

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA - FACULTAD DE INGENIERÍA - ESCUELA DE ARQUITECTURA

ESPACIO DE SOPORTE TEMPORAL

PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EXTERNOS AL GRAN ÁREA
METROPOLITANA: UNA PROPUESTA DESDE LA PERSPECTIVA ESPACIAL - AMBIENTAL

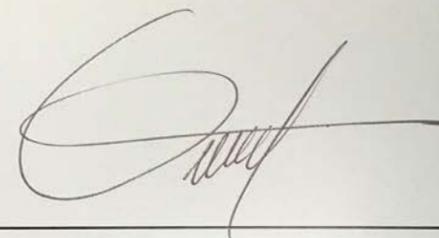
PROYECTO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN ARQUITECTURA

ALLAN JOSUÉ MORA CHAVES / A94086

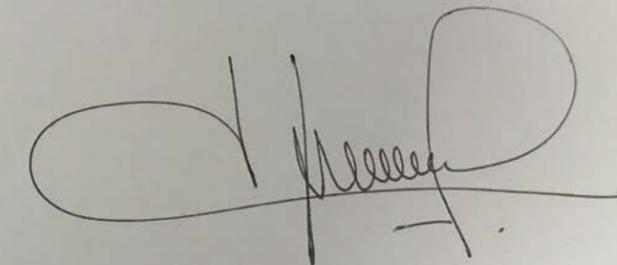
AGOSTO 2019

TFG

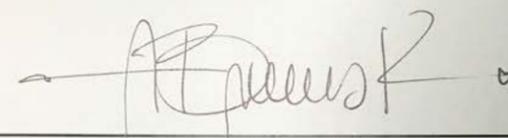
TRIBUNAL EXAMINADOR



Arq. Omar Chavarría Abarca
DIRECTOR



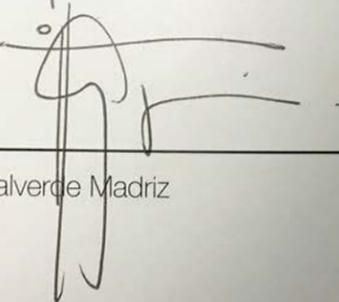
Arq. Manrique Gil Fernández
LECTOR INVITADO



Arq. M.Ed. Alejandra Brenes Ramírez
LECTORA



Arq. María Paula Castillo Orozco
LECTORA INVITADA



Arq. Luis Valverde Madriz
LECTOR

“

“Enfrentar cáncer es difícil. Tener que viajar para recibir tratamiento lo hace aún más difícil”

American Cancer Society

”

RESUMEN

A pesar de la creciente densificación de las ciudades, la optimización de los medios de transporte y el mejoramiento de los tratamientos médicos, existe la necesidad actual de velar por aquellos pacientes con enfermedades crónicas cuyas condiciones sociales, físicas o económicas dificultan su proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento, ya sea por la dificultad que representa desplazarse hasta los principales centros de salud del Gran Área Metropolitana para recibir tratamientos de carácter ambulatorio, o porque sus hogares y comunidades carecen de las condiciones sanitarias adecuadas para la recuperación exitosa posterior a una intervención médica. De ésta manera, se vuelve de gran importancia estudiar los requerimientos, tanto físicos como psicológicos del paciente, familia del paciente y personal médico que forman parte del proceso.

El propósito de esta investigación, consiste en evaluar desde el punto de vista de la psicología ambiental y del paradigma de la salud integral, las diferentes características espaciales que pueden implementarse en un espacio médico dirigido a satisfacer las necesidades del paciente ya mencionado, así como también, de sus acompañantes y todo el personal profesional involucrado en la dinámica de apoyo al paciente. Finalmente, a partir del conocimiento obtenido y las pautas de diseño identificadas, se busca generar la propuesta de un espacio arquitectónico que sirva al usuario durante su proceso, procurando que el mismo sea un complemento a los tratamientos médicos tradicionales que promueva su bienestar, tanto físico como psicológico.

PALABRAS CLAVE: Tratamientos médicos, ambulatorios, pacientes, enfermedades crónicas, salud, Gran Área Metropolitana, psicología ambiental, salud integral, espacio arquitectónico, bienestar físico, bienestar psicológico.

ABSTRACT

Despite the increasing densification of cities, the optimization of means of transportation and the improvement of medical treatments, there is a current need to look after patients with chronic diseases whose social, physical or economic conditions hinder their treatment process or post-treatment recovery, either because of the difficulty of moving to the main health centers of the Greater Metropolitan Area to receive outpatient treatments, or because their homes and communities lack adequate sanitary conditions for successful recovery after a medical intervention. Consequently, it is very important to study the requirements, both physical and psychological, of the patient, family of the patient, and medical personnel that are part of the process.

The purpose of this research is to evaluate, from the point of view of environmental psychology and the integral health paradigm, the different spatial characteristics that can be implemented in a medical space aimed at satisfying the needs of the aforementioned patient, as well as , of their companions and all the professional personnel involved in the dynamics of patient support. Finally, based on the knowledge obtained and the design guidelines identified, it is sought to generate the proposal of an architectural space that serves the user during its process, ensuring that it is a complement to traditional medical treatments that promote their well-being, both physical as psychological.

KEY WORDS: Medical treatments, outpatient, patients, health, Greater Metropolitan Area, environmental psychology, integral health, architectural space, physical well-being, psychological well-being.

DEDICATORIA

A mi madre, quien ha sido mi pilar y mi fuerza desde el día número uno. Gracias por ser un gran ejemplo a seguir, por siempre creer en mí y nunca rendirte.

A mi hermano, quien sin saberlo me inspira cada día con su manera de enfrentarse a la vida, siempre con una sonrisa.

A Daniel, por su apoyo incondicional y compañía, por ayudarme a ver las cosas de una manera distinta y enseñarme a dar valor a lo verdaderamente importante.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada persona que ha sido parte de este proceso y que de una u otra forma ayudaron a la culminación del mismo.

Gracias a mis amigos, a los mismos de siempre, quienes han significado un gran apoyo en todo momento.

Especial gratitud a los Ortiz Álvarez, quienes se han convertido en una segunda familia y me han brindado todo su cariño en momentos difíciles.

Gracias al equipo asesor: A mi director Omar Chavarría y a la profesora Alejandra Brenes por formar parte de este proyecto desde el comienzo. Gracias al profesor Luis Valverde por aceptar el reto de unirse al equipo casi al final del proyecto. A ellos tres, gracias por el tiempo dedicado, por su consejo, su guía y cada palabra de aliento.

ÍNDICE

CONTENIDOS

CONTENIDO

	PÁGINA
CAPÍTULO 1.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	4
1.2 ALCANCES Y PERTINENCIA	13
1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD	14
CAPÍTULO 2.....	15
2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN	16
2.2 PROBLEMA Y SUBPROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	26
2.2.1 PROBLEMA GENERAL	26
2.2.2 SUBPROBLEMAS	31
2.2.2.1 Desde la perspectiva del estado y gastos generados	31
2.2.2.2 Desde la perspectiva de las opciones existentes	34
2.2.2.3 Desde la perspectiva del paciente y su acompañante	44

CONTENIDO

PÁGINA

CAPÍTULO 3.....	51
3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	52
3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	54
CAPÍTULO 4.....	55
4.1 MARCO CONCEPTUAL	56
4.1.1 Salud	56
4.1.2 Calidad de vida relacionada con la salud	57
4.1.3 El estrés como obstáculo en el proceso de recuperación	58
4.2 MARCO TEÓRICO	59
4.2.1 Teoría de la psicología ambiental	59
4.2.2 Diseño Biofílico	62
4.2.3 Teoría del Diseño de Apoyo	62
4.3 MARCO REFERENCIAL	63
4.3.1 Complejo de Radiología y Centro de Imágenes de la Mujer en Tallahassee, Fl	64
4.3.2 Hospital Psiquiátrico de Östra en Göteborg, Suecia	66
4.3.3 Hospital Psiquiátrico Helsingør en Dinamarca	69

CONTENIDO	PÁGINA
4.3.4 Maggie's Care Centres, Reino Unido	73
4.3.5 Albergues de La Esperanza - American Cancer Society	76
CAPÍTULO 5.....	79
5.1 PARADIGMA, ENFOQUE Y NATURALEZA DEL ESTUDIO	80
5.2 PROCESO METODOLÓGICO	80
CAPÍTULO 6.....	85
6.1. ¿EN QUÉ CONSISTE LA PROPUESTA Y A QUIÉN VA DIRIGIDA?	87
6.2 DELIMITACIÓN DE LA PROPUESTA	87
6.2.1 DELIMITACIÓN SOCIAL	88
6.2.1.1 Perfil del usuario	88
6.2.1.2 ¿Para cuántas personas?	89
6.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL Y CIRCUNSTANCIAL	91
6.2.3 DELIMITACIÓN FÍSICA	91
6.2.3.1 Selección del sitio	91
6.2.3.2 Usos del sitio seleccionado	109
6.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA	112

CONTENIDO	PÁGINA
PROPUESTA	138
COMPLEJO SPIRO	138
PRIMER COMPONENTE: SPIRO HOGAR TRANSITORIO	144
SEGUNDO COMPONENTE: SPIRO SALONES DE CONFERENCIAS	172
TERCER COMPONENTE: SPIRO CONSULTORIOS MÉDICOS	180
CONECTOR URBANO Y PARQUE MINISTERIO DE SALUD	191
CONCLUSIONES.....	211
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	212
ANEXOS.....	219

ÍNDICE

I M Á G E N E S

IMAGEN

	PÁGINA
IMAGEN 1 Tratamiento de quimioterapia.....	7
IMAGEN 2 Tratamiento de hemodiálisis.....	8
IMAGEN 3 Ubicación y proporción de hospitales clase A con respecto a territorio nacional.....	9
IMAGEN 4 Médico cuidando a paciente.....	12
IMAGEN 5 Zonas de atracción hospitales clase A y ejemplos de desplazamientos.....	30
IMAGEN 6 Vista externa Casa Ronald McDonald.....	34
IMAGEN 7 Vista interna lobby Casa Ronald McDonald	35
IMAGEN 8 Vista interna sala principal Casa Ronald McDonald.....	35
IMAGEN 9 Vista interna habitaciones Casa Ronald McDonald.....	37
IMAGEN 10 Vista interna sala de estar Casa Ronald McDonald.....	37
IMAGEN 11 Vista externa patio Casa Ronald McDonald.....	37
IMAGEN 12 Vista interna cocina Casa Camila.....	38
IMAGEN 13 Vista interna dormitorio Casa Camila - Fundación GiáMaLa.....	40
IMAGEN 14 Vista interna dormitorio Casa Camila - Fundación GiáMaLa.....	40
IMAGEN 15 Vista externa Casa Camila - Fundación GiáMaLa.....	40

IMAGEN

	PÁGINA
IMAGEN 16 Vista interna Giamala Coworks.....	41
IMAGEN 17 Vista interna Giamala Coworks.....	41
IMAGEN 18 Vista interna Giamala Coworks.....	41
IMAGEN 19 Vista interna Giamala Coworks.....	41
IMAGEN 20 Vista interna pasillo Albergue ALCCI.....	42
IMAGEN 21 Vista interna comedor Albergue ALCCI.....	42
IMAGEN 22 Vista externa Albergue ALCCI.....	43
IMAGEN 23 Vista interna dormitorio Albergue ALCCI.....	43
IMAGEN 24 Pacientes atendidos Casa Camila y Albergue Resurgir.....	49
IMAGEN 25 Subproblemas de investigación.....	50
IMAGEN 26 Vista interna Centro de Imágenes de la Mujer.....	65
IMAGEN 27 Vista interna Hospital Psiquiátrico de Östra.....	67
IMAGEN 28 Vista externa Hospital Psiquiátrico de Östra.....	68
IMAGEN 29 Vista interna Hospital Psiquiátrico de Östra.....	68
IMAGEN 30 Vista interna Hospital Psiquiátrico Helsingør.....	70
IMAGEN 31 Vista interna Hospital Psiquiátrico Helsingør.....	70
IMAGEN 32 Vista externa Hospital Psiquiátrico Helsingør.....	71
IMAGEN 33 Vista externa Hospital Psiquiátrico Helsingør.....	72
IMAGEN 34 Vista externa Maggie's Centre Londres por Richard Rogers.....	73
IMAGEN 35 Vista interna Maggie's Centre Londres por Richard Rogers.....	73

IMAGEN	PÁGINA
IMAGEN 36 Vista externa Maggie's Centre Glasgow por Rem Koolhaas.....	75
IMAGEN 37 Vista interna Maggie's Centre Glasgow por Rem Koolhaas.....	75
IMAGEN 38 Vista externa Maggie's Centre Hong Kong por Frank Gehry.....	75
IMAGEN 39 Vista interna Maggie's Centre Hong Kong por Frank Gehry.....	75
IMAGEN 40 Vista externa Hope Lodge Salt Lake City.....	77
IMAGEN 41 Vista externa Hope Lodge Salt Lake City.....	77
IMAGEN 42 Vista interna Hope Lodge Salt Lake City.....	77
IMAGEN 43 Vista interna Hope Lodge Salt Lake City.....	77
IMAGEN 44 Etapas y fases de la investigación.....	83
IMAGEN 45 Conceptualización de la propuesta arquitectónica.....	86
IMAGEN 46 1er terreno propuesto.....	94
IMAGEN 47 1er terreno propuesto.....	95
IMAGEN 48 2do terreno propuesto.....	96
IMAGEN 49 2do terreno propuesto.....	97
IMAGEN 50 3er terreno propuesto.....	98
IMAGEN 51 4to terreno propuesto.....	100
IMAGEN 52 4to terreno propuesto.....	101
IMAGEN 53 5to terreno propuesto.....	102
IMAGEN 54 6to terreno propuesto.....	104

IMAGEN	PÁGINA
IMAGEN 55 Helecho Plumoso (<i>Asparagus setaseus</i>).....	119
IMAGEN 56 Tiquisque (<i>Xanthosoma sagittifolium</i>).....	119
IMAGEN 57 Pacaya (<i>Chamaedores costaricana</i>).....	120
IMAGEN 58 Lotería (<i>Dieffenbachia amoena</i>).....	120
IMAGEN 59 Caña India (<i>Dracaena fragrans</i>).....	120
IMAGEN 60 Campanilla (<i>Ipomoea cairica</i>).....	121
IMAGEN 61 Chinas (<i>Catharanthus roseus</i>).....	121
IMAGEN 62 Geranio de la Jungla (<i>Ixora coccinea</i>).....	122
IMAGEN 63 Lantana (<i>Lantana camara</i>).....	122
IMAGEN 64 Rabo de Zorro (<i>Stachytarpheta</i>).....	122
IMAGEN 65 Jacaranda (<i>Jacaranda caucana</i>).....	123
IMAGEN 66 Corteza Amarilla (<i>Tabebuia ochracea</i>).....	123
IMAGEN 67 Malinche (<i>Delonix regia</i>).....	124
IMAGEN 68 Lorito (<i>Cojoba arborea</i>).....	124
IMAGEN 69 Paleta de estampados.....	131
IMAGEN 70 Terrazo.....	132
IMAGEN 71 Madera.....	133
IMAGEN 72 Alfombra.....	133

IMAGEN	PÁGINA
IMAGEN 73 Madera.....	134
IMAGEN 74 Pizarra.....	134
IMAGEN 75 Krion ®.....	135
IMAGEN 76 Mosaico.....	135
IMAGEN 77 Planta de conjunto Complejo Spiro.....	139
IMAGEN 78 Vista externa Complejo Spiro.....	140
IMAGEN 79 Fachada este Complejo Spiro.....	142
IMAGEN 80 Fachada norte Complejo Spiro.....	143
IMAGEN 81 Planta de distribución nivel 1 Spiro Hogar Transitorio.....	146
IMAGEN 82 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	148
IMAGEN 83 Vista externa Spiro Hogar Transitorio.....	149
IMAGEN 84 Vista externa Spiro Hogar Transitorio.....	150
IMAGEN 85 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	151
IMAGEN 86 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	152
IMAGEN 87 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	153
IMAGEN 88 Planta de distribución nivel 2 Spiro Hogar Transitorio.....	154
IMAGEN 89 Módulo habitación grande.....	156
IMAGEN 90 Módulo habitación pequeña.....	157

IMAGEN	PÁGINA
IMAGEN 91 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	158
IMAGEN 92 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	159
IMAGEN 93 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	160
IMAGEN 94 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	161
IMAGEN 95 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	162
IMAGEN 96 Vista interna Spiro Hogar Transitorio.....	163
IMAGEN 97 Planta de distribución nivel 3 y 4 Spiro Hogar Transitorio.....	164
IMAGEN 98 Sección A-A Complejo Spiro.....	166
IMAGEN 99 Sección B-B Complejo Spiro.....	167
IMAGEN 100 Sección C-C Complejo Spiro.....	168
IMAGEN 101 Sección D-D Complejo Spiro.....	169
IMAGEN 102 Sección 1-1 Complejo Spiro.....	170
IMAGEN 103 Sección 2-2 Complejo Spiro.....	171
IMAGEN 104 Planta de distribución nivel -1 Spiro Hogar Transitorio y Salones de Conferencias.....	174
MAGEN 105 Vista externa Spiro Salones de Conferencias.....	176
IMAGEN 106 Vista interna Spiro Salones de Conferencias.....	177
IMAGEN 107 Vista interna Spiro Salones de Conferencias.....	178
IMAGEN 108 Vista interna Spiro Salones de Conferencias.....	179

IMAGEN

IMAGEN 109	Vista externa Spiro Consultorios Médicos.....	182
IMAGEN 110	Planta de distribución nivel 1 Spiro Consultorios Médicos.....	184
IMAGEN 111	Planta de distribución nivel 2 y 3 Spiro Consultorios Médicos.....	186
IMAGEN 112	Prototipo consultorio médico.....	188
IMAGEN 113	Vista interna Spiro Consultorios Médicos.....	189
IMAGEN 114	Vista interna Spiro Consultorios Médicos.....	190
IMAGEN 115	Planta de conjunto proyecto completo.....	195
IMAGEN 116	Vista conector urbano.....	196
IMAGEN 117	Planta de conjunto Parque Ministerio de Salud.....	197
IMAGEN 118	Vista conector urbano.....	202
IMAGEN 119	Vista 1 Parque Ministerio de Salud - parada de buses.....	203
IMAGEN 120	Vista 2 Parque Ministerio de Salud.....	206
IMAGEN 121	Vista 3 Parque Ministerio de Salud.....	207
IMAGEN 122	Vista 4 Parque Ministerio de Salud.....	208
IMAGEN 123	Vista 5 Parque Ministerio de Salud.....	209
IMAGEN 124	Vista 6 Parque Ministerio de Salud.....	210

PÁGINA

ÍNDICE

GRÁFICOS, MAPAS Y DIAGRAMAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Mortalidad proporcional en Costa Rica.....	6
GRÁFICO 2	Estimación y proyección de población por grupos de edades seleccionados.....	6
GRÁFICO 3	Mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles en Costa Rica.....	9

DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1	Niveles de atención C.C.S.S.....	28
DIAGRAMA 2	Costo día cama por servicio en Hospital San Juan de Dios.....	32
DIAGRAMA 3	Porcentaje de pacientes internados para radioterapia y quimioterapia Hospital San Juan de Dios 2014 - 2018 por distancia de procedencia.....	46
DIAGRAMA 4	Etapas y fases de la investigación.....	83
DIAGRAMA 5	Usos de suelo Distrito Hospital.....	110
DIAGRAMA 6	Estrategias biofílicas utilizadas en proyecto.....	126
DIAGRAMA 7	Isométrico explotado Spiro Hogar Transitorio.....	145
DIAGRAMA 8	Isométrico zonificación Spiro Salones de Conferencias.....	173

DIAGRAMAS

DIAGRAMA 9 Isométrico explotado Spiro Consultorios Médicos.....	181
DIAGRAMA 10 Estrategias de intervención 1 Parque Ministerio de Salud.....	198
DIAGRAMA 11 Estrategias de intervención 2 Parque Ministerio de Salud.....	199
DIAGRAMA 12 Estrategias de intervención 2 Parque Ministerio de Salud.....	200
DIAGRAMA 13 Estrategias de intervención 2 Parque Ministerio de Salud.....	201
DIAGRAMA 14 Estrategias de intervención 2 Parque Ministerio de Salud.....	201
DIAGRAMA 15 Isométrico explotado Centro Comunitario Parque Minisiterio de Salud.....	205

MAPAS

MAPA 1 Ubicación de posibles terrenos con respecto a hospitales clase A.....	93
MAPA 2 Ubicación de terreno opción 1.....	94
MAPA 3 Ubicación de terreno opción 2.....	96
MAPA 4 Ubicación de terreno opción 3.....	98
MAPA 5 Ubicación de terreno opción 4.....	100
MAPA 6 Ubicación de terreno opción 5.....	102
MAPA 7 Ubicación de terreno opción 6.....	104
MAPA 8 Ubicación de terreno seleccionado.....	107
MAPA 9 Ubicación de terreno seleccionado y eje conector 1.....	108
MAPA 10 Ubicación de terreno seleccionado y eje conector 2.....	192

CAPÍTULO 1

- 1.1 JUSTIFICACIÓN
- 1.2 ALCANCES Y PERTINENCIA
- 1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

En el Llano de Alajuela hay un hogar de paso para enfermos de cáncer a quienes se les dificultaría venir a San José a recibir sus tratamientos de quimio y radioterapia desde sitios tan lejanos como Upala o Quepos. Este hogar procura hacerlos sentir como en casa.



Ángela Ávalos. 11 julio, 2010

–Doña Ofelia: lo que usted tiene es un **cáncer en el estómago**. En la operación, le sacamos todo lo que pudimos del tumor pero va a tener que venir todos los días a recibir radioterapia. Ofelia Salazar solo atinó a sostener muy fuerte la mano de Keiner, el hijo de 19 años que la acompañó ese día a recibir la noticia desde Ticabán de Guápiles, en Limón, hasta el hospital México. Había pasado un año sintiendo esa “llenura” en la “boca del estómago”. De ser una señora robusta de casi 70 kilos, pasó a rozar los 50 kilogramos de peso en cuestión de 15 días.

Algo no andaba bien y el doctor Blanco se lo dijo sin muchos rodeos aquella mañana, cuando revisó los resultados de la biopsia hecha durante la extracción de gran parte del estómago.

– Para comenzar, serán **cinco semanas de radioterapia todos los días**, le dijo el médico.

“¡Cinco semanas”, pensó Ofelia, y el corazón le empezó a latir con la fuerza que solo produce la angustia de no saber **de dónde sacarían el dinero** para pagar todos los gastos que aquel tratamiento de-

mandaría.

“**¿Venir todos los días?...?**”, pensó y fue como si sus cavilaciones se le dibujaran en la frente porque el doctor Blanco le preguntó si tenía algún problema.

“¡Pues, claro! ¿Cómo voy a hacer para venir todos los días desde allá?

Es mucha plata pagar el bus. Tendría que dejar el tratamiento”, le confesó con esa sinceridad muy propia del campo.

Para su suerte, el doctor Blanco sabía del Hogar de Paso Resurgir, una casa en Alajuela que recibe a pacientes como ella y los atiende gratuitamente mientras reciben quimio o radioterapia en los hospitales de la Caja. Ofelia no sería la primera ni tampoco la última enferma de cáncer que aquel médico oncólogo referiría a Alajuela.

Como en casa

En el corredor de su nueva casa (el albergue), Ofelia mira el jardín sentada y con las manos sobre sus rodillas. Esa tarde está fresca porque acaba de llover y el agua disipó el calor sofocante del Llano de Alajuela.

“Viera que por mi casa hay un monte, pero un monte que es pura montaña de esa cerrada’ Voy a traer un hijito de Tabacón para sembrarlo aquí. A lo mejor pega”, contó.

64 años de edad. Ocho hijos. Seis varones y dos hijas. Los dejó en Ticabán de Guápiles, en Pococí, junto a su pareja de toda la vida, un peón de finca piñera. La señora está a más de cinco horas de viaje en carro desde su casa, pero ya considera a este hogar como parte de su nueva familia.

En su cuarto privado, Ofelia guarda los “cuatro chuiquitas” que se trajo de Ticabán. Ahí se recuesta cada tarde, después de los tratamientos que recibe en el acelerador lineal del hospital Méxi-

co y de la quimioterapia que le inyectan en el hospital Calderón Guardia. Su habitación tiene una cama para ella y otra para un acompañante, clóset y baño privado. En el hogar de paso le dan comida, le lavan la ropa y limpian el cuarto sin que ella pague “un solo cinco”.

Otras nueve personas están en su misma condición. Todos, colegas de cáncer, vecinos de comunidades muy alejadas, y personas pobres.

Hogar transitorio

La casa alguna vez sirvió de convento, lo cual explica por qué tiene perfectamente distribuidas las habitaciones y cuenta con un comedor y un salón de reuniones. Se hizo casi pensando en Ofelia, Miller, Martín, Eugenio y otros tantos que hoy reciben la atención de Flor Molina y su equipo de colaboradores.

“Un día, caminando por aquí, vi el rótulo de ‘Se alquila’. No lo pensé dos veces para dar el paso”, comentó Flor.

Profesora de inglés pensionada, Flor tuvo un tumor cerebral maligno hace 12 años. Se considera un milagro viviente.

Fue en esas carreras de cirugías y tratamientos oncológicos cuando Flor se enteró de enfermos que hacían **enormes sacrificios** para venir a los hospitales capitalinos a recibir terapia contra el cáncer. Ahí surgió la idea que hoy aprovechan pacientes como Ofelia.

De eso ya han pasado tres años. Más de 36 meses rezando todos los días para que se haga el milagro de los peces y los panes, porque el hogar de paso depende, exclusivamente, de la buena voluntad de la gente que quiera donar algo.

“Dios va adelante, abriendo puertas”, responde Flor a la pregunta de cómo se las ingenian para garantizarle a sus moradores la



atención que necesitan.

Hay voluntarios que les ayudan a dar soporte psicológico a los enfermos de cáncer, un servicio que no brindan los hospitales públicos. También, recurren a rifas y bingos periódicos para llenar las necesidades mensuales, que no llegan al ₡1 millón.

La ropa que visten hoy Miller Pérez, de 14 años y con leucemia, y su mamá, Juana Pérez, fue donada al hogar. Juana y Miller se vinieron desde Limoncito de Coopevega de Cutris, en San Carlos, Alajuela, solo con lo que llevaban encima.

En tres años, 60 enfermos de cáncer han tenido a Resurgir como su hogar de paso. Todos son pacientes del área de referencia del hospital México, pero la fama ha corrido a otros centros médicos y la lista de espera por un lugar allí, crece.

Entre los planes del hogar está pedir ayuda a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y a la empresa privada para que apoyen la ampliación de este tipo de iniciativas comunales.

1.1 JUSTIFICACIÓN

En temas de salud, existe una gran cantidad de enfermedades cuyo tratamiento requiere de procedimientos médicos ambulatorios, es decir, el paciente debe trasladarse al centro médico donde recibe dicho

tratamiento, pero no necesitará permanecer allí tiempo adicional a la duración de su cita. Muchos de estos tratamientos, a pesar de ser ambulatorios, generan un alto nivel de incomodidad en el paciente, ya sea por la duración del mismo, por sus efectos secundarios, o incluso por las posibilidades de contraer infecciones oportunistas como consecuencia del debilitamiento general de las defensas al que es sometido el paciente en gran número de ocasiones. Algunos tratamientos como la quimioterapia o radioterapia presentan graves efectos secundarios tales como náuseas, vómitos, cansancio extremo, mayor propensión a moretones, sangrados e infecciones, afecciones cardíacas

y trastornos oculares, entre otros (American Cancer Society, 2014). Otros procedimientos como la Hemodiálisis requieren que el paciente se someta a largas sesiones de tratamiento, mientras su sangre es bombeada a través de un dializador cuya función es eliminar desechos y toxinas para finalmente purificar la sangre (Liu, Kathleen D., Chertow, Glenn M., 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), dentro de las principales causas de muerte en Costa Rica se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades como la diabetes, que pueden

desencadenar a largo plazo, otras situaciones más complejas como insuficiencias renales.

Si bien ninguna de estas enfermedades es contagiosa, existe una tendencia al aumento debido al crecimiento poblacional y a la prolongación de la expectativa de vida. De acuerdo con estadísticas y proyecciones del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadística y Censos, la situación en Costa Rica con respecto al Cáncer y a las Insuficiencias Renales Crónicas se está volviendo cada vez más crítica. Al día de hoy, el Cáncer continúa siendo la segunda causa de muerte en nuestro país con casi un 25% de incidencia. Lejos de disminuir, el panorama proyectado

indica que para el año 2025 habrá un aumento de un casi 40% con respecto a la cantidad de casos que se diagnostican actualmente. En cuanto a las Insuficiencias Renales Crónicas, los datos indican que desde el año 2011, los casos de este padecimiento se han triplicado, convirtiéndose prácticamente en la tercera causa de muerte en nuestro país. Todos estos padecimientos pueden llegar a requerir tratamientos de carácter ambulatorio, motivo por el cual se torna de vital importancia evaluar las necesidades y requerimientos espaciales de esos pacientes que si bien no ameritan internamiento, deben desplazarse largas distancias con el fin de recibir sus tratamientos médicos.

MORTALIDAD PROPORCIONAL (% TOTAL DE MUERTES, AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES)
 PORCENTAJE DE POBLACIÓN VIVIENDO EN ZONAS URBANAS: 64.7%
 PROPORCIÓN DE POBLACIÓN CON EDADES ENTRE 30 Y 70 AÑOS: 44.1%

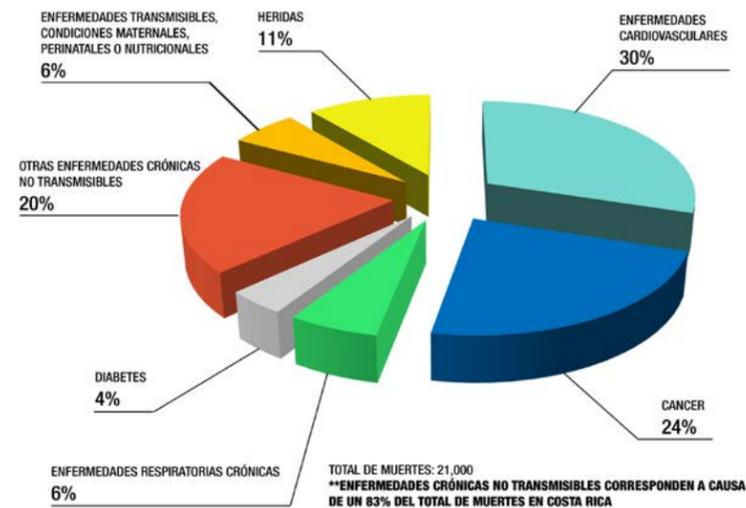


GRÁFICO 1
 World Health Organization (2014). Mortalidad proporcional en Costa Rica [Gráfico]. Recuperado de <http://www.who.int/nmh/countries>. Edición: Mora Chaves, A. (2017).

COSTA RICA: ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDADES SELECCIONADOS 1960-2020

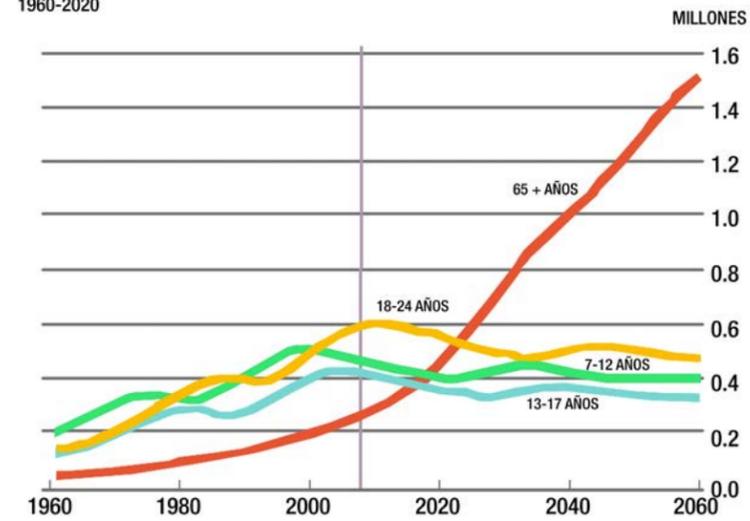


GRÁFICO 2
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (2008). Estimación y proyección de población por grupos de edades seleccionados [Gráfico]. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/poblacion/EstimacionesyP.pdf>. Edición: Mora Chaves, A. (2017).

EN CUANTO AL **CÁNCER** EN COSTA RICA:

1 DE CADA 5 COSTARRICENSES FALLECE DEBIDO AL CÁNCER

CERCA DE **11500** NUEVOS CASOS CADA AÑO

PASARÁ DE 11500 A 16000 NUEVOS CASOS PARA EL 2025

*Según datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el marco del Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer. (La Nación, 2018).

IMAGEN 1
 Genetic Literacy Project (2017). Tratamiento de Quimioterapia [Fotografía]. Recuperado de: <https://geneticliteracyproject.org/2017/03/27/gut-bacteria-alter-well-chemotherapy-treatment-works/>

EN CUANTO A LA **ENFERMEDAD RENAL** EN COSTA RICA:

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SE TRIPLICÓ DESDE EL 2011

MAL AFECTA A 300 POR CADA MILLÓN DE COSTARRICENSES

HOSPITALES CLASE A ATIENDEN A CERCA DE 130 PACIENTES POR SEMANA PARA HEMODIÁLISIS

*Según datos estadísticos de la Caja Costarricense del Seguro Social. (La Nación, 2018).

