

PROYECTO DE GRADUACIÓN

Trabajo Final de Grado

Humanización pediátrica.

Diseño de Unidad de Hospitalización para Pediatría.

Laila Seleme

Cuerpo B del PG

12/12/2013

Diseño de Interiores

Proyecto Profesional

Diseño y producción de objetos, espacios e imágenes

Agradecimientos

El presente proyecto de graduación contó con la colaboración de muchas personas que me ayudaron a hacer este proceso un poco más sencillo.

A los profesionales de la salud que me guiaron, gracias por su tiempo.

A los profesores que me ayudaron en este camino, y me brindaron su apoyo y enseñanza, Gustavo Valdez de León y Magalí Turkenich.

A Carlos Caram, por hacerme entender y abordar el diseño del proyecto de una forma más integral.

A mi familia, amigos, Anita y Gon, que entendieron mis ausencias.

A todos, muchas gracias.

Laila Seleme.

Índice	Pág.
Introducción	05
Capítulo 1: Antecedentes de arquitectura y diseño sanitario	13
Capítulo 1.1: Tipologías de espacios sanitarios	14
Capítulo 1.2: Humanización en el espacio sanitario	20
Capítulo 2: El niño, la percepción y el diseño	25
Capítulo 2.1: El lenguaje	27
Capítulo 2.2: El movimiento en la percepción	30
Capítulo 2.3: El paciente pediátrico	31
Capítulo 2.4: Espacios pediátricos en relación a la percepción	33
Capítulo 3: Estudio de casos: Unidades de internación pediátrica	38
Capítulo 3.1: Hospital Británico	40
Capítulo 3.2: Instituto del Diagnóstico y Tratamiento	44
Capítulo 3.3: Hospital Pedro de Elizalde – Ex Casa Cuna	48
Capítulo 4: La unidad de hospitalización	54
Capítulo 4.1: El ambiente físico	56
Capítulo 4.2: Materiales y texturas	58
Capítulo 4.3: Iluminación	62
Capítulo 4.4: Percepción del color	64
Capítulo 4.5: El color en la recuperación	67
Capítulo 5: Proyecto de diseño: Salas de internación pediátrica para Clínica del Valle.	71
Capítulo 5.1: Relevamiento del espacio existente	71
Capítulo 5.2: Propuesta de diseño	75

Conclusiones	84
Referencias bibliográficas	88
Bibliografía	92

Introducción

El presente Proyecto de Graduación se enmarca en el área de Diseño de Interiores y la categoría elegida es Proyecto Profesional. La línea temática abordada es Diseño y producción de objetos, espacios e imágenes, y tiene como objetivo el diseño de la Unidad de hospitalización para pediatría en la Clínica del Valle, un establecimiento privado en la ciudad de Comodoro Rivadavia, en la provincia de Chubut.

El presente proyecto de grado se originó luego de conocer el proyecto “Del otro lado del árbol”, en el cual Paula Kriscautzky, madre de Pilar, una niña que falleció de cáncer terminal en la Clínica del Niño de La Plata, quiso homenajear a su hija cumpliendo el sueño que ambas habían forjado mientras pasaban largas horas en la sala de internación leyendo los libros favoritos de la niña.

La falta de contención emocional de los médicos frente a la muerte que se acercaba, la carencia de diseño y la posibilidad de distracción y juego en la clínica, la pelea para que el lugar donde Pilar estaba internada no se convirtiera en una tumba anticipada y que un niño no deja de ser un niño aunque este hospitalizado fueron la base para crear Del otro lado del árbol, una biblioteca que tiene un espacio físico, pero que también acerca sus libros a hospitales y clínicas donde niños y adolescentes esperan la cura o el tratamiento a una enfermedad determinada. Esta fue la forma que encontró Kriscautzky para que otros niños y sus familias no vuelvan a pasar por lo que ella y su hija habían sufrido. (Montero, 2013).

De esta forma, el presente proyecto de grado, toma la iniciativa de diseñar una unidad de internación pediátrica humanizada, para que los niños hospitalizados no dejen de ser chicos, para que puedan divertirse y distraerse en ese momento traumático y para que el vínculo con su familia siga siendo tan fuerte como siempre, inclusive en el espacio de salud.

