



M

ás allá de un espacio
físico y funcional

PhD. Patricia Herrera Saray
Universidad Católica Popular del Risaralda.
pgsaray@gmail.co, gloria.herrera@ucpr.edu.co

Primera versión recibida el 12 de mayo de 2010,
versión final aprobada el 11 de octubre de 2010

Resumen:

A pesar de considerarse como una característica determinante del siglo XXI, el envejecimiento demográfico es un proceso que desafortunadamente nos está tomando por sorpresa. Y la sorpresa se acrecienta si se tiene en cuenta su rapidez: América Latina está envejeciendo a un ritmo cuatro veces más rápido al que caracterizó el envejecimiento de los países del llamado primer mundo. En consecuencia, el tema de la vejez debe ser retomado de inmediato, no sólo por los profesionales de la salud, también por los profesionales de las distintas áreas relacionadas con el diseño de aquellos espacios que se convierten en el hogar temporal, y en la mayoría de los casos, el hábitat que compartirán hasta la muerte.

Descriptor:

Ergonomía, habitabilidad, propedéutica arquitectónica, discapacidad.

Abstract:

Although to be regarded as a defining characteristic of the XXI century, population aging is a process that unfortunately is taking us by surprise. And the surprise is increased when taking into account its speed: Latin America is aging at a rate four times faster by characterizing the aging of the so-called first world countries.

Therefore the issue of aging must be taken up immediately, not only by health professionals, also by professionals from different areas related to the design of those spaces that become the temporary home, and in most cases, the habitat they share even death.

Descriptors:

Ergonomics, housing, architectural propaedeutic, disability

Más allá de un espacio físico y funcional*

PhD. Patricia Herrera Saray**
 Universidad Católica Popular del
 Risaralda.
 pgsaray@gmail.co,
 gloria.herrera@ucpr.edu.co

*«... el edificio no es solo un filtro de luz, aire, etc.
 sino que es un instrumento sociocultural de
 Comunicación, a través del cual se filtra información
 Social» (Rapoport, 1978, p. 264)*

Con el transcurrir del tiempo la situación de la vejez se ha modificado cualitativa y cuantitativamente. Los adelantos científicos y la velocidad de evolución de las tecnologías alcanzadas en el siglo veinte, sobrepasan ampliamente todo el desarrollo precedente de la humanidad. El número de ancianos en cada categoría se está incrementando alrededor del mundo y ellos están también sobreviviendo por más tiempo que nunca antes en la historia de la Humanidad (Harper y Crews, 2000).

Como consecuencia de estas mejoras, aparece la posibilidad de aumentar la esperanza de vida de los seres humanos.

Colombia es uno de los países de América Latina con transformaciones más intensas en su estructura poblacional, como consecuencia del acelerado proceso de transición demográfica. En efecto, según el Censo General de Población y Vivienda de 2005, realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 2 millones 612 mil 508 personas son mayores de 65 años, es decir, el 6,3% de la población en Colombia. La mayoría se concentra en departamentos como Boyacá,

Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia, Santander y Atlántico.

Se ha proyectado que la población mayor de 60 años pasará de 2.944.328 a 6.529.300 en el 2020. Y en el 2050 los mayores de 60 habrán sobrepasado a los menores de 15 años en cerca de un millón de personas.

En otras palabras, el país se está envejeciendo rápidamente; es así como en noviembre de 2008 se promulgó la Ley 1251 del Adulto Mayor que “tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia, y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez”.



<http://img.fotocommunity.com/Especial/Emociones/tercera-edad-a20029054.jpg>

* Trabajo resultado de proceso investigativo registrado en el Centro de Investigación de la Universidad Católica Popular del Risaralda; forma parte de la investigación de tesis doctoral, perteneciente al grupo de Medio ambiente y Diseño de la Facultad de Arquitectura y Diseño.

** Diseñadora Industrial de la Universidad Autónoma de Manizales, Especialista en Pedagogía y Desarrollo Humano de la Universidad Católica Popular del Risaralda, Magíster en Diseño Industrial con énfasis en ergonomía, de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, 2004. PhD. en Arquitectura con énfasis en ergonomía de espacios hospitalarios, de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, 2007. Docente investigadora de la Universidad Católica Popular del Risaralda.

