaza, juegos de niños, proponiendo instancias intermedias como barreras sonoras y visuales entre el espacio interno del Hospital y el externo al mismo tiempo favoreciendo su integración con el medio, e induciendo su uso como una espera externa.</p> 
Proyecto	

	<p>Edificio de tipología SISTEMICA, resuelto en dos Plantas, se ha previsto la localización de servicios según la necesidad de vínculos entre ellos. Partiendo de tal premisa, se agrupan en planta baja los Accesos Principales, Secundarios, Servicios Ambulatorios, Consultorios de atención Médica y Diagnóstico, Áreas Administrativas, servicio de Guardia de Emergencia Médica, servicios que requieren una relación directa con el entorno exterior. Reservándose para el 1er piso, las áreas de Internación y áreas críticas como ser Cirugía y Unidad de Terapia Intensiva. Todo el esquema se encuentra vinculado mediante circulación Técnicas, Publicas y Mixtas, entrelazando a los sectores definidos según su destino. Orientado hacia el frente del edificio se ubican los espacios comunes públicos como la sala de espera en planta baja; y junto al acceso del edificio y estancia de familiares en planta alta, en vinculación directa a las áreas de internación. Sobre contra frente se desarrolla la circulación técnica de abastecimiento, que conecta a ambas plantas mediante circulaciones verticales, (escaleras y ascensores).</p> <p>Todo este gran bloque presente en su parte central, dividido en dos espacios libres materializando patios, o también denominados jardines de claustro, que van aportar iluminación y ventilación a las dependencias que se alojan en su periferia.</p> <div data-bbox="874 264 1497 779"> </div> <div data-bbox="858 965 1485 1406"> </div>
<p>Introducción</p>	<p>Con esta breve introducción estructural arribaremos al análisis del edificio, tomando como referencia los puntos o variables de análisis aquí enunciados y desarrollados. Se valorizaran los aspectos en coincidencia con el edificio en cuestión.</p>
<p>Intervención Variables de análisis</p>	<p>Los ruidos, considerados molestos, atentan en gran medida a las personas en su estado anímico, desplazando al paciente de una situación de confort a una de disconfort o incomodidad. Analizaremos esta variable a partir del comportamiento en lo edificio, en lo espacial y en lo ambiental.</p>

- **Variable Sonora:** Este edificio se caracteriza por el tratamiento que le da a esta variable desde dos aspectos, uno general con su relación con el entorno exterior inmediato y otro particular que lo refiere a los ambientes de internación.



Imagen Lateral del edificio donde conjugan el patio interno de juegos con la plazoleta de limite y borde entre los edificios de Salud.

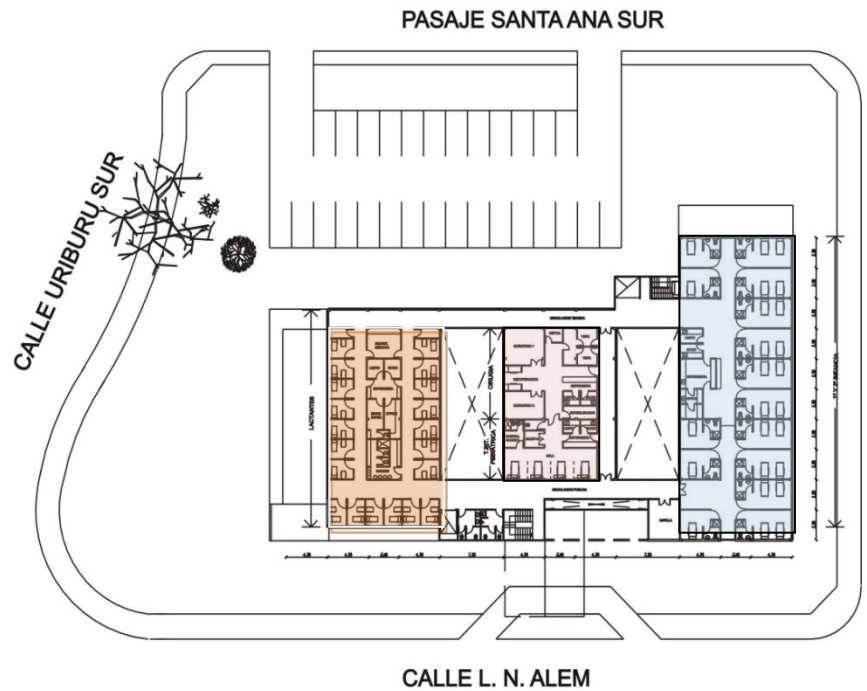
- **Relación con el entorno:** desde la implantación exenta en el predio hasta las condiciones de parquización, plazas y forestación, van a jugar un papel preponderante en el tratamiento de los sonidos exteriores que se pueden propagar al interior del edificio. Retirado de los canales de circulación publica peatonal y vehicular, construido exento en la manzana y acompañado de forestación perimetral y estratégica, se proporciona una barrera sonora que va a atenuar y reducir los sonidos que provienen del exterior y que pudiesen irrumpir en el interior del edificio.