El hospital pediátrico debe ser un lugar capaz de dar respuesta eficiente a las necesidades de atención sanitaria del niño, pero también a otro tipo de necesidades del paciente pediátrico que afectan a su bienestar. El modelo tradicional de diseño de los servicios hospitalarios de este tipo ha estado centrado exclusivamente en dar respuesta a las necesidades de diagnóstico y tratamiento médico. El resto de necesidades de los pacientes pediátricos, en la práctica, se trataban como secundarias o auxiliares, de manera que su consideración a la hora de gestionar estos servicios era muy escasa, a veces nula. (Ullán y Manzanera, 2009).

La evolución del perfil social y demográfico de la población, repercute de forma directa en la estructura y problemas de salud de la sociedad. De tal modo, los cambios en el estilo de vida, la urbanización intensa y el constante ajetreo del accionar diario, entre otros, tienden a crear nuevos inconvenientes en la sanidad.

Por tal motivo, en la actualidad, la salud debe mirarse desde una perspectiva más amplia, incluyendo las nuevas tecnologías y avances que constantemente se originan. El espacio de sanidad ya no es más lo que era antes, en donde la estadía de los pacientes consistía en que los mismos solo sean tratados o curados. Hoy en día, se intenta que los pacientes se sientan cómodos y contenidos en el espacio donde deben internarse y que su estadía en el hospital o clínica privada no sea un momento traumático. La humanización de los espacios de la salud, plantea el diseño de los mismos según las necesidades de los pacientes, y a la vez permitir que los trabajadores de la sanidad puedan realizar sus tareas de manera eficiente, segura y contenida.

Para ello, se debe definir que es el diseño como disciplina, y como el mismo puede ayudar al ser humano a tener una mejor calidad de vida.

S. Bayley, (1994) crítico británico de diseño manifiesta que el contexto que dio origen al diseño como disciplina, venía gestándose desde el siglo XVIII como respuesta al procedimiento industrial y a las técnicas de producción en serie, desarrollados

principalmente en el entorno de la cultura británica debido a factores políticos, económicos y sociales que no poseía el resto de Europa. Fue Gran Bretaña la primera en afrontar las consecuencias sociales de la Revolución Industrial y fue también el lugar donde surgió la reflexión crítica sobre el diseño.

Mosquera (1989), explica que, aún mucho tiempo después de ser practicado, el diseño no había sido objeto de una definición. Se producía una confusión al extender el significado de la palabra arte para abarcar la nueva actividad. La imprecisión correspondía entre lo estético y lo artístico. Por consiguiente, el diseño surge de la estética de la industria, que se diferencia del arte y es autosuficiente y desinteresada de fines materiales concretos.

El diseño se diferencia del arte porque es un bien de uso, que tiene requerimientos económicos, constructivos, funcionales y estéticos y que se conciben de una forma integral para el usuario. (Mosquera, 1989).

El arquitecto y diseñador Alvar Aalto y el diseñador de la Bauhaus (escuela de arte y oficios) Marcel Breuer, utilizaron nuevas técnicas para el diseño.

Aalto realizó experimentos sobre la flexibilidad de la madera, investigó el revestimiento de chapa y los límites del contraenchapado. Estaba convencido de que el diseño debía ayudar a los seres humanos y rechazaba los materiales artificiales como el tubo metálico, que, en su opinión, no satisfacía la comodidad. (Charlotte & Peter Fiell, 2005)

Aalto afirmó: “El mejor comité de estandarización del mundo es la misma naturaleza, pero en la naturaleza la estandarización tiene lugar principalmente en las unidades lo más pequeñas posibles, en las células. El resultado son millones de combinaciones flexibles en las que nunca podemos hallar el estereotipo.” (Andrei Gozak, 1981, p.78).

Göran Schildt (1987) relata que Alvar Aalto sostenía que el diseño no debía únicamente cumplir con la función del objeto, sino que también debía cumplir con las necesidades psicológicas del usuario, y que la mejor manera de conseguirlo era utilizando materiales

naturales, especialmente la madera, el cual creía que era un material muy humano por la gran cantidad de formas que se podían crear con él.