Según la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), con el continuo crecimiento de las poblaciones de la tercera edad en las sociedades modernas, la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarles a manejarse independientemente en la comunidad y, fundamentalmente, mejorar la calidad de sus vidas, se ha convertido en un asunto cada vez más urgente por cuanto la incidencia de muchas enfermedades y discapacidades crónicas aumenta con la edad.

Desde los fríos asilos para enfermos de antaño a los modernos establecimientos altamente tecnificados de hoy, la calidad de los espacios para la salud ha atravesado diversas experimentaciones tipológicas, siendo concebida desde muy diferentes visiones, que no necesariamente han tomado como protagonistas del espacio asistencial a sus principales destinatarios: los pacientes.

Con respecto a los espacios geriátricos, el trauma de verse separado forzosamente de los amigos y del ambiente del hogar familiar crea una convicción fundamental de que no se es querido y no se tiene ningún poder, de que se es un objeto más que un individuo único.

El ambiente institucional en sí mismo crea discapacidades adicionales que marcan a la persona por el resto de su vida. El desarrollo emocional y social es el que se ve más afectado. El desarrollo de una vida emocional normal se ve truncado cuando el anciano es confinado a un ambiente gris, segregado en cuanto a discapacidad y sufre al no contar con una vida independiente, autonomía y respeto de la integridad personal.

Así, desde la visión del hospital-palacio del Renacimiento, o la de los higienistas promoviendo ámbitos adecuados para la helioterapia, como también la del movimiento moderno con composiciones racionalistas paradigmáticas de bloques articulados según funciones, o hasta ejemplos frustrados como la inédita ciudadela veneciana de Le Corbusier con pacientes horizontales mirando sólo el cielo,

antecedieron al difundido hospital vertical de "torre (hospitalización) y basamento (servicios asistenciales centrales)" de los 50, modelo puesto en crisis con la creciente presencia del paciente ambulatorio, que originó la aparición de una compleja malla de relaciones y flujos múltiples entre nuevas unidades de atención especializadas, dando lugar al surgimiento de esquemas matriciales favorables a la nueva red de relaciones interiores con predominio horizontal de módulos rodeados por patios y vinculados por calles bidireccionales de los años 70's, o el contenedor sanitario posterior, de formas anónimas más próximo a los principios de un edificio comercial.

No obstante, el camino recorrido es productivo y las variaciones tipológicas no hacen más que certificar la naturaleza cambiante de los ámbitos, con mayores o menores aciertos.

Otra de las acusaciones más frecuentes en relación con el hospital es su concepción moderna como "máquina para curar". En este contexto en concordancia con Rossi (1990), la individualidad del paciente se encuentra reducida a un número, una entidad abstracta privada de vida, un "objeto de cura", en el cual el desinterés por la humanidad sufrida del paciente le deja el puesto al interés médico-científico por el órgano enfermo.

Desde este panorama, al diseñador le compete otra clase de problema ligado a la definición del ambiente físico de labores del personal y de recuperación para el paciente. Además de concebir una estructura muy funcional, para evitar que los usuarios deambulen la mayor parte del tiempo de un lado a otro del hospital, la humanización contempla la creación de ambientes y articulaciones espaciales que faciliten la comunicación entre los pacientes, con el personal y los visitantes, y también exige una preocupación por las características emocionales que el espacio puede transmitir al paciente.

Según la OMS en el Documento 43.er Consejo Directivo, 53 a. Sesión del Comité Regional OPS/ OMS, "uno de los principales retos de la salud mental al

comienzo del milenio es la reestructuración de los servicios de salud mental para establecer servicios comunitarios que integren todas las unidades y programas necesarios para satisfacer las diversas necesidades de la población”

De acuerdo con lo anterior, ¿cómo hacer una investigación cuyo objetivo propuesto era detectar las verdaderas necesidades espaciales del habitante de la tercera edad frente al espacio hospitalario, teniendo en cuenta sus aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales, realizando un estudio integral tanto del habitante como del espacio que habita, dando un énfasis antropocéntrico al ambiente construido?

Para comenzar, conviene reflexionar sobre el hombre y la connotación humanística del espacio, sobre las condiciones que requiere tener un sitio para que pueda ser habitado, sobre su habitabilidad. Para que esto ocurra, la noción de lugar debe ser dotada de un criterio de valor, el que es siempre exterior al concepto mismo, lo que lo vuelve una decisión contingente.