IMAGEN 2
Hitech News Daily (2019). Tratamiento de Hemodiálisis [Fotografía]. Recuperado de: <http://hitechnewsdaily.com/2019/09/blood-purification-market-by-top-players-smiths-medical-b-braun-melsungen-nipro-corporation/>

LA PROBABILIDAD DE MORIR A CAUSA DE UNA DE LAS 4 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES PRINCIPALES ENTRE LOS 30 Y 70 AÑOS ES DE UN 12%

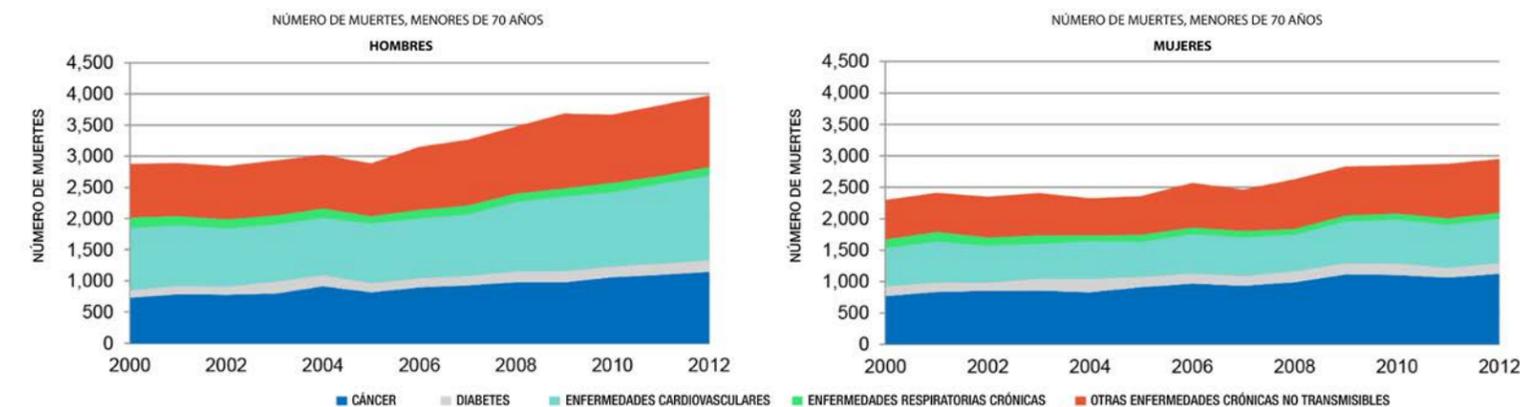


GRÁFICO 3
World Health Organization (2014). Mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles en Costa Rica [Gráfico]. Recuperado de <http://www.who.int/nmh/countries>. Edición: Mora Chaves, A. (2017).

En nuestro país, los centros médicos especializados, es decir, aquellos que cuentan con el personal más capacitado y el mejor equipo médico son el Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital México y Hospital Nacional de Niños,

todos ellos se encuentran dentro del Gran Área Metropolitana con una distancia máxima aproximada de 6 kilómetros entre uno y otro. Esta situación dificulta el acceso a los tratamientos médicos ambulatorios por parte de los pacientes provenientes

de zonas alejadas, los cuales, aparte de sufrir un proceso difícil como parte de su tratamiento, deben trasladarse desde sus hogares hasta la ciudad para emprender su viaje de regreso horas más tarde.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en Costa Rica sólo un 64,7% de los habitantes reside en zonas urbanas, el restante 35,3% vive en zonas rurales, situación que inevitablemente dificulta el acceso a centros de salud para atención o tratamiento. En múltiples ocasiones, el proceso de tratamiento médico resulta aún más difícil debido a las condiciones sociales y económicas de los pacientes involucrados, este puede ser el caso de aquellos de

bajos recursos económicos, quienes tendrían mayores dificultades para trasladarse desde sus comunidades y hospedarse en el Gran Área Metropolitana mientras reciben el tratamiento correspondiente. Otro caso serían los pacientes que por su situación requiriesen trasladarse en compañía de otras personas, tal como los menores de edad que deben viajar en compañía de un adulto, o padres y madres solteras que deben trasladarse con sus hijos

e hijas. Por otro lado, existen también, casos donde el paciente reside en comunidades donde las condiciones sanitarias no son las apropiadas para atravesar un proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento, ya sea por inaccesibilidad a servicios públicos como agua potable y electricidad, manejo inadecuado de aguas residuales y/o manejo inadecuado de desechos, factores que incrementan enormemente los posibles focos de infección.

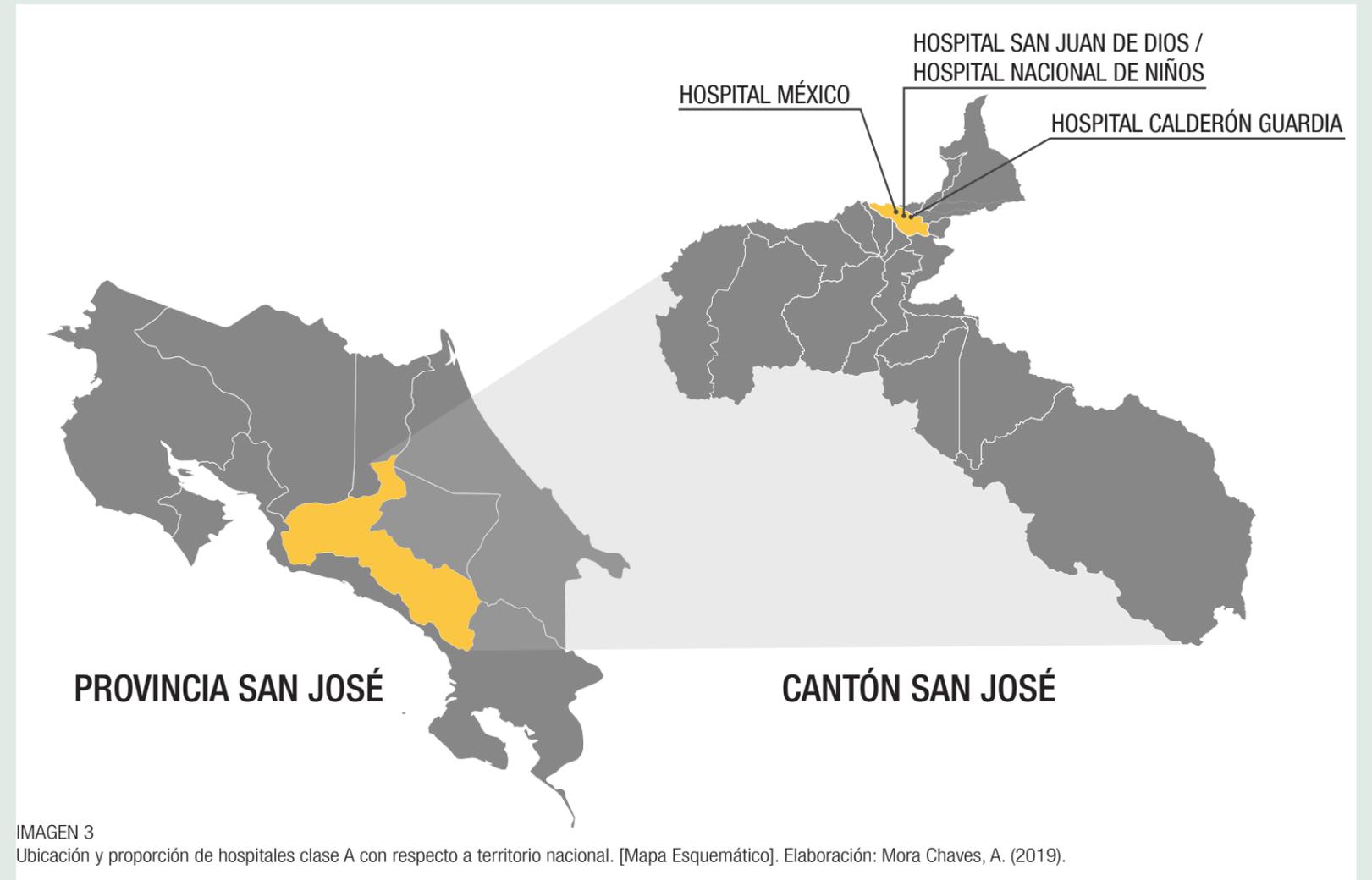


IMAGEN 3
Ubicación y proporción de hospitales clase A con respecto a territorio nacional. [Mapa Esquemático]. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).



IMAGEN 4
Oprah.com (2010). Médico cuidando a paciente [Fotografía]. Recuperado de: <http://oprah.com/health>

1.2 ALCANCES Y PERTINENCIA

En la actualidad se vuelve de suma importancia evaluar las oportunidades y posibilidades de abrigo que poseen los pacientes que requieren tratamientos médicos ambulatorios en el Gran Área Metropolitana, y cuya situación de vulnerabilidad les dificulta permanecer en sus hogares, ya sea debido a las largas distancias que deben trasladarse hasta los centros médicos para recibir sus tratamientos médicos, o debido a la faltante de condiciones físicas y sanitarias adecuadas en sus comunidades para sobrellevar un proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento.

Por otro lado, es de vital relevancia estudiar el espacio físico en el cual se desenvuelve el paciente, analizando el impacto psicológico que puede generar el entorno en su estado anímico y cómo este impacto puede beneficiar o perjudicar el proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento de cada paciente.

Mediante esta investigación se pretende en una primera fase, analizar según respaldo teórico, la relación que existe entre el espacio arquitectónico y el estado anímico del paciente, así como su evolución y respuesta al tratamiento. Posteriormente, se busca realizar un análisis de las diferentes posibilidades con las que cuenta el sector poblacional en estudio, elaborando un diagnóstico que permita determinar las principales carencias y debilidades de los espacios destinados a la atención y estadía de pacientes ambulatorios, procurando comprender el papel que juega la arquitectura en algo tan vital como el cuidado de la salud. Finalmente, esta investigación busca proponer una solución física a la problemática que enfrentan decenas de pacientes a la hora de iniciar un proceso de tratamiento en el Gran Área Metropolitana, procurando facilitar la experiencia de atravesar por dicha situación en compañía de un espacio arquitectónico que supla todas las necesidades que el paciente requiere, siendo un aliado en el proceso.

1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

La intención del proyecto es contribuir de la mejor manera posible a solucionar las necesidades de los individuos involucrados. Debido a las características de estos individuos y teniendo en cuenta que todos los días aparecen nuevos casos de enfermedades crónicas, el número de pacientes varía, así como varía su ubicación geográfica. De esta manera, se vuelve necesario que la propuesta se desarrolle en el Gran Área Metropolitana, cerca de los centros de salud más importantes, ya que allí es donde los pacientes pueden acceder más fácilmente a los tratamientos y atención médica pertinente; además, pueden tener acceso a todos los servicios públicos y a buenas condiciones sanitarias para una recuperación satisfactoria, evitando infecciones y/o complicaciones. La innovación de la propuesta está en el hecho de que no existe, hasta el momento, un proyecto arquitectónico formulado y diseñado para solventar las necesidades de este grupo de personas tomando, en cuenta desde

sus necesidades espaciales hasta la propia logística de movilidad.

La investigación demanda gran cantidad de tiempo, la constancia en el proceso de investigación, procesamiento de datos y formulación del proyecto será vital para lograr un buen resultado. Para dicho fin, actualmente se cuenta con un promedio de 3 horas diarias entre semana y 6 horas diarias los fines de semana.

En cuanto al trabajo de campo, se necesitará realizar reuniones y visitas a las distintas fundaciones y centros médicos con el propósito de recopilar la mayor cantidad de información posible. Se necesitará realizar visitas a algunas comunidades rurales, con tal de evaluar las condiciones físico-ambientales. Se debe profundizar en los estudios de caso encontrados con el fin de identificar pautas para la intervención del espacio arquitectónico en la solución del problema.

CAPÍTULO 2

2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.2 PROBLEMA Y SUBPROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

Si bien el paradigma vigente y dominante en la mayoría de ciudades sigue siendo el paradigma mecanicista, existe un nuevo paradigma que se ha venido construyendo a lo largo de los últimos años, el paradigma integral. El paradigma integral busca, desde un nuevo enfoque, la integración de la investigación en las distintas áreas del conocimiento con el fin de alcanzar perspectivas más completas y con una mayor sensibilización e identificación con el ser humano (Delgado, José A., Rodríguez, María I., 2010).

El tema de la influencia que tienen los espacios arquitectónicos y el medio ambiente sobre el ser humano ha sido

ampliamente estudiado, importantes estudios e investigaciones se han llevado a cabo, en su mayoría, por arquitectos y psicólogos ambientales. Dichos trabajos han logrado establecer como realidad el hecho de que la arquitectura, a través del diseño del medio que nos rodea en determinado momento, puede impactar de manera positiva o negativa nuestras emociones y conductas.

El autor Franco Lotito (2009), en su artículo denominado “Arquitectura, Psicología, Espacio e Individuo”, afirma que la psicología debe formar parte importante de todo proyecto arquitectónico, ya que su diseñador cuenta con la suficiente capacidad de influir en el estado anímico y

emocional de sus habitantes a través del diseño propuesto. Goleman (citado en Lotito, 2009) establece que uno de los grandes errores a la hora de hacer arquitectura consiste en que, a menudo, se diseña sin tomar en consideración las emociones, las características de personalidad y el contexto social y cultural de los futuros habitantes del espacio proyectado.

Lewin (citado en Lotito, 2009) fue uno de los primeros psicólogos en establecer la relevancia del vínculo que existe entre el ser humano como individuo y el entorno que le rodea. Uno de sus principales objetivos de estudio consistió en determinar en qué maneras el medio ambiente puede ejercer influencia sobre el ser

humano, y fue así como determinó que tanto el sujeto como el medio ambiente deben ser considerados como una entidad única e inseparable, ya que así como el individuo tiene la capacidad de influir sobre su ambiente físico y modificarlo, éste posee también, la capacidad de afectar de manera profunda al individuo. Señala, además, que a la hora de realizar cualquier investigación que incluya al ser humano y al medio ambiente, ésta debería ser abordada desde diferentes enfoques profesionales, buscando una transdisciplinariedad, con el propósito de comprender de una mejor manera, el fenómeno que toma lugar entre el hombre y el medio que habita.

Desde un punto de vista macro, examinando a nivel de ciudad la influencia que tienen los diferentes elementos presentes en ella, autores como Evans y Eichelman, Worchel y Teddlie, y Stokols (citados en Tamayo, 2012) han manifestado que en la alta densidad de las ciudades actuales, en donde la necesidad de espacio excede la disponibilidad de éste mismo, se provoca frecuentemente,

una sobre estimulación sensorial provocada por la constante invasión del espacio personal, generando así, incrementos en los niveles de estrés de la población en general, por lo cual se vuelve sumamente relevante evaluar las alternativas existentes para contrarrestar los efectos de dicha situación. Es así como surgen reportes como el titulado “The Health and Social Benefits of Nature and Biodiversity Protection” realizado por el Instituto para Política Ambiental Europea, en el cual se examinan ampliamente una serie de estudios que procuran establecer la relación existente entre la presencia de espacios naturales, tanto dentro como fuera de las ciudades, y su impacto en la salud física y psicológica de las personas.

Según los autores de dicho reporte, si bien no existen pruebas contundentes de que la infraestructura en armonía con el ambiente y la presencia de paisajes y espacios naturales genera beneficios directos a la salud de las personas, si existen suficientes indicadores que evidencian la presencia de una correlación positiva entre ambos elementos. Dicha

situación, según ellos, se debe principalmente a lo explicado por Morris (2003), quien determina que establecer una relación causal entre los elementos es difícil debido a que los vínculos entre ellos son complejos y difíciles de desentrañar, y que por tanto, la salud vista desde un contexto ambiental, debe ser considerada como un fenómeno holístico y multifacético. (ten Brink, Mutafoglu, Schweitzer, Kettunen, Twigger-Ross, Baker, Kuipers, Emonts, Tyrväinen, Hujala, Ojala, 2016).

Uno de los estudios analizado en dicho reporte, corresponde al estudio holandés realizado por de Vries et al. (citado en ten Brink, et al., 2016), el cual buscó determinar si las personas viviendo en zonas más verdes son más felices que los que viven en zonas menos verdes. Para dicha labor, se analizaron datos de 17000 personas y se utilizó información de uso de suelo correspondiente al sitio donde vive cada una de estas personas, con el fin de determinar la cantidad de espacios verdes cerca de cada uno de ellos. Posteriormente, basándose en el número de problemas de

salud que cada persona manifestaba haber experimentado en los últimos 14 días, el estado de salud general percibido en una escala de 1 a 5, y el puntaje obtenido en una versión holandesa del cuestionario de salud general, los investigadores lograron concluir que vivir en un ambiente más verde está positivamente relacionado con los 3 indicadores mencionados, reflejándose así, en un mejor estado de salud general de las personas (ten Brink, et al., 2016).

Otro estudio holandés realizado por los investigadores Maas et al (citado en ten Brink, et al., 2016), investigó qué tan fuerte es la relación existente entre la cantidad de espacios verdes en el entorno de las personas y su percepción de estado general de salud. Para dicho estudio, los investigadores recolectaron información de más de 250.000 personas, y después de analizar el estado sociodemográfico, contexto donde habita y estado de salud general auto percibido por cada participante, se procedió a identificar el porcentaje de espacios verdes cercanos a cada persona en un radio de 1 a 3 km. Finalmente, el estudio arrojó resultados en

donde se muestra una clara influencia positiva entre el porcentaje de áreas verdes alrededor de las personas y el estado de salud general auto percibido por ellos. Se observó que en zonas donde el 90% del entorno corresponde a espacios verdes, un 10.2% de la población estudiada manifiesta sentirse enfermo o con algún problema de salud, mientras que en zonas donde el 10% del entorno corresponde a espacios verdes, un 15.5% de la población estudiada manifiesta lo mismo (ten Brink, et al., 2016).

Además, otro estudio realizado por los mismos investigadores logró determinar que no solamente existe una relación entre la cantidad de

espacios verdes en el ambiente cotidiano de una persona y su percepción general de salud, sino que también existe una relación entre la cantidad de estos espacios y el porcentaje de consultas con médicos por una serie de enfermedades, tanto físicas como mentales, que son bastante comunes en el día a día. Dicho estudio encontró que la influencia de estos espacios naturales fue sobre todo relevante en personas que pasan gran parte de su tiempo en casa, lo cual indica una clara relación entre las variables estudiadas por los investigadores (ten Brink, et al., 2016).

Otros estudios realizados en Dinamarca por Stigsdotter et al. y Nielsen et al. (citados en ten Brink, et

al., 2016) revelaron que las personas viviendo a distancias superiores a 1 km del espacio verde más cercano, presentan mayores niveles de estrés y peores estilos de vida que las personas viviendo más cerca de espacios naturales, por lo tanto, concluyen que, a mayor lejanía de espacios y zonas verdes del hogar, las probabilidades de desarrollar niveles de estrés más altos y otras condiciones médicas desfavorables son mayores (ten Brink, et al., 2016).

En su reporte, ten Brink et al. (2016) también menciona un estudio realizado por Takano et al., en el cual se entrevistó a más de 3000 residentes de Tokyo cuyas edades sobrepasaban los 70 años. En

dicho estudio, se buscó determinar la accesibilidad a espacios verdes recorribles en las comunidades por parte de la población entrevistada, y posteriormente, al evaluar los porcentajes de fallecimientos, se encontró una relación positiva entre la presencia de espacios verdes recorribles en las comunidades y tasas de fallecimientos más bajas en zonas con mayor presencia de este tipo de espacios.

Según ten Brink et al. (2016), diversos estudios realizados por diferentes investigadores como Health Council of the Netherlands, van den Berg et al., Hartig et al. y Roe et al., han conseguido mostrar una relación positiva entre la presencia de espacios

verdes presentes en las comunidades y una mayor recuperación del estrés y la fatiga, determinando también, que la naturaleza posee capacidad de impactar en forma positiva aspectos como el estado anímico de las personas, los niveles de concentración, la auto disciplina y el estrés fisiológico.

Examinando en detalle la capacidad que posee el espacio a nuestro alrededor de influenciar positivamente o negativamente nuestro estado anímico en general, se encuentran autores como Roger Ulrich (1984), reconocido psicólogo ambiental, quien ha realizado múltiples publicaciones en relación con este tema y aborda la problemática específica de los centros

de salud. Según Ulrich (2004), en el diseño de edificaciones dedicadas a brindar servicios médicos ha imperado el enfoque funcional, se ha dado especial importancia al hecho de proveer espacios eficientes que cumplan con una serie de parámetros definidos para el establecimiento de instalaciones de carácter médico; sin embargo, se ha dejado de lado la exploración espacial con el fin de generar espacios más amenos, dando como resultado una serie de edificaciones que desde el punto de vista funcional, podrían considerarse exitosas, pero a nivel de percepción psicológica del entorno, resultan espacios completamente deshumanizados, fríos, duros, etc.

La falta de concientización sobre la influencia del espacio en el usuario provoca ambientes poco amigables que fracasan debido al impacto negativo que generan en los pacientes, familiares y personal médico. Según evidencia obtenida por parte de estudios realizados, el diseño inadecuado de espacios médicos contribuye en gran medida al aumento de estrés, pero además es capaz de generar condiciones clínicas como ansiedad, delirio, aumento de la presión sanguínea y puede inducir a una mayor ingesta de drogas contra el dolor (Wilson, 1972; Ulrich, 1984; Ulrich, 2004).

Los centros de salud corresponden a espacios extremadamente complicados a la hora de diseñar, no sólo por su complejidad programática, sino también por el hecho de que allí se viven momentos de gran tensión. De esta manera, el arquitecto debe procurar que su diseño ayude a disminuir el estrés generado en tal lugar. Las investigaciones realizadas por diversos profesionales, tales como Roger Ulrich, dictan pautas y ayudan a los arquitectos a tomar mejores decisiones en el diseño de edificaciones de este

tipo. Tal y como menciona Ulrich (2004), el diseño debería ser capaz, no sólo de producir espacios satisfactorios desde una perspectiva funcional tomando en cuenta factores más allá que la eficiencia, el costo y los reglamentos necesarios, preocupándose también, por promover el bienestar a través de espacios que aporten un apoyo psicológico a lo largo del proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento.

Ulrich (1984) asegura que a través de simples medidas adoptadas durante el diseño de un centro de salud se pueden generar grandes cambios positivos en la conducta de los seres que lo habitan, esto a su vez genera otra serie de beneficios. Según Ulrich, la proyección de habitaciones individuales en un centro de salud ayudará a que el paciente sienta mayor control sobre su espacio, lo que inmediatamente generará una idea de identificación y empoderamiento que le hará sentir más cómodo en el ambiente que habita. Por otro lado, el hecho de contar con habitaciones individuales provoca que los familiares del paciente sientan mayor deseo de acompañarlo, contribuyendo así, con la seguridad física y

psicológica del paciente. Como otra medida, Ulrich aconseja diseñar habitaciones que cuenten con todas las previstas para atender distintos tipos de emergencias, ya que, según estudios realizados, durante el proceso de traslado del paciente se generan una gran cantidad de errores médicos que pueden afectar gravemente su bienestar.

En relación con la medida anterior, el autor menciona los beneficios de que el paciente sienta pertenencia, derecho y control sobre su espacio, y establece que, dicha característica puede ser alcanzada mediante pequeños detalles, como el hecho de que el paciente pueda regular la cantidad de luz natural y artificial presente en su habitación, que el paciente pueda regular la temperatura dentro de su espacio y que la disposición del mobiliario sea variable y flexible.

La autora Jayne Merkel (2003), quien realizó un artículo basado en los estudios de Roger Ulrich, menciona una serie de características que se debe buscar incorporar

en establecimientos de carácter médico con el fin de construir espacios más amenos, tanto para el paciente y sus familiares, como para el personal que labora allí. Ella recalca la importancia de provocar distracciones positivas en el paciente, de manera que su mente se concentre en algo diferente al posible dolor o molestias generadas por la enfermedad y los tratamientos a los cuales está siendo sometido. Estas distracciones pueden provocarse a través de cambios en color, texturas, patrones, murales, aperturas al exterior, etc. Una buena manera de inducir distracciones positivas es mediante la conexión sensorial con la naturaleza, ya sea visual, auditiva o física, ya que la observación y el contacto con la naturaleza poseen cualidades terapéuticas conocidas.

Merkel (2003) manifiesta también, la importancia de estimular el contacto y las relaciones interpersonales entre pacientes, sin comprometer claro, el derecho a la privacidad de cada uno de ellos. De esta manera, se deben proponer espacios comunes cercanos a sus habitaciones, donde los pacientes

puedan realizar actividades de carácter social. A partir de dichas observaciones, la autora hace énfasis en que los hospitales deben modificar la manera en la que plantean y conceptualizan sus instalaciones para generar un mejor impacto en el paciente, potenciando las respuestas positivas a tratamientos médicos y procesos de recuperación.

Por su parte, Weeks (2004) aborda la problemática que poseen la mayoría de centros de salud, en dónde se aprecia una imagen completamente genérica. La autora manifiesta que si bien las funciones que se llevan a cabo en dichos espacios son frías e institucionalizadas, el diseño del entorno no tiene porqué ser de esa misma manera. Weeks (2004) menciona el caso de la remodelación del Complejo de Radiología y Centro de Imágenes de la Mujer en Tallahassee, Florida, y recalca la importancia de generar espacios humanizados a través del diseño integral, tomando en cuenta la distribución, la geometría y la materialidad del espacio, buscando siempre generar un ambiente placentero

y dispuesto según las necesidades del paciente y personal que labora allí.

En relación con el mismo tema, Kellett y Collins (2009) han realizado investigaciones sobre los ambientes en las instituciones de salud y la forma en que las grandes construcciones actuales generan espacios ajenos al ser humano, muy distantes de lo considerado como un hogar. Según los autores, dichos espacios, lejos de provocar una mejoría en el paciente, causan incomodidad, disgusto y desapego; es así como ellos dedican sus trabajos a examinar diferentes alternativas para crear espacios con cualidades más hogareñas en donde el paciente se sienta a gusto. Kellett y Collins (2009) concuerdan con Ulrich (1984) y establecen entre las alternativas mencionadas la importancia de fabricar espacios hasta cierto punto personalizables, en donde el paciente tenga una sensación de control sobre su espacio, teniendo la capacidad de modificar características como cantidad e intensidad de luz natural y artificial, ventilación,

temperatura, organización del mobiliario, entre otros.

Por otra parte, McCarthy (2004) se refiere a ciertas situaciones que se presentan en hospitales, que afectan directamente la salud, seguridad e integridad de un paciente y que son consecuencia de malas decisiones a la hora del planeamiento y diseño de sus instalaciones. Entre las situaciones mencionadas, se presentan los errores médicos a causa de la tensión provocada en el momento de trasladar a un paciente de una habitación a otra en caso de emergencia. Según los autores, este escenario, podría ser contrarrestado diseñando las habitaciones de manera que se pudieran atender ciertas emergencias allí mismo, es decir pensando en condiciones espaciales para atender múltiples estados de salud del mismo paciente en un solo espacio, condición similar a la mencionada por Ulrich (1984). McCarthy (2004) expone también la necesidad de plantear habitaciones individuales, lo que ayudaría a prevenir accidentes causados por confusión de pacientes por parte del personal médico, disminuiría las molestias del individuo y promovería la visita

regular y prolongada de los parientes, amigos y familiares. Es así como McCarthy (2004) contrapone las desventajas de invertir un porcentaje adicional en dichas modificaciones versus el ahorro en accidentes y equivocaciones que se obtiene al implementar dichas medidas.

Dentro de la misma temática sobre la influencia del espacio en el bienestar psicológico del paciente, pero refiriéndose específicamente al tema de la utilización del color en el espacio, los autores Bosch, Cama, Eldestein, & Malkin (2012) presentan una serie de sugerencias en su trabajo publicado por The Center for Health Design, una entidad sin fines de lucro que brinda apoyo a profesionales y organizaciones en temas sobre diseño de espacios de atención médica, con el fin de promover un mejoramiento de las instalaciones dedicadas a dicha actividad.

Si bien la utilización ideal del color en un centro de atención médica depende del tipo de paciente, la enfermedad que padece y del propósito del espacio, Bosch et al (2012)

concuerdan con una serie de pautas básicas que se pueden tomar en cuenta a la hora del diseño con el fin de promover espacios humanizados y coherentes con las actividades que allí se realizan.

En primera instancia, los autores recalcan la importancia de considerar la edad como un factor determinante en la manera en la que serán percibidos los colores, ya que la visión y su capacidad de apreciar el color varía de una edad a otra; de esta manera un niño será capaz de percibir colores más nítidos, mientras que una persona mayor, necesitará estar rodeada con mucho contraste y niveles más altos de saturación con el fin de percibir los colores más fácilmente. Una consideración de suma importancia que debe ser tomada en cuenta a la hora de especificar colores a espacios de atención a la salud, implica la necesidad de poder observar con claridad el color de piel de los pacientes por parte del personal médico, ya que dicha condición puede indicar algún tipo de padecimiento, es por este motivo que debe evitarse que los colores presentes en

el espacio se vean reflejados de alguna manera sobre la piel de los mismos (Bosch et al., 2012).

Según Bosch et al (2012), otro aspecto a considerar referente a la utilización del color, corresponde a la cantidad de tiempo que el paciente permanecerá en un mismo ambiente, ya que el color puede tener una influencia muy fuerte en la manera en la que se percibe el espacio en función del tiempo; de esta manera, los autores explican que un espacio en donde prevalecen los colores cálidos provocará una distorsión del tiempo, haciendo parecer al paciente que su estancia en ese lugar ha sido más larga de lo que en realidad ha sido. Por otro lado, los colores fríos generan en el paciente una sensación de armonía, reduciendo los niveles de tensión y angustia. Es así como se torna de suma importancia tener un conocimiento y entendimiento general de la manera en la que afecta la utilización del color al usuario de un establecimiento dedicado a labores de salud, y así poder aprovechar al máximo las cualidades propias de un espacio armónico y bien pensado.

2.2 PROBLEMA Y SUBPROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

2.2.1 PROBLEMA GENERAL: DESCRIPCIÓN

Si bien Costa Rica es un país relativamente pequeño y su sistema de salud ha procurado mantener una ramificación de sus servicios para cubrir una mayor extensión poblacional, existe hasta cierto punto, una centralización en cuanto a los servicios médicos de alta complejidad, esto, debido a que los centros con mayores niveles de tecnología y mayor cantidad de personal médico especializado se encuentran ubicados en los focos urbanos más desarrollados. De esta manera, la Caja Costarricense del Seguro Social ha organizado sus servicios al paciente en tres niveles de atención distintos, ésto dependiendo de la complejidad del problema médico a tratar y de sus necesidades específicas, las cuales pueden ir desde una complejidad muy baja hasta una muy especializada (García, 2004). De esta manera, se conforma una red de centros médicos interrelacionados entre sí que

pretenden garantizar una continuidad de los servicios de salud necesarios en el país, procurando alcanzar a todos los habitantes, sin importar cuál sea su lugar de residencia.

Según la división de servicios, en el primer nivel de atención al paciente encontramos aquellos que requieren un menor grado de especialización, este nivel comprende los servicios básicos que realizan labores en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como tratamiento, curación y rehabilitación de baja complejidad; estos servicios son brindados en su mayoría por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S) y algunas otras iniciativas como clínicas periféricas (García, 2004).

En el segundo nivel de atención, encontramos aquellos centros cuya labor es brindar apoyo al primer nivel de atención y adicionalmente, ofrecer intervenciones tanto ambulatorias como hospitalarias en un grado de complejidad intermedio, abarcando algunas especialidades básicas y subespecialidades como medicina interna, pediatría,

ginecoobstetricia, psiquiatría, cirugía general, neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología y oftalmología. Los centros médicos que brindan servicios en este nivel de atención, corresponden en general, a las clínicas especializadas y algunos hospitales periféricos (García, 2004).

Finalmente, el tercer nivel de atención al paciente, corresponde a los centros médicos cuya labor consiste en brindar servicios ambulatorios y de hospitalización en un grado de alta complejidad, ofreciendo soporte a los centros médicos de segundo nivel y ampliando cobertura en algunas subespecialidades como alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría. Estos centros médicos requieren de altos niveles de tecnología para ofrecer servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento a sus pacientes. Dentro de este nivel de atención se encuentran la gran mayoría de hospitales, incluyendo los hospitales especializados como el Hospital Nacional de Niños, el Hospital Geriátrico Blanco Cervantes, el Hospital Nacional de la Mujer Dr. Rodolfo Carit

Eva, el Hospital Nacional Psiquiátrico y el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), así como también, los hospitales Clase A: Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital México. Estos últimos, son los encargados de recibir y brindar tratamiento a gran mayoría de los pacientes referidos por centros médicos de segundo nivel en zonas lejanas, es decir, en ellos encontramos pacientes provenientes de todo el país. Por ejemplo, pacientes provenientes de zonas como Puriscal, Turubares, Pérez Zeledón, Coto Brus, Golfito y Osa son referidos al Hospital San Juan de Dios en caso de necesitar servicios médicos complejos; pacientes provenientes de zonas como Valle La Estrella, Matina, Talamanca y Guácimo son referidos al Hospital Calderón Guardia y pacientes de zonas como Puerto Viejo de Sarapiquí, Nicoya, Upala, la Fortuna y Los Chiles son referidos al Hospital México. De esta manera se hacen evidentes los largos trayectos que deben recorrer algunos pacientes para recibir tratamientos médicos, que en algunas ocasiones, no requieren ni siquiera internamiento.



DIAGRAMA 1
Niveles de Atención C.C.S.S. [Diagrama]. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

A pesar de contar con dicha ramificación de servicios médicos, los tres hospitales principales encargados de brindar atención a los casos más complejos, Hospital San Juan de Dios, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital México, se encuentran ubicados en la capital, a una distancia muy cercana uno del otro, lo que quiere decir que proporcionalmente, las zonas que guardan una distancia moderada con ellos, aunque son las más densamente pobladas corresponden a una minoría comparada con la totalidad del territorio nacional; es así como existe un alto porcentaje de población que debe desplazarse distancias muy largas con el fin de tener acceso a atención médica en caso de situaciones complejas.

Un claro ejemplo de cómo la centralización de los servicios médicos especializados puede representar un problema es el caso de los pacientes con Cáncer que requieren someterse a tratamientos de quimioterapia y radioterapia. Actualmente, los únicos centros médicos en proporcionar el servicio de quimioterapia corresponden al Hospital San Juan de Dios,

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital México y Hospital Max Peralta de Cartago. Lo anterior quiere decir que todos aquellos pacientes que residen en zonas alejadas del país y que dependen de este tipo de tratamiento, deben desplazarse hasta uno de estos 4 hospitales con el fin de recibirlo. Una situación muy similar se da con los pacientes oncológicos que requieren sesiones de radioterapia como parte de su tratamiento, ya que éstas pueden ser suministradas, únicamente, en los tres hospitales clase A del país. De la misma forma sucede con los pacientes del área de nefrología que padecen insuficiencias renales crónicas y que dependen de sesiones de hemodiálisis para poder sobrevivir, ya que deben trasladarse hasta uno de estos tres hospitales para recibir su tratamiento.