Marcel Breuer se inspiró en el metal tubular para el diseño de sus sillas basándose en su bicicleta *Adler*. Creía que este material ofrecía grandes ventajas, precio accesible, higiene y una elasticidad que proporcionaba confort, y consideraba que sus diseños, como la silla *Vassily* o el sillón *B55* eran un equipamiento esencial en la vida moderna. (Charlotte & Peter Fiell, 2005, p.134)

Penny Sparke (2011) decana y profesora de Historia del Diseño en la *Kingston University* de Londres, dice que el diseño constituye hoy uno de los principales motores de la cultura así como el más poderoso instrumento para reconfigurar una de las preocupaciones clave de la contemporaneidad: la identidad individual y social. Se vive en una sociedad modelada en gran medida por el diseño y, este proceso de ideación y producción profesional penetra en lo cotidiano de tal manera que su omnipresencia lo torna imperceptible.

Pero, ¿qué es un acto de diseño entonces?

Según G. A. de León (2012), en sentido amplio y antropológico, resulta legítimo considerar como acto de diseño a cualquier actividad humana, individual o social que incluya de manera deliberada la variable tiempo –en futuro, por supuesto– como condición necesaria de tal actividad dando por supuesto que tal proyecto posee un razonable grado de factibilidad. En este sentido, se entiende como acto de diseño el proyecto y puesta en práctica de un designio, de la índole que fuere, mediante el trabajo –propio, ajeno, manual o intelectual– en el interior de un escenario social determinado.

El diseño de interiores son intervenciones que hace un especialista en la materia, y que cumplen con tres principios esenciales, y es que los espacios deben ser funcionales, estéticos y de confort. Estas intervenciones se relacionan con el manejo tridimensional de superficies en cuanto a sus formas, proporciones, estilos, colores, iluminación, texturas, transparencias, equipamiento, tecnología, mobiliario y objetos.

El desarrollo del estudio del diseño interior benefició favorablemente todos los espacios interiores en los cuales la sociedad pasa la mayor parte del día. Estos lugares son la vivienda, los espacios de trabajo, de ocio, recreación y de estudio.

En Argentina, hay un espacio que ha sido notoriamente relegado por el diseño de interiores y al que debería prestársele más atención, el diseño de interiores de los espacios sanitarios.

¿Por qué en las clínicas y hospitales no se le da importancia al diseño? ¿Por qué no existen muebles confortables para el paciente y su familia? ¿Por qué la ambientación de los espacios de sanidad suele generar aburrimiento y malestar? ¿Por qué no hay diferencia entre los espacios para los pacientes adultos y los pediátricos? Y por último, ¿Cómo influye en el estado de ánimo del paciente y para su recuperación que estos espacios no estén acondicionados y ambientados para la mejora del enfermo?

El diseño interior de los centros para la salud exige cada vez más una proyección óptima de sus espacios para cumplir con una serie de requisitos impuestos por las cambiantes exigencias tecnológicas, tanto de equipamiento, mobiliario y circulación, como de los criterios de atención. Específicamente para el cuidado de la salud, los profesionales, en cuanto a diseño para esta área, hacen énfasis en la selección de materiales, texturas y colores apropiados. En la actualidad se busca que tanto los pacientes como sus familiares y el personal médico se sientan cómodos en todo momento y que los espacios diseñados favorezcan y estimulen el proceso curativo.

Con respecto al tipo de proyecto, cabe mencionar que el presente proyecto de grado es de carácter teórico práctico, teniendo en cuenta que su objetivo general es obtener información para la solución al problema del diseño de la unidad de hospitalización pediátrica, elaborando un diseño adecuado para la misma.

Este proyecto parte de una hipótesis y de un interrogante a situaciones de la realidad en donde se reconoce un problema y se lo abarca. El problema puede ser enunciado en estos términos: ¿cuáles son los recursos y soluciones en base al diseño interior que se pueden aportar en los espacios sanitarios, más específicamente en el espacio de internación de pediatría, para obtener sensaciones diferentes que sean favorables para el proceso curativo y para el bienestar del niño?

Para lograr las respuestas al problema citado, se llevaron a cabo diferentes técnicas de investigación, tales como la observación, el trabajo de campo y el estudio de casos con el fin de conocer como son en la actualidad las salas de internación, tanto en centros sanitarios públicos como privados.