Se hace necesario indagar, desde la ergonomía, acerca de las necesidades de la tercera edad en cuanto a su entorno y a todo lo que ello implica. Porque cuando nos abocamos a estudiar la problemática del hábitat referida a este grupo específico, nos encontramos con la dificultad de determinar qué cuestiones pueden ser generalizables, pero otras son de orden particular, teniendo en cuenta que, ante muchas de las preguntas que hacemos, las respuestas tienen que ver con el mundo de lo afectivo y de la historia de cada individuo con su lugar.

Diseño de espacios humanizantes

El campo de investigación sobre la calidad del espacio construido como medio para



<http://onlyletters.files.wordpress.com>

alcanzar una arquitectura que responda realmente a las necesidades del hombre enfermo ha sido señalado desde los años 50's, según reposa en las Actas del estudio internacional de los hospitales de Quaderni en Italia (1975).

Es bien conocido que la problemática funcional representa el principal reto para el diseño, el cual se toma de máxima complejidad en las estructuras hospitalarias. Muchas veces se olvida que la connotación simbólica del espacio no es menos importante que su connotación funcional. Manfredini (1993) señala que tal connotación simbólica es también funcional por cuanto significa una utilidad social y humanística del espacio que no se identifica inmediatamente con la función en sentido estricto, pero sí en la medida en que se desarrolla la habitabilidad diaria.

La arquitectura para la tercera edad genera la necesidad de repensar el rol del arquitecto, en un nuevo rol pedagógico y de ubicación en el lugar de la vida del "OTRO", ubicándose dentro de un criterio sistémico de "HÁBITAT UNIVERSAL" como entorno receptor del envejecimiento, diseñando nuevas alternativas a las instituciones (Frank, 2003). Un recorrido por la arquitectura geriátrica en los países de Latinoamérica nos revela de inmediato lo que nuestra sociedad piensa con respecto a la vejez. En los últimos tiempos, en nuestro país, el tema de la vejez está empezando a despertar interés en los profesionales del diseño como consecuencia del acelerado proceso de transición demográfica antes planteada.

En la actualidad se recurre con mucha frecuencia a la habitabilidad como elemento determinante que diferencia a los espacios arquitectónicos del resto de los artefactos producidos por el hombre. Uno de los primeros autores en México y en el mundo que abordó la habitabilidad, el arquitecto José Villagrán García (1902-1988), desde hace más de 70 años planteaba en sus clases este importante tema, más o menos un cuarto de siglo antes del filósofo alemán Heidegger y medio siglo antes del arquitecto noruego NorbergSchulz.

La arquitectura y el entorno espacial construido tienen una connotación humanística y social, de modo que edificar se considera una dimensión del ser humano; se afirma que entre los primeros actos de civilización están la producción de instrumentos de trabajo y la construcción de la morada o el espacio habitable. De acuerdo con Hierro (1999: 69):

“Habitamos, al ser parte de los objetos, y somos habitados por los objetos, al ser ellos parte de nosotros mismos, pues en último término para tal fin es que se han producido. El espacio que habitamos es en consecuencia un ambiente físico y

cultural configurado con tal propósito. La expresividad de su morfología -como lenguaje y comunicación de formas de ser- se convierte, por tanto, para su lectura y comprensión, en el material base del trabajo investigativo en este campo”.



http://2.bp.blogspot.com/_Ufj9Zx0KecA/SSx8tB5TkHI/zQ/UkMTLFb7sfY/s400/manos-

El término humanización ha sido abusado en el ámbito de la arquitectura sanitaria, hasta darle una aproximación superficial al problema. El cuidado del mobiliario interno, el aspecto cromático, el equipamiento de las habitaciones con televisión y teléfono, son de gran importancia pero no suficiente para mejorar el espacio donde habita el hombre enfermo, representando soluciones cosméticas. Se debe pensar en la recalificación del espacio y, por consiguiente, de las funciones que se desarrollan en ellos, en un equilibrio armónico entre espacios privados y otros que favorezcan y privilegien una vida de

relaciones espontáneas. Se cita el caso de un hospital psiquiátrico donde la aparente contradicción de satisfacer unas exigencias funcionales de seguridad, de una arcaica concepción, y crear a su vez unas relaciones terapéuticamente útiles con el entorno, dieron como resultado una arquitectura serena, donde la luz natural penetra y donde los niveles de seguridad son claramente legibles. La secuencia espacial y arquitectónica, así como los amplios espacios libres, producen un efecto terapéutico mucho mayor que tantos detalles buscados afanosamente y utilizados arbitrariamente para revitalizar un ambiente.