Los tratamientos mencionados anteriormente requieren que el paciente deba trasladarse constantemente al centro médico, ya que corresponden a tratamientos de múltiples sesiones y cuya efectividad depende de que se suministre la cantidad asignada según las indicaciones médicas.

CENTRALIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS



IMAGEN 5
Zonas de atracción hospitales clase A y ejemplos de desplazamientos. [Mapa Esquemático]. Elaboración: Mora Chaves, A (2019).

2.2.2 SUBPROBLEMAS:

Si bien la problemática general tiene que ver con la centralización de los servicios médicos especializados, existen otras aristas desde las cuáles puede ser estudiado el problema. De ésta manera se desprenden los siguientes subproblemas, que tienen como propósito evaluar de una manera más detallada, las diferentes esferas en las cuales repercute el problema general.

2.2.2.1 DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESTADO Y GASTOS GENERADOS:

Existen casos especiales en los cuales un paciente cuyo tratamiento no requiere internamiento puede optar por una cama en un hospital del Estado, dichas circunstancias guardan relación con condiciones de vulnerabilidad social, física o económica, en donde los pacientes carecen de espacios donde puedan alojarse cerca de los centros médicos mientras atraviesan un proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento. Entre las principales causas

para la prolongación innecesaria de una estancia hospitalaria, podemos encontrar situaciones de abandono y condiciones de lejanía de procedencia, en donde los pacientes deben, dependiendo de su padecimiento, permanecer cerca de los centros médicos a la espera de exámenes, tratamientos frecuentes o controles médicos (Brenes, 2014).

Si bien el acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental de todo ciudadano, las estancias hospitalarias innecesarias representan una gran preocupación para las instituciones involucradas debido a que se aumenta la ocupación de los centros médicos y se disminuye la rotación de camas, es decir, se mantienen ocupadas camas que podrían estar siendo utilizadas por un paciente que si requiere internamiento. Por otro lado, los gastos asociados a estancias hospitalarias no necesarias corresponden a un tema sumamente delicado, ya que los costos de operación en hospitales son bastante altos y el hecho de cubrir dichos gastos en situaciones donde el internamiento no es requerido representa una fuga importante de recursos (Brenes, 2014).

Según información de la Unidad de Contabilidad y Presupuesto del Hospital San Juan de Dios, el costo diario por ocupación de cama, conocido como costo día cama, va desde los ₡314.000 colones aproximadamente en el servicio de medicina general hasta los ₡820.000 colones aproximados en el servicio de ginecología. A manera de ejemplo y partiendo de un caso real, una paciente internada en el servicio de ginecología, cuyo tratamiento comprende sesiones de radioterapia diarias por periodo de un mes, estaría generando gastos superiores a los ₡10.000.000 de colones únicamente por concepto de estadía, siendo un tratamiento ambulatorio que no requiere su internamiento. (Brenes, 2014). De esta manera, se evidencia la importancia de buscar alternativas para aquellos pacientes que no requieren específicamente condiciones de internamiento, ya que los costos por motivo de estancia en un hospital son muy elevados y el impacto económico que genera este tipo de situaciones es muy alto.



DIAGRAMA 2
Costo día cama por servicio en Hospital San Juan de Dios. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

Por otro lado, en algunas ocasiones cuando existen pacientes procedentes de zonas muy alejadas con padecimientos complejos que requieren tratamientos ambulatorios en los diferentes hospitales, el centro de salud responsable coordina el transporte de los mismos utilizando las unidades de ambulancia propias o contratando el traslado a través de la Cruz Roja, situación que genera de igual manera, un impacto económico a la institución, ya que debe costearse tanto el combustible como el salario del conductor, y a veces debe contarse también con un asistente de pacientes que colabore durante el viaje, todo esto sin aliviar la agonía que representa para muchos tener que viajar cientos de kilómetros para recibir un tratamiento cuya duración les exige regresar a sus casas horas más tarde.

Otro aspecto que debe ser considerado dentro de esta problemática tiene que ver con las listas de espera que manejan los hospitales Clase A para brindar atención y tratamiento a cientos de personas en nuestro país. Al ocuparse camas para el internamiento de pacientes que no

lo requieren, se impide la atención de otras personas que se encuentran a la espera de un campo disponible para poder ser atendidos. Dicho esto, vemos cómo el hecho de no contar con un espacio apropiado para el alojamiento de todos los pacientes que requieren tratamientos médicos en los principales hospitales del país, genera, no solo gastos económicos sumamente importantes, sino que también genera a nivel de funcionamiento, crisis debido al atraso en la atención de pacientes que en muchas ocasiones, la necesitan urgentemente, exponiéndolos a complicaciones y otras consecuencias que podrían resultar fatales.



Imagen 6
Fundación Ronald McDonald (2014). Vista externa Casa Ronald McDonald [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/FIRMCR/>

2.2.2.2 DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS OPCIONES EXISTENTES

En Costa Rica existen actualmente, algunas fundaciones dedicadas a suplir las necesidades de pacientes y familiares provenientes de zonas alejadas que requieren tratamientos en el Gran Área Metropolitana y que por condiciones socio – económicas especiales, padecen grandes dificultades a la hora de trasladarse a los centros de salud respectivos para recibir sus tratamientos médicos. Algunas de estas fundaciones ofrecen espacios de albergue, donde las familias pueden optar por una habitación para hospedarse mientras el paciente concluye su periodo de evaluaciones, tratamientos o recuperación post-tratamiento.



Imagen 7
Fundación Ronald McDonald (2014). Vista interna lobby Casa Ronald McDonald [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/FIRMCR/>

Imagen 8
Fundación Ronald McDonald (2014). Vista interna sala principal Casa Ronald McDonald [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/FIRMCR/>



Si bien estas fundaciones representan una gran iniciativa de ayuda a familias y pacientes en condiciones de vulnerabilidad, la mayoría corresponden a fundaciones no gubernamentales sin fines de lucro, y por esta razón sus capacidades son bastante limitadas. En general son proyectos pequeños, en donde el espacio no ha sido diseñado para lo que se utiliza, sino que se hace uso de casas de habitación habilitadas para el hospedaje de pacientes.

Una de estas fundaciones corresponde a la Fundación Internacional sin fines de lucro Ronald McDonald, la cual opera en nuestro país desde el año 2002, y cuya misión es “crear, encontrar y apoyar programas que mejoran directamente la salud y el bienestar de los niños” (Fundación Ronald McDonald, s.f.).

Desde el año 2014, dicha fundación pone a disposición de las familias de pacientes internados en el Hospital Nacional de Niños la Casa Ronald McDonald. Bajo el lema “un hogar lejos del hogar”, la Casa Ronald McDonald ofrece albergue

y alimentación a todas aquellas familias para quienes resulta difícil encontrar hospedaje en el Gran Área Metropolitana. Según explica Karla Sequeira, gerente de Casa Ronald McDonald, el usuario meta de la casa no es precisamente el paciente, ya que su objetivo es, más bien, brindar apoyo a la familia del niño internado en el hospital.

Actualmente, Casa Ronald McDonald funciona únicamente con la mitad de su capacidad proyectada, ya que se iniciaron labores con la primera etapa del proyecto. Dicha etapa se compone de los primeros dos niveles de la construcción y consta de 14 habitaciones, las cuales tienen capacidad de albergar a 30 personas en total. La segunda etapa, la cual corresponde al tercer y cuarto nivel de la construcción se encontraba clausurada hasta dos meses antes de finalizada la presente investigación, ya que ambos niveles habían sido planificados para permanecer en obra gris hasta que la fundación contara con los recursos económicos suficientes para darle acabado a las obras. En Julio del año 2019,

aproximadamente 5 años después de haber abierto sus puertas, la Casa Ronald McDonald comenzó las labores para la culminación del proyecto completo.

Casa Ronald McDonald es una de las pocas instituciones cuya infraestructura fue visualizada y proyectada específicamente para su función, sin embargo, debido a que forma parte de una fundación internacional, el diseño del espacio se rige bajo una serie de pautas estipuladas por parámetros propios de la fundación, excluyendo hasta cierto punto, aspectos muy importantes del diseño arquitectónico como son el contexto y la utilización del color en el espacio. Es así como Casa Ronald McDonald aporta una imagen algo genérica y carente de atmósferas realmente amigables con el usuario. Además, en cuanto a población meta, Casa Ronald McDonald no está dirigida específicamente a servir al paciente que requiere tratamientos ambulatorios en la ciudad, por lo que representa más un apoyo para la familia del paciente.



Imagen 9
Fundación Ronald McDonald (2014). Vista interna habitaciones Casa Ronald McDonald [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/FIRMCR/>



Imagen 10
Fundación Ronald McDonald (2014). Vista interna sala de estar Casa Ronald McDonald [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/FIRMCR/>



Imagen 11
Fundación Ronald McDonald (2014). Vista externa patio Casa Ronald McDonald [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/FIRMCR/>



Imagen 12
Fundación GiáMaLa (2016). Vista interna cocina Casa Camila [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.http://giamala.org/casa-giamala/>

Otra fundación que se dedica a brindar hospedaje y alimentación a pacientes y a sus acompañantes es la Fundación GiáMaLa, esta fundación sin fines de lucro surge en el año 2009 como legado del joven Giancarlo Malavasi Lachner quien falleció a causa de una leucemia linfocítica aguda.

A través de Casa Camila, Fundación GiáMaLa busca dar cobijo a pacientes y sus familiares que provienen de zonas alejadas a recibir tratamientos de quimioterapia y radioterapia en los principales hospitales del Gran Área Metropolitana, bajo la idea de proporcionar un ambiente hogareño donde tanto el paciente como sus acompañantes puedan estar a gusto.

Actualmente, Casa Camila cuenta con 5 dormitorios y posee la capacidad de brindar hospedaje a un total de 12 personas. Desde su apertura, los encargados de Casa Camila han hecho grandes esfuerzos por brindar espacios amigables y coherentes con la condición de los pacientes que reciben, incorporando elementos de diseño como la utilización del color para lograr ambientes más amenos, así como también, prestando especial atención a la utilización del mobiliario con el fin de generar atmósferas agradables y nada intimidantes.

La diseñadora encargada del proyecto, Esny Martin, buscó generar espacios limpios y relajantes mediante la utilización de colores neutros, incorporando acentos de colores vibrantes con el fin de transmitir energía y alegría a los huéspedes. Además utilizó elementos gráficos en las paredes como frases positivas e ilustraciones temáticas para cada espacio con el propósito de estimular la creatividad, el optimismo y el bienestar general de los pacientes y sus familiares. Adicionalmente al hospedaje y alimentación, Casa Camila también ofrece sesiones de arte terapia, música terapia y atención psicológica, tanto para los familiares de los pacientes como para ellos mismos, buscando siempre que a pesar de las circunstancias, ellos puedan vivir la mejor experiencia posible en sus instalaciones.

Sin embargo, a pesar de sus grandes esfuerzos, las instalaciones de Casa Camila siguen siendo las de una casa de habitación habilitada para el uso que requerido, motivo por el cual no se pudieron incorporar algunas características

espaciales que podrían haber sido implementadas en el espacio con el fin de generar un espacio más acorde y más consciente de su función, buscando el disfrute del paciente desde otras perspectivas de la psicología ambiental. En cuanto al paciente meta, Mariechen Lachner, presidenta ejecutiva de Fundación GiáMaLa señala que su prioridad como fundación es brindar soporte a pacientes entre los 13 y 21 años de edad, sin embargo al existir disponibilidad se puede ofrecer hospedaje a pacientes con edades superiores.

Como complemento a Casa Camilla, en el año 2018, la fundación inauguró una nueva plataforma llamada GiáMaLa CoWorks, la cual pone a disposición de profesionales en el área de la salud, espacios habilitados de coworking para brindar atención a pacientes y atender sesiones de trabajo grupales. Dicha iniciativa tiene como fin, ofrecer un servicio del cual se puedan obtener recursos económicos para el soporte económico de la fundación.



Imagen 13
Fundación GiáMaLa (2016). Vista interna dormitorio Casa Camila [Fotografía].
Recuperado de: <https://www.http://giamala.org/casa-giamala/>



Imagen 14
Fundación GiáMaLa (2016). Vista interna dormitorio Casa Camila [Fotografía].
Recuperado de: <https://www.http://giamala.org/casa-giamala/>



Imagen 15
Fundación GiáMaLa (2016). Vista externa Casa Camila [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.http://giamala.org/casa-giamala/>



Imagen 16
Fundación GiáMaLa (2018). Vista interna Giámala CoWorks [Fotografía].
Recuperado de: <https://www.instagram.com/giamalacr/>



Imagen 17
Fundación GiáMaLa (2018). Vista interna Giámala CoWorks [Fotografía].
Recuperado de: <https://www.instagram.com/giamalacr/>



Imagen 18
Fundación GiáMaLa (s.f.). Vista interna Giámala CoWorks [Fotografía].
Recuperado de: <https://www.giamala.org/>



Imagen 19
Fundación GiáMaLa (s.f.). Vista interna Giámala CoWorks [Fotografía].
Recuperado de: <https://www.giamala.org/>

Por su parte, la Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil, fundada en el año 1980 es otra fundación que brinda servicio de albergue y alimentación a familias con niños enfermos que requieren tratamiento en el Hospital Nacional de Niños. Su misión es “Satisfacer las necesidades y expectativas de la niñez con cáncer y la familia mediante el desarrollo de programas preventivos, facilitar el tratamiento adecuado y atención integral con el uso de alta tecnología; así como la recreación en el entorno socio-familiar, con la mística y dedicación de un equipo humano comprometido” (Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil, s.f.).

La asociación se preocupa también por brindar atención psicológica a niños y sus familiares, además de capacitar de manera integral al núcleo familiar mediante talleres informativos con el fin de ayudarlos a tratar con la situación que enfrentan.

Hasta hace un tiempo, el albergue de la asociación contaba con un número de 12 habitaciones, cada una de ellas con 2



Imagen 20
Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil (2010). Vista interna pasillo Albergue ALCCI [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/ALCCICr/>



Imagen 21
Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil (2010). Vista interna comedor Albergue ALCCI [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/ALCCICr/>

camas para hospedar a un paciente junto a su acompañante durante el periodo de tratamiento; sin embargo, ante la alta necesidad de ampliar la capacidad del albergue, el 30 de marzo del 2016 se inauguró una segunda etapa, en la cual se agregaron 20 habitaciones adicionales, además de enfermería, sala de trasplantados, comedor y área de juegos.

Si bien existen algunas propuestas de espacios de soporte para pacientes que requieren tratamientos en el Gran Área Metropolitana, existe un vacío desde el punto de vista de cómo se plantea el diseño del espacio. En muchas ocasiones, por razones de presupuesto no se da la importancia necesaria a la influencia que pueda tener el espacio en el proceso de tratamiento y recuperación post-tratamiento del paciente, y se limita como consecuencia, a la generación de espacios que cumplen desde un enfoque meramente funcional.



Imagen 22
Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil (2016). Vista externa Albergue ALCCI [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.cerconearquitectos.com/>

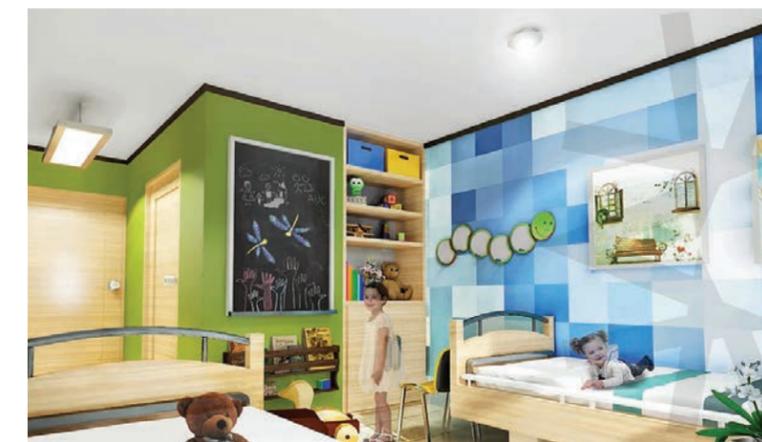


Imagen 23
Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil (2016). Vista interna dormitorio Albergue ALCCI [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.cerconearquitectos.com>

2.2.2.3 DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE: LA EXPERIENCIA

Una perspectiva fundamental sobre la problemática corresponde a la experiencia que viven los pacientes y sus acompañantes a lo largo del proceso de tratamiento y cómo la percepción de su vivencia puede llegar a verse afectada por los espacios arquitectónicos en los que se desenvuelven durante esa etapa. La problemática desde el punto de vista del paciente incluye situaciones como el hecho de tener que desplazarse distancias muy largas para recibir un tratamiento que no requiere internamiento, además de condiciones como la experimentación de sintomatología propia de la enfermedad que se padece, los efectos psicológicos y emocionales producto del diagnóstico de un padecimiento tan grave como Cáncer o Insuficiencia Renal Crónica, la experimentación de efectos secundarios generados por el tratamiento que se recibe, y como si fuera poco, el impacto económico que provoca la necesidad de trasladarse frecuentemente hasta los centros médicos.

Según datos del departamento de estadística del Hospital San Juan de Dios, desde el año 2014 y hasta el año 2018, se aplicaron 838 sesiones de quimioterapia y radioterapia a pacientes ambulatorios que debieron ser internados sin requerirlo, esto con el fin de que pudieran completar su tratamiento; de esas 838 sesiones, 499, lo que representa un 60% del total, fueron aplicadas a pacientes residentes del GAM, y 339, es decir, un 40%, fueron aplicadas a pacientes provenientes de zonas externas al GAM. En ambos casos, tanto en los pacientes de quimioterapia como en los de radioterapia, la mayoría de pacientes provenientes de zonas externas al GAM, debía trasladarse distancias superiores a los 100km desde sus comunidades hasta el centro de salud. Dicha situación evidencia la necesidad de buscar una solución a la problemática expuesta en esta investigación, ya que si bien la mayoría de pacientes que requieren tratamientos médicos ambulatorios reside en el Gran Área Metropolitana, existe un porcentaje muy alto de pacientes que provienen de zonas lejanas y que se enfrentan todos los

días, a la realidad de no contar con un lugar para hospedarse cerca del hospital donde reciben sus tratamientos.

Dentro de las enfermedades crónicas más comunes en Costa Rica, encontramos los diferentes tipos de cáncer, los cuales se definen como el conjunto de enfermedades que se desarrollan a partir de la mutación y reproducción anormal de células dañadas. Este fenómeno causa, a su vez, tumores en los tejidos circundantes que llegan a afectar el funcionamiento de los órganos o sistemas involucrados. Para combatir el cáncer existen tratamientos ambulatorios especializados como la quimioterapia y la radioterapia, ambos son tratamientos que a pesar de no requerir internamiento pueden generar una gran cantidad de efectos secundarios como cansancio extremo, náuseas, vómitos, mayor propensión a sangrados, moretones e infecciones, y además, en los peores casos pueden generar trastornos oculares y afecciones cardíacas. En el caso de la quimioterapia, algunos ciclos de tratamiento pueden tener duraciones de una o dos semanas con sesiones diarias,

alternándose con 15 a 22 días de descanso, por lo que el paciente debe permanecer cerca del centro médico por periodos mínimos de 7 días. En el caso de la radioterapia, la situación es aún más grave, ya que los ciclos de tratamiento pueden tener una duración de hasta 5 semanas con sesiones todos los días.

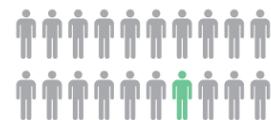
**PACIENTES INTERNADOS
QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA 2014 - 2018**



41% DE PACIENTES
PROVIENEN DE ZONAS
EXTERNAS AL GAM



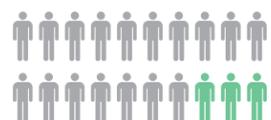
40% PROVIENEN DE DISTANCIAS
SUPERIORES A LOS 200Km



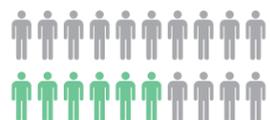
5% PROVIENEN DE DISTANCIAS
ENTRE LOS 50Km Y 99Km



10% PROVIENEN DE DISTANCIAS
ENTRE LOS 150Km Y 199Km



15% PROVIENEN DE DISTANCIAS
INFERIORES A LOS 50Km



30% PROVIENEN DE DISTANCIAS
ENTRE LOS 100Km Y 149Km

DIAGRAMA 3
Porcentaje de pacientes internados para radioterapia y quimioterapia Hospital San Juan de Dios 2014 - 2018 por distancia de procedencia. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

EJEMPLO / CASO REAL:

Paciente femenina, residente de **Golfito**, 16 años de edad. **6 meses de embarazo**, diagnosticada con **Leucemia**. Es referida al Hospital San Juan de Dios por la complejidad de su padecimiento y la necesidad de iniciar tratamiento cuanto antes. Esta paciente debe trasladarse un promedio de **316 km** desde su comunidad hasta el centro de salud correspondiente. En términos de tiempo, dicha distancia puede ser recorrida en un periodo aproximado de **5 horas en vehículo particular o 6 – 7 horas en transporte público.**

EJEMPLO / CASO REAL:

Paciente femenina, residente de **Puriscal**, 48 años de edad, diagnosticada con cáncer de mama. Es referida al Hospital San Juan de Dios por la complejidad de su padecimiento. Requiere **sesiones diarias de radioterapia por periodo de un mes.** Esta paciente debe trasladarse un promedio de **42 km** desde su comunidad hasta el centro de salud correspondiente. En términos de tiempo, dicha distancia puede ser recorrida en un periodo aproximado de **1 hora y 15 minutos en vehículo particular.**

EJEMPLO / CASO SUPUESTO BASADO EN

EVIDENCIA:

Paciente masculino, residente de **Cañas**, 45 años de edad, diagnosticado con insuficiencia renal crónica. Es referido al Hospital México por la complejidad de su padecimiento. **Requiere sesiones de hemodiálisis 3 veces por semana, 8 horas cada una.** Este paciente debe trasladarse un promedio de **170 km** desde su comunidad hasta el centro de salud correspondiente. En términos de tiempo, dicha distancia puede ser recorrida en un periodo aproximado de **2 horas y 40 minutos en vehículo particular o 3 horas y 30 minutos en transporte público.**

EJEMPLO / CASO REAL:

Paciente femenina, residente de **San Vito**, 57 años de edad, diagnosticada con insuficiencia renal crónica. Es referida al Hospital San Juan de Dios por la complejidad de su padecimiento y la necesidad de tratamiento. **Requiere sesiones de hemodiálisis 2 veces por semana mínimo.** Esta paciente debe trasladarse un promedio de **304 km** desde su comunidad hasta el centro de salud correspondiente. En términos de tiempo, dicha distancia puede ser recorrida en un periodo aproximado de **5 horas en vehículo particular o 7 – 8 horas en transporte público.**



KIMBERLY BARRANTES

VECINA DE GOLFITO
DIAGNOSTICADA CON LEUCEMIA A SUS 6 MESES DE EMBARAZO

EUSEBIO CHORLY

VECINO DE TALAMANCA
DIAGNOSTICADO CON CANCER, REQUIERE 28 SESIONES DE RADIOTERAPIA



MARIBEL BARQUERO

VECINA DE TURRIALBA
REQUIRIÓ RADIOTERAPIA Y POSTERIOR- MENTE QUIMIOTERAPIA

DULCELINA MADRIGAL

VECINA DE LOS CHILES
SUS HIJOS SE QUEDAN AL CUIDO DE UNA VECINA MIENTRAS ELLA RECIBE TRATAMIENTO



Imagen 24
Pacientes atendidos Casa Camila y Hogar Resurgir [Collage] Elaboración: Mora Chaves, A. (2019). Fotografías obtenidas de: <http://www.youtube.com/watch?v=dd64kX6sfB8> y <http://www.nacion.com>



EL ESTADO

MANTENER A UN PACIENTE INTERNADO QUE **NO REQUIERE** INTERNAMIENTO GENERA GRANDES GASTOS PARA EL ESTADO

COSTOS DÍA CAMA

GINECOLOGÍA	¢ 816.851,48
OBSTETRICIA	¢ 476.044,76
MEDICINA	¢ 313.678,25
OTROS SERVICIOS	¢ 349.971,69

Fuente: MSc. Irene Mora Flores.- Contabilidad y Presupuesto Hospital San Juan de Dios
Fecha de corte: Junio 2014.



LAS OPCIONES EXISTENTES

- CASA GIÁMALA
- CASA BEATRIZ
- CASA RONALD MC DONALD
- ALBERGUE ASOCIACIÓN LUCHA CONTRA EL CÁNCER INFANTIL

POCA CAPACIDAD, EL ESPACIO NO FUE DISEÑADO ESPECÍFICAMENTE PARA LO QUE SE UTILIZA, VACÍOS EN TEMA DE USUARIO META



EL PACIENTE

- DEBE TRASLADARSE LARGAS DISTANCIAS
- RECIBE EL TRATAMIENTO Y LUEGO DEBE ABANDONAR EL CENTRO MÉDICO
- SÍNTOMAS MOLESTOS PROPIOS DEL PADECIMIENTO
- EFECTOS SECUNDARIOS POST-TRATAMIENTO
- PUEDE REQUERIR CONDICIONES SANITARIAS MUY ESPECÍFICAS

HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA

RECIBE PACIENTES DE TERCER NIVEL REFERIDOS DE ZONAS COMO LOS SANTOS, CANTÓN DE JIMÉNEZ, VALLE LA ESTRELLA, LIMÓN, MATINA, TALAMANCA, CARIARI, SIQUIRRAS...

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

RECIBE PACIENTES DE TERCER NIVEL REFERIDOS DE ZONAS COMO PÉREZ ZELEDÓN, OSA, GOLFITO, COTO BRUS...

HOSPITAL NACIONAL MÉXICO

RECIBE PACIENTES DE TERCER NIVEL REFERIDOS DE ZONAS COMO PARRITA, QUEPOS, LOS CHILES, CAÑAS, UPALA...

IMAGEN 25

Subproblemas de Investigación [Cuadro Resumen]. Elaboración: Mora Chaves, A. (2015).

CAPÍTULO 3

3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

A. PREGUNTA CONCEPTUAL SIMPLE

¿Cuáles condiciones físico-ambientales presentes en los hogares y comunidades de los pacientes ambulatorios pueden afectar su proceso de tratamiento médico o recuperación post-tratamiento?

B. PREGUNTA CONCEPTUAL COMPLEJA

¿Cómo se pueden mejorar los servicios médicos a través de la arquitectura de forma que se potencien las posibilidades de éxito en procesos de tratamiento y post-tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas?

PREGUNTAS EMPÍRICAS RESUELTAS

- Según estadísticas, ¿Cuáles son las enfermedades crónicas más comunes en Costa Rica? (Departamento de estadística del Ministerio de Salud, departamento de estadística del Hospital Calderón Guardia, Hospital San

Juan de Dios, Hospital Nacional México y Hospital Nacional de Niños)

- Según estadísticas, ¿Cuántos pacientes provienen de áreas externas al gran área metropolitana? (Departamento de estadística del Ministerio de Salud, departamento de estadística del Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital Nacional México y Hospital Nacional de Niños, Oficina de Trabajo Social del Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital Nacional México y Hospital Nacional de Niños)

- Según estudios, ¿Cuáles condiciones espaciales ayudan a mejorar la recuperación del paciente en los centros de salud? (Estudios realizados por psicólogos ambientales)

PREGUNTAS EMPÍRICAS SIN RESOLVER

- ¿Cómo puede la Arquitectura facilitar a los pacientes con enfermedades crónicas externas al Gran Área Metropolitana el acceso a los tratamientos médicos ambulatorios?

- ¿Cómo puede la Arquitectura facilitar a los pacientes con enfermedades crónicas externas al Gran Área Metropolitana el acceso a atención médica y medicamentos durante el proceso de recuperación post-tratamiento?

- ¿Cómo puede ayudar la Arquitectura a los pacientes con enfermedades crónicas externas al Gran Área Metropolitana que no poseen las condiciones sanitarias adecuadas en sus hogares para atravesar por un proceso de tratamiento médico ambulatorio o recuperación post-tratamiento?

PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es la relación entre las cualidades físico – espaciales del entorno y el bienestar físico, mental y psicológico de los pacientes con enfermedades crónicas en condición de vulnerabilidad que requieren tratamientos médicos ambulatorios en el Gran Área Metropolitana?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Cuál es la dinámica, necesidades e intereses de los pacientes con enfermedades crónicas en situaciones de vulnerabilidad social, física y económica que requieren tratamientos de carácter ambulatorio?

2. ¿Cuáles pautas de diseño ambiental permitirían desarrollar espacios de estadía y recuperación amigables con los pacientes, familiares de pacientes y personal médico?

3. ¿De qué manera se pueden implementar las pautas de diseño identificadas en una propuesta espacial arquitectónica que busque facilitar el acceso a los tratamientos médicos por parte de pacientes con enfermedades crónicas y en situaciones de vulnerabilidad social, física y económica que requieren tratamientos ambulatorios en el Gran Área Metropolitana?

3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un espacio para acoger a los pacientes externos al Gran Área Metropolitana en condiciones de vulnerabilidad física, social o económica que requieren tratamientos médicos de carácter ambulatorio en los hospitales clase A del país, mediante una propuesta integral que busque el bienestar físico, mental y emocional del paciente, incorporando los principios de la psicología ambiental y la biofilia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas provenientes de zonas alejadas que requieren tratamientos de carácter ambulatorio en el Gran Área Metropolitana para su consideración en la propuesta de diseño de un hogar transitorio de acogida.
2. Identificar pautas de diseño desde la perspectiva del diseño biofílico que permitan desarrollar espacios de estadía y recuperación amigables con los pacientes, familiares de pacientes y personal médico involucrado en dichos procesos.
3. Identificar a nivel programático componentes espaciales complementarios al propósito principal del proyecto que permitan una viabilidad e independencia económica parcial del mismo.

CAPÍTULO 4

- 4.1 MARCO CONCEPTUAL
- 4.2 MARCO TEÓRICO
- 4.3 MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 Salud

El concepto de salud corresponde a un término difícil de delimitar ya que existen múltiples perspectivas sobre los aspectos que intervienen en su definición, de igual manera se torna difícil identificar los procedimientos necesarios para mantenerla o recuperarla. La definición antigua, pero aún vigente de salud, se reducía a su descripción como una simple ausencia de enfermedad, dicha definición no es del todo equívoca, sin embargo, al interpretarla desde otros puntos de vista, ésta carece de un enfoque más integral, dejando por fuera aspectos sociales, físicos, intelectuales, espirituales y emocionales (Juárez, 2011).

Según expone la Organización Mundial de la Salud (World

Health Organization, 1946) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Partiendo de esta definición, misma que fue adoptada por la OMS en el año 1948 y que no ha sido modificada hasta la fecha, es evidente que la concepción de salud comienza a visualizarse desde una perspectiva más completa, abarcando no solo la salud física de la persona, sino también su salud mental y emocional.

Hoy en día, la manera en la que se define el concepto “salud” sigue mutando, volviéndose más amplio y complejo cada vez, ya que comienza a incluir otros conceptos y aspectos correlacionados como calidad de vida, existencia digna, acceso a educación, acceso a salud, recreación, cultura, etc., dichos aspectos corresponden a elementos claves que le permiten a un individuo desarrollarse bajo sus propias expectativas y deseos (Juárez, 2011).

4.1.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La OMS define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (1994).

El concepto de calidad de vida y su relación específica con la salud comienza a tomar fuerza a partir de los años 80 del siglo pasado, donde comenzaron a evaluarse las condiciones de vida de las personas como consecuencia del aumento en la expectativa de vida, y con ello, el incremento en la incidencia de enfermedades crónicas. Dicho concepto ha experimentado a lo largo de los años cambios importantes en su concepción, ya que, en un inicio, se contemplaba únicamente la esfera de la función física y el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, con el pasar del tiempo se han ido incorporando otros aspectos que conforman una visión de este concepto en algo mucho más exhaustivo y

completo. (Quiceno, J. y Vinaccia, S., 2011).

Actualmente, la calidad de vida relacionada con la salud se examina desde múltiples perspectivas distintas, los aspectos más frecuentes mediante los cuales ésta es evaluada corresponden al estado funcional de la persona, su funcionamiento psicológico, su funcionamiento social y la sintomatología asociada a la enfermedad y al tratamiento. Según Shumaker y Naughton (1995), dichos aspectos se definen de la siguiente manera:

Estado funcional: ¿Puede la persona valerse por sí misma o requiere de asistencia para llevar a cabo sus labores de autocuidado diarias? Se rige por la posibilidad de realización de las actividades básicas y cotidianas, esto define la autonomía, la dependencia y la competencia de la persona.

Funcionamiento psicológico: ¿Cómo es el estado anímico de la persona? ¿Se muestra positiva o negativa ante la situación que enfrenta? Se refiere al sentimiento de bienestar o malestar que tenga la persona con respecto a su salud,

así como a su percepción relacionada con el proceso de diagnóstico, enfermedad, tratamiento o recuperación post tratamiento.

Funcionamiento social: ¿La persona se ha recluido y no se relaciona con las personas a su alrededor? Corresponde a la capacidad de llevar a cabo las actividades sociales de interacción social cotidianas.

Sintomatología asociada a la enfermedad y a su tratamiento: ¿Cómo ha sido la respuesta del paciente al tratamiento médico? ¿Presenta malestares físicos o cognitivos producto de la enfermedad o producto del tratamiento médico? Se refiere a la complejidad de los signos y síntomas de la enfermedad, así como a la gravedad de los efectos secundarios provocados por el tratamiento al cual es sometido el paciente.

Además de los aspectos mencionados, se toman en cuenta otros relacionados con cuestiones económicas relacionadas a la salud, preocupaciones de tipo espiritual o existenciales,

funcionamiento sexual, imagen corporal, preocupaciones excesivas por la salud, efectos del diagnóstico, capacidad de superación de la enfermedad y el tratamiento, perspectivas de futuro en relación con la salud y el tratamiento y grado de satisfacción con la atención y los cuidados médicos-hospitalarios recibidos (Quiceno, J. M. & Vinaccia, S., 2011).