Para sustentar de manera teórica el presente proyecto de graduación, se estudiaron textos de los siguientes autores: sobre la temática de centros sanitarios, sus antecedentes y tipologías se citó a: Czajkowski (1993), Dal Bó (2008), Feal (2006), Barrionuevo (1987), Sartorio y Evans (2000).

Para aproximarse al concepto de humanización se consultó a: Aalto (1978), Cedres de Bello (2000), Hovards y Strauss (1997).

Para estudiar al niño y sus cualidades psicológicas se citó a: Bruner(1999), Koffka (1952), Stern (1930), Shapiro y Gerke (1928), Vygotski (2009).

El presente Proyecto de Graduación se dividirá en cinco capítulos. El capítulo uno se centrará en los antecedentes de la arquitectura y el diseño en materia de la sanidad mundial. El capítulo dos se concentrará en el usuario, más precisamente los niños y cómo repercute la percepción que tienen del espacio que los rodea en su bienestar. El capítulo tres desarrollará los estudios de casos de las unidades de pediatría de Capital Federal, como son y que debería cambiar y se estudiarán diversos casos para poder desarrollarlo.

El capítulo cuatro se centrará en el espacio físico, color, materiales y texturas, los aciertos y prohibiciones en relación a las salas de internación pediátricas. El capítulo cinco se centrará exclusivamente en el proyecto de diseño de las salas de la unidad de internación para Clínica del Valle.

Para la indagación del presente trabajo de grado, fueron consultados varios proyectos de graduación aprobados en la Universidad de Palermo. Cabe destacar, que no se encontraron antecedentes en relación al tema tratado en esta tesis: Diseño de una unidad de hospitalización para pediatría. Por lo tanto, se explican los proyectos que fueron consultados, la mayoría en referencia a tema sanidad, niñez y herramientas del diseño.

A continuación se hará un análisis de los proyectos de graduación de fueron consultados como antecedentes para la investigación de este trabajo de grado.

El trabajo de N. Moure (2011) se relaciona con el presente proyecto de grado por desarrollar el diseño de interiores en habitaciones infantiles. Si bien el trabajo está enfocado en habitaciones de viviendas, se relaciona de alguna manera por beneficiar la estimulación del niño utilizando herramientas del diseño de interiores. Por el mismo motivo se toma a M. Passarelli (2011), por utilizar el diseño para mejorar las habitaciones de personas autistas, y se relaciona con el presente proyecto ya que se centra en el diseño para una persona enferma. También se cita a D. Ashardjian (2011), por el diseño e intervención en habitaciones infantiles, y su relación con la pedagogía en cuanto a cómo reflejar la personalidad del niño en su espacio.

El proyecto de R. Babsky (2012), tiene un estrecho vínculo con el presente trabajo de grado ya que trata sobre el diseño en la arquitectura hospitalaria. Aunque el trabajo se centre en el diseño de salas de espera para terapia intensiva, se pudieron rescatar varios aspectos de relación, como los materiales de construcción y otras herramientas del diseño como colores y texturas, que también son utilizados en las salas de internación de pediatría.

Se toma a M. Brizuela (2010), por la relación que existe entre los consultorios odontológicos pediátricos que ella plantea y las salas de internación para niños. Si bien un consultorio es un espacio de paso, y las salas de hospitalización es un lugar donde el niño pasa más tiempo, se lo vincula por el hecho de diseñar espacios sanitarios pediátricos.

El trabajo de S. Gauna (2012) se toma como antecedente y se vincula desde el lado de la pedagogía, y sobre como la percepción influye en el accionar del niño. Asimismo, M. Llopis Durando (2011) reconoce en su trabajo la importancia del diseño de interiores y el espacio en la conducta del niño.

Se tomó también como antecedente a M. Medialdea (2012) porque se asocia con el presente proyecto de grado desde el lado de la estimulación para el niño utilizando el diseño de interiores como herramienta.

Asimismo, se vincula el trabajo de M. Figueredo Oria (2011), por utilizar el diseño de interiores para brindar un servicio a la comunidad, tal como propone este proyecto de grado.

El trabajo de S. Bangiole Bernárdez (2012) se vincula desde el lado de cómo utilizar los colores en el diseño. Para el presente proyecto de grado, se tomó por como los colores pueden ayudar en la recuperación de los pacientes.

Finalmente se expondrán las conclusiones que se obtuvieron mediante la