En consecuencia, la habitabilidad se presenta como una vía para realizar procesos de evaluación inter, multi y transdisciplinaria, de los objetos y ambientes del hábitat producidos por los distintos campos del diseño: Arquitectónico, Urbano, Industrial y Gráfico, una vez que han sido ocupados por los usuarios, para construir parámetros que permitan el mejoramiento permanente y sistemático de la habitabilidad, con el fin de lograr el mayor rendimiento posible en el desempeño de las actividades humanas y la satisfacción de las necesidades de habitación: protección, seguridad, comodidad, confort, higiene, identidad, goce estético y economía, que deberán incidir en las cualidades que los objetos y ambientes del hábitat deberán tener para satisfacerlas, y como vía para retroalimentar a los diseñadores, constructores y otros campos del conocimiento interesados en la evaluación tales como psicólogos ambientales, sociólogos, antropólogos, diseñadores, entre otros.

Pero en la actualidad, ¿Se diseña verdaderamente a partir de la responsabilidad moral de respetar el lugar donde otro va a vivir? Habría que preguntarse si los espacios arquitectónicos asisten a la prolongación de la vida de aquellas personas con necesidades especiales, o por el contrario, las recluye más en su dependencia.

La solución de diseño tiene como origen y finalidad satisfacer las necesidades y aspiraciones de espacio de la sociedad,

identificando este hecho con la habitabilidad arquitectónica; ella depende de la cultura, el lugar y el momento histórico en que se manifieste. Ya Villagrán (1971, p. 96) en “La esencia de lo arquitectónico”, explicaba lo anterior:

“(…) quedó evidenciado que la espacialidad arquitectónica se caracteriza por ser habitado por el hombre organizado socialmente...”. “... la arquitectura al construir espacios aptos para en ellos desenvolver porciones de la existencia colectiva humana, los dispone atendiendo con simultaneidad las exigencias físicas humanas, lo mismo que las biológicas, que las psicológicas, que a las más complejas del espíritu, pues estas objetivaciones representan ni más ni menos que la cultura de un conglomerado humano”.

De esta forma, se plantea la exigencia de conocer cuál es el sentido que el propio habitante da a los espacios. Es decir, se plantea la necesidad de realizar una investigación acerca de ¿cómo son las necesidades de los habitantes? ¿Cómo realizan las actividades con las que solucionan dichas necesidades? ¿Cómo son los espacios que usan? De esta manera, se requiere una valoración psicosocial de la habitabilidad, tarea que el Arquitecto José Villagrán García llamó Propedéutica Arquitectónica.

Los aportes de Villagrán son de gran importancia porque, como es conocido, el diseño y proyección de los espacios hospitalarios parte de los principios básicos del conocimiento arquitectónico e ingenieril dejando a un lado principios claves en el análisis del factor humano en el momento de la concepción del diseño: El equilibrio total entre las exigencias bio-fisiológicas, operativo-funcionales y socioculturales del usuario propios de la Ergonomía y la Propedéutica Arquitectónica necesarios para la rehabilitación integral y que indudablemente afectan en forma directa la salud física y mental de la persona discapacitada. Este enfoque humanístico al proyectar un espacio hospitalario generalmente queda en las buenas intenciones del arquitecto y del diseñador de mobiliario para este tipo de espacios.

A diferencia de otros hospitales, todo el hospital psiquiátrico como institución se transforma en un agente psicoterapéutico de gran eficiencia en profundidad y amplitud, por lo tanto, está expuesto a padecer de aquello que debe enfrentar: la locura con su progresivo deterioro y cronicidad y estos problemas se hacen más agudos en las instituciones que atienden enfermos mentales. Si bien hoy el objetivo principal es la estabilización de los enfermos mentales y propiciar su enlace con la sociedad, debe diferenciarse muy bien de aquello que le propone la estructura asilar para lo que fue creado. Pues " El asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes" (Bleuger, 1976. Cosificación, pérdida de identidad, contactos sociales empobrecidos, monotonía con fuerte de privación sensorial y empobrecimiento de su condición humana (signos también de la estructura psicótica con la que trabaja).