4.1.3 El estrés como obstáculo en el proceso de recuperación

El estrés se define como un sentimiento de tensión física o emocional (Medline Plus, 2014). Uno de los principales puntos de partida para plantear una variación en la manera en la que se proyectan, diseñan y construyen los espacios de uso médico, corresponde al hecho de que la mayoría de pacientes experimentan estrés durante su proceso de tratamiento y recuperación post-tratamiento. Existen dos fuentes principales de estrés para un paciente, la primera corresponde a la enfermedad en sí misma, factores como la reducción de las capacidades físicas, la incertidumbre

y los dolorosos tratamientos médicos constituyen una gran fuente de tensión, pero no la única. Por otro lado, la influencia de los ambientes físico-sociales, espacios cuyas características proporcionan ambientes ruidosos, carentes de privacidad e interacción social aportan también, su cuota de tensión al paciente (Ulrich, 2004).

A partir de estudios realizados, se ha comprobado que los altos niveles de estrés generan respuestas negativas por parte del cuerpo que afectan directamente el bienestar del paciente, provocando múltiples respuestas a nivel psicológico, fisiológico y alterando el comportamiento. Entre las reacciones psicológicas conocidas, se sabe que el estrés puede generar la aparición de sentimientos negativos como desolación, vulnerabilidad, ansiedad y depresión en general. En el ámbito fisiológico, el estrés puede provocar alteraciones en el ritmo cardiaco, en la presión sanguínea, estimular una mayor circulación de hormonas vinculadas con el estrés y causar tensión muscular, además de afectar el sistema inmunológico mediante la disminución

de las defensas, dejando al paciente en una condición de susceptibilidad a infecciones y retrasando el proceso de recuperación (Ulrich, 2004).

Según Ulrich (2004), el estrés generado por malas condiciones espaciales puede afectar también a familiares y personal médico, condición que afecta de manera indirecta al paciente, ya que ante cierto grado de insatisfacción laboral la calidad del servicio brindado disminuye. De esta manera se vuelve importante tomar en cuenta el diseño no sólo de las áreas para pacientes y familiares, sino también, para el personal laboral.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Teoría de la Psicología Ambiental

Tal y como mencionan los autores Valera, Pol y Vidal (s.f) en sus apuntes sobre los elementos básicos de la psicología ambiental realizados para el departamento de psicología social de la Universidad de Barcelona, la psicología ambiental

es la rama del conocimiento cuyo objetivo es estudiar la interrelación existente entre los seres humanos y el entorno sociofísico que habitan, esto quiere decir que su área de interés va más allá del espacio físico real, incluyendo también las condiciones sociales que se dan en él; de ésta manera comprendemos que los productos obtenidos de dicha relación se consideran principalmente como “productos psico-socio-ambientales”. Si bien en la actualidad se entiende la psicología ambiental desde un punto de vista social tomando en cuenta la interacción individuo - entorno, éste enfoque no siempre ha sido el mismo, ya que a lo largo del tiempo la psicología ambiental ha involucrado diferentes puntos de vista, de los cuales podemos identificar la perspectiva individualista, la perspectiva interaccionista, la perspectiva organísmica o sistemática y la perspectiva transaccionalista.

La perspectiva individualista o perspectiva del rasgo dirige su foco de atención al individuo y deja de lado todas las variables ambientales; sus principales intereses

corresponden a los procesos psicológicos, características cognitivas y rasgos de personalidad del sujeto en estudio, es así como se parte de las características personales para explicar el funcionamiento psicológico sin tomar en cuenta la influencia del entorno físico o social en la persona. (Valera, et al., s.f.).

Por su parte, la perspectiva interaccionista analiza desde un enfoque de causa y efecto la interacción entre el individuo y su entorno, estudiando la relación entre las diferentes variables con el fin de comprender a través de un sistema asociativo de antecedentes y consecuencias los procesos psicológicos de la persona, permitiendo así, establecer predicciones sobre posibles conductas. La gran mayoría de estudios que se realizan en el campo de la psicología ambiental se plantean desde esta perspectiva, ya que permite establecer patrones en la búsqueda de principios y leyes universales de comportamiento. A la hora de emplear este enfoque para el estudio de la psicología ambiental, se propone generalmente analizar el efecto de

variables ambientales sobre el comportamiento humano, es decir, se plantea un estudio unidireccional en donde se verifica la influencia de una variable independiente o predictora (características ambientales) sobre una variable independiente o criterio (conducta y procesos psicológicos); sin embargo, existen casos en donde el estudio se realiza de manera bidireccional, analizando tanto el efecto de las variables ambientales sobre el comportamiento del individuo como el efecto de la conducta sobre el entorno (Valera, et al., s.f.).

Por otro lado, la perspectiva organísmica utiliza un enfoque holístico para el análisis del individuo y del entorno, de esta manera se da origen a un sistema integrado donde las partes obtienen sentido gracias al funcionamiento del conjunto. Esta manera de abordar el estudio parte de la relación activa entre todos los elementos, estableciendo que una variación en uno de ellos afecta a todos los demás. De acuerdo a los autores Valera, et al. (s.f.), esta perspectiva se basa en la premisa Gestáltica que establece que “el todo es más

que la suma de las partes”. La principal diferencia entre la perspectiva interaccionista y la perspectiva organísmica corresponde precisamente a esa visión holística del conjunto, en donde las variables se relacionan en múltiples niveles (biológico, psicológico, socio-cultural, etc.) dando origen a un sinnúmero de variables conectadas entre sí.

Finalmente, la perspectiva transaccionalista parte del concepto de que no existen partes separadas, sino más bien una confluencia de elementos inseparables que dan sentido unos a otros, de ésta manera se estudia en conjunto las relaciones cambiantes entre personas, procesos psicológicos y ambientes, incluyendo todo lo que involucra cada uno de estos elementos. Una de las principales características de esta perspectiva es la relevancia del factor tiempo para comprender los cambios en un fenómeno, convirtiéndose en una variable inherente al estudio de cualquier situación. De la misma manera, otra característica relevante de esta perspectiva es el papel del investigador, el cual deja de ser un elemento ajeno al fenómeno para

convertirse en un actor protagonista de la situación (Valera, et al., s.f.).

4.2.2 Diseño Biofílico

El término biofilia proviene del prefijo bio que significa vida y el sufijo filia que se refiere al amor o atracción por algo en específico. Éste concepto fue utilizado por primera vez por el psicólogo social y filósofo Erich Fromm quien hablaba de una fuerte conexión entre los seres humanos y otras formas de vida (Machado, 2013).

“la pasión por todo lo viviente, es una pasión y no un producto lógico, no está en el “Yo” sino que es parte de la personalidad” (Fromm, s.f.).

Tal como señala Pau Seguí (2015) la biofilia ha sido objeto de estudio por una gran cantidad de profesionales como arquitectos, diseñadores, teóricos, científicos, psicólogos, quienes a lo largo de la historia han realizado investigaciones con el fin de determinar la manera en la que determinados

elementos de la naturaleza afectan nuestra percepción sobre el entorno construido, es así como ha surgido en los últimos años una nueva tendencia: el diseño biofílico.

En esencia, el diseño biofílico se trata de llevar el concepto al área del diseño, buscando incorporar elementos de la naturaleza en espacios construidos, tanto abiertos como cerrados, y lograr de esta manera, una sensibilización del espacio, promoviendo una reconexión del ser humano con su entorno natural en busca del bienestar físico, psicológico y mental.

4.2.3 Teoría del Diseño de Apoyo

La premisa básica sobre la cual se fundamenta la Teoría del Diseño de Apoyo, según Ulrich (2004), corresponde a la idea de que para promover el bienestar, las facilidades médicas deben lidiar con el estrés y procurar reducirlo en la medida de lo posible, no sólo en el paciente, sino también en los familiares y en el personal médico que labora allí. Es así como las edificaciones de carácter médico deben evitar

añadir situaciones y elementos que promuevan el estrés, y por el contrario deben facilitar el acceso o exposición a elementos físicos y situaciones sociales que posean cualidades terapéuticas reductoras de estrés.

Ulrich (2004) menciona tres características fundamentales que deben estar presentes en un espacio cuyo propósito sea lidiar con el estrés y promover el bienestar integral de sus usuarios. Primeramente, el espacio debe generar una sensación de control por parte del paciente, sin atentar la privacidad percibida, es decir, debe respetar el entorno físico-social. En segundo lugar, el espacio debe permitir acceso a soporte social, fomentando el contacto y la interacción entre los pacientes, así como con familiares y con el personal laboral. Finalmente, el espacio debe promover el acceso a distracciones positivas, permitiendo al paciente concentrarse en situaciones estimulantes inconscientemente.

4.3 MARCO REFERENCIAL – ESTUDIOS DE CASO

Dentro de la temática del diseño de los espacios hospitalarios con el fin de promover mejores condiciones anímicas para el paciente, podemos encontrar distintos casos en donde se ha buscado fomentar su bienestar general a través de la arquitectura, utilizando aquello que los autores Borasi y Zardini han denominado como arquitectura placebo en su libro “Imperfect Health: The Medicalization of Architecture”. Según estos autores, el diseño espacial puede provocar emociones positivas a nivel psicológico, emocional y fisiológico que repercuten directamente en el estado físico del paciente, promoviendo su recuperación, o en su defecto, un mejor estado físico-psicológico durante el proceso de tratamiento médico. (Borasi & Zardini, 2012).

4.3.1 Complejo de Radiología y Centro de Imágenes de la Mujer en Tallahassee, Florida

Uno de los casos donde podemos identificar un esfuerzo por mejorar las características espaciales de un edificio de carácter hospitalario, es la remodelación del Complejo de Radiología y Centro de Imágenes de la Mujer en Tallahassee, Florida; llevada a cabo por la firma de arquitectura Stanley – Beaman & Sears (2004). En este caso, los asociados de radiología de Tallahassee establecieron como una prioridad el mejoramiento de sus instalaciones, ya que consideraban que aunque las funciones llevadas a cabo en dicho establecimiento son frías e institucionalizadas, el espacio no tiene porqué ser de esa misma manera (Weeks, 2004). Inicialmente, el edificio antiguo era descrito como un espacio ajustado y anticuado, dónde las diferentes zonas se encontraban dispersas a lo largo de varios edificios, dificultando su adecuado funcionamiento.

En la nueva propuesta, se buscó dar una atmósfera tranquila al espacio, que contrastara con el aspecto altamente tecnológico creado por los instrumentos utilizados para la práctica, y de ésta manera proporcionar al paciente un ambiente familiar que insinuara seguridad y calidez. Según los arquitectos encargados de la obra, el equipo de radiólogos se mostró altamente perceptivo a las diferentes posibilidades del espacio, pero sin dejar de lado en ningún momento su visión, la cual era ofrecer a los pacientes ambientes de sanación y espacios para su recuperación. Con tal propósito, se buscó incorporar la mayor cantidad de iluminación natural posible y diferir de la imagen típica de un edificio hospitalario, promoviendo más bien, la sensación de encontrarse en un hotel (Beaman, 2004).



Imagen 26
Stanley Beaman & Sears (2004). Vista interna Centro de Imágenes de la Mujer [Fotografía]. Recuperado de: <http://stanleybeamansears.com/>

En cuanto al diseño propiamente, el edificio funde la utilización de ladrillo, metal y vidrio en su exterior, generando fachadas curvas y dinámicas que expresan movimiento desde cualquier ángulo, la intención era evocar la figura femenina mediante las formas plasmadas en sus fachadas. Por otro lado, en el interior, el aspecto de los espacios busca atmósferas más íntimas con el uso de madera, metal, vidrio, colores cálidos y la utilización cuidadosamente pensada de obras artísticas que hacen referencia al lado más humano de la práctica médica (Weeks, 2004).

4.3.2 Hospital Psiquiátrico de Östra en Göteborg, Suecia

Otro caso relevante de diseño hospitalario es el Hospital Psiquiátrico de Östra en Göteborg, Suecia, diseñado por la firma sueca White Architects y completado en el año 2006. En este caso, el principal propósito del diseño era proporcionar un ambiente de carácter apacible que redujera

los niveles de estrés en los pacientes psiquiátricos, de manera que disminuyeran también, los índices de violencia entre los mismos pacientes y en contra del personal médico.

En cualquier tipo de pacientes, pero sobre todo aquellos que padecen desordenes psiquiátricos, el estrés puede verse intensificado si se encuentran confinados en cuartos aislados, en sitios con exceso de ruido, en espacios con carencia de privacidad y en ambientes donde no existe una adecuada conexión y comunicación entre pacientes y personal laboral. De ésta manera, aquellos diseños que minimicen el ruido y el hacinamiento en sus instalaciones, que promuevan una sensación de control por parte del paciente sobre su espacio y que ofrezca distracciones sanas, tendrán repercusiones positivas sobre el estado general del paciente, disminuyendo el trauma que puede generar la estancia en una institución de tal carácter (Ulrich, 2013).



Imagen 27
White Architects (2009). Vista interna Hospital Psiquiátrico de Östra [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.white.se/en/project/>



Imagen 28
White Architects (2009). Vista externa Hospital Psiquiátrico de Östra [Fotografía].
Recuperado de: <http://www.white.se/en/project/>



Imagen 29
White Architects (2009). Vista interna Hospital Psiquiátrico de Östra [Fotografía].
Recuperado de: <http://www.white.se/en/project/>

El hospital psiquiátrico de Östra, posee dentro de sus instalaciones un total de 126 camas para pacientes internos, de las cuales, un 87% se encuentra en dormitorios individuales, además cuenta con departamento de pacientes externos, todo distribuido en un área total de 18,500m². Una de las principales metas que buscaba conseguir este diseño, era contribuir en al restablecimiento del sentido de realidad en los pacientes; de ésta manera, cada decisión tomada durante el proceso de diseño apunta a dicha meta.

En cuanto a la organización del hospital, éste se encuentra modulado en varios edificios pequeños fácilmente identificables dentro del conjunto, los cuales se distribuyen alrededor de patios centrales. Se evita la utilización de pasillos largos, y por el contrario se fomenta la circulación fácil de un espacio a otro a través de espacios adyacentes amplios. Se propicia, además, una buena visibilidad en todas las direcciones posibles, con el fin de mejorar el control sobre las distintas áreas. Se incorporaron también múltiples fugas y conexiones visuales con el exterior (Bergsland, 2009).

En cuanto a los dormitorios, éstos fueron diseñados tomando en cuenta la importancia de la privacidad del paciente, por lo que la mayoría corresponde a dormitorios individuales. Dentro de ellos, se dio especial relevancia a aspectos como el mobiliario, el cual varía y es móvil, de manera que el paciente pueda percibir una sensación de control sobre el espacio que habita. Además, los dormitorios son sumamente iluminados y poseen ventanas que brindan conexión con la naturaleza circundante.

4.3.3 Hospital Psiquiátrico Helsingør en Dinamarca

Otro proyecto relacionado con la temática del diseño dirigido a promover la salud física, pero sobre todo la salud mental y psicológica del paciente es el Hospital Psiquiátrico Helsingør en Dinamarca. Este proyecto fue diseñado y desarrollado por la firma de arquitectura belga JDS Architects y su construcción finalizó en el año 2006. Dentro de sus instalaciones, este centro para la salud alberga una unidad de cuidado diurno, unidad de cuidados ambulatorios, unidad

de pacientes externos y cuenta con un total de 54 camas, todo esto en un área aproximada de 6000m², rodeado de abundantes zonas verdes.

Como planteamiento conceptual, el diseño de este hospital parte de la contradicción o dualidad, contraponiendo conceptos como la centralización vs la descentralización, la libertad vs el control, lo abierto vs lo cerrado, lo privado vs lo común y curar vs vivir (Bergsland, 2009). Según los diseñadores, el hospital debía permitir el control y la protección manteniendo una atmósfera libre y abierta. Desde el punto de vista funcional y operativo, éste debía ser un hospital con una logística óptima, pero desde el punto de vista de la experiencia vivida, éste debía ser algo completamente distinto a un hospital.

A nivel espacial, las instalaciones de este hospital cuentan con abundante luz natural gracias a los grandes paños de vidrio que sirven como cerramientos, esta misma característica permite que los diferentes espacios tengan

múltiples conexiones sensoriales con el entorno que las rodea, además, existen una serie de patios internos que permiten un contacto aún más cercano con el paisaje, permitiendo que éste se introduzca sutilmente en el proyecto. Otra cualidad del espacio es la transparencia dentro del mismo, ya que debido a la distribución planteada y a los cerramientos internos utilizados, el personal que labora en las instalaciones es completamente visible a los pacientes, y viceversa, característica que genera un ambiente familiar y confiable.

En cuanto a la utilización del color en el espacio, se observa una contraposición entre el uso de colores y materiales neutros vs colores sumamente encendidos y vibrantes, el resultado es un espacio bien equilibrado que rompe con la monotonía típica de los centros médicos, sin causar una sobre estimulación de los sentidos.



Imagen 30
JDS Architects (2006). Vista interna Hospital Psiquiátrico Helsingør [Fotografía].
Recuperado de: <http://jdsa.eu/psy/>



Imagen 31
JDS Architects (2006). Vista interna Hospital Psiquiátrico Helsingør [Fotografía].
Recuperado de: <http://jdsa.eu/psy/>



Imagen 32
JDS Architects (2006). Vista externa Hospital Psiquiátrico Helsingør [Fotografía]. Recuperado de: <http://jdsa.eu/psy/>



Imagen 33
JDS Architects (2006). Vista externa Hospital Psiquiátrico Helsingør [Fotografía]. Recuperado de: <http://jdsa.eu/psy/>



Imagen 34 y 35
Maggie's Care Centres (2008). Vista externa e interna Maggie's Centre Londres diseño por Richard Rogers [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-west-london/architecture-and-design/>

4.3.4 Maggie's Care Centres, Reino Unido

Por su parte, los Maggie's Care Centres surgen a partir de la experiencia personal de Margaret Keswick Jencks, una escritora y diseñadora Escocesa cuya salud se vio afectada debido a una reaparición de cáncer en el año 1993. Durante los dos años siguientes, Margaret vivió un proceso tedioso, frecuentando constantemente los ambientes hospitalarios convencionales para recibir sus tratamientos. Durante este periodo, Margaret fue gestando una idea que revolucionaría



el tema de los cuidados ambulatorios en el Reino Unido.

Keswick tenía la noción de que los espacios donde se reciben los tratamientos contra el cáncer pueden mejorarse radicalmente a través del buen diseño, afectando de manera positiva los resultados obtenidos a dichos tratamientos; ella argumentaba que si la arquitectura es capaz de desmoralizar completamente al paciente, llevándolo a una enervación física y mental extrema; ésta debería también, ser capaz de poder contribuir positivamente a la restauración de su salud. (Medina, 2014).

De esta manera, con la ayuda de su esposo Charles Jencks, nace el concepto de los Maggie's Care Centres, los cuales son planteados como pequeños espacios de soporte para pacientes con cáncer, donde se puede lidiar con la situación en un ambiente apacible, familiar, hogareño y confortable.

Estos espacios, a pesar de encontrarse en puntos estratégicos cercanos a los hospitales, son diseñados y ambientados utilizando una estética no institucionalizada con el fin de ofrecer el soporte que los pacientes requieren dentro de una atmósfera amigable y relajada. Los Maggie's Care Centres cuentan con personal debidamente capacitado para ofrecer a los pacientes, consejos prácticos sobre el tratamiento, alimentación adecuada y atención emocional en general. La idea es proveer espacios donde los pacientes puedan conocer y compartir con otras personas que están pasando por la misma experiencia fuera del ambiente hospitalario donde reciben sus tratamientos.

Maggie murió en el año 1995, dos años después de haber sido diagnosticada, sin embargo, su misión: brindar cuidado universal y gratuito a pacientes con cáncer a través de la arquitectura, toma cada vez más fuerza. Actualmente existen 21 Maggie's Centres funcionando, 19 en el Reino Unido, 1 en China y 1 en Japón, de los cuales varios han sido diseñados por arquitectos de renombre internacional, como Richard Rogers, Zaha Hadid, Frank Ghery y Rem Koolhaas; además, existen otros 8 proyectos en proceso de desarrollo, 7 en el Reino Unido y 1 en España.

“No deberíamos perder el gozo de vivir por el miedo a morir” Margaret Keswick



Imagen 36 y 37
Maggie's Care Centres (2011). Vista externa e interna Maggie's Centre Glasgow diseño por Rem Koolhaas [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-glasgow/architecture-and-design/>



Imagen 38
Maggie's Care Centres (2013). Vista externa Maggie's Centre Hong Kong diseño por Frank Gehry [Fotografía]. <https://www.dezeen.com/2013/03/08/frank-gehry-maggies-centre-hong-kong-opens/>



Imagen 39
Maggie's Care Centres (2013). Vista interna Maggie's Centre Hong Kong diseño por Frank Gehry [Fotografía]. <http://www.lighthouseclub.asia/2014/03/01/maggies-cancer-care-centre-tuen-mun-hong-kong/>

4.3.5 Albergues de La Esperanza - American Cancer Society

Los Albergues de La Esperanza forman parte de una red de soporte de la Sociedad Americana Contra el Cáncer (American Cancer Society), y tienen como propósito, ofrecer hospedaje temporal y gratuito a pacientes y a sus acompañantes cuando la opción para recibir el mejor tratamiento contra la enfermedad se encuentra lejos de su hogar.

“Enfrentar cáncer es difícil. Tener que viajar para recibir tratamiento lo hace aún más difícil” American Cancer Society

El programa Albergue de La Esperanza se originó inicialmente en la ciudad de Charleston, Carolina del Sur, en el año 1970. Actualmente, esta sociedad cuenta con 36 albergues distribuidos, en su mayoría, a lo largo de la zona este de los Estados Unidos y Puerto Rico. Estos espacios buscan, no solamente dar hospedaje a los pacientes y sus acompañantes, sino hacerlo en un ambiente acogedor, hogareño, comprensivo y seguro.

En los albergues, cada paciente cuenta con una habitación privada en donde puede alojarse junto a un acompañante; y las áreas sociales se encuentran debidamente acondicionadas para que los huéspedes puedan reunirse y compartir con otras personas que están viviendo situaciones similares.



Imagen 40 y 41
American Cancer Society Hope Lodge (2015). Vistas externas Hope Lodge Salt Lake City [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.cancer.org/treatment/support-programs-and-services/patient-lodging/hope-lodge/salt-lake-city.html>



Imagen 42 y 43
American Cancer Society Hope Lodge (2015). Vistas internas Hope Lodge Salt Lake City [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.cancer.org/treatment/support-programs-and-services/patient-lodging/hope-lodge/salt-lake-city.html>

CAPÍTULO 5

5.1 PARADIGMA, ENFOQUE Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

5.3 PROCESO METODOLÓGICO

5.1 PARADIGMA, ENFOQUE Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

La presente investigación es de índole teórico-práctica ya que se pretende analizar a fondo la situación actual de pacientes en condiciones de vulnerabilidad (social, física, económica) con enfermedades crónicas que requieren tratamientos de carácter ambulatorio en los centros hospitalarios del Gran Área Metropolitana, y a través de dicho estudio generar una propuesta arquitectónica que satisfaga sus necesidades espaciales, tomando en cuenta las pautas encontradas y generadas a través de la evaluación de estudios de caso y recopilación de información por experimentación y entrevistas.

El paradigma utilizado en esta investigación corresponde al nuevo paradigma integral, específicamente relacionado con el tema de la salud integral. Este paradigma busca la integración y sensibilización de lo objetivo, material y racional con lo subjetivo, espiritual y emocional a través de

una sintonización del ser humano con su universo, lo que lleva a la búsqueda de la humanización del espacio creado. Basado en este paradigma, se analiza la problemática desde el punto de vista de la psicología ambiental, estudiando el cómo las características espaciales de un ambiente pueden mejorar el proceso de recuperación del paciente.

5.2 PROCESO METODOLÓGICO

ETAPA 1:

Para la primera etapa se plantean tres fases. La primera fase corresponde a la recopilación de datos cuantitativos sobre casos de enfermedades crónicas correspondientes a pacientes provenientes de zonas rurales. Para la realización de esta fase se debe acudir a los departamentos de estadística y trabajo social de los principales hospitales del Gran Área Metropolitana (Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital Nacional México).

La segunda fase corresponde a la selección de la muestra.

Para dicho fin será necesario analizar la información recopilada durante la primera fase con el objetivo de realizar una delimitación de las áreas más vulnerables (aquellas zonas del país donde existe mayor incidencia de casos y menor disponibilidad para su atención en zonas cercanas). Con esta información será posible identificar cuáles son los centros médicos con más necesidad de espacios de acogida debido a su alta demanda.

La tercera fase corresponde a la observación de cerca para conocer la dinámica de pacientes que se someten a tratamientos de carácter ambulatorio en los principales hospitales del Gran Área Metropolitana, esto con el propósito de obtener información sobre sus rutinas y poder analizar las rutas de desplazamiento con el fin de identificar la mejor ubicación para el proyecto arquitectónico planteado. Para esta fase se deben coordinar visitas a hospitales y entrevistas con profesionales del área de trabajo social para conocer los lugares donde se hospedan los pacientes (si es que hay) y así poder realizar un trazado de las rutas

que realizan para desplazarse hasta los centros médicos. Posteriormente, se deberán realizar mapeos para visualizar gráficamente las rutas de acceso y desplazamiento a los centros médicos, identificar puntos de llegada y partida y otros factores determinantes de la ubicación del objeto arquitectónico.

ETAPA 2:

Para esta segunda etapa se plantean dos fases, la primera corresponde al estudio exhaustivo de condiciones específicas y reglamentos requeridos para satisfacer las necesidades médicas, físicas, espaciales y sanitarias de los pacientes. Para esta fase se debe realizar una investigación sobre dichas enfermedades y sus respectivos procesos de tratamiento en literatura, tanto física como digital, y a través de entrevistas a médicos especialistas en el tema.

La segunda fase corresponde al análisis de teorías y estudios de caso con el fin de recopilar pautas de diseño espacial que puedan suplir las necesidades de los pacientes desde

el punto de vista del paradigma de la salud integral.

Como parte del estudio y definición de pautas, se deberá analizar a fondo la influencia de aspectos como cantidad y tipo de iluminación, utilización del color, utilización de texturas, definición de escalas de acuerdo a la función de los espacios, etc.

ETAPA 3:

Para esta etapa se plantean dos fases, la primera corresponde a la ubicación del terreno seleccionado para la implementación de la propuesta con los datos generados en la primera etapa de la investigación. Para esta fase se deberá evaluar los mapeos realizados durante la primera etapa de investigación y una vez seleccionado el terreno, se deberá estudiar a fondo los requerimientos y reglamentos de construcción que lo rijan.

La segunda fase corresponde a la fase de diseño, donde se deberá utilizar toda la información generada durante todo el proceso de investigación previo para generar una propuesta acorde a los objetivos de esta investigación.

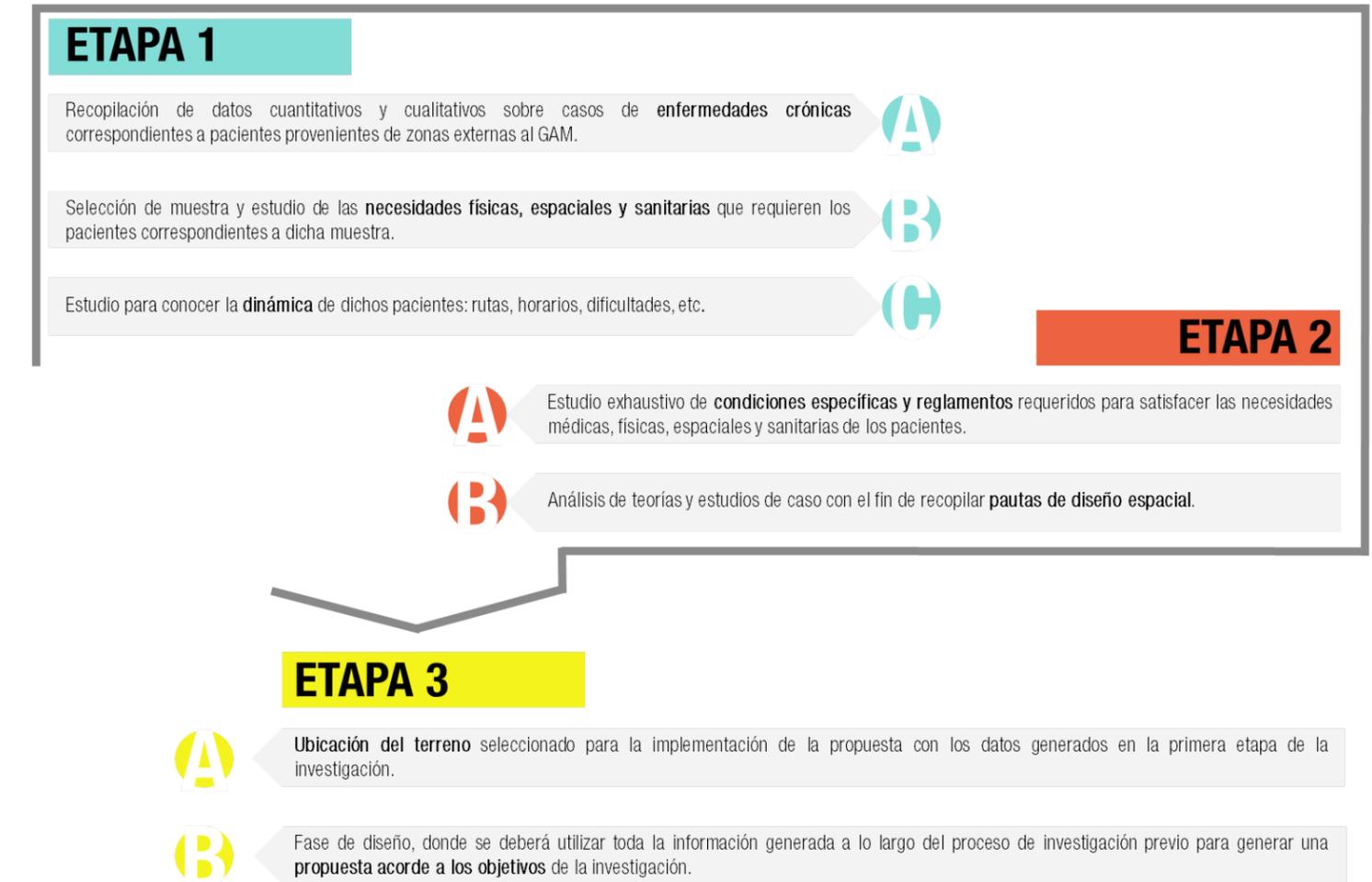


DIAGRAMA 4
Etapas y fases de la investigación. Elaboración: Mora, Chaves (2015).

CAPÍTULO 6

6.1 ¿EN QUÉ CONSISTE LA PROPUESTA Y A QUIÉN VA DIRIGIDA?

6.2 DELIMITACIÓN DE LA PROPUESTA

6.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA
PROPUESTA



IMAGEN 45
 Conceptualización de la propuesta arquitectónica [Collage]. Elaboración propia (2015).

6.1 ¿EN QUÉ CONSISTE LA PROPUESTA Y A QUIÉN VA DIRIGIDA?

Ante la problemática expuesta a lo largo de esta investigación, se evidencia la necesidad de un espacio que venga a suplir las necesidades de hospedaje de aquellos pacientes en condición de vulnerabilidad, provenientes de zonas alejadas del país, y que requieren tratamientos ambulatorios en el gran área metropolitana, es así como surge la propuesta de un hogar transitorio que brinde el apoyo necesario para alojar a dichos pacientes, proporcionándoles un espacio físico con todas las comodidades necesarias para que puedan enfrentar su proceso de tratamiento o recuperación post-tratamiento en un ambiente seguro y libre de preocupaciones más allá de las generadas por su padecimiento.

Si bien existen algunas fundaciones que brindan este tipo de ayuda, la presente propuesta se diferencia de ellas por ser un proyecto planteado y concebido desde la psicología ambiental, buscando la creación de un espacio arquitectónico que cuente, desde un punto de vista técnico, con las condiciones adecuadas para el acoger y el confort de los pacientes, y que además incorpore ciertas pautas de diseño relacionadas con conceptos como la biofilia, buscando que el espacio resultante se convierta en un aliado que promueva el bienestar físico y psicológico del paciente.

Por otro lado, a pesar de que el proyecto tiene como fin primordial ayudar al paciente, se considera también la necesidad de dar una respuesta a las necesidades de los familiares y allegados que acompañan a los pacientes en su proceso, ya que para ellos representa, de igual manera, un cambio importante en su estilo de vida, demandando grandes compromisos y sacrificios.

6.2 DELIMITACIÓN DE LA PROPUESTA

6.2.1 DELIMITACIÓN SOCIAL

6.2.1.1 PERFIL DEL USUARIO

El proyecto está dirigido específicamente a aquellos pacientes ambulatorios provenientes de zonas alejadas, con diagnóstico de cáncer o insuficiencia renal crónica y que requieren someterse a un proceso de quimioterapia, radioterapia o hemodiálisis. Como se menciona anteriormente, dichos tratamientos pueden llegar a representar grandes dificultades para el paciente y sus acompañantes debido a la extensa duración de los mismos, a los efectos secundarios que generan y al hecho de que los centros médicos que los brindan se encuentran focalizados en el gran

área metropolitana de nuestro país, obligando a aquellos pacientes que residen en zonas alejadas a trasladarse largas distancias hasta los centros médicos con el fin de recibir su tratamiento.

Debido a que ya existen algunas iniciativas para el hospedaje temporal de pacientes menores de edad tal como Casa GiáMaLa, Albergue de la Fundación Lucha Contra el Cáncer Infantil y Casa Ronald McDonald, la presente investigación se concentra en dar solución a la necesidad de hospedaje para pacientes, tanto hombres como mujeres, en edades superiores a los 18 años de edad y sin límite de edad.

6.2.1.2 ¿PARA CUÁNTAS PERSONAS?

Según información proporcionada por la Sra. Lilliam Vásquez, presidenta de la fundación Fundacancer, misma que ha tenido entre sus objetivos principales la creación de un albergue para acoger a pacientes de oncología provenientes de zonas alejadas, dicho espacio debería tener la capacidad de albergar a 30 pacientes por semana, sin embargo, después del análisis realizado en la presente investigación, en el cual se identificó que un 50% de los pacientes oncológicos debe permanecer cerca de los hospitales por periodos de hasta 4 semanas, se determina la necesidad

de que el albergue considere un 50% de traslape para la estadía de dichos pacientes, es decir, el albergue debe contar con la capacidad de hospedar a 45 pacientes oncológicos al mismo tiempo.