Imágenes de los bordes frontal y posterior, con el mismo tratamiento canteros y arbolado

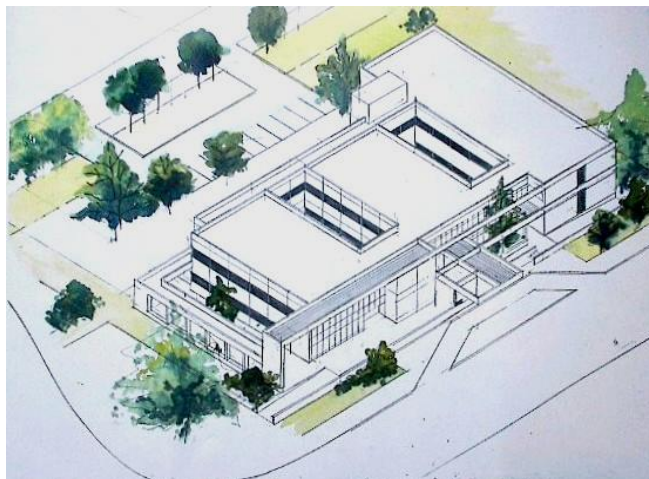
- **Bordes:** como lo muestran las imágenes, canteros arbolados sistemáticamente y estratégicamente ubicados, la forestación que acompaña a las fachadas anterior y posterior, proporcionan un límite físico que hace de pantalla visual y sonora.
- **Internación y áreas críticas:** ubicada en el piso superior, y alejada de accesos, se diagraman con una distribución en doble crujía con circulación central independientes de las circulaciones críticas, técnicas y de abastecimiento, crean un ambiente único y controlado. Genera una atmosfera de calma y parsimonia que la recibe

directamente el paciente desde su habitación de internación. Esta situación no solo acompaña al niño con afección sino que también crea un ambiente propicio para el personal de Salud. Se puede concluir diciendo que el control del sonido circundante se logra a partir de consolidar cada bloque en sí mismo, sin perder la espacialidad y el entorno.



La imagen muestra la distribución de las tres áreas en el piso superior del edificio, internación de 1° y 2° infancia, lactantes y en la zona central más controlado el área crítica, de cirugía y terapia intensiva.-

- **Variable Visual:** Un espacio cerrado sin visuales ni luz natural, hacen de ese ambiente un lugar poco vivible, provocando en las personas discomfort, ya sean pacientes, familiares o personal de salud; interfiriendo directamente en el desarrollo del tratamiento de curación.



- **Luz natural y visuales:** Las visuales y la luz natural juegan un papel muy importante en el Diseño de este edificio, a partir de lo que se ha manifestado en párrafos anteriores, el edificio se encuentra rodeado de áreas verdes, plazas de ámbito público, canteros y arboleda. Diseñados específicamente para que cada recinto reciba luz natural y visuales del ámbito exterior. A su vez este edificio se ha proyectado con dos patios centrales que le proporcionan a las dependencias distribuidas internamente las mismas condiciones de luz y visual. Todo este tratamiento contribuye a que cada persona que allí se encuentre tenga, desde donde este, una sensación de amplitud y contacto con la naturaleza.




Imágenes: patios internos que proporcionan iluminación natural y visuales a los ambientes que los rodeas, administración y consultorios en planta baja, internación y terapia en planta alta.

- **Espacios para apoyar a la familia:** Sala de espera o estancia, para padres y/o familiares de los pacientes, se ubica sobre el frente del edificio en planta alta, vinculado a acceso desde planta baja, y en conexión directa con las áreas de internación. Se genera un lugar de espera transitoria en el nosocomio. La iluminación natural y las vistas hacia el exterior, hacen de ese lugar un espacio de confort y tranquilidad para esas personas.