Cobolli (1999) hace una comparación entre los medios utilizados en los Estados Unidos y en Italia para humanizar los ambientes hospitalarios y manifiesta que la impresión más común de los hospitales norteamericanos es que han sido proyectados poniendo una atención particular al reporte psicológico entre paciente y ambiente, produciendo espacios similares a los de hotelería y vivienda, en contraposición de la imagen rebuscada de algunos hospitales europeos. En los Estados Unidos, ese problema es particularmente enfatizado por una comisión sobre Acreditación de Hospitales, que garantiza una etiqueta de calidad para los aspectos estrictamente asistenciales como también los hoteleros, afianzando de esta manera principalmente los aspectos de profesionalidad y educación del personal médico y paramédico.

De acuerdo con Sommer (1974), la experiencia ha demostrado que, en gran parte, son el medio y el contexto el que determinan el efecto de una deficiencia o

discapacidad sobre la vida diaria de una persona. La práctica de una arquitectura adecuada resulta especialmente necesaria en lugares como hospitales psiquiátricos, en los que los enfermos internados son extraordinariamente pasivos y faltos del menor espíritu de independencia. En su mayor parte no van a intentar arreglar sus habitaciones para ajustarlas a sus necesidades corresponde a otros el hacerlo así. Y esta tarea no se puede dejar al personal de servicio y vigilancia, más preocupado por lo general de las cuestiones de limpieza y mantenimiento de las instalaciones que de los problemas terapéuticos. Es así que, en nuestra realidad, la deficiente concepción de edificios, espacios y conjuntos urbanísticos son ejemplo de la necesidad de crear el espacio o ambiente humanizado.

Para lograr que el buen diseño de un espacio hospitalario contribuya a la rehabilitación, mejoramiento de la calidad de vida, "plena



<http://agora.ya.com/odyseomix/espera/ancianos.jpg>

participación" e integración de la persona discapacitada a la sociedad, no basta que el diseñador y el arquitecto hagan sólo análisis desde el punto de vista médico (sólo problema físico del paciente), de materiales, resistencias, de arquitectura en general y de las medidas de rehabilitación orientadas al individuo con este tipo de deficiencias.

Se hace necesario indagar, desde la ergonomía, qué necesita la tercera edad en cuanto a su entorno y a todo lo que ello implica. Porque cuando nos abocamos a estudiar la problemática del hábitat referida a este grupo específico, nos encontramos con la dificultad de determinar qué cuestiones pueden ser generalizables y

cuales otras son de orden particular, teniendo en cuenta que, ante muchas de las preguntas que hacemos, las respuestas tienen que ver con el mundo de lo afectivo y de la historia de cada individuo con su lugar. La ergonomía hoy en día en su campo de acción ha experimentado una notable expansión al aceptar que el ámbito de actuación del ser humano va mucho más allá de la mera actividad laboral, abarcando potencialmente todas aquellas en las que el hombre hace uso de cuanto le rodea, lo que ha permitido pasar, al menos conceptualmente, de una Ergonomía "de" y "en" la industria, a una Ergonomía "de" y "en" la sociedad, O sea, una ergonomía más socializada, teniendo en cuenta al hombre y a la relación con el entorno habitable, donde la ergonomía participa en los procesos relacionados con la concepción, proyección, elaboración y uso de tal entorno, adecuándolo al usuario.

Es por eso que se puede considerar la ergonomía como el proceso de diseño que interviene en la creación de un entorno habitable para uso del hombre, teniendo presente tanto su bienestar físico como mental. Este proceso de diseño es también aplicable al color, las formas, texturas, ruido, luz y hasta olores que actúa sobre la psique del hombre.

Los puntos anteriores, y dependiendo del usuario y su hábitat, provocan sensaciones y reacciones emocionales cuando se perciben los objetos y espacios, unas veces al estimular o excitar, otras, tranquilizando e incluso provocando cansancio o estrés.