Por otro lado, en cuanto a los pacientes con insuficiencia renal crónica que deben someterse a tratamientos de hemodiálisis, se considera lo siguiente: Actualmente los tres hospitales clase A del país atienden en conjunto a un promedio de 130 pacientes por semana, según información proporcionada por el departamento de estadística del Hospital San Juan de Dios, cerca de un 48% provienen de zonas más alejadas a los 50Km. Si cada uno de estos pacientes debe permanecer un promedio de 2 noches considerando que deban trasladarse desde sus hogares con un día de anticipación a su cita para tratamiento y deban permanecer una noche más posterior a la aplicación del tratamiento, se estima que el albergue debería contar con la capacidad para hospedar a 18 pacientes de hemodiálisis al mismo tiempo.

En resumen, el presente proyecto debe contar con la capacidad para hospedar a 54 pacientes al mismo tiempo, cada uno con un acompañante.

6.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL Y CIRCUNSTANCIAL

La presente investigación se centra en la urgencia que existe actualmente de solventar las necesidades de aquellos pacientes en condición de vulnerabilidad que requieren tratamientos ambulatorios en los principales centros médicos del país (Hospitales Clase A).

6.2.3 DELIMITACIÓN FÍSICA

6.2.3.1 SELECCIÓN DEL SITIO

La ubicación del proyecto debe responder directamente al propósito principal del mismo, el cual tiene como fin primordial facilitar la experiencia que viven cientos de pacientes provenientes de zonas alejadas del país cuando deben trasladarse a los hospitales clase A para recibir sus tratamientos médicos ambulatorios. Dicha situación, determina la necesidad de que el proyecto se encuentre ubicado en una zona céntrica y cercana al hospital San Juan de Dios, hospital Calderón Guardia y Hospital México, en un sector estratégico que permita a los pacientes acudir a dichos centros médicos sin necesidad de recorrer largos trayectos que los obligue a tomar múltiples rutas de bus o caminar distancias extensas.

Por otro lado, es importante que el proyecto se localice en un sitio que contemple la movilización desde y hacia las terminales de transporte público a donde arriban los autobuses provenientes de zonas alejadas, tales como la Gran Terminal del Caribe para todos los autobuses provenientes de la zona Caribe del país, Terminal 7-10 para autobuses provenientes de San Carlos, Guanacaste y Jacó; Terminal TRACOPA para autobuses provenientes de toda la zona sur, Terminal Tralapa y Terminal Pulmitan para autobuses provenientes de Guanacaste, Terminal de buses de Puntarenas, Terminal de Buses de Palmares, Terminal de buses Deldu, Transportes Cóbano, entre otras.

Tomando en cuenta lo anterior, se proponen una serie de posibles ubicaciones que corresponden a terrenos que cumplen con los requerimientos en cuanto a ubicación céntrica, condiciones topográficas y metraje cuadrado suficiente para el desarrollo del proyecto.

A continuación se realiza un análisis en detalle de cada una de las alternativas con el fin de determinar cuál es la mejor opción para el emplazamiento del proyecto.

Partiendo del hecho de que la gran mayoría de las terminales mencionadas anteriormente se encuentran ubicadas en zonas aledañas a Paseo Colón



MAPA 1
Ubicación de posibles terrenos con respecto a hospitales clase A. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).



1ER TERRENO

Imagen 46 y 47
1er terreno propuesto [Fotografía]. Fuente: Mora Chaves, A. (2018)

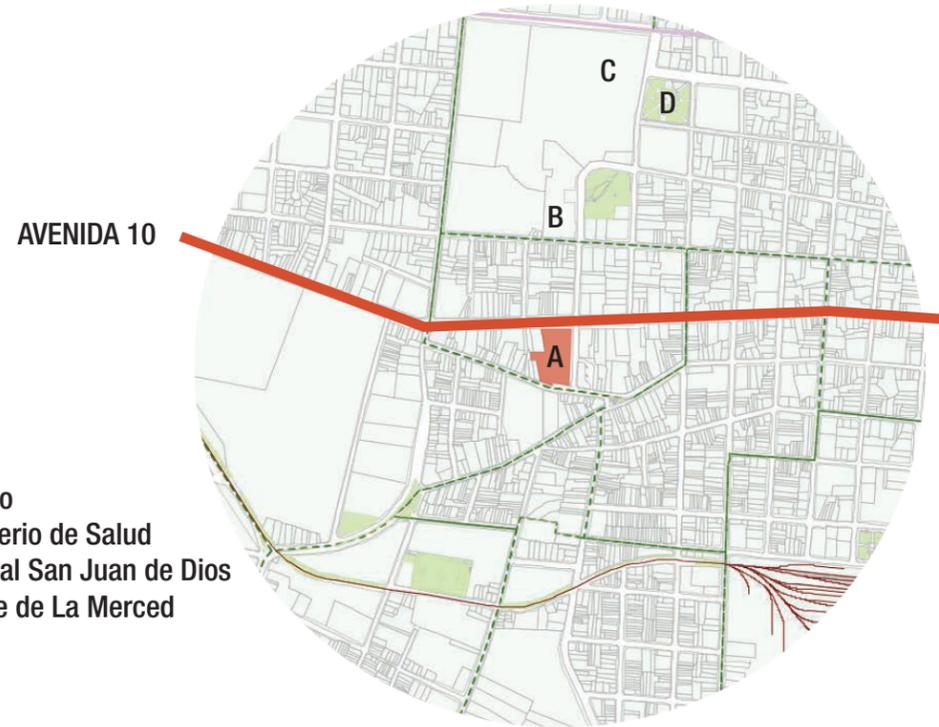


1ER TERRENO

INFORMACIÓN DE TRAYECTOS

SAN JOSÉ, DISTRITO HOSPITAL
AVENIDA 10 Y 12, CALLE 16

ÁREA APROXIMADA	6500 m ²
TOPOGRAFÍA	IRREGULAR
ESTADO DEL TERRENO	SIN CONSTRUIR



- A. Terreno
- B. Ministerio de Salud
- C. Hospital San Juan de Dios
- D. Parque de La Merced

Mapa 2
Ubicación de terreno opción 1. Fuente: Municipalidad de San José.
Edición: Mora Chaves, A. (2019)

	A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	A HOSPITAL MÉXICO
	Caminar 300 m al norte, ingresar por entrada trasera	NO APLICA	NO APLICA
	NO APLICA	Parada al frente Bus Sabana - Cementerio (6 paradas) Bajarse en parada Cuesta de Moras Caminar 730 m a hospital Calderón Guardia	Caminar 560 m hasta Terminal de Busetas Heredianas Bus San José - Heredia (6 paradas) Bajarse en parada ICT Caminar 600 m a hospital México
	NO APLICA	2,6 Kilometros	5,6 Kilometros



2DO TERRENO

Imagen 48 y 49
2do terreno propuesto [Fotografía]. Fuente: Mora Chaves, A. (2018)



2DO TERRENO

INFORMACIÓN DE TRAYECTOS

SAN JOSÉ, DISTRITO HOSPITAL
AVENIDA 10 Y 12, CALLE 16

ÁREA APROXIMADA	8100 m ²
TOPOGRAFÍA	PLANO CON PENDIENTE AL SUR
ESTADO DEL TERRENO	SIN CONSTRUIR



- A. Terreno
- B. Estación de trenes al Pacífico
- C. Hospital Clínica Bíblica
- D. Terminal de buses TRACOPA

Mapa 3
Ubicación de terreno opción 2. Fuente: Municipalidad de San José.
Edición: Mora Chaves, A. (2019)

	A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	A HOSPITAL MÉXICO
	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	Caminar 760 m hasta Iglesia de Nuestra Señora de los Ángeles Bus Sabana - Cementerio (7 paradas) Bajarse en Hospital de Niños Caminar 140 m hasta el H. San Juan	Caminar 800 m hasta La Castellana Bus Sabana - Cementerio (4 paradas) Bajarse en parada Cuesta de Moras Caminar 730 m hasta el hospital Calderón Guardia	Caminar 970 m hasta Terminal de Busetas Heredianas Bus San José - Heredia (6 paradas) Bajarse en parada ICT Caminar 600 m a hospital México
	2,2 Kilomentros	3,0 Kilometros	6,6 Kilometros

EST (ESPACIO DE SOPORTE TEMPORAL)
para pacientes con enfermedades crónicas externos al GAM

3ER TERRENO



Imagen 50
Presidencia de la República de Costa Rica (2019). GNP [Fotografía] Recuperado de: <http://presidencia.go.cr/>

CALLE 42 - AVENIDA 10

TRANSVERSAL 24



- A. Terreno
- B. Municipalidad de San José
- C. Colegio María Auxiliadora
- D. Cementerio General

SAN JOSÉ, DISTRITO HOSPITAL
AVENIDA 10, CALLE 36

ÁREA APROXIMADA	22000 m ²
TOPOGRAFÍA	PLANO
ESTADO DEL TERRENO	CONSTRUIDO

Mapa 4
Ubicación de terreno opción 3. Fuente: Municipalidad de San José.
Edición: Mora Chaves, A. (2019)

INFORMACIÓN DE TRAYECTOS 3ER TERRENO

	A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	A HOSPITAL MEXICO
	Caminar 300 metros al norte, ingresar por entrada trasera	NO APLICA	NO APLICA
	Caminar 380 m hasta parque Sarmiento Bus San José - Escazú - Vista de Oro Bajarse en parque Ministerio de Salud Caminar 50 m hasta el hospital San Juan de Dios	Caminar 320 m hasta Yamuni Bus Sabana - Cementerio (3 paradas) Bajarse en parada Cuesta de Moras Caminar 730 m hasta el hospital Calderón Guardia	Caminar 860 m hasta agencia Toyota Bus San José - Heredia Bajarse en parada ICT Caminar 600 m a hospital México
	2,3 Kilómetros	4,7 Kilometros	4,5 Kilometros



4TO TERRENO

Imagen 51 y 52
4to terreno propuesto [Fotografía]. Fuente: Mora Chaves, A. (2018)



4TO TERRENO

INFORMACIÓN DE TRAYECTOS

TIBÁS, CINCO ESQUINAS
AVENIDA 15, CALLE CENTRAL

ÁREA APROXIMADA	6800 m ²
TOPOGRAFÍA	PLANO
ESTADO DEL TERRENO	SIN CONSTRUIR



A. Terreno
B. Museo de los Niños
C. Terminal de Buses Caribeños

Mapa 5
Ubicación de terreno opción 4. Fuente: Municipalidad de San José.
Edición: Mora Chaves, A. (2019)

	A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	A HOSPITAL MEXICO
	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	Caminar 650 m hasta Fischel en avenida 3 Bus Sabana - Cementerio (3 paradas) Bajarse en Mercado Coca Cola Caminar 250 m hasta H. San Juan de Dios	Caminar 420 m hasta Terminal Coronado Bus San José - Coronado 1 parada Bajarse en H. Calderón Guardia Caminar 200 m hasta entrada hospital	Caminar 730 m hasta Paseo de la Vaca Bus San José - Hospital México (La Uruca) 13 paradas Bajarse en Terminal H. México Caminar 270m hasta entrada hospital
	3,1 Kilómetros	2,5 Kilometros	6,2 Kilometros

EST (ESPACIO DE SOPORTE TEMPORAL)
para pacientes con enfermedades crónicas externos al GAM

CALLE CENTRAL ALFREDO VOLIO



5TO TERRENO

Imagen 53
5to terreno propuesto [Fotografía]. Fuente: Mora Chaves, A. (2018)

SAN JOSÉ, MATA REDONDA
AVENIDA 12, CALLE 72

ÁREA APROXIMADA	27700 m2
TOPOGRAFÍA	PLANO
ESTADO DEL TERRENO	SIN CONSTRUIR



- A. Terreno
- B. Ministerio de Agricultura y Ganadería
- C. Colegio de Médicos y Cirujanos
- D. Estadio Nacional

Mapa 6
Ubicación de terreno opción 5. Fuente: Municipalidad de San José.
Edición: Mora Chaves, A. (2019)

EST (ESPACIO DE SOPORTE TEMPORAL)
para pacientes con enfermedades crónicas externos al GAM

INFORMACIÓN DE TRAYECTOS 5TO TERRENO

	A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	A HOSPITAL MEXICO
	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	Caminar 150 m hasta UCIMED Bus San José - Escazú - Santa Teresa (5 paradas) Bajarse en Mercado Coca Cola Caminar 300 m hasta H. San Juan de Dios	Caminar 150 m hasta UCIMED Bus San José - Escazú - Santa Teresa (5 paradas) Bajarse en Mercado Coca Cola Bus San José - Barrio México (6 paradas) Bajarse en Parque Nacional, caminar 250	Caminar 150 m hasta UCIMED Bus San José - Escazú - Santa Teresa (5 paradas) Bajarse en Mercado Coca Cola Bus san José - Heredia (5 paradas) Bajarse en parada ICT, caminar 600 m
	3,3 Kilómetros	6,1 Kilometros	4,7 Kilometros



Imagen 54
6to terreno propuesto [Fotografía]. Fuente: Mora Chaves, A. (2018)

6TO TERRENO

6TO TERRENO

INFORMACIÓN DE TRAYECTOS

SAN JOSÉ, MONTES DE OCA
AVENIDA 17, BO DENT

ÁREA APROXIMADA	4000 m ²
TOPOGRAFÍA	PLANO
ESTADO DEL TERRENO	SIN CONSTRUIR



A. Terreno
B. INEC
C. Oficentro Casa Holandesa

Mapa 7
Ubicación de terreno opción 6. Fuente: Municipalidad de San José.
Edición: Mora Chaves, A. (2019)

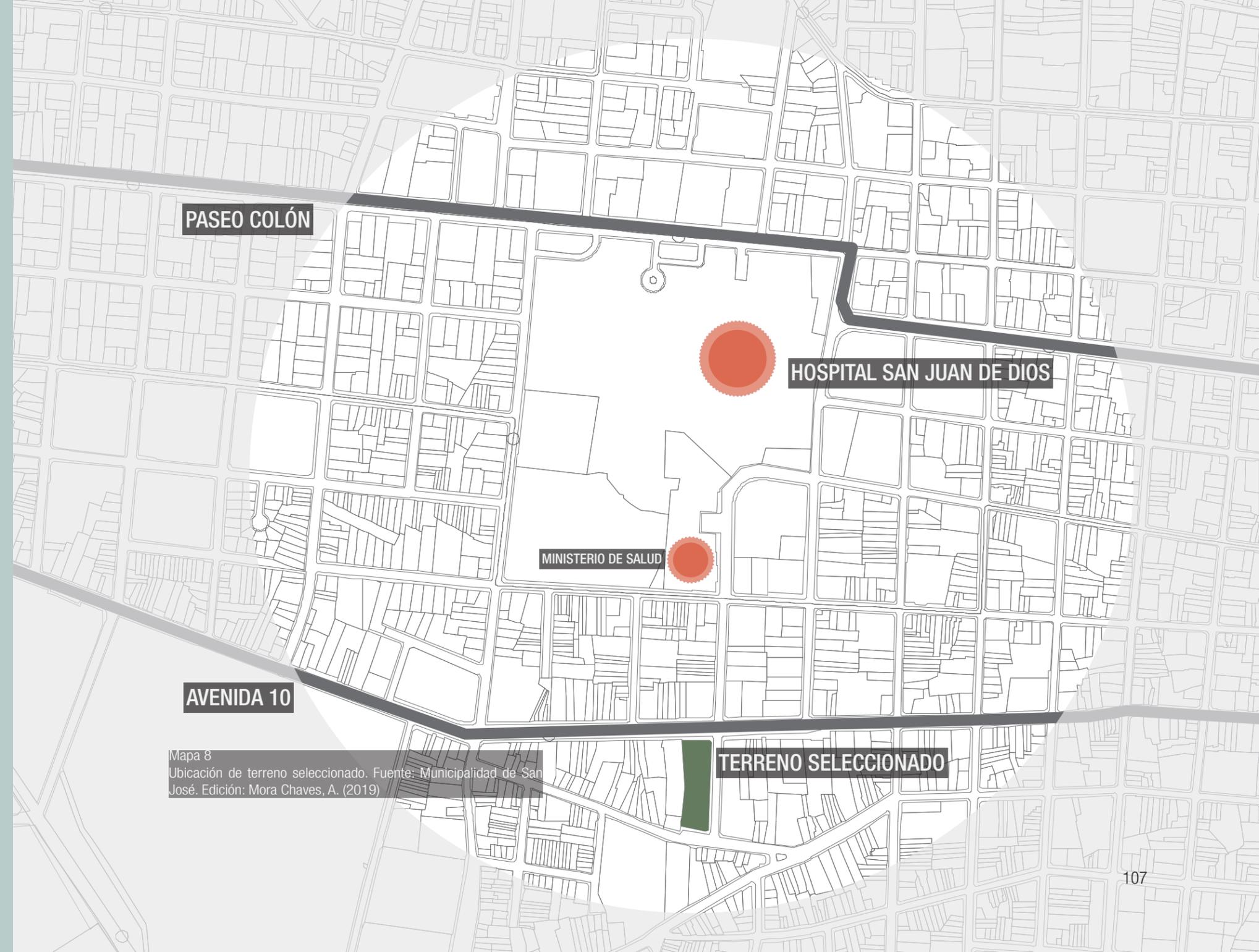
A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS **A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA** **A HOSPITAL MEXICO**

	A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	A HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	A HOSPITAL MEXICO
	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	Bus UCR Barrio Escalante (8 paradas) Bajarse en Paseo de la Vaca Bus Sabana - Cementerio Bajarse en Mercado Coca Cola Caminar 250 m hasta H. San Juan de Dios	Bus UCR Barrio Escalante (6 paradas) Bajarse en Parque Nacional Caminar 250 m hasta entrada hospital	Bus UCR Barrio Escalante (8 paradas) Bajarse en Paseo de la Vaca Bus San José - H. México (13 paradas) Bajarse en Terminal H. México Caminar 270 m hasta entrada hospital
	1,5 Kilómetros	4,0 Kilometros	9,0 Kilometros

EST (ESPACIO DE SOPORTE TEMPORAL)
para pacientes con enfermedades crónicas externos al GAM

A partir de las opciones evaluadas y tomando en cuenta los criterios de selección para el terreno mencionados con anterioridad, se determina que la opción más adecuada para la ubicación del proyecto corresponde a la opción número 1.

Por su gran cercanía al Hospital San Juan de Dios, la ubicación de este terreno es ideal para todos aquellos pacientes que requieren permanecer próximos al hospital con el fin de desplazarse frecuentemente a recibir sus terapias en este centro médico. Por otro lado, para los pacientes de los hospitales Calderón Guardia y Hospital México, la ubicación de este sitio también resulta favorable, ya que se localiza en un sector próximo a Paseo Colón e inmediatamente sobre Avenida 10, ambos importantes puntos donde confluyen gran cantidad de rutas de autobús que conectan con todos los sectores de la capital. Además de lo ya mencionado, en los sectores próximos al terreno se encuentran gran cantidad de terminales autobuseras que permiten a los pacientes movilizarse desde y hacia sus hogares sin necesidad de realizar largos recorridos, disminuyendo la posibilidad de que aquellos pacientes provenientes de zonas alejadas y que no se encuentran familiarizados con la zona puedan desorientarse y extraviarse debido a una ubicación no céntrica del proyecto.



Mapa 8
Ubicación de terreno seleccionado. Fuente: Municipalidad de San José. Edición: Mora Chaves, A. (2019)



Mapa 9
Ubicación de terreno seleccionado y eje conector 1. Fuente: Municipalidad de San José. Edición: Mora Chaves, A. (2019)

6.2.3.2 USOS DEL SITIO SELECCIONADO

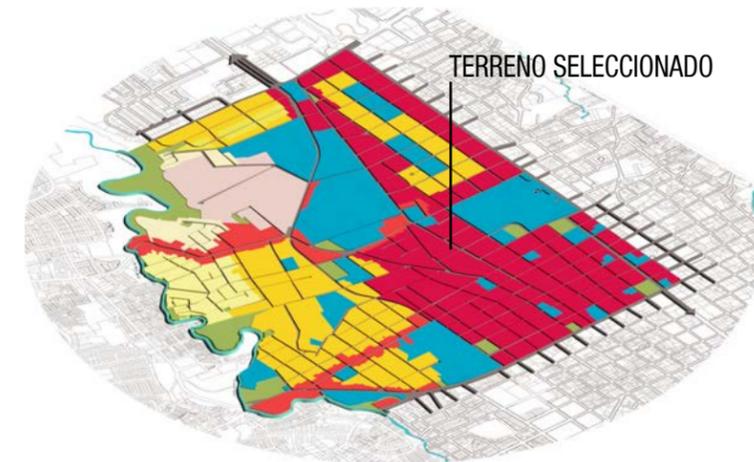
Según el plan regulador de la Municipalidad de San José, el terreno seleccionado se encuentra ubicado en la designada Zona de Comercio y Servicios 2, la cual contempla el actual centro del cantón de San José. Dentro de esta zona, las actividades propuestas deben buscar el desarrollo de actividades comerciales y de servicios de alcance nacional. Como requisitos generales, en esta zona los terrenos no deben contar con una superficie inferior a los 400 metros cuadrados ni frentes inferiores a 15 metros. El terreno no requiere de retiro vial por parte de la municipalidad.

Usos Permitidos relacionados con el tema:

- Hotel, pensión y similares.
- Consultorios médicos
- Clínica de servicios médicos (con o sin hospitalización)
- Hospital
- Parqueo público y privado

Las zonas adyacentes al terreno seleccionado corresponden predominantemente a zonas comerciales de tipo 1 o 2, sin embargo, debido a las características del distrito hospitalario y al tipo de actividades que se desprenden de la concentración de importantes centros de salud como son el Hospital San Juan de Dios, Hospital Blanco Cervantes, Hospital Nacional de Niños, y algunos otros centros de salud privados como el Hospital Metropolitano y consultorios médicos particulares, en donde la mayor intensidad de actividad se da en horarios diurnos, la ubicación propuesta para el proyecto resulta ideal, ya que guarda una estrecha relación con todos estos centros médicos sin sacrificar la necesidad de un entorno silencioso y apacible para el adecuado descanso de los pacientes en horas de la noche. Por otro lado, la ubicación seleccionada posee la particularidad de encontrarse cerca de uno de los pocos espacios verdes en el centro de la capital, el cual se encuentra justo al final del recorrido entre el proyecto y el hospital San Juan de Dios, situación que brinda una excelente oportunidad en términos de explotar una conexión a nivel conceptual entre estos dos espacios.

USO DE SUELO DISTRITO HOSPITAL



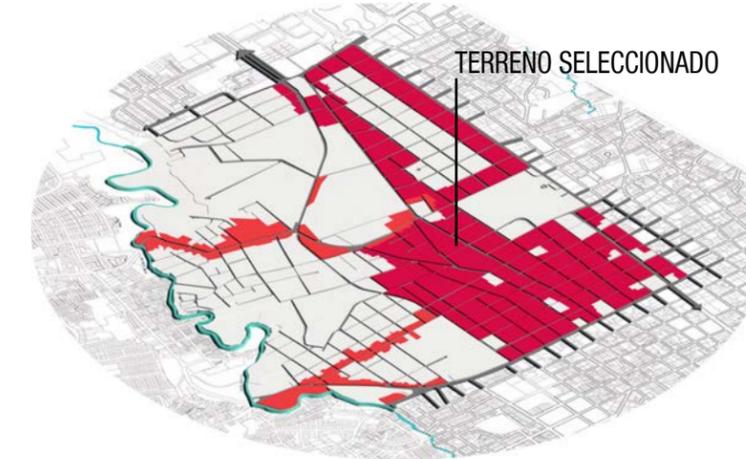
SERVICIOS INSTITUCIONALES, COMUNALES, ESTATALES Y DE GOBIERNO



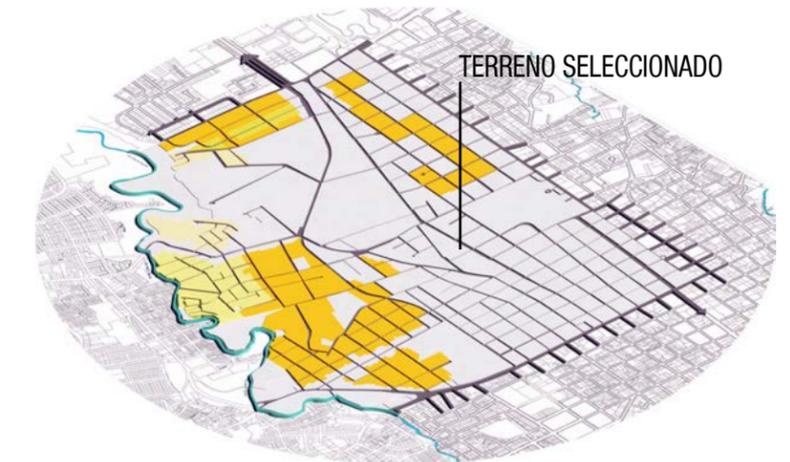
ÁREAS VERDES Y COMUNALES



ZONA COMERCIAL 1 Y ZONA COMERCIAL 2



ZONAS RESIDENCIALES



ZONA MIXTA INDUSTRIA Y COMERCIO



6.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA

Si bien la propuesta de diseño que se desarrolla en este trabajo tiene como fin principal ayudar a los pacientes que requieren un espacio físico para hospedarse durante sus ciclos de tratamientos médicos, el objetivo va más allá de simplemente proveer un espacio cualquiera, ya que lo que se plantea es el diseño a partir de la psicología ambiental, prestando especial atención a la influencia que tiene el entorno en el estado anímico del paciente y de su acompañante. Para dicho fin, se ha tomado la decisión de elaborar la propuesta arquitectónica utilizando como base el concepto de la Biofilia, mismo que fue mencionado en secciones anteriores de la presente investigación y que ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, demostrando el impacto positivo que tiene la relación del espacio construido con todo aquello que de manera directa o indirecta nos hace remembranza a la naturaleza. A continuación, se presentan algunas pautas biofílicas que fueron incorporadas en el diseño del proyecto.

PATRONES BIOFÍLICOS

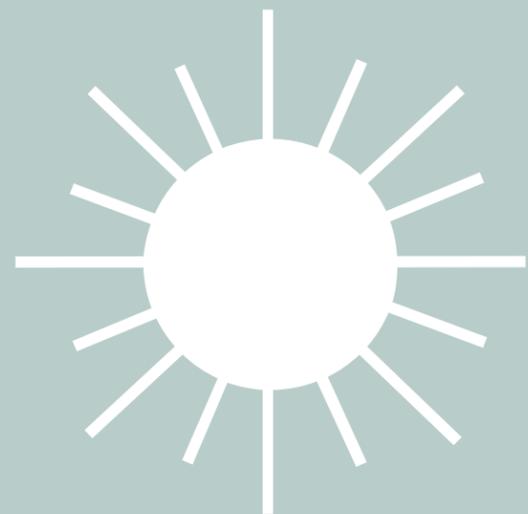
La aplicación de patrones biofílicos en espacios construidos puede clasificarse en tres categorías distintas según la forma en la que se implementen dichos patrones y la experiencia que resulte de su aplicación. A continuación, se detallan estas tres categorías.

A. NATURALEZA EN EL ESPACIO

Enfatiza en la presencia directa, física y efímera de la naturaleza en un espacio o lugar a través de dos estrategias principales, la integración y la simulación. La integración, por su lado, se refiere a la inclusión de elementos verdes y evocativos de la naturaleza en el ambiente construido, ya sea a través de jardines, patios y terrazas en aquellos proyectos que ofrecen mayores posibilidades de aprovechamiento espacial, o a través de la inclusión de plantas ornamentales en aquellos cuya limitante de área aprovechable es significativa, por otro lado, las visuales comprenden un recurso importante que puede ser explotado a través de la utilización de ventanales que maximicen una conexión visual con el paisaje natural circundante, trayendo así, el exterior al interior del proyecto. Otros elementos útiles de incorporar corresponden a la iluminación y ventilación natural con el fin de lograr una variabilidad térmica y estimuladores sensoriales, logrando un espacio que asemeje condiciones a las encontradas en el mundo natural.

Además de la integración, otra estrategia para lograr la presencia de la naturaleza en un espacio corresponde a la simulación, la cual es una alternativa favorable cuando el espacio no permite la existencia de áreas verdes y el acceso a visuales al exterior o a paisajes naturalmente atractivos. La simulación puede implementarse mediante obras artísticas representativas de paisajes naturales o incluso mediante la reproducción de escenas naturales en artefactos digitales (Wang, Lin y Tong, 2017).

1. Conexión visual con la naturaleza: Plantas dentro y fuera del espacio, arte relacionado con naturaleza, agua, muros y pantallas verdes.
2. Conexión no visual con la naturaleza: Luz natural, sonidos de naturaleza, aromas naturales, materiales texturizados.
3. Estimuladores sin ritmo: Sombras, sonidos de la naturaleza.
4. Acceso a variabilidad térmica y de viento:
5. Iluminación dinámica y difusa desde diferentes ángulos



LUZ

La luz como elemento vivencial del espacio es fundamental para el bienestar y salud de las personas que lo habitan ya que permite la orientación en tiempo y espacio, logrando identificar de manera fácil, el momento del día, la estación y los espacios físicos en los cuales se encuentra la persona. Desde un punto de vista perceptual, la presencia de luz natural bien utilizada en un espacio puede ayudar a incrementar los niveles de satisfacción y confort, esto puede ser logrado buscando que la luz no sea solamente un elemento para proporcionar luminosidad o claridad al espacio, sino también, como un elemento de cualidades espaciales a través de elementos como ventanales, parasoles, mallas microperforadas, tragaluces y otros elementos que puedan generar juegos de luz y sombra, proporcionando tridimensionalidad a la luz.



VIENTO

Una adecuada ventilación es vital para el confort y satisfacción del ser humano en un espacio arquitectónico. Idealmente se debe buscar que el espacio cuente con variaciones en el flujo de aire y variaciones térmicas, dichas condiciones pueden alcanzarse mediante la utilización de aperturas, ventanerías operables y sistemas de ventilación mecánica.



VEGETACIÓN

Una excelente medida para la integración de la naturaleza en el espacio construido es mediante la aplicación de vegetación en el proyecto. La presencia de plantas genera una experiencia natural sumamente confortable que contribuye con la salud física y mental de aquellos que habitan el espacio. Con el fin de potenciar sus efectos positivos y buscar el mayor beneficio que esta estrategia pueda producir, la presencia de vegetación debe ser abundante tanto en edificaciones como en paisajismo, buscando utilizar especies nativas, que además generen una conexión y un impacto positivo en el ecosistema local. Se deben preferir las especies con floración, ya que las mismas aportan variedad de colores, aromas y atraen diferentes especies de aves que pueden mejorar la experiencia sensorial en un espacio que busca definirse bajo el concepto de la Biofilia.



CLIMA

La percepción y contacto con el clima es de suma importancia para una adecuada implementación del concepto biofílico en el espacio construido; permitir a los ocupantes de un espacio relacionarse con las condiciones climáticas externas promueve la integración de la naturaleza con la arquitectura, lo cual puede generar una experiencia muy estimulante. Esta relación o contacto puede darse a través de la implementación de características en el diseño como vistas al exterior, ventanerías operables, terrazas, balcones, patios internos, jardines, etc.



IMÁGENES NATURALES

Otra estrategia útil para la aplicación del concepto Biofilia en el espacio construido corresponde a la utilización de representaciones artísticas relacionadas con la naturaleza. Para dicho fin se puede recurrir a la utilización de fotografías, pinturas, esculturas, murales, videos, e incluso animaciones digitales. Para lograr una exitosa implementación de esta estrategia, las representaciones artísticas deben ser abundantes, manteniendo una temática relacionada con lo natural en todo lo relativo a la ornamentación del espacio arquitectónico.

PALETA VEGETAL UTILIZADA EN PROYECTO

Con el fin de promover una presencia abundante y permanente de vegetación en el proyecto, las especies vegetales propuestas corresponden a especies que se encuentran bien adaptadas a las condiciones climáticas de nuestro país, además de ser variedades de bajo mantenimiento, que en general, no requieren de condiciones especiales para su crecimiento, desarrollo y mantenimiento.