Fotos: Interior del edificio, sala estar planta alta, en vinculación con salas de internación, 1ª y 2ª infancia y Lactantes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Transformación de espacios: El cuidado psicológico del niño y su familia, se acompaña con el desarrollo de otras actividades complementarias. Se ha habilitado un espacio de lectura en la sala de espera ubicada en planta baja, a cargo de mediadores de lectura voluntarios. Además de despertar en los niños el placer por la lectura se busca propiciar un encuentro entre el niño y la familia, generando en este ámbito reducir las condiciones de estrés que trauman al niño en traslado al edificio de Salud.  <p>Imágenes de la transformación de la sala de espera en sala de lectura para niños y familiares.</p>
<p>Evidencia de mejoría por la intervención</p>	<p>El Hospital de Niños marca un antes y un después en la pediatría de la ciudad de Tandil. El ámbito público contaba con solo 12 camas para cubrir las necesidades de la población infantil. Con esta construcción paso a conformar un espacio para alojar a más de 50 camas de internación de 1° y 2° infancia y lactantes.</p> <p>Consultorios externos y otros Servicios como el de Emergencias Médicas y especialidades como ser: Neurología, Odontología, Cardiología, Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Nefrología, Ortopedia y Traumatología, Cirugía, Alergia, Neumonología, Otorrinolaringología. Todo este conjunto hacen a esta institución un organismo de Calidad y Confort.</p> <p>El Hospital progresó como un espacio de encuentro y desarrollo social. Hoy cuenta con más de cien voluntarios que se acercan, entre otras cosas, a cuidar a los niños para que sus familiares puedan ir a trabajar. Se conformó una fundación donde sus integrantes desarrollan salas de lectura, grupo de lactancia, formación de paramédicos, entre otros.</p>

Cuadro: Elaboración propia en base a documentación técnica y relevamiento fotográfico propio.

CONCLUSIONES

En el transcurso de esta monografía se recorrió el concepto de Humanización en Salud desde distintas ópticas. Se realizó una primera aproximación, con perspectiva histórico – social, propiciada por una evolución cultural evidente, percibiendo la dinámica de cambio del significado “Salud” y los espacios destinados a atenderla. Se presenta como prioritaria la adaptabilidad y flexibilidad de los edificios sanitarios.

Planteamos la Humanización como una herramienta de equidad y respeto ante la identificación de grupos sociales con distintas necesidades. Esto coloca a quienes piensan y desarrollan el sistema de salud, ante la obligación de atender este derecho: recibir una atención de la salud integral. Resulta un desafío desde el ámbito teórico y desde el práctico, cuando se anteponen los intereses económicos de distintos sectores. Creemos que es responsabilidad de todos abordar el tema para tomar conciencia, debatirlo y plantear su aplicación.

Luego se presentó un modelo de estudio espacial con variables de análisis, apoyado en casos experimentales, dotando de base científica las herramientas que proponemos. Encontramos la necesidad de seguir ahondando en estos estudios, buscando metodologías de análisis que logren cuantificar la información disponible. Como ya se mencionó, la temática expuesta, aplicada especialmente a la pediatría, cuenta mayoritariamente con datos cualitativos, muchas veces expresados por las personas al cuidado de los niños.

Aquí concluimos sobre la resolución de los espacios terapéuticos y/o curativos en establecimientos de salud, entendiendo que deben estar ligados a los sentidos no solo del paciente, sino de su familia y del personal asistencial. Esta conexión sentidos/ambiente van a jugar un rol importante para el confort, placer y sanación de los pacientes; extendiéndose incluso a la prevención en el desarrollo de otras patologías.

Finalmente, hemos tomado dos casos de estudio; uno europeo y otro latinoamericano, para determinar la posibilidad de aplicación de las herramientas o variables propuestas. Concluimos que las primeras decisiones en los proyectos y los medios de diseño, resultan sumamente importantes para optimizar recursos; acercándonos a resultados similares, independientemente del desarrollo de cada región.