En pocas palabras, los tres criterios fundamentales que tiene la ergonomía para el diseño de espacios son los siguientes:

- Participación de los seres humanos en cuanto a creatividad tecnológica, confort y roles psico-sociales.
- Producción, actividad en todo lo que hace a la eficacia y eficiencia productivas del Sistema Hombres-Máquinas, usuario-objetos, mobiliario, habitante-espacio.
- Protección de los Subsistemas Hombre (seguridad e higiene), de los Subsistemas Máquina, usuario, habitante (enfermedades, habilidades, limitaciones, fallas, averías, etc.) y del

entorno (seguridad colectiva, calidad, ecología, entre otros)

Proporciona técnicas para minimizar el impacto físico de sus actividades cotidianas. Ayuda a brindarle un ambiente cómodo en el trabajo-actividad y en el hogar en el cual se desarrollan sus actividades.

Frente a los interrogantes: ¿Qué transformar? ¿Cómo transformar? ¿Cuándo transformar? Parecería que se hace necesario revisar al "organismo hospitalario" desde una visión que lo imagine como una estructura viviente de atención de la salud y como un espacio físico que envuelve y dialoga con las necesidades reales (prevención, enfermedad, angustia, muerte, etc.) de la población asistida y del personal actuante, y donde la incorporación del análisis de las emociones de "todos" pueda desprendernos de los preconceptos existentes.

En definitiva, el análisis desde la perspectiva ergonómica y de la propedéutica arquitectónica da un enfoque totalmente humanista para la toma de decisiones con respecto a la proyección del espacio. Concepción que integra los aspectos incidentes en el desarrollo social teniendo en el centro al ser humano.

En resumen, por medio de la propedéutica arquitectónica se identifican los rasgos de la cultura, de la sociedad, de la personalidad de los que demandan el espacio, y con el apoyo de estos datos se fundamentarán las decisiones del arquitecto para una exitosa proyección del hábitat geriátrico.

La propuesta de análisis psicosocial con énfasis ergonómico, consiste en que el arquitecto se ubique en los zapatos del usuario por medio de la observación participante, realice una evaluación de usabilidad y habitabilidad del espacio y formule una serie de requerimientos que indiquen las características que los espacios deben tener de acuerdo con la vivencia espacial del propio habitante, el rol interpretativo del arquitecto se debe reflejar en un espacio ergonómicamente habitable para el anciano. De acuerdo con Bermúdez (1999, p. 83):

“(…) la finalidad del hacer arquitectónico, la materialización espacial de las necesidades del ser humano, no es un problema de construcción técnica o de expresión geométrica, es más, la habitabilidad se logra cuando se da respuesta espacial no solo a la actividad humana sino también a los sentimientos, a las necesidades físicas y espirituales del hombre, cuando el tamaño, los colores las formas adquieren significado a través de la proyección de la personalidad y las aspiraciones sociales”

Se espera que en un futuro no muy lejano se imponga una visión humanizada del espacio asistencial, que valora la habitabilidad como aspecto fundamental en la interacción espacio-paciente. Algunos aspectos a grandes rasgos que deben ser tenidos en cuenta pueden ser: la luz natural, las vistas y la naturaleza en lo posible, tanto para el paciente interno como para el externo, posicionando al paciente como protagonista del mismo, buscando brindarle las mejores calidades ambientales y confort para mitigar al máximo el impacto de la tecnología médica sobre su persona, aún cuando quizás esta sea ahora la mayor de toda la historia precedente.

Como profesionales del diseño y la arquitectura, tenemos la tarea de influir en los gobiernos y en todos los sectores de la sociedad para abrir cauces, identificar necesidades y prioridades, evaluar servicios, promover el cambio y la conciencia pública, evitando que prosperen los estereotipos y los prejuicios tradicionales. Pero también ser conscientes que una buena forma de contribuir es considerando desde el diseño y la arquitectura este tipo de barreras (físicas y socio-culturales) para la proyección de un buen espacio, la “vieja costumbre” de abordar la discapacidad y la tercera edad sólo desde el punto de vista asistencial y humanitario o como un tema exclusivo del sector salud y educación ya no funciona. Es necesario considerarla como un problema social de carácter global, es un foco de preocupación que requiere de intervenciones integrales, de diferentes aspectos tales como la rehabilitación, prevención, equipamiento de

oportunidades y el diseño industrial y arquitectura.