Imagen 55
Helecho Plumoso [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.shrublandparknurseries.co.uk/>



HELECHO PLUMOSO (*Asparagus setaceus*)

Planta trepadora perenne

Tallos muy ramificados con hojas aciculares en el mismo plano que las ramas laterales (aspecto de helecho)

Tiende a colgar

Flores poco vistosas

Frutos pequeños tipo baya, negros al madurar (tóxicos)

Imagen 56
Helecho Plumoso [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.naturalista.mx/>



TIQUISQUE (*Xanthosoma sagittifolium*)

Hierba perenne

Tallos subterráneos

Hojas grandes, sagitadas y erectas de hasta 1,3 m de largo

Aspecto de triángulos color verde brillante con el envés verde claro

Frutos pequeños tipo baya carnosos al madurar

Imagen 57
Pacaya [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.tropengarten.de>



PACAYA (*Chamaedorea costaricana*)

Palma perenne
Puede alcanzar los 3 metros de altura
Flores crema, crema amarillento o anaranjado amarillento
Frutos negros, algo carnosos

Imagen 58
Lotería [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.almanac.com>



LOTERÍA (*Dieffenbachia amoena*)

Hierba perenne
Puede alcanzar los 1,5 metros de altura
Crecimiento rastrero y trepador
Hojas grandes de hasta 60 centímetros de largo
Aspecto ovalado, jaspeado amarillo y crema

Imagen 59
Caña India [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.thespruce.com>



CAÑA INDIA (*Dracaena fragrans*)

Arbusto tropical perenne
Pueden alcanzar los 6 metros de altura pero crecen menos si se siembran en maceta
Hojas alargadas de hasta 1 metro de largo
Aspecto de rosetas color verde brillante con franjas color verde claro y amarillo

PALETA VEGETAL UTILIZADA EN PROYECTO

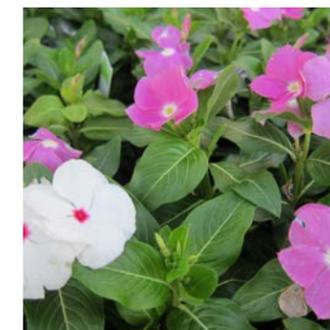
Imagen 60
Campanilla [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.foodforests.eu/>



CAMPANILLA (*Ipomoea cairica*)

Planta trepadora perenne
Tallo muy ramificado, a veces liso
Hojas divididas en 5 de contorno ovado - suborbicular de color verde brillante
Flores muy vistosas de color morado con aspecto de campana

Imagen 61
Chinas [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.artfulplanters.com/>



CHINAS (*Catharanthus roseus*)

Hierba perenne
Pueden alcanzar 1 metro de altura
Hojas de ovado a oblongas de color verde brillante
Flores muy vistosas de hasta 5 centímetros de diámetro, compuestas por 5 pétalos de color rosado claro o blanco

Imagen 62
Geranio de la Jungla [Fotografía].
Recuperado de: <http://www.pixabay.com/>



GERANIO DE LA JUNGLA (*Ixora coccinea*)

Arbusto perenne

Pueden alcanzar 1 metro de altura

Hojas oblongas de color verde brillante con bordes lisos

Flores muy vistosas, organizadas en múltiples racimos

El color más común es un tono rojizo

Imagen 63
Lantana [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.realsimple.com/>



LANTANA (*Lantana camara*)

Arbusto perenne

Pueden alcanzar los 1,5 metros de altura

Hojas de ovado a oblongas de color verde brillante con márgenes dentados

Flores muy vistosas, organizadas en múltiples racimos

Pueden ser de diversos colores con los centros amarillos

Imagen 64
Campanilla [Fotografía]. Recuperado de:
<http://www.flickr.com/photos/sharidas>



RABO DE ZORRO (*Stachytarpheta*)

Hierba perenne

Pueden alcanzar los 2,5 metros de altura

Hojas de ovado a oblongas de color verde brillante con márgenes dentados

Flores muy vistosas de color azul - morado a lo largo de espigas que pueden alcanzar los 45 centímetros de longitud

PALETA VEGETAL UTILIZADA EN PROYECTO

Imagen 65
Jacaranda [Fotografía]. Recuperado de:
<http://www.travel.mongabay.com>



JACARANDA (*Jacaranda caucana*)

Árbol de hasta 13 metros de altura

Hojas similares a las de un helecho de hasta 30 centímetros de largo

Inflorescencias de hasta 10 centímetros de largo

Flores lilas a moradas de hasta 4 centímetros de largo

Florece 4 meses al año

Imagen 66
Corteza Amarilla [Fotografía]. Recuperado de:
<http://www.flickr.com/photos/bigowl7>



CORTEZA AMARILLA (*Tabebuia ochracea*)

Árbol de hasta 20 metros de altura

Inflorescencias de hasta 14 centímetros de largo

Flores amarillas de hasta 8 centímetros de largo

Florece durante la primera mitad del año

Imagen 67
Malinche [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.fineartamerica.com>



MALINCHE (Delonix regia)

Árbol de hasta 12 metros de altura

Hojas similares a las de un helecho de hasta 50 centímetros de largo

Flores anaranjadas de hasta 8 centímetros de largo

Florece 5 meses al año

Imagen 68
Lorito [Fotografía]. Recuperado de: <http://www.flickr.com/photos/treeworld>



LORITO (Cojoba arborea)

Árbol de hasta 8 metros de altura

Copa rala y dispersa

Follaje verde claro

B. ANÁLOGOS NATURALES

Los análogos naturales se enfocan en evocar de manera indirecta la conexión con el ambiente natural, procurando generar en las personas que habitan determinado espacio, emociones y sensaciones como las percibidas en la naturaleza. Existen principalmente dos maneras de utilizar el concepto de los análogos naturales en los proyectos, una de estas maneras es a través de representaciones simbólicas de la naturaleza por medio de elementos decorativos como colores, imágenes, patrones, texturas; o también por medio de elementos estructurales y/o funcionales con complejidad y orden similares a los encontrados en estructuras naturales de árboles, hojas, plantas, etc.

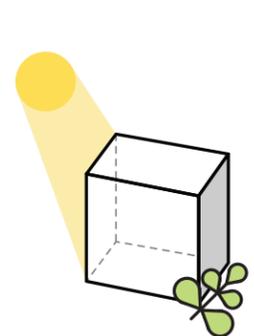
C. NATURALEZA DEL ESPACIO

En este aspecto, las estrategias de aplicación hacen referencia a una necesidad propia del ser humano de ver y conocer lo que hay más allá del entorno inmediato. Dichas estrategias se ven reflejadas en la configuración del espacio construido, y es así como las personas que lo habitan pueden percibirlos en mayor o menor medida.

1. Prospecto: Vistas, balcones, puntos focales a distancias iguales o superiores a 6m, distribuciones de planta abiertas
2. Refugio: Espacios protegidos, cielos más bajos, marquesinas o cenefas, espacios que permitan privacidad y ocultamiento
3. Misterio
4. Riesgo controlado: Ventanas de piso a cielo, pasarelas a través de agua, pasarelas o puentes en alto.

ESTRATEGIAS BIOFÍLICAS UTILIZADAS EN PROYECTO

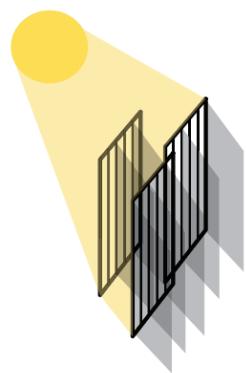
DIAGRAMA 6
Estrategias biofílicas utilizadas en proyecto. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



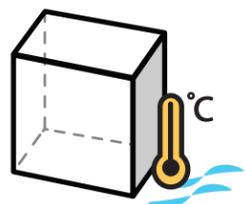
LUZ NATURAL,
AROMAS NATURALES



PATRONES
VEGETALES



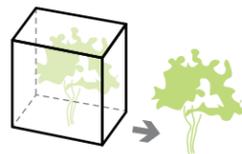
ILUMINACIÓN DINÁMICA



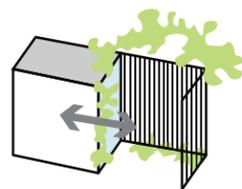
VARIABILIDAD TÉRMICA Y
DE VIENTO



MUROS Y PANTALLAS
VERDES



PLANTAS DENTRO Y FUERA
DEL ESPACIO



CONEXIONES NATURALES
CON MATERIALES

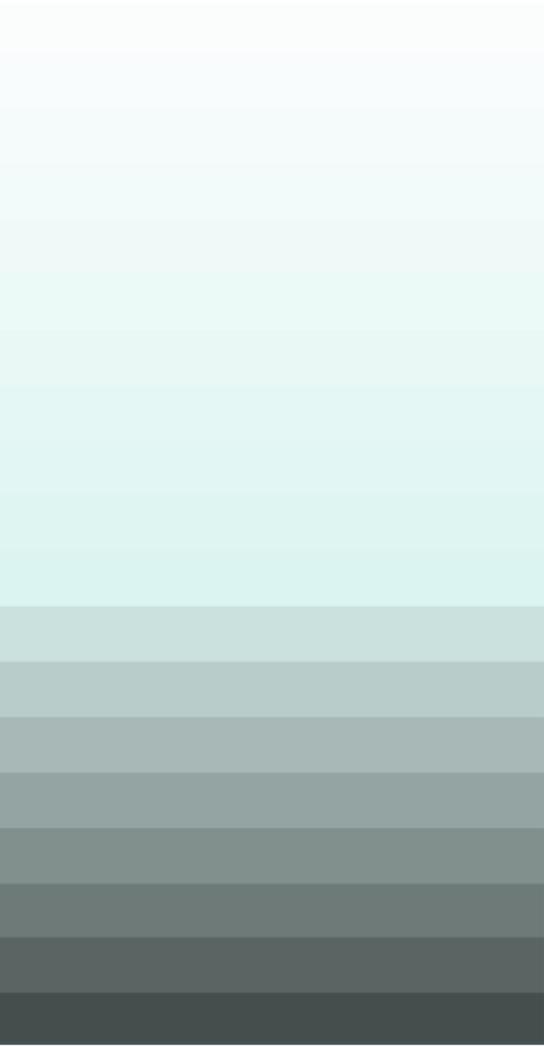
PALETA DE COLORES UTILIZADA EN PROYECTO

De acuerdo con los principios del diseño biofílico, en el proyecto se busca la incorporación de colores neutros y colores con niveles bajos de saturación, que no sean percibidos como altamente artificiales, sino que por el contrario, hagan referencia a aquellos colores encontrados en el mundo natural, promoviendo sensaciones de calma, relajación, calidez, seguridad y sanación.

TONOS NEUTROS GRISES Y BLANCOS

El color blanco utilizado en espacios internos genera una sensación de claridad, luminosidad y amplitud. Al mezclar el color blanco con elementos de otros colores se permite focalizar la atención en determinados puntos relevantes. El blanco representa pureza y limpieza, y refleja más luz que cualquier otro color. (Brent, Max-Royale, Schwarz y Yeon Yoon, 2004)



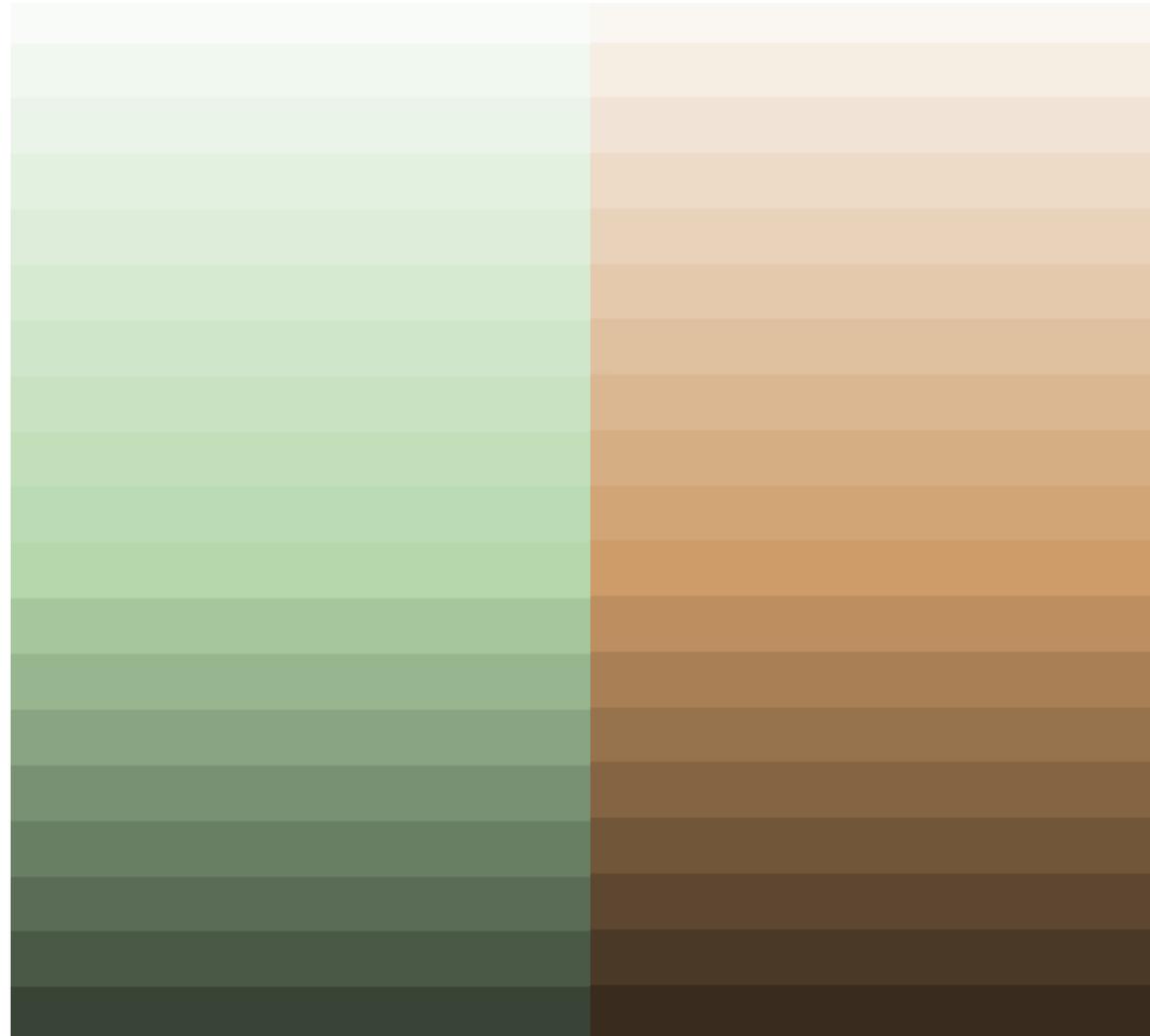


TONOS AZULES

El color azul hace remembranza a los colores del cielo y del mar. En psicología, el color azul se relaciona con tranquilidad, serenidad y relajamiento. Dentro de sus efectos positivos, es conocido por disminuir la presión sanguínea, disminuir dolores de cabeza y ayudar a controlar desordenes nerviosos. Por ser un color que estimula la tranquilidad y el descanso, es frecuentemente utilizado en dormitorios. (Brent, Max-Royale, Schwarz y Yeon Yoon, 2004)

TONOS VERDES

El color verde es por excelencia, el color de las plantas y el más relacionado con la naturaleza. Representa el crecimiento y la vida, y está asociado con sabores y aromas placenteros. Los colores verdes de baja intensidad son ideales ya que no se reflejan sobre la piel humana y ayudan a generar una atmósfera de calma y relajación que resulta muy placentera en ambientes de descanso y recuperación. (Brent, Max-Royale, Schwarz y Yeon Yoon, 2004)



TONOS NARANJAS

El color naranja hace recordar los atardeceres, en tonos de baja saturación hace referencia a la tierra, transmitiendo emociones de calidez, confort y seguridad. Son colores frecuentemente utilizados en ambientes de cuidado a la salud ya que ayudan a generar atmósferas donde los pacientes se sienten tranquilos y a salvo, dejando a un lado sus preocupaciones. (Brent, Max-Royale, Schwarz y Yeon Yoon, 2004)

TONOS AMARILLOS

El color amarillo se relaciona con el sol, representa la energía, el optimismo, la claridad y la vitalidad. Su uso es altamente recomendado en espacios donde se propicia una atmósfera de creatividad y socialización. Al reflejar de una manera muy efectiva la luz, el color amarillo es una excelente opción para brindar luminosidad a espacios que así lo requieren. (Brent, Max-Royale, Schwarz y Yeon Yoon, 2004)



PALETA DE ESTAMPADOS UTILIZADA EN PROYECTO

En concordancia con los principios biofílicos y las estrategias biofílicas de intervención, se busca la incorporación de ciertos estampados con patrones orgánicos con el fin de generar espacios agradables y dinámicos, en donde se pueda percibir una clara influencia de la naturaleza en el espacio construido. Dichos estampados buscan la representación de formas sinuosas, vetas o manchas, evitando formas geométricas definidas y ángulos rígidos que generen un ambiente altamente artificial.



Imagen 69
Paleta de Estampados [Texturas]. Recuperadas de: <http://www.pinterest.com>

PALETA DE MATERIALES UTILIZADA EN PROYECTO

Con el fin de generar un ambiente en el que se refleje el diseño biofílico, se promueve la utilización de materiales que hagan remembranza a elementos encontrados en la naturaleza, algunos con aspectos crudos y poco tratados como madera y piedra, y otros menos literales como concreto expuesto y terrazo.

Imagen 70
Terrazo [Textura]. Recuperado de: <http://www.pinterest.com>



PISO TERRAZO

Se seleccionan pisos de terrazo para áreas públicas, ya que sus características de alto tránsito y de fácil mantenimiento y limpieza se consideran ideales para los espacios del proyecto con mayor concentración y circulación de personas. Su utilización favorece el diseño biofílico gracias a su aspecto y cualidades de color y textura.

ELEMENTOS DE MADERA NATURAL

Se incorporan elementos de madera natural como detalles que brindan calidez y fortalecen la conexión del espacio arquitectónico con la naturaleza a través del concepto biofílico, generando un ambiente acogedor y llamativo.



Imagen 71
Madera [Textura]. Recuperado de: <http://www.pinterest.com>

Imagen 72
Alfombra [Textura]. Recuperado de: <http://www.flor.com>



ALFOMBRAS CON TEXTURAS VARIAS

En espacios donde se busca generar una atmósfera de mayor calidez y protección, se utilizan alfombras con texturas y colores varios que brindan un elemento focal llamativo y que al mismo tiempo proporcionan personalidad al espacio a través de texturas y colores que asemejan, a simple vista, aquellas del musgo y la piedra.

PISO VINÍLICO ESTILO MADERA

Si bien la utilización de pisos de madera natural sería lo ideal, al ser un espacio donde se hospedan personas en proceso de tratamiento médico o recuperación post tratamiento, las cualidades antibacteriales y de fácil limpieza de los pisos son sumamente importantes. Por tal motivo se utilizan pisos vinílicos LVT con aspecto de madera natural que brinda la calidez buscada pero con las cualidades necesarias para un espacio de cuidado a la salud.



Imagen 73
Madera [Textura]. Recuperado de: <http://www.pinterest.com>

Imagen 74
Pizarra [Textura]. Recuperado de: <http://www.pinterest.com>



PISO DE PORCELANATO ESTILO PIZARRA

Se utilizan pisos de porcelanato sellados y con poca porosidad con aspecto de piedra pizarra contrastando con paredes de color claro en espacios bien iluminados, dando como resultado, un ambiente ameno y balanceado. El aspecto áspero y crudo de la piedra pizarra se equilibra con el aspecto liso de paredes bien acabadas y colores sólidos.

SOBRES DE KRION ®

Se utilizan sobres de KRION ® para los sobres de baños, cocinas, cocinetas y recepción dado su aspecto neutro y puro que favorecen el aspecto sobrio del espacio, además sus cualidades de fácil limpieza, larga vida útil y alta resistencia lo hacen un material ideal para su utilización en estos ambientes.

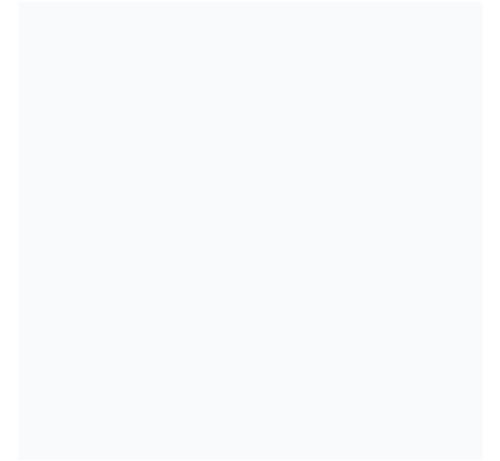
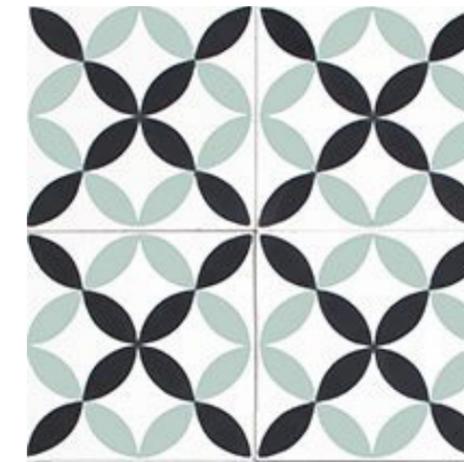


Imagen 75
Krion [Textura]. Recuperado de: <http://www.krion.com>

Imagen 76
Mosaicos [Textura]. Recuperado de: <http://www.pinterest.com>



MOSAICOS DE PORCELANATO

Se utilizan mosaicos de porcelanato para romper la monotonía del enchape en baños y proporcionar un elemento de detalle con diseño geométrico que brinda un aspecto orgánico.



DEL LATÍN: RESPIRAR, ANHELAR, VIVIR

Complejo SPIRO surge a partir de la idea de generar una estructura organizacional más fuerte para el soporte del hogar transitorio mediante la incorporación de actividades que a nivel programático, puedan ofrecer otros servicios bajo una misma marca, y que a través de los ingresos económicos generados por esos servicios ofrecidos, se pueda consolidar de una manera más sólida la propuesta. Los servicios propuestos corresponden a actividades complementarias, afines a la temática del proyecto principal y que puedan generar en el público meta un impacto positivo al saber que si utilizan estos servicios, colaboran con una importante causa social.

En cuanto al nombre del complejo, la palabra SPIRO proviene del verbo en latín que significa “respirar” o “vivir”. El complejo se denomina de esta manera, ya que el proyecto nace de una intención primordial, la cual es ayudar a todos aquellos pacientes y familiares de pacientes que vienen de zonas alejadas del país y que requieren tratamientos de tipo ambulatorio en los hospitales clase A del país. De esta manera, el proyecto busca ser un respiro para todos esos pacientes que además de enfrentarse a un proceso de enfermedad, se deben preocupar por trasladarse largas distancias con el único fin de recibir su tratamiento. Por otro lado, la propuesta busca representar, a nivel arquitectónico y espacial, un respiro en medio de la ciudad, en donde el diseño incorpore toda una serie de pautas biofílicas que den como resultado un espacio ameno, amigable, relajante, y finalmente, contrastante con el entorno caótico y desordenado en el que se encuentra.

1. HOGAR TRANSITORIO 2. CONSULTORIOS MÉDICOS 3. SALONES DE CONFERENCIAS





IMAGEN 78
Vista externa Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



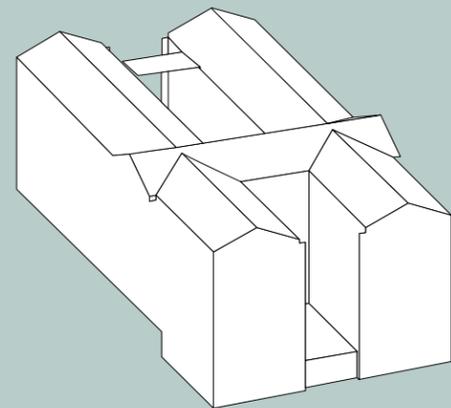
**FACHADA ESTE
COMPLEJO SPIRO**

IMAGEN 79
Fachada este Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



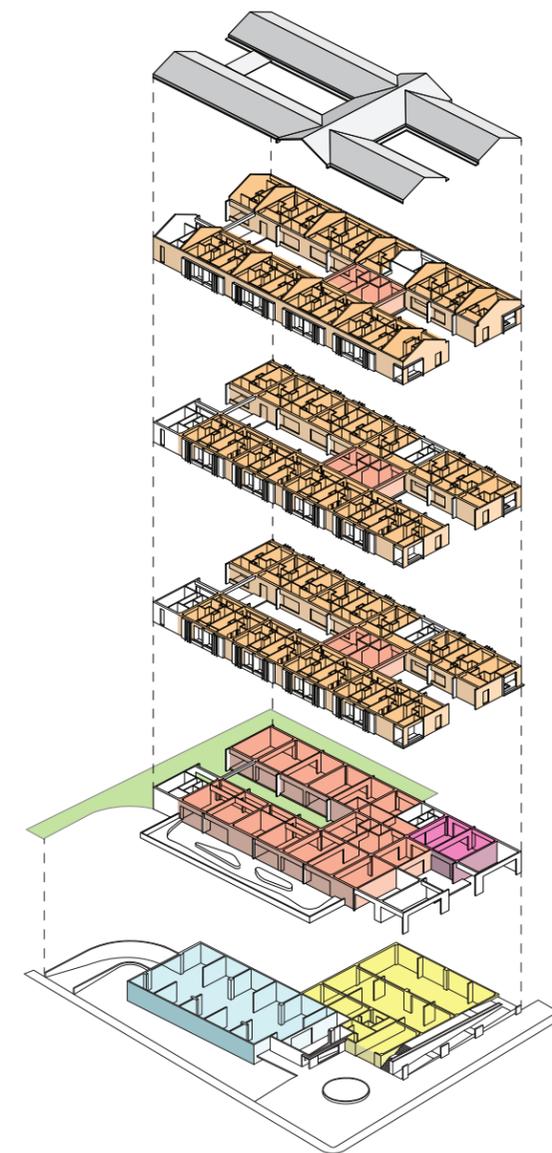
**FACHADA NORTE
COMPLEJO SPIRO**

IMAGEN 80
Fachada Norte Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



PRIMER COMPONENTE SPIRO HOGAR TRANSITORIO

El primer componente del complejo SPIRO corresponde al Hogar Transitorio, el cual busca satisfacer las necesidades de hospedaje de aquellos pacientes y familiares de pacientes provenientes de zonas alejadas del país y que requieren tratamientos ambulatorios en los hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia u Hospital México, es decir, que este componente del proyecto, es el que responde directamente a la problemática planteada a lo largo de la presente investigación y del cual surgen todos los demás componentes como proyectos complementarios al mismo.



HOGAR TRANSITORIO

NIVEL -1

- ESTACIONAMIENTO SEMI - SUBTERRÁNEO
- SALONES DE CONFERENCIAS
- SERVICIOS EDIFICIO

NIVEL +1

- ADMINISTRACIÓN
- ESPACIO PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA
- ESPACIO PARA ATENCIÓN NUTRICIONAL
- LAVANDERÍA
- COCINAS COMUNITARIA
- COCINA COMPLETA
- COMEDOR COMUNITARIO
- SERVICIOS SANITARIOS
- CUARTO DE EJERCICIOS
- CUARTO DE SESIONES GRUPALES
- TERRAZA AJARDINADA
- JARDÍN CENTRAL
- ACCESO AMBULANCIA
- SERVICIOS EDIFICIO

NIVEL +2

- ESTACIÓN DE ENFERMERÍA
- SALAS DE DESCANSO Y SOCIALIZACIÓN
- 15 HABITACIONES DE LARGA ESTANCIA
- 6 HABITACIONES DE CORTA ESTANCIA
- LAVANDERÍA PERSONAL
- SERVICIOS EDIFICIO

NIVEL +3, +4

- SALAS DE DESCANSO Y SOCIALIZACIÓN
- 15 HABITACIONES DE LARGA ESTANCIA
- 6 HABITACIONES DE CORTA ESTANCIA
- LAVANDERÍA PERSONAL
- SERVICIOS EDIFICIO

- ESTACIONAMIENTOS
- SALONES DE CONFERENCIAS
- ÁREA ADMINISTRATIVA
- ÁREAS SOCIALES COMUNES
- HABITACIONES

DIAGRAMA 7

Isométrico explotado Spiro Hogar Transitorio. Elaboración: Mora, Chaves (2019).



ÍNDICE DE ESPACIOS NIVEL 1

1. RECEPCIÓN
2. ÁREA ADMINISTRATIVA
3. CUARTO DE TELECOMUNICACIONES
4. ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y NUTRICIONAL
5. COCINAS COMUNITARIAS Y COMEDOR
6. TERRAZA AJARDINADA
7. COCINA ESPECIALIZADA
8. MONTACARGAS
9. CUARTO FRÍO
10. CONGELADOR
11. SERVICIOS SANITARIOS
12. ASEO
13. CUARTO ELÉCTRICO
14. BODEGA
15. CUARTO DE BASURA
16. LIMPIEZA
17. ACCESO PARA AMBULANCIA
18. CUIDO DE NIÑOS
19. LAVANDERÍA
20. CUARTO DE EJERCICIOS
21. ESPACIO MULTIUSO

PLANTA DE DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA NIVEL 1
SPIRO HOGAR TRANSITORIO



IMAGEN 81
Planta de distribución nivel 1 Spiro Hogar
Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora,
Chaves, A. (2019)



VISTA INTERNA
LOBBY - RECEPCIÓN

IMAGEN 82
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA EXTERNA
TERRAZA AJARDINADA

IMAGEN 83
Vista externa Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA EXTERNA
TERRAZA AJARDINADA

IMAGEN 84
Vista externa Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA INTERNA
COMEDOR Y COCINAS COMUNITARIAS

IMAGEN 85
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA INTERNA
COMEDOR Y COCINAS COMUNITARIAS

IMAGEN 86
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



IMAGEN 87
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

VISTA INTERNA
COMEDOR Y COCINAS COMUNITARIAS



PLANTA DE DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA NIVEL 2
SPIRO HOGAR TRANSITORIO



IMAGEN 88
Planta de distribución nivel 2 Spiro Hogar
Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora,
Chaves, A. (2019)

ÍNDICE DE ESPACIOS NIVEL 2

1. NICHOS DE DESCANSO
2. ESTACIÓN DE ENFERMERÍA
3. MEDICAMENTOS
4. ROPA LIMPIA
5. BODEGA
6. EQUIPO LIMPIO
7. CUARTO SÉPTICO
8. CUARTO DE TELECOMUNICACIONES
9. LAVANDERÍA PERSONAL
10. CUARTO ELÉCTRICO
11. BODEGA
12. CUARTO DE BASURA
13. LIMPIEZA

HABITACIÓN LARGA ESTANCIA

47 m²
ACCESIBLE 7600
DIRIGIDA A PACIENTES DE RADIOTERAPIA Y
QUIMIOTERAPIA CUYAS ESTADÍAS SUELEN SER
PROLONGADAS

CAPACIDAD
1 PACIENTE + 1 ACOMPAÑANTE O
1 PACIENTE + 1 PACIENTE



IMAGEN 89
Módulo habitación grande [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

HABITACIÓN CORTA ESTANCIA

23,5 m²
DIRIGIDA A PACIENTES DE HEMODIÁLISIS CUYO
TRATAMIENTO LOS OBLIGA A ASISTIR AL HOSPITAL
DE 2 A 3 VECES POR SEMANA

CAPACIDAD
1 PACIENTE + 1 ACOMPAÑANTE O
1 PACIENTE + 1 PACIENTE



IMAGEN 90
Módulo habitación pequeña [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA INTERNA
PASILLO Y ESTACIÓN DE ENFERMERÍA

IMAGEN 91
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA INTERNA
NICHOS DE DESCANSO

IMAGEN 92
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



**VISTA INTERNA
NICHOS DE DESCANSO**

IMAGEN 93
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



**VISTA INTERNA
HABITACIONES ÁREA DE DORMIR**

IMAGEN 94
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



**VISTA INTERNA
HABITACIONES BAÑO**

IMAGEN 95
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



IMAGEN 96
Vista interna Hogar Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

VISTA HACIA JARDÍN INTERNO



ÍNDICE DE ESPACIOS NIVEL 3 - NIVEL 4

1. NICHOS DE DESCANSO
2. CUARTO DE TELECOMUNICACIONES
3. LAVANDERÍA PERSONAL
4. CUARTO ELÉCTRICO
5. BODEGA
6. CUARTO DE BASURA
7. LIMPIEZA

PLANTA DE DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA NIVEL 3 Y 4
SPIRO HOGAR TRANSITORIO



IMAGEN 97
Planta de distribución nivel 3 y 4 Spiro Hogar
Transitorio [Ilustración]. Elaboración: Mora,
Chaves, A. (2019)



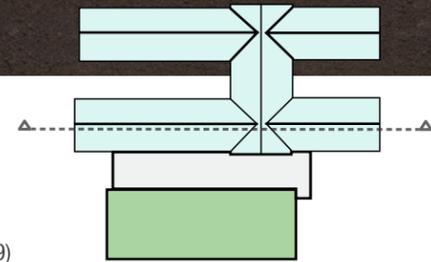
SECCIÓN A-A

IMAGEN 98
Sección A-A Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



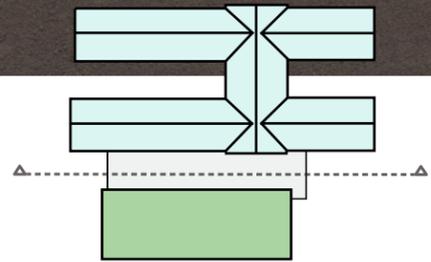
SECCIÓN B-B

IMAGEN 99
Sección B-B Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



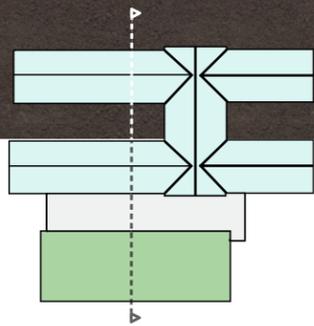
SECCIÓN C-C

IMAGEN 100
Sección C-C Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



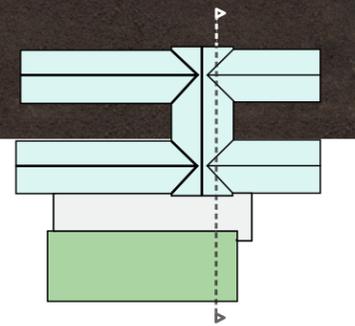
SECCIÓN D-D

IMAGEN 101
Sección D-D Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



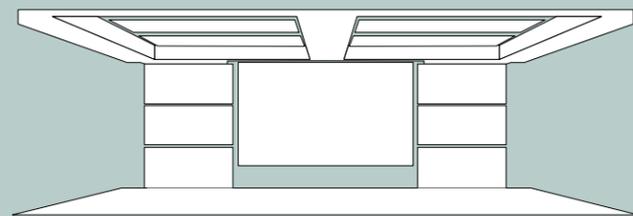
SECCIÓN 1-1

IMAGEN 102
Sección 1-1 Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



SECCIÓN 2-2

IMAGEN 103
Sección 2-2 Complejo Spiro [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



SEGUNDO COMPONENTE SPIRO SALONES DE CONFERENCIAS

El segundo componente del complejo SPIRO nace de la inquietud de adicionar, a nivel programático, actividades que puedan generar una auto sostenibilidad parcial del componente principal, de manera tal, que a través de un servicio brindado bajo la misma marca del proyecto, se generen recursos económicos que ayuden al financiamiento de la causa.

Tras analizar las principales actividades económicas que se dan en las zonas cercanas al complejo, se determinó la necesidad de contar con espacios para poder realizar eventos como conferencias, seminarios, impartir cursos, reuniones de trabajo, etc. Dicha necesidad nace del hecho de que los hospitales cercanos como el San Juan de Dios, el Blanco Cervantes, Hospital de Niños y otras instituciones como el Ministerio de Salud no cuentan con espacios para realizar este tipo de actividades, razón por la cual, muchas veces recurren al alquiler de salones de conferencias en Hoteles de San José. Ante esta situación, se propone, como parte del complejo SPIRO, tres salones de conferencias, dos de ellos con una capacidad de hasta 100 personas en posición de auditorio y 56 personas en posición de aula; y uno de ellos para reuniones de grupos pequeños con una capacidad de 16 personas. Dichos salones podrían ser alquilados por periodos de horas y hasta días completos.