BIBLIOGRAFÍA

- Alan Dilani. [AADAIH] (Octubre 2021). *31º congreso AADAIH, jornada 3* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=vDVmfWYOkn0>
- Borgatta María del Carme, (2016); Percepciones de los familiares de los pacientes internados en terapia intensiva, UNC, Córdoba. Enlace: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/borgatta-maria-del-carmen.pdf>
- Carrillo Ramón, (1951) *Teoría del Hospital*. Buenos Aires: Eudebas.
- Chorny, A. H. (1998). *Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes*. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte.
- COCEMFE Confederación española de personas con Discapacidad Física y Orgánica. www.cocemfe.es
- Consejería de Sanidad (2016) *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019* - Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria - Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria - Comunidad de Madrid
- Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la asistencia Sanitaria 2016-2019
- Dai Y, Livesley J. A (2018) *Una revisión sistemática de métodos mixtos de la efectividad y aceptabilidad de los programas de preparación psicológica preoperatoria para reducir la ansiedad preoperatoria pediátrica en cirugía electiva*. J AdvNurs.
- Duro Martínez, Juan Carlos (1999) *Discurso y Prácticas Profesionales de psicología social en salud comunitaria*. España. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
- Hospitecnia: <https://hospitecnia.com/proyectos/centro-maktub-area-trasplante-medula-osea/>).
- Somos pacientes. La comunidad de asociaciones de pacientes. <https://www.somospacientes.com/noticias/asociaciones/el-centro-maktub-cumple-su-primer-aniversario/>).
- Lamm, Eleonora, (2017) *La dignidad Humana* [Publicación Web]. Mendoza: Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina. Enlace: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-humana>
- María Elena Montt, Wladimir Hermosilla (2001) *Trastorno de estrés post-traumático en niños*, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Enlace: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000200003&script=sci_arttext&tlng=e19E1
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Oger, Silvia N. (2018) *La humanización de la salud y las nuevas Tecnologías* - Revista Iberoamericana de Bioética / nº 08 / 01-11 [2018] [ISSN 2529-9573] 3
- OIT, (1989) *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*. Enlace: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169
- ONU, Asamblea General, Convención sobre los Derechos del Niño (20 Noviembre 1989). Enlace: <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- ONU Argentina (19-06-2020)- *Análisis inicial de las naciones unidas Covid-19 en argentina: impacto socioeconómico y ambiental*.
- OPS, oficina sanitaria panamericana, Oficina Regional de la OMS. (1978) *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*.

- OPS, Salud en las Américas. (2017) enlace: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>
- RAE: Real Academia Española (2014) enlace: <https://dle.rae.es>
- Revista Médica del IMSS, Vol; 43, N°1, 1-3. *Enero - Febrero 2005*, Ética y poder: formación de residentes e internos, Consejo y Chapela Carolina, Viesca Treviño Carlos, Enlace: RevMed IMSS 2005; 43 (1): 1-3
- Rodríguez Velázquez, Ana Laura y Alvarado Aguilar, Salvador (2009); Impacto Psicológico de la Comunicación en las Salas de Espera de Quimioterapia Ambulatoria, Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan. Instituto Nacional de Cancerología de México. Enlace: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541213.pdf>
- S. Cedrés de Bello. (2000) Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. Revista de la Facultad de Medicina
- Sandoval Báez, Cristian A. (2020) - *Infraestructura hospitalaria adaptable con influencia en la arquitectura terapéutica como catalizador en la salud del paciente*- Universidad piloto de Colombia sede Bogotá - Facultad de Arquitectura y Artes
- Saraiva Nunes, Felipe (2016) - *La humanización como principio Bioético*- [archivo PDF]. Enlace: https://www.academia.edu/19877134/La_humanizaci%C3%B3n_como_principio_Bio%C3%A9tico
- Ullán, A. M. y Belver M.H; (2019). *Humanización del hospital pediátrico. Perspectiva psicosocial*.
- Ullan, A. M. y Manzanera P. (2009). Las paredes cuentan: Arte para humanizar un espacio de salud pediátrico.
- Ulrich RS, Berry LL, Quan X, Parish JT. (2010). Un marco conceptual para el dominio del diseño basado en evidencia .HERD.
- Universidad de Salamanca y Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León (2018) - *Humanización de los hospitales infantiles* [Publicación Web]. Enlace: <https://hospitalesinfantilesmejores.usal.es/humanizacion-de-los-hospitales-infantiles/>
- Vergara Quintero, María del Carmen (2007)- *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad* - Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 41 – 50
- Vicente Ierace (2016)- *Ramón Carrillo: actualidad y vigencia de su pensamiento sanitario* – Mestiza revista – Univ. Nac. A. Jaureche - <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/ramon-carrillo-actualidad-y-vigencia-de-su-pensamiento-sanitario/>

RECURSOS DE INTERNET

- Mediaset española https://www.mediaset.es/12meses/organizaciones/fundacion-aladina/Centro-Maktub-fomentando-trasplantados-aislamiento_0_1886325624.html
- <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-fundacion-aladina-reforma-la-uci-pediatrica-del-hospital-nino-jesus-DDIMPORT-047237/>
- <https://isanidad.com/73823/la-fundacion-aladina-reforma-integralmente-la-uci-pediatrica-del-hospital-nino-jesus/>
- <https://proyctohuci.com/es/una-gran-hu-ci-para-los-ninos/>
- <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/profesionales/servicios-medicos/cuidados-intensivos-pediatricos>
- https://elpais.com/ccaa/2017/01/23/madrid/1485176570_958335.html