Una buena propuesta de estructura funcional deberá basarse prioritariamente, además de otros aspectos, en una demostración explícita de las actividades de pacientes internos, ambulantes, del personal médico, de enfermería, de seguridad, de administración, de mantenimiento, entre otros. Asimismo, resulta sustancial el poder contar con espacios de contención sanitaria de estos individuos alienados, recordando que no se encuentran postrados como para proponer una arquitectura netamente hospitalaria ni lo suficientemente libres como para poder decidir con autonomía el uso de todos los espacios que se encuentran a su disposición.

Para finalizar, es necesario construir pensando desde la esencia del habitar. También se requiere tener presente que nadie sabe mejor las necesidades de los internados que ellos mismos. Es decir, analizar cómo, en el caso específico de un hospital psiquiátrico, las formas y cualidades espaciales (e instrumentales) condicionan el tipo de vivencia psicológica, la determinación de grupos, subgrupos y tareas; y fundamentalmente cómo, a través de la modificación de ese hábitat que rodea a un grupo humano, se puede ayudar a su re-socialización y rehabilitación.

Conclusiones

Como diseñadores de espacios estamos llamados a incorporar en nuestros proyectos la vertiente emocional del diseño donde el usuario o habitante del espacio juega un papel protagónico. Aquí cabe anotar que una cosa es la utilidad funcional que el espacio presta, y otra el modo en que los usuarios pueden habitar y usar dicha funcionalidad. El envejecimiento trae consigo no sólo la progresiva disminución de sus habilidades físicas, sino también perceptivas, lo que nos lleva a profundizar en el estudio de los modelos que estudian la conducta del adulto mayor en el espacio.

“El hospital del futuro” parece que quedó bastante claro para los gestores de España y

del mundo que se reunieron en Madrid en la jornada “El hospital ideal del tercer milenio”, organizada por la Fundación de Ciencias para la Salud, en 1999. Todos coincidieron en señalar un punto en común en los centros sanitarios: El paciente es el centro del sistema y sus necesidades son las

primeras que hay que atender. Lo anterior no sólo se debe referir a la gestión hospitalaria; esto deberá ser acompañado de la adecuación del alojamiento, entorno inmediato considerando no sólo la accesibilidad física al espacio sino también la mental, emocional y social.

Referencias

- Bleger, José (1976). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Hombre contemporáneo.
- Cobolli S. (1993). *L'accoglienza nell'ospedale*. *Progettare per la Sanità* 1993; 21:5.
- Guffanti, A. *II percorso di umanizzazione* *Progettare per la Sanità* 21:68-71.
- Cruz Bermúdez, Jaime F. (1999). *Propedéutica psico-social arquitectónica*. Tesis doctoral. UNAM. México.
- OPS-OMS (2001). Documento 43 del consejo directivo, sesión 53 del Comité Regional.
- Frank, Eduardo (2003). *Vejez, arquitectura y sociedad*. Buenos Aires. Editorial nobuKo.
- Harper G.J, Crews DE (2000). *Aging, senescence, and human variation*. In Stinson S, Huss-Ashmore R, O'Rourke D, eds. *Human biology: an evolutionary and biocultural Perspective*. Wiley-Liss, New York, 465–505.
- Manfredini G. (1993). *La qualità dello spazio architettonico*. *Progettare per la Sanità*; 21:61-66.
- Ospedale e habitat* (1975). *Atti del Convegno internazionale di studio*, in Quaderni di ospedali d'Italia Roma.
- Rapoport, Amos, (1978). *Aspectos humanos de la forma urbana: hacia una confrontación de las Ciencias sociales con el diseño de la forma urbana*.
- Rossi Prodi, F. e Alfonso Stocchetti (1990). *L'architettura dell'ospedale*. Alinea Editrice. Firenze.
- Sommer, R. (1974). *Espacio y comportamiento individual*. Madrid, IEAL.
- Villagrán García, José. (1971). *Esencia de lo arquitectónico*. *Acotaciones introductorias*”. Memoria del Colegio Nacional. México.
- Young, R. (1999). *Kids' care*. *Building design & construction*. April; p. 40-44,