SALONES DE CONFERENCIAS

- ESTACIONAMIENTOS
- ÁREAS SOCIALES Y COMUNES
- SALONES DE CONFERENCIAS
- ÁREAS DE SERVICIOS

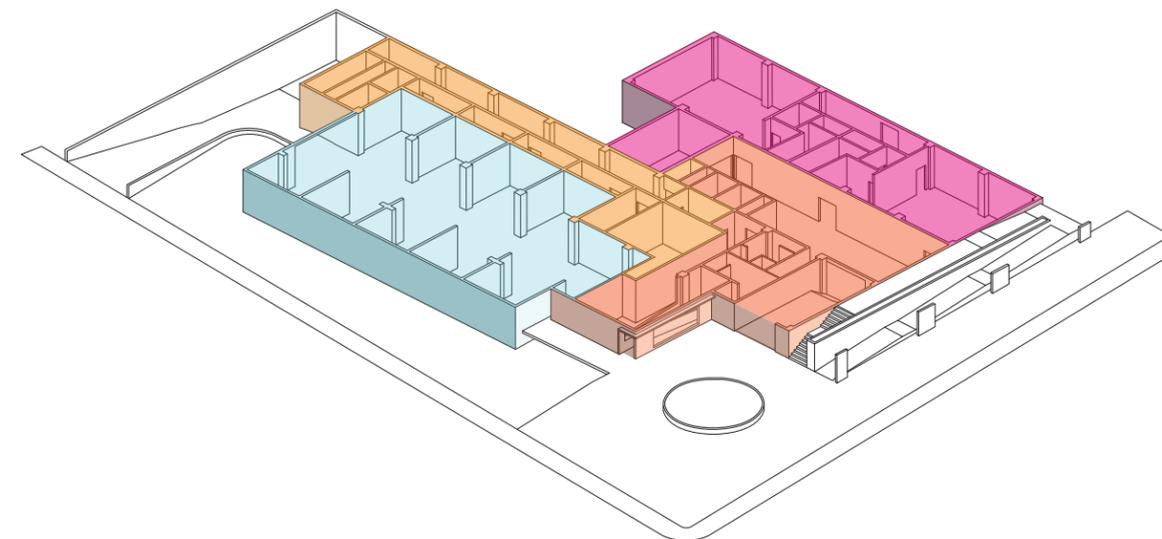


DIAGRAMA 8
Isométrico zonificación Spiro Salones de Conferencias. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).



PLANTA DE DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA NIVEL -1
 SPIRO HOGAR TRANSITORIO - SPIRO SALONES DE CONFERENCIAS



IMAGEN 104
 Planta de distribución nivel -1 Spiro Hogar Transitorio y Salones de Conferencias [Ilustración].
 Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

ÍNDICE DE ESPACIOS NIVEL -1

1. RECEPCIÓN Y VESTÍBULO
2. DESCANSO - MULTIUSO
3. SERVICIOS SANITARIOS
4. ASEO
5. SALONES DE CONFERENCIAS GRANDES
6. BODEGA SALONES
7. ALACENA SALONES
8. SALÓN DE CONFERENCIAS PEQUEÑO
9. CUARTO DE MÁQUINAS
10. TANQUE DE AGUA
11. BODEGAS
12. MONTACARGAS COCINA
13. CUARTO ELÉCTRICO
14. CUARTO DE BASURA
15. LIMPIEZA
16. CARGA Y DESCARGA
17. ESTACIONAMIENTOS
18. VESTÍBULO DESDE ESTACIONAMIENTOS



VISTA EXTERNA
ACCESO A SALONES DE CONFERENCIAS

IMAGEN 105
 Vista externa Spiro Salones de Conferencias [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA INTERNA
SALONES DE CONFERENCIAS GRANDES

IMAGEN 106
 Vista interna Spiro Salones de Conferencias [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



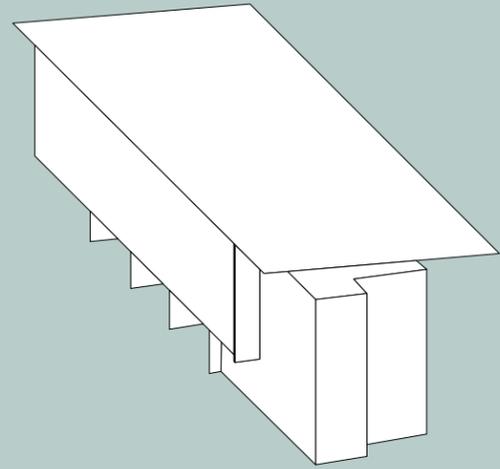
VISTA INTERNA
SALONES DE CONFERENCIAS GRANDES

IMAGEN 107
Vista interna Spiro Salones de Conferencias [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



IMAGEN 108
Vista interna Spiro Salones de Conferencias [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

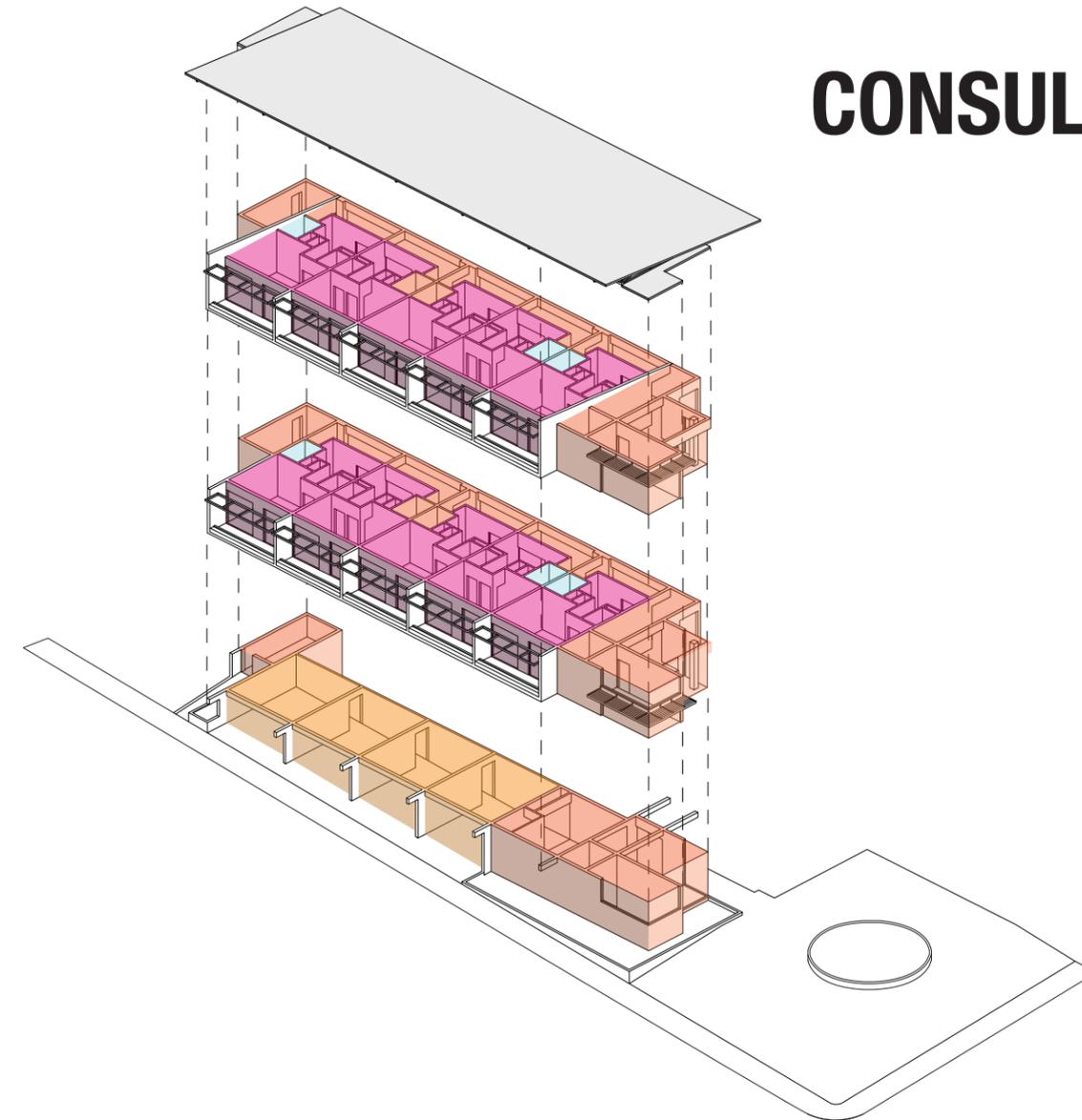
VISTA INTERNA
SALÓN DE CONFERENCIAS PEQUEÑO



TERCER COMPONENTE SPIRO CONSULTORIOS MÉDICOS

El tercer componente del complejo SPIRO corresponde al edificio de consultorios médicos, el cual surge, al igual que los salones de conferencias, como una iniciativa para potenciar la viabilidad y auto sustentabilidad económica del componente principal a través del alquiler de los consultorios.

El edificio de consultorios médicos dispone de un área de estacionamientos bajo techo y a nivel de calle con capacidad para 6 vehículos, 4 espacios regulares y 2 espacios para personas con discapacidad. En el primer nivel se encuentra un área de recepción general para el edificio que puede funcionar como puesto de información y seguridad. En los dos niveles superiores se encuentran 10 consultorios médicos con un área de 43 m² cada uno, servicios sanitarios comunes que cumplen con la normativa de accesibilidad universal, cuarto de telecomunicaciones, cuarto eléctrico, cuarto de basura y aseo.



CONSULTORIOS MÉDICOS

- NIVEL 0**
 - VESTÍBULO
 - RECEPCIÓN / SEGURIDAD
 - ESTACIONAMIENTOS A NIVEL DE CALLE

- NIVEL 1 Y 2**
 - 5 CONSULTORIOS MÉDICOS (POR NIVEL)
 - 2 SERVICIOS SANITARIOS ACCESIBLES
 - ÁREAS DE SERVICIO

- ESTACIONAMIENTOS
- ÁREAS SOCIALES Y COMUNES
- CONSULTORIOS MÉDICOS
- ÁREAS DE SERVICIOS

DIAGRAMA 9
 Isométrico explotado Spiro Consultorios Médicos.
 Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).



**VISTA EXTERNA
SPIRO CONSULTORIOS MÉDICOS**

IMAGEN 109
Vista externa Spiro Consultorios Médicos [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



ÍNDICE DE ESPACIOS NIVEL 1

1. VESTÍBULO
2. SEGURIDAD
3. CUARTO DE BASURA
4. MEDIO DE EGRESO

PLANTA DE DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA NIVEL 1
SPIRO CONSULTORIOS MÉDICOS



IMAGEN 110
Planta de distribución nivel 1 Spiro Consultorios Médicos [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



ÍNDICE DE ESPACIOS NIVEL 2 Y NIVEL 3

1. RECEPCIÓN
2. CLOSET
3. ÁREA DE ATENCIÓN
4. CUARTO DE TELECOMUNICACIONES
5. CUARTO ELÉCTRICO
6. SERVICIOS SANITARIOS ACCESIBLES
7. ASEO
- 8.. CUARTO DE BASURA

PLANTA DE DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA NIVEL 2 Y 3
SPIRO CONSULTORIOS MÉDICOS



IMAGEN 111
Planta de distribución nivel 2 y 3 Spiro
Consultorios Médicos [Ilustración]. Elaboración:
Mora, Chaves, A. (2019)

PROTOTIPO CONSULTORIO MÉDICO

43 m² + TERRAZA 6 m²

Cada consultorio médico cuenta con un área de recepción independiente que puede ser utilizada por secretaria o por asistente de médico, cuenta además con área de espera privada, closet de almacenamiento, y área de consulta y examinación con baño privado. Como adicional, cada consultorio posee un área de terraza que proporciona buena iluminación natural al espacio y contacto con el entorno.



IMAGEN 112
Prototipo consultorio médico [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



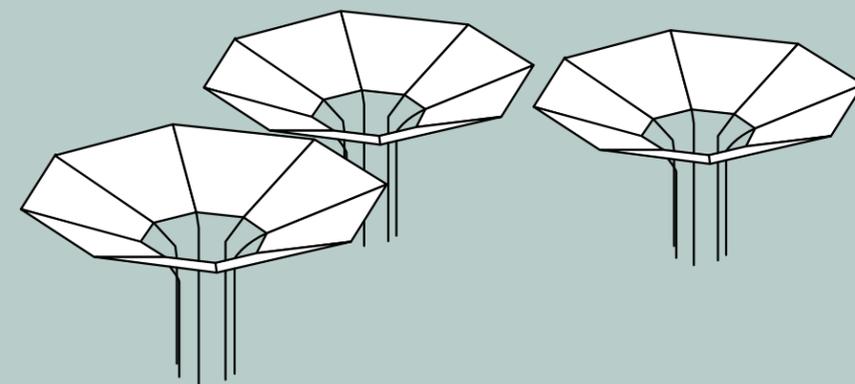
IMAGEN 113
Vista interna Spiro Consultorios Médicos [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

VISTA INTERNA CONSULTORIOS MÉDICOS



**VISTA INTERNA
CONSULTORIOS MÉDICOS**

IMAGEN 114
Vista interna Spiro Consultorios Médicos [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves,
A. (2019)



**CONECTOR URBANO Y PARQUE
MINISTERIO DE SALUD**



Mapa 10
Ubicación de terreno seleccionado y eje conector 2. Fuente: Municipalidad de San José. Edición: Mora Chaves, A. (2019)

EST (ESPACIO DE SOPORTE TEMPORAL)
para pacientes con enfermedades crónicas externos al GAM

La cercanía del terreno seleccionado con uno de los hitos hospitalarios más relevantes de la capital como es el Hospital San Juan de Dios, brinda una valiosa oportunidad para extender los límites de la propuesta y plantear, a nivel macro, una intervención urbana que permita dar una continuidad del diseño y conectar estos dos puntos, generando un recorrido rehabilitado que resulte ameno y agradable para los transeúntes. Dicho recorrido comprende un tramo de aproximadamente 200 metros cuyos extremos rematan al sur con el Complejo SPIRO y al norte con el Parque del Ministerio de Salud, justo en uno de los accesos al hospital San Juan de Dios.

Para dicho conector se propone una rehabilitación de las estructuras públicas como aceras, pasos peatonales, rampas adecuadamente implementadas en cada esquina y ciclovía separada de los carriles vehiculares por medio de franjas vegetales. Con el fin de aportar sombra y calidad espacial al recorrido, se plantean una serie de estructuras biomórficas que permiten la presencia de vegetación en

altura sin necesidad de árboles que puedan afectar tuberías subterráneas con sus raíces.

En el punto de remate norte, donde se encuentra el Parque del Ministerio de Salud, se visualiza actualmente un espacio muy descuidado y sin ningún tipo de atractor que fomente la permanencia de las personas en dicho parque, lo que resulta en éste, siendo un espacio subutilizado que con frecuencia es únicamente usado para “acortar” camino atravesándolo en sentido suroeste - noreste o a la inversa. No es casualidad que el Parque del Ministerio de Salud sea comúnmente conocido como “el parque de los indigentes” ya que presenta graves problemas de indigencia, lo que lo vuelve un espacio sucio e inseguro, utilizado en muchas ocasiones para todo tipo de actividades ilícitas e insalubres.

Por esta razón, se plantea una intervención al Parque del Ministerio de Salud y sus zonas adyacentes con el fin de generar un remate coherente al conector urbano, manteniendo la intención de un recorrido agradable en su totalidad.

Para el diseño del Parque del Ministerio de Salud se buscó utilizar como ejes principales aquellos que atraviesan el espacio de forma diagonal, ya que son los recorridos usualmente utilizados por las personas para “acortar” camino.

Se propone la utilización de estructuras vegetales en el sector norte del parque, por donde atraviesa, de forma subterránea, la quebrada Lantisco. Dicha medida se toma con el fin de no afectar la infraestructura subterránea que lleva entubada la quebrada. En años anteriores, los árboles existentes en ese sector del parque, destruyeron con sus raíces, la bóveda de ladrillo que encausaba la quebrada, lo que generó un colapso total del sistema y provocó grandes inundaciones que afectaron los alrededores del parque.

Se propone además, un ensanchamiento de las aceras que rodean el parque, sobre todo aquellas localizadas en el costado norte ya que allí se ubican algunas paradas de autobús, y como consecuencia de esto, aparecen grandes filas de personas sobre la acera.

PLANTA DE CONJUNTO PROYECTO COMPLETO

IMAGEN 115
Planta de conjunto proyecto completo [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)





**VISTA EXTERNA
CONECTOR URBANO**

IMAGEN 116
Vista 1 conector urbano [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



IMAGEN 117
Planta de conjunto Parque Ministerio de Salud [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

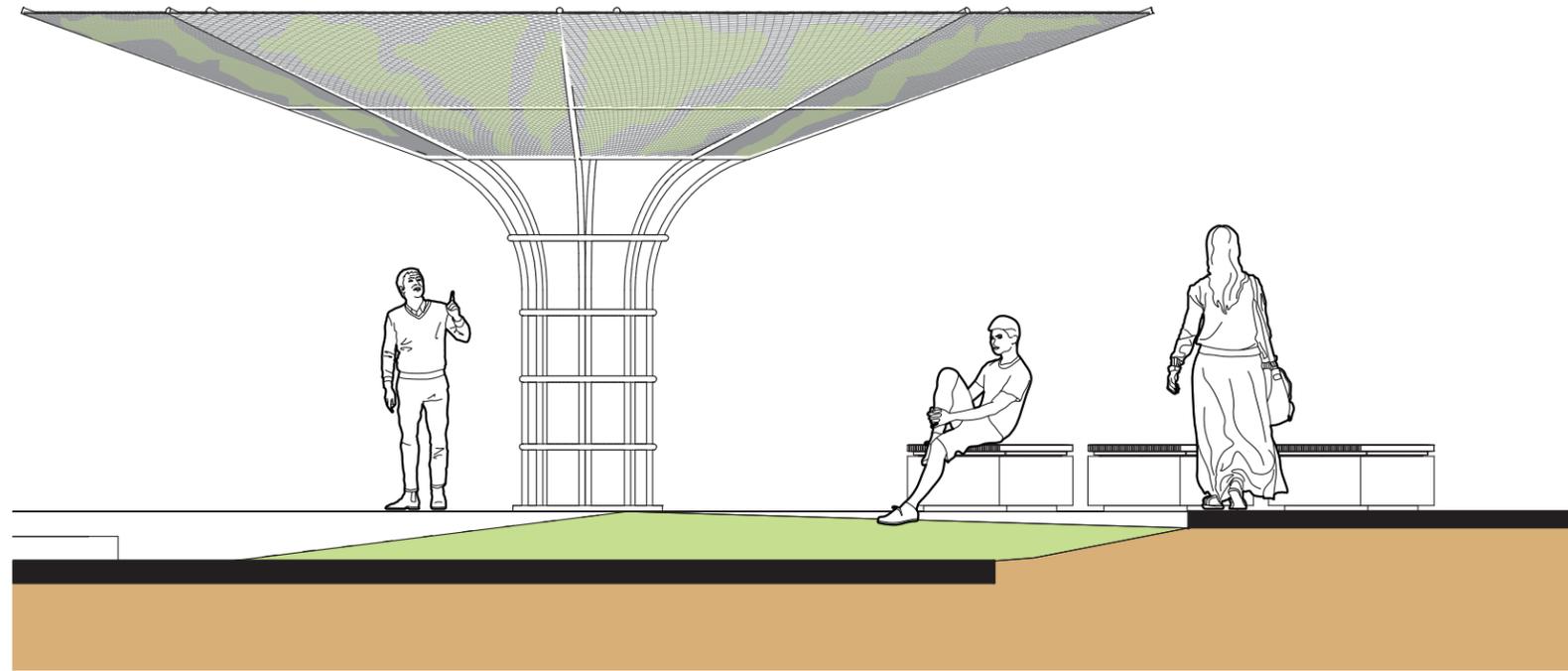


DIAGRAMA 10
Estrategias de intervención 1 Parque Ministerio de Salud. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

ELEMENTOS ARQUITECTÓNICOS PARA TENER VEGETACIÓN Y SOMBRA EN SECTORES DONDE NO SE DEBEN SEMBRAR ÁRBOLES DE RAÍCES PROFUNDAS

Con el fin de evitar nuevas situaciones referentes al colapso de la infraestructura que entuba la quebrada Lantisco por debajo del Parque del Ministerio de Salud, se propone la utilización de estructuras vegetales que brinden sombra y verdor.

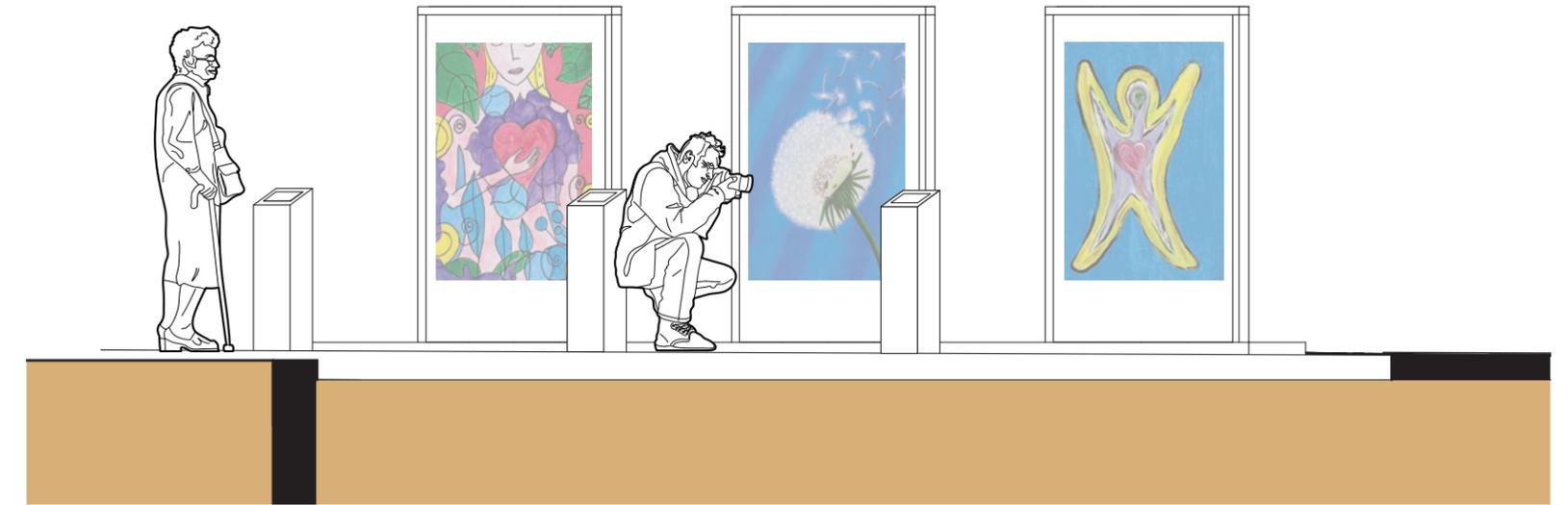


DIAGRAMA 11
Estrategias de intervención 2 Parque Ministerio de Salud. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

“PARQUE TRIBUTO” VÍNCULO CONCEPTUAL CON PROYECTO PRINCIPAL

A través de la exposición de obras de arte elaboradas por pacientes de cáncer y las historias que los motivaron a realizar dichas obras, se busca crear conciencia en las personas que circulen por el parque, además de motivar a aquellos que se encuentran atravesando un proceso de enfermedad, tratamiento o recuperación post-tratamiento.

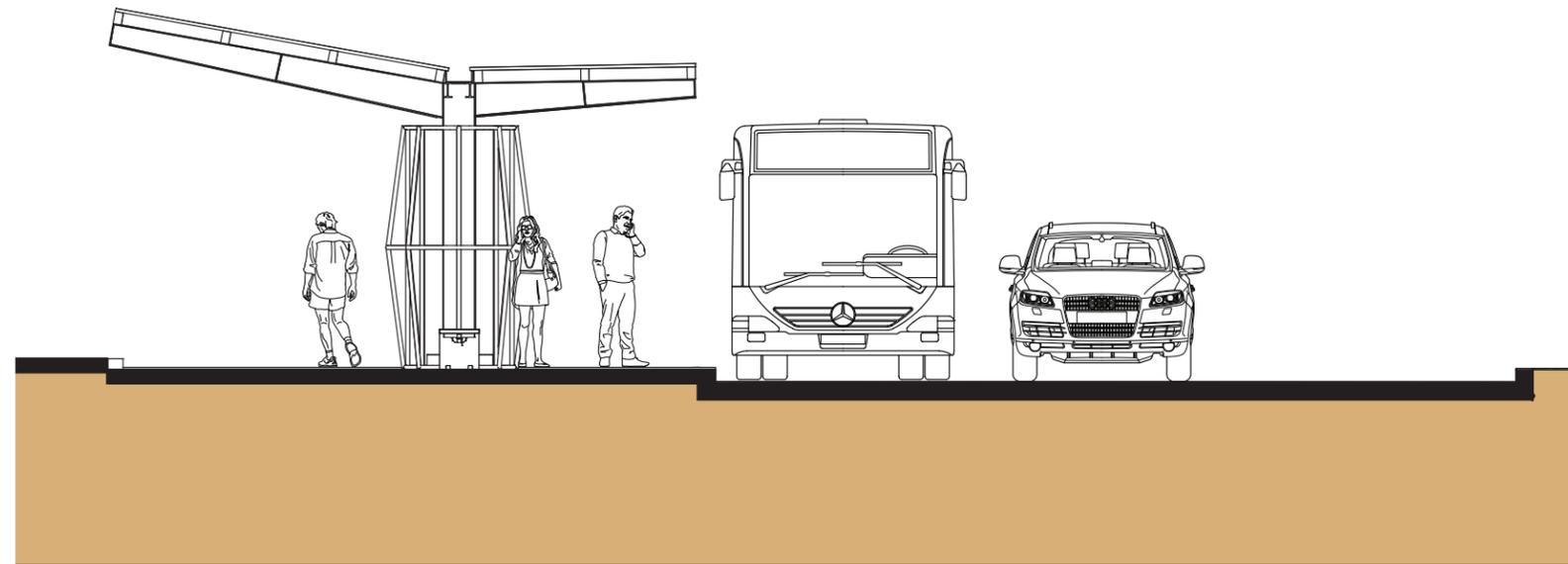


DIAGRAMA 12
Estrategias de intervención 3 Parque Ministerio de Salud. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

DISEÑO DE PARADA DE AUTOBUSES EN CONCORDANCIA CON LENGUAJE ARQUITECTÓNICO DEL PARQUE, AMPLIACIÓN DE ACERA Y ZONA DE ESPERA, CARRIL EXCLUSIVO PARA BUSES DETENIDOS, 2 CARRILES LIBRES

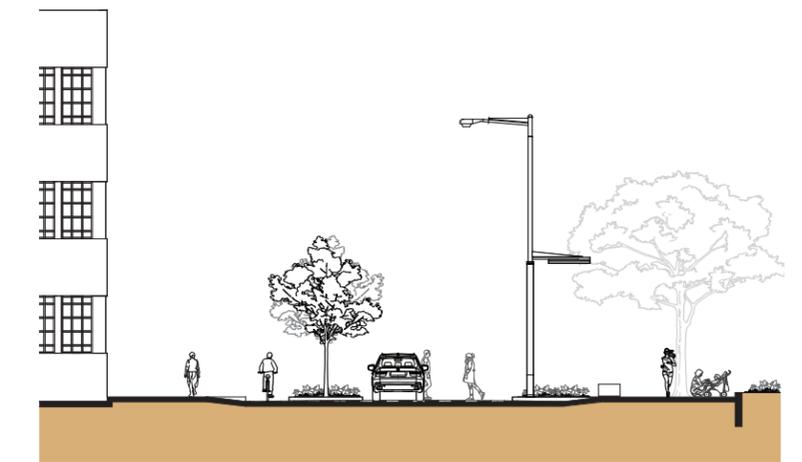


DIAGRAMA 13
Estrategias de intervención 4 Parque Ministerio de Salud. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).

- ARBORIZACIÓN
- PASOS PEATONALES
- CICLOVÍA SEPARADA DE LA CALLE
- AMPLIACIÓN DE ACERAS

- ARBORIZACIÓN
- ESTACIONAMIENTOS EN PARALELO CON ISLAS DE VEGETACIÓN COMO SEPARADORES
- CICLOVÍA SEPARADA DE LA CALLE

DIAGRAMA 14
Estrategias de intervención 5 Parque Ministerio de Salud. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).





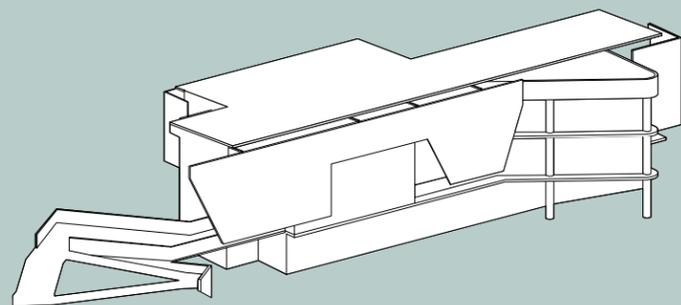
**VISTA EXTERNA
CONECTOR URBANO**

IMAGEN 118
Vista 2 conector urbano [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



**VISTA EXTERNA
PARQUE MINISTERIO DE SALUD - PARADA DE BUSES**

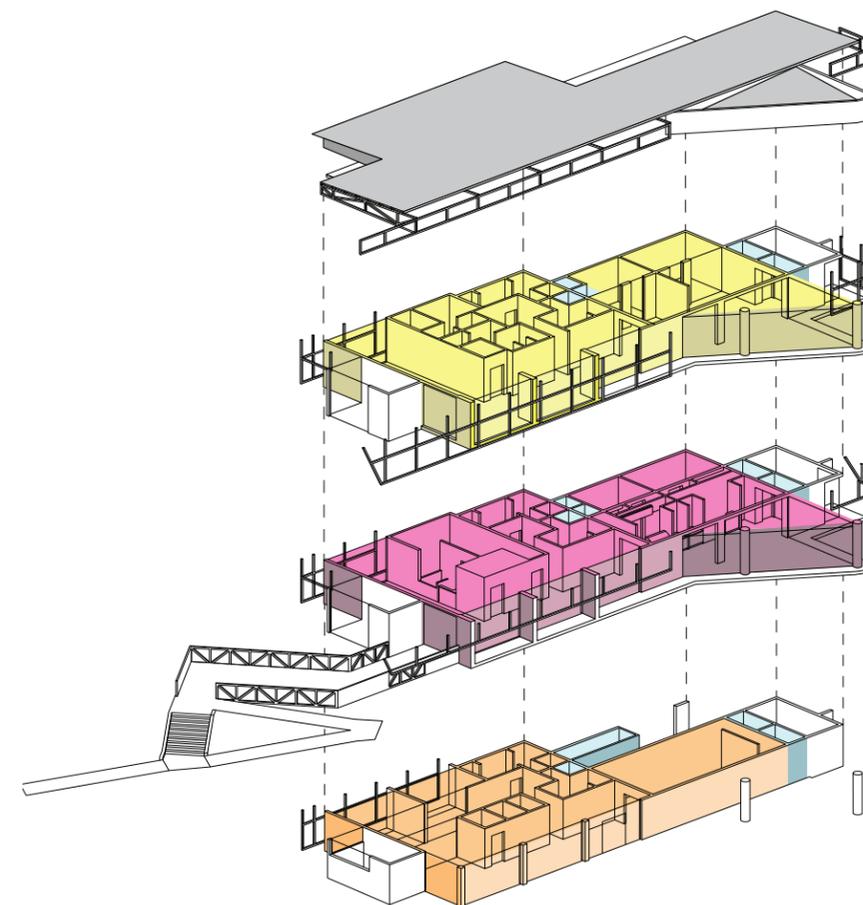
IMAGEN 119
Vista 1 Parque Ministerio de Salud - parada de buses [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



PARQUE MINISTERIO DE SALUD CENTRO COMUNITARIO

Si bien el Parque del Ministerio de Salud se encuentra actualmente descuidado y en condiciones que no permiten un apropiado uso del espacio público disponible, un rediseño a nivel estético no bastaría para abordar las problemáticas que allí se presentan, ya que si el espacio no ofrece algún atractor que fomente la permanencia de personas en el lugar, no existirían actividades dominantes que ahuyenten a aquellos que buscan espacios solitarios para llevar a cabo actividades irregulares o ilegales.

Por este motivo se plantea la ubicación de un centro comunitario que ofrezca una gama de servicios que funcione como atractor y permita la permanencia de personas en el lugar. Dicho espacio cuenta en el primer nivel con un centro de información para todos aquellos pacientes que necesitan conocer sobre las diferentes fundaciones que les pueden brindar ayuda. Además, cuenta con un pequeño auditorio para realizar capacitaciones u orientaciones, siempre relacionadas con el tema de la salud. En el segundo nivel cuenta con una plaza de comidas con el fin de atraer a todas aquellas personas que trabajan en los alrededores y que requieren servicios de alimentación durante el día. Finalmente, en el tercer nivel, el centro comunitario ofrece un gimnasio de entrenamiento con el fin de aumentar la temporalidad del parque y atraer a personas en horarios ampliados antes o después de sus trabajos.



CENTRO COMUNITARIO

**NIVEL 0 - CENTRO DE INFORMACIÓN FUNDACIONES
AYUDA A PACIENTES**

- OFICINAS
- PEQUEÑO AUDITORIO (CAPACIDAD 45 PERSONAS)
- BATERÍA SERVICIOS SANITARIOS
- ÁREAS DE SERVICIO

NIVEL 0 - PLAZA DE COMIDAS

- 3 RESTAURANTES
- ÁREA DE CONSUMO (CAPACIDAD 74 PERSONAS)
- BATERÍA DE SERVICIOS SANITARIOS
- ÁREAS DE SERVICIO

NIVEL 1 - GIMNASIO

- SALA DE PESAS Y CARDIO
- OFICINA DE INSTRUCTORES
- BATERÍA DE SERVICIOS SANITARIOS
- VESTIDORES Y DUCHAS
- ÁREAS DE SERVICIO

DIAGRAMA 15
Isométrico explotado Centro Comunitario Parque Ministerio de Salud. Elaboración: Mora Chaves, A. (2019).



VISTA EXTERNA
PARQUE MINISTERIO DE SALUD

IMAGEN 120
Vista 2 Parque Ministerio de Salud [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA EXTERNA
PARQUE MINISTERIO DE SALUD

IMAGEN 121
Vista 3 Parque Ministerio de Salud [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



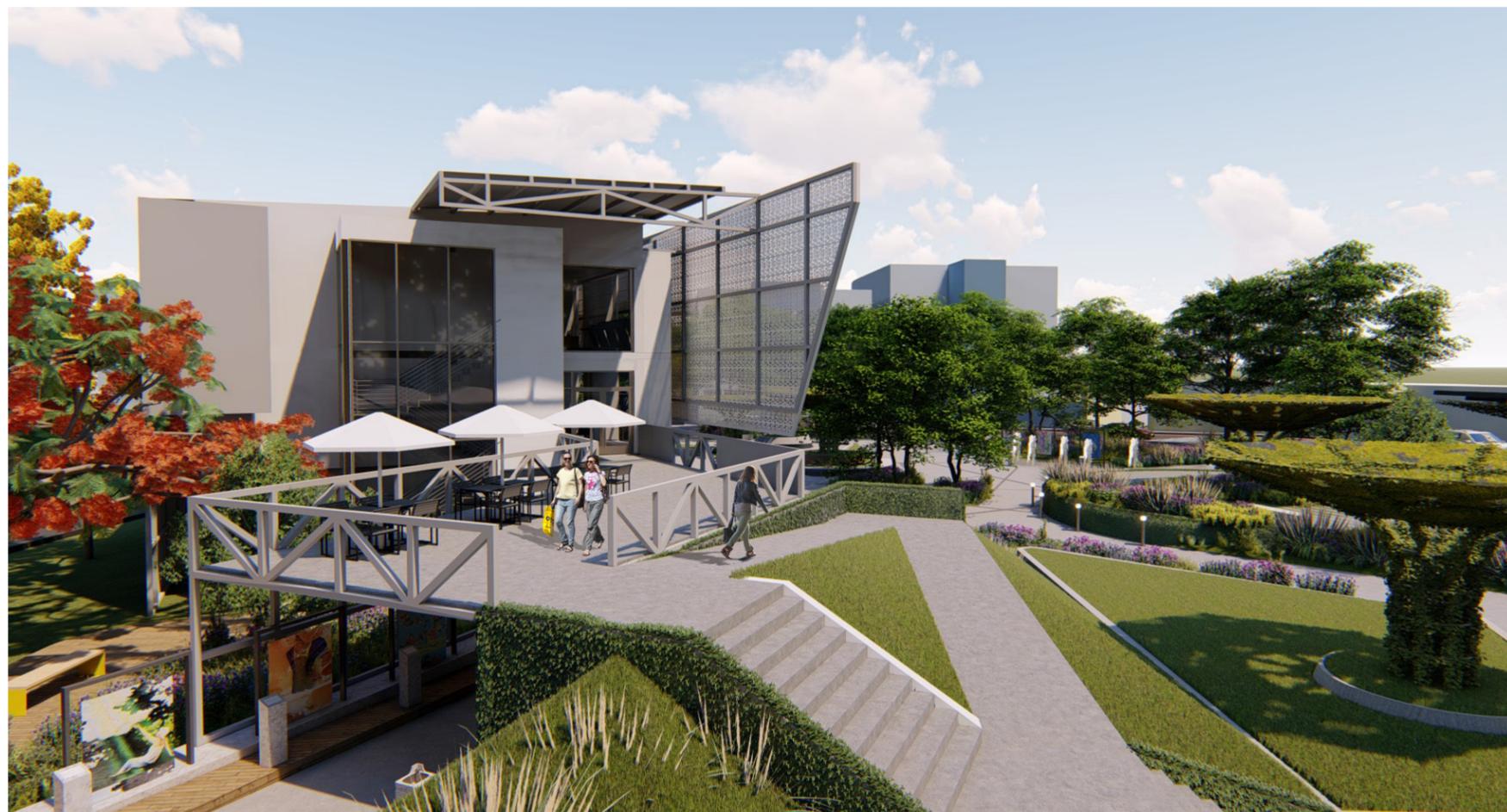
VISTA EXTERNA
PARQUE MINISTERIO DE SALUD

IMAGEN 122
Vista 4 Parque Ministerio de Salud [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA EXTERNA
PARQUE MINISTERIO DE SALUD

IMAGEN 123
Vista 5 Parque Ministerio de Salud [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)



VISTA EXTERNA
PARQUE MINISTERIO DE SALUD

IMAGEN 124
Vista 6 Parque Ministerio de Salud [Ilustración]. Elaboración: Mora, Chaves, A. (2019)

CONCLUSIONES

Si bien la CCSS tiene proyectado ampliar la cobertura para algunos de estos tratamientos abriendo servicios en los hospitales de Liberia y de Limón, existe de igual manera un alto porcentaje de la población que continúa en problemas ya que sus hogares se encuentran aún lejos de estos centros médicos y, por consiguiente, dichos pacientes se verían en la obligación de trasladarse a los centros médicos del gran área metropolitana para recibir su tratamiento. Por otro lado, si bien esta iniciativa de la caja vendría a descongestionar un poco el problema, podemos ver en los datos mencionados al inicio de la exposición que la situación de estas enfermedades, lejos de ser un problema que va disminuyendo, va en aumento y es importante comenzar a pensar de qué maneras se puede ayudar a estos pacientes sin necesidad de incurrir en un desperdicio de los recursos disponibles. Desde el punto de vista de la caja, es urgente que se realice un replanteo de cuál es la manera en la que dicha institución lidia con estos pacientes, ya que en gran

medida la forma de abordar el problema hasta el momento, no solo es poco estratégica desde el punto de vista económico sino que además afecta a muchas personas de forma indirecta.

Y finalmente, desde el punto de vista de la arquitectura, es urgente dejar de pensar que la calidad espacial es un lujo y que es solo para aquellos que pueden costearlo, ya que el espacio en el que habitamos definitivamente tiene repercusiones en nuestro estado anímico y nuestro comportamiento, todos necesitamos sentirnos bien en el espacio en el que nos desenvolvemos a diario, y con mucho más razón cuando nuestro estado anímico puede ser un factor determinante para un proceso de lucha y recuperación por un padecimiento tan grave como el cancer o la insuficiencia renal crónica.

REFERENCIAS

B I B L I O G R Á F I C A S

Alcántara Moreno, Gustavo, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens.

Revista Universitaria de Investigación [en línea] 2008, 9 (Junio-Sin mes) : [Fecha de consulta: 18 de junio de 2019]

Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>> ISSN 1317-5815

Alcázar, A. (2018). *Unidad de Atención Integral de la Salud para Adolescentes con Cáncer y Enfermedades Crónicas*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

American Cancer Society. "Radioterapia: Una guía para los pacientes y sus Familias." cancer.org. <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/radioterapia/rrradioterap-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-intro> (visitada Marzo 19, 2015).

American Cancer Society. "Una Guía sobre Quimioterapia." cancer.org. <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/quimioterapia/fragmentado/quimioterapia-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-intro> (visitada Marzo 19, 2015).

Ávalos, A. (24 de abril de 2008). Hospital Calderón Guardia dará quimioterapia hasta las 10 p.m. La Nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Ávalos, A. (12 de enero de 2015). Más de 1.000 enfermos pobres al año necesitan un albergue. La Nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Ávalos, A. (10 de marzo de 2016). Hospitales apenas dan abasto con cientos de enfermos renales. La Nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Ávalos, A. (29 de junio de 2018). Falta de equipos obliga a 800 enfermos de cáncer a esperar meses por tratamiento con radioterapia. La Nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Ávalos, A. (11 de julio de 2010). Lejos, pero en casa. La Nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Bergsland, Knut. (2009, 21 de noviembre). Environments for Mental Health Care in Scandinavia: 3 case studies. Recuperado de http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/Environments%20for%20mental%20health%20care%20in%20Scandinavia_Knut_Bergsland.pdf

Berzon (Eds). Quality of life: theory translation measurement and analysis (pp. 3-10). Oxford, England: Rapid Communication of Oxford.

Borasi, Giovanna & Zardini, Mirko. (2012). Imperfect Health: The Medicalization of Architecture. Montreal: Canadian Centre for Architecture.

Bosch, J. Sheila, Cama, Rosalyn, Eldestein, Eve & Malkin, Jain. The Application of Color in Healthcare Settings [en línea]. The Center for Health Design, 2012 [fecha de consulta: 03 de Abril de 2015]. Disponible en: http://www.ki.com/pdfs/Color_in_Healthcare_Settings_Paper.pdf.

Brenes, Gabriela. (2014). Estudio para determinar la conveniencia de ampliar la jornada de trabajo de la Sección de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios (INFORME DE AUDITORIA AGO-156-2013).

Brent, R., Schwarz, B., Yeon Yoon, S., Max-Royale, A. (2004). Color in Healthcare Environments - A Research Report.

Bulgarelli, A. (25 de mayo de 2011). La unidad de quimioterapia del hospital San Juan de Dios. Semanario Universidad. Recuperado de <http://www.semanariouniversidad.com/>

Burls, Ambra. (2007). People and green spaces: promoting public health and mental well-being through ecotherapy. *Journal of Public Mental Health*, 6, 24-39.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2017). Protocolo para la atención de la persona con enfermedad renal crónica en la red de servicios de salud de la CCSS. (1). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr>

Castillo, F.G. (2013). *Propuesta de Diseño Arquitectónico para el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos*. (Tesis de licenciatura). Instituto Tecnológico de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Chaves, Lucía. (2014). *Control del Dolor: Propuesta de Diseño para la Zona de San Ramón de Alajuela, Basada en las Repercusiones Psicológicas del Espacio*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Chen, Y. (2017). *The Impact of biophilic design on health and wellbeing of residents through raising environmental awareness and nature connectedness*. (Tesis de maestría). Universidad de Georgia, Atenas, Georgia, Estados Unidos de América.

De la Cruz, A. (22 de abril de 2013). Trabajo social del San Juan de Dios refuerza alianza con Casa GiáMaLa. Caja Costarricense del Seguro Social. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/>

Delgado, José A., Rodríguez, María I. (2010). El Nuevo Paradigma Integral. Recuperado de http://www.academia.edu/2442961/EL_NUEVO_PARADIGMA_INTEGRAL

Giovagnoli, A. R., Meneses, R. F. & Da Silva, A. M. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 9(1), 133-139.

Guerrero, A. (26 de enero de 2015). Casi 200 pacientes reciben terapia a diario para combatir el cáncer, en el Hospital México. Crhoy. Recuperado de <http://www.crhoy.com/>

Guerrero, A. (23 de agosto de 2015). Pacientes con cáncer encuentran en un hogar oportunidad de resurgir. Crhoy. Recuperado de <http://www.crhoy.com/>

Juarez, Fernando, El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud.. *International Journal of Psychological Research* [en línea] 2011, 4 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 18 de junio de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009>> ISSN 2011-2084

Kellett, P., & Collins, P. (2009). At home in hospital? Competing constructions of hospital environments. *ArchNet-IJAR*, 3(1), 101-116.

García, Rossana. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. <http://www.cendeisss.sa.cr>. <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>

Maggie's Centres. (2014). About Maggie's. maggiescentres.org. <https://www.maggiescentres.org/about-maggies/> (Visitado el 03 Abril, 2015).

McCarthy, M. (2004). Healthy design. *Lancet*, 364(9432), 405-406.

Medina, Samuel. (2014, 27 de abril). The Story of Maggie's Centres: How 17 architects Came to Tackle Cancer Care. Recuperado de <http://www.archdaily.com/498519/the-story-of-maggie-s-centres-how-17-architects-came-to-tackle-cancer-care/>

Medline Plus. "Temas de Salud." [nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov). <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthtopics.html> (visitada Marzo 24, 2015).

Merkel, J. (2003). Healthcare Architecture Now. *Architectural Record*, 191, 11-17.

Ministerio de Salud de Costa Rica. "Análisis de Incidencia y Mortalidad por Cáncer." [ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores). <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores> (visitada Marzo 20, 2015).

Ministerio de Salud de Costa Rica. "Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer." [ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer.pdf). http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer.pdf (visitada Marzo 20, 2015).

Mutafoglu, K., Ten Brink, P., Schweitzer, J., Jones, H., Blake, R. (2017). *Nature for Health and Equity*. Institute for European Environmental Policy y Friends of The Earth Europe.

National Cancer Institute. "¿Qué es el Cáncer?". [cancer.gov](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es). <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> (visitada Marzo 24, 2015).

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. "Enfermedades Crónicas." [opimec.org](http://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/). <http://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/> (visitada Marzo 24, 2015).

Olcayto, Rory. (2011, 20 de octubre). Maggie's Centre, Gartnavel Hospital, Glasgow by OMA. Recuperado de <http://www.architectsjournal.co.uk/aj-building-studies/maggies-centre-gartnavel-hospital-glasgow-by-oma/8621394.article#comments>

Organización Mundial de la Salud. "Enfermedades Crónicas: Preguntas y Respuestas." http://www.who.int/topics/chronic_diseases/qa/es/ (visitada Marzo 24, 2015).

Organización Mundial de la Salud. "¿Cómo define la OMS la salud?" <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (visitada Junio 18, 2019).

Rodríguez, I. (2 de febrero de 2018). Cáncer le arrebató la vida a 5.000 costarricenses cada año. *La Nación*. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Rodríguez, I. (3 de mayo de 2018). Número de pacientes que recibe diálisis para tratar enfermedad renal crónica se triplicó desde 2011. *La Nación*. Recuperado de <http://www.nacion.com/>

Salas, Lidia. (2005). Hacia el cambio de paradigma en medicina: Un reto en salud. *Revista de Trabajo Social de la C.C.S.S.*, 68, 13-20.

Salingaros, Nikos. (2015). *Biophilia & Healing Environments*. Disponible en <https://www.terrapinbrightgreen.com/publications/>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.

Shumaker, S. A., & Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective
In S. A. Shumaker & R.

Smith, Jenny. (2015). *Making Sense of Ecotherapy*. Mind: National Association for Mental Health.

Ten Brink, P., Mutafoglu, K., Schweitzer, J., Kettunen, M., Twigger-Ross, C., Baker, J.,...Ojala, A. (2016). *The Health and Social Benefits of Nature and Biodiversity Protection*. Institute for European Environmental Policy.

Ulrich, R. S., Zimring, C., Quan, X., Joseph, A., and Choudhary, R. (2004). *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century*. The Center for Health Design.

Ulrich, R. S., Zimring, C., Quan, X., Joseph, A., and Choudhary, R. (2004). *Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research*. The Center for Health Design.

Ulrich, Roger. (2013, 11 de enero). Designing for Calm. New York Times. Recuperado de http://www.nytimes.com/2013/01/13/opinionsunday/building-a-space-for-calm.html?_r=1

Valera, Sergi, Pol, Enric & Vidal, Tomeu. (s.f.). Psicología Ambiental Elementos Básicos. Recuperado del Sitio Web del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona de http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni1/1124.htmW

Vélez Arango, Alba Lucía, Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El Derecho a la Salud en el Estado Social de Derecho. Revista Hacia la Promoción de la Salud [en línea] 2007, 12 (Enero-Diciembre) : [Fecha de consulta: 18 de junio de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689006>> ISSN 0121-7577

Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psicología. Avances de la disciplina [en línea] 2012, 6 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 19 de junio de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>> ISSN 1900-2386

Weeks, K. (2004). Humanizing Healthcare. Contract, 46(9), 84-87.

Wong, Roy, Cervantes, Marvin & Abarca, Leandra. (2014). Factores asociados a Enfermedad Renal Crónica, Región Chorotega: Informe Final de Resultados.

16 mil ticos serán diagnosticados con cáncer en el 2025. (30 de enero de 2019). El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.cr/>

ANEXOS

Más de 1.000 enfermos pobres al año necesitan un albergue

600 de ellos sufren abandono familiar; hospitales tienen líos para hallarles cobijo

Ángela Ávalos aavalos@nacion.com 12/01/2015

Más de 1.000 enfermos pobres necesitan un albergue que les dé posada mientras reciben tratamiento en hospitales josefinos de la Caja a lo largo del año.

Son personas que sufren enfermedades graves como cáncer, insuficiencia renal, males neurológicos o inmunológicos y que requieren servicios complejos, entre ellos, quimio y radioterapia y hemodiálisis.

En ese grupo hay 600 personas –incluidos 60 menores– que, además de afrontar enfermedades difíciles, son abandonadas por sus familias cuando están internadas.

Aunque a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) no le corresponde por ley resolver la posada de estos pacientes, los servicios de Trabajo Social de los hospitales capitalinos diariamente hacen todo lo posible para encontrarles cobijo.

El problema para la institución es que estos enfermos ocupan una cama mientras se les halla albergue.

Solo en el Hospital Nacional de Niños (HNN) alrededor de 50 pacientes al año tienen internamientos prolongados (mayores a tres meses) por razones sociales: son pobres, viven lejos o son abandonados por sus parientes.

En el Hospital San Juan de Dios alrededor de 150 llegan en esas condiciones todos los años. De ellos, unos 40 son abandonados por sus parientes, informó Marlene Pereira, jefa del Servicio de Trabajo Social.

“A uno no le pudimos encontrar albergue ¡en tres meses! Se readmitió todo ese tiempo solo porque no tenía ni dónde ni con quién vivir. Si no hay campo, se queda en observación de emergencias, o en una camilla o silla de ruedas en un pasillo.

“Imagine cuántas personas no pueden entrar al hospital por estos internamientos prolongados”, manifestó Pereira, en referencia al impacto de este problema en las listas de espera.

Secuelas. La estancia promedio en un hospital de la Caja es de 5 días. Sin embargo, en el San Juan de Dios esa cifra se multiplica cuando se trata de un adulto mayor abandonado: 45 días. Solo ese paciente cuesta \$50 millones únicamente por usar la cama.

“Es cruel para alguien viajar de San Carlos, Puntarenas o Guanacaste tres o más veces por semana a recibir diálisis, por ejemplo. Terminan con mucha debilidad y agotamiento, y así regresan a sus casas”, dijo Melba Quesada Víquez, jefa del Servicio de Trabajo Social del Hospital México.

En los últimos tres meses del año pasado, ese hospital logró ubicar a 35 enfermos con un perfil como el anterior en dos albergues de organizaciones no gubernamentales (ONG).

“La necesidad es mayor porque los problemas de salud son más complejos y las necesidades sociales muy grandes. Hay tratamientos para los cuales la familia debe vivir a menos de 10 kilómetros del hospital. Es el caso de los trasplantes de células madre”, explicó Quesada.

Apoyos. Los hospitales de la Caja han tenido que buscar ayuda de las ONG. En el HNN, su director a.i. , Orlando Urroz, coordina un plan denominado Extramuros .

Según dijo, las 313 camas disponibles son insuficientes para atender la demanda y, además tienen internados a niños que no lo necesitan solo porque sus condiciones sociales les impiden recibir el tratamiento ambulatoriamente (sin internamiento).

Entre las ayudas que reciben está la del albergue Casa Ronald McDonald, para atender a familias que vienen a San José por una cirugía, cita o tratamientos de unos cuantos días. En 10 meses, han ayudado a 320.

Este mes empezó a funcionar otro albergue con capacidad inicial para 10 niños y sus mamás, en Escazú , a cargo de la Fundación Santo Hermano Pedro.

Ana Virginia Quesada, jefa de Trabajo Social en el HNN, explicó que, en el caso de este hospital, urge superar la pediatría medicalizada y enfocarse en una pediatría más social: “Estos pacientes sufren un abandono donde ningún sistema responde.

Hay una exclusión casi total hacia el enfermo pobre. Eso debe cambiar”.

Hospitales apenas dan abasto con cientos de enfermos renales

Insuficiencia renal afecta a 300 por cada millón de habitantes en el país

Ángela Ávalos aavalos@nacion.com 10/03/2016

Los hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia apenas dan abasto con la demanda de cientos de enfermos del riñón, especialmente con quienes requieren tratamiento de diálisis para sustituir la función del órgano dañado.

Entre los tres centros atienden a alrededor de 130 pacientes que acuden, semanalmente, a limpiar su sangre de toxinas a las máquinas de hemodiálisis (“riñón artificial”). También ven a otros 300 que reciben diálisis peritoneal en sus casas.

Según el jefe de la Sección de Medicina del Hospital México, Carlos Chaverri Montero, hace 10 años había 100 personas con insuficiencia renal por cada millón de habitantes. Hoy, esa cifra se triplicó, debido, entre otras causas, al impacto de la diabetes, la hipertensión y la llamada nefropatía mesoamericana.

Este es un daño en el riñón provocado por el trabajo en grandes plantaciones, como las de caña. Se ha detectado en trabajadores de la zona de Guanacaste.

Según datos de la Caja, de enero a octubre del 2014, la atención de los pacientes afectados por este tipo de nefropatía superó los ₡3.264 millones.

El Hospital México, responsable de atender la red más grande de servicios de la Caja –más de 2 millones de habitantes–,

elevó los tratamientos de hemodiálisis de 500 al mes hace cuatro años, a 700 en la actualidad, informó el jefe de Nefrología, Manuel Cerdas.

Las 14 máquinas de hemodiálisis trabajan ahí de 6 a. m. a 10 p. m., de lunes a viernes, y los sábados, hasta las 2 p. m.

Este hospital intenta reforzar el trabajo de su red para desahogar la demanda. Por ejemplo, se espera que el Hospital Enrique Baltodano, de Liberia, abra un servicio de hemodiálisis el próximo año. El México, además, comprará nueve máquinas.

Según Manuel Cerdas, la atención anual de un paciente en hemodiálisis supera los \$100.000. La mayoría de ellos espera un trasplante de riñón.

Cerdas dijo que la insuficiencia renal está en el cuarto lugar entre las causas de mortalidad en la Caja, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer y traumas.

Anualmente, dijo, fallecen 900 personas por esta causa.

En el Calderón Guardia recibe atención un grupo de 42 pacientes a la semana en las ocho máquinas disponibles, comentó Sergio Herra, jefe de Nefrología.

Ese servicio ampliará su atención y comprará 14 máquinas, en un intento por atender la demanda creciente de enfermos.

NACIONALES ▶ SERVICIOS

EN COMUNIDADES CAPITALINAS

▶ Colapso de quebrada Lantisco provocó inundaciones del jueves en San José

Pablo Rojas ▾ Mayo 19, 2017 9:59 am

- ZONAS EN PASEO COLÓN, PAVAS Y SABANA SUR RESULTARON INUNDADAS
- LLUVIAS GOLPEARON CON FUERZA POR ESPACIO DE 45 MINUTOS



Inundaciones en Sabana Sur, por colapso en alcantarillas CRH

terminal de buses de Pulmitan (Liberia).

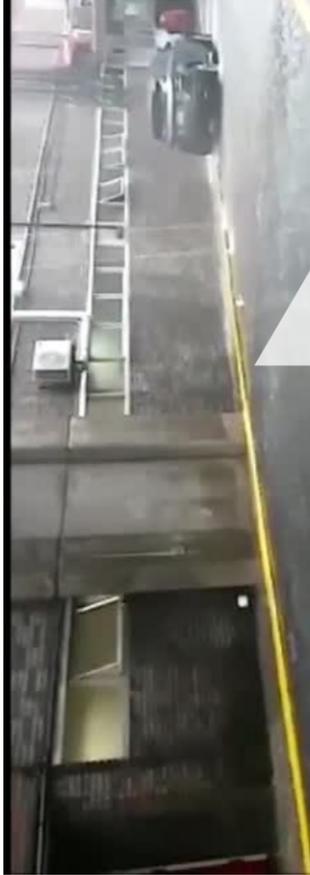
"Estaba colapsada. La parte que pasa por debajo del parque del Ministerio de Salud colapsó. Hay 10 metros de la canaleta totalmente destruida a raíz de un árbol que reventó la estructura de ladrillo con que cuenta ella", comentó Marco Solórzano, ingeniero y jefe de la red pluvial de la Municipalidad de San José.

Las inundaciones provocaron problemas en Mata Redonda (Sabana), Pavas, Distrito Hospital y Paseo Colón.

Ver más Las inundaciones de hoy fueron por saturación de alcantarillas

Incluso, hubo inundaciones a lo interno del Hospital Nacional de Niños (HNN). Sobre este punto, Solórzano explicó que del centro médico hacia el norte la acequia de esa quebrada está en 'perfecto estado'.

"La raíz de que se inundara, una vez más, el sótano del HNN fue la cantidad desmedida de agua que cayó en el parqueo interno de ellos. Cayó y el sistema interno de ellos no dio abasto para bombear hacia el Paseo Colón, pues estaba inundada", explicó el funcionario.



Secciones

ueterinariaite.
"Esta vez no quedó mucha basura en las calles. Lo común, bolsas y cosas que obstruían de una u otra manera. De un tragante del HNN sacamos un coche de muñecas de juguete. Pero, tengo que ser honesto, no fue la inundación resultado de la basura. En términos generales estaba muy limpio", citó el ingeniero.

Ver más Fuertes aguaceros deja aisladas a 8 familias en Sabana Sur

El aguacero del jueves tardó unos 45 minutos, sin embargo fueron suficientes para provocar problemas en la capital.

Según informó el Instituto Meteorológico Nacional (IMN), la acumulación de lluvia el jueves en San José rondó entre 50 y 70 milímetros.

Ver más Fuertes lluvias causan inundaciones en San José esta tarde

Haga clic para ver más noticias sobre: Servicios.

Leer comentarios



Paute con Nosotros

Los comentarios expresados en las columnas de opinión, página de memes, en la opinión de los lectores y comentarios de terceros al final de las notas o en las páginas de redes sociales, son responsabilidad exclusiva de sus autores. crhoy.com no se responsabiliza por su contenido

© 2019 CRHoy.com - Todos los derechos reservados.

Terminos y condiciones
Desarrollado por: CRHoy.com

10:44 am - Detienen sospechoso de matar adulto mayor y darse a la fuga

10:34 am - Spin-off de John Wick con protagonista femenina va tiene director

10:19 am - Herediano 7 finales en 30 días antes de poder pensar en el título

10:19 am - CGR le anula al MEP adjudicación para compra de drones y equipo tecnológico

10:08 am - ¿En qué consiste el conflicto entre China, la NBA y ahora Apple?

10:04 am - Actriz estadounidense presume de sus vacaciones en Costa Rica

9:56 am - ¡Ojo! Esto debe hacer si tiene problemas con los pagos a Hacienda

9:47 am - ¿Tiempo? El anhelo de Amelia Vaquerde para el preolímpico de Concepción

Ver Más +



Cáncer le arrebató la vida a 5.000 costarricenses cada año

Datos del INEC indican que continúa siendo la segunda causa de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

Irene Rodríguez. irodriguez@nacion.com 02/02/2018

Cada año, cerca de 11.500 costarricenses recibirán la noticia de que tienen cáncer. Otros 5.000 morirán por culpa de esta enfermedad.

Así se desprende de datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estas informaciones se difunden en el marco del Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer, que se celebrará este domingo 4 de febrero.

“Aunque los males cardiovasculares constituyen todavía la principal causa de muerte en el país, el 21,5% de los fallecimientos es por cáncer, es decir, uno de cada cinco costarricenses muere por este padecimiento”, expresó Olga Araya, coordinadora de estadísticas demográficas del INEC.

La palabra cáncer no solo es una enfermedad, es un término que engloba a muchos tipos de enfermedades que se desarrollan en diferentes partes del cuerpo, pero tienen algo en común: se caracterizan por la reproducción de células anormales.

Una célula normal, de cualquier parte del organismo se divide en dos para reproducirse en otras células y muere en determinado período de tiempo.

Sin embargo, las células cancerosas o anormales no tienen esa capacidad de morir y se replican constantemente, lo que lleva a la destrucción de los tejidos normales. Usualmente el ADN de una célula sufre algún daño en su composición y esto la lleva a reproducirse sin control.

Los más letales: tracto digestivo

¿Cuáles son los tumores que afectan más a nuestro país? La información recopilada por el Registro Nacional de Tumores indica que hay diferencias en hombres y mujeres. Por ejemplo, en los hombres los casos más comunes se ven en huesos, piel, mama y tejidos blandos (donde la gran mayoría son tumores en la piel, que son de los menos agresivos). Los órganos genitourinarios ocupan el segundo lugar, dentro de los cuales más de la mitad son de próstata.

En las mujeres el grupo de huesos, piel, mama y tejidos blandos son los más comunes por dos razones: el cáncer de piel se desarrolla con más facilidad (aunque en su mayoría no es letal) y los tumores mamarios son de los más importantes en la población femenina.

El asunto es diferente cuando de mortalidad se trata. Tanto en hombres como en mujeres los tumores del tracto digestivo – estómago, colon, páncreas, intestino e hígado– son los más mortales. De ellos, el de estómago es el más letal. El problema con estos tumores es que se caracterizan no solo por un desarrollo muy rápido, sino también por no presentar síntomas si no hasta las etapas más avanzadas, y esto dificulta el tratamiento.

“Son tipos de cáncer que son en sí mismos muy agresivos. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha hecho un gran esfuerzo en mejorar los programas de detección y el tratamiento de estos males”, dijo Araya.

Por edades

Cuanto menor en edad es la persona, mayores serán sus posibilidades de sobrevivir al cáncer. Datos del INEC indican que solo 4,6 de niños entre los 1 y los 14 años de cada 100.000 mueren por esta causa.

Las posibilidades de morir aumentan conforme se avanza la edad. Por ejemplo, en los mayores de 65 años la mortalidad es de 835,9 por cada 100.000.

“Los niños tienen un sistema inmunitario que no está tan ‘contaminado’ y sus órganos son muy fuertes. En los adultos mayores sucede lo contrario, el sistema inmunitario y los órganos envejecen, y muchos de ellos tienen otras enfermedades crónicas que dificultan el tratamiento”, apuntó Araya.

Sin embargo, la posibilidad de desarrollar cáncer y de cómo este puede avanzar dependerá también de su estilo de vida.

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos señala que la mitad de los tumores puede prevenirse con solo evitar el sobrepeso y la obesidad, no fumar y realizando al menos 150 minutos de actividad física a la semana.

A esto se le debe unir el hacerse exámenes de detección temprana. Estos incluyen el autoexamen de mama y de testículos, mamografías, tacto rectal, citología vaginal y exámenes de sangre.

“Tiene que ver también con prevención. Hay que saber llevar una vida sana y atendernos a tiempo, para tener mayores posibilidades no solo de sobrevivir, si no de tener una mejor calidad de vida”, puntualizó Araya.

Número de pacientes que recibe diálisis para tratar enfermedad renal crónica se triplicó desde 2011

Hace siete años esta terapia la recibían 269 personas; a febrero del 2018 la cifra es de 855.

Irene Rodríguez. irodriguez@nacion.com 03/05/2018

La cantidad de pacientes que reciben terapia de diálisis para tratar la enfermedad renal crónica se triplicó entre el 2011 a la fecha.

Así lo dio a conocer la mañana de este jueves la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

En el 2011, 269 pacientes recibían este tratamiento, pero a febrero del 2018 se registraban 855 casos, es decir, la cifra creció un 317%.

La enfermedad renal se da cuando los riñones son incapaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho. Al no eliminarlas, el cuerpo se contamina.

Hay dos formas de realizar una diálisis (o filtración): una es con un tubo flexible (catéter), llamada diálisis peritoneal, y la otra es con una máquina, llamada hemodiálisis. Cada sesión de hemodiálisis dura cerca de cuatro horas.

Es muy posible que quienes sufren este problema necesiten, tarde o temprano, un trasplante de riñón.

En ese sentido, las estadísticas apuntan que, en promedio, cada persona recibe diálisis entre seis y tres meses antes de un trasplante, si se encuentra un donador vivo compatible, y entre dos y cuatro años si el donante es cadavérico. En este

momento hay 174 personas a la espera de un riñón.

El impacto de la enfermedad también se ve en su mortalidad. De acuerdo con la CCSS, desde el 2013, este padecimiento se convirtió en la cuarta causa de muerte, después de la cardiopatía isquémica (principalmente infarto al corazón), accidente vascular cerebral (popularmente conocido como “derrame cerebral”), y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

No hay una causa específica de este mal, pues son muchos los factores que se suman. Manuel Cerdas, nefrólogo del Hospital México, explicó que, en los pacientes mayores de 50 años, es mayor el riesgo de sufrir enfermedades renales cuando no se controlan los males crónicos, como hipertensión o diabetes.

Por otro lado, están los trabajadores agrícolas jóvenes, especialmente en

Guanacaste, que presentan fallos renales. Esta enfermedad se ve en toda

Mesoamérica y sus causas siguen en investigación.

Una provincia bajo lupa

En Guanacaste, la enfermedad tiene características muy particulares, pues, en promedio, se comienza a ver en edades 20 años menores que en el resto del país.

En esta provincia también debe revisarse el componente genético.

Inés Arce, vecina de Cañas, tiene enfermedad renal crónica desde hace 23 años. Su madre y un hermano murieron de eso.

Otros dos hermanos de ella han sido trasplantados.

Arce también fue sometida a un trasplante, pero no lo resistió y tuvieron que quitarle el nuevo órgano. Ahora está en terapia de diálisis.

“Mis hijos están en revisión constante. Sabemos que hay cosas que no podemos comer, como frutas como el banano, que tienen mucho potasio, y también debemos pasar haciéndonos exámenes, pero siempre nos han atendido muy bien”, comentó la mujer.

José Miguel Angulo, coordinador del área de Normalización de la Atención de la CCSS, aclaró que la enfermedad renal no se circunscribe a Guanacaste.

“No podemos decir que es solo de Guanacaste, ahí tiene características muy específicas, pero es un problema que se ve en todo el país y debemos atenderlas.

Por ejemplo, está el caso de Libia Fernández, quien ni siquiera tiene familiares en esa provincia y también es trasplantada de este órgano.

“Yo viví 13 años en Estados Unidos y vine de visita a Costa Rica. Allá me habían diagnosticado mal, me dijeron que lo mío era artritis reumatoide, cuando en realidad era lupus y eso me afectó los riñones.

“Estando aquí me descompuse, en el hospital me hicieron exámenes y vieron que mis riñones trabajaban como a un 2% o 3%. Me dijeron: ‘usted sería una candidata ideal para trasplante’. Mi hijo menor me dio su riñón, desde entonces vivo aquí, la

atención en salud es mucho mejor de la que podría tener en Estados Unidos”, aseguró esta vecina de San José.

La inversión

De acuerdo con la CCSS, cada sesión de hemodiálisis tiene un costo de ₡467.505,

más un costo administrativo, para un total de ₡484.381,25.

Esto es un aproximado de \$800 por sesión. Al multiplicarla por la cantidad de sesiones en el año, cada paciente implica una inversión anual de \$124.800.

En julio del año pasado, la CCSS acordó destinar mayores fondos para atender este problema. Se crearon 44 nuevas plazas para asistentes de pacientes, auxiliares de enfermería, médicos y enfermeros.

Estas nuevas plazas representan un costo de ₡756.298 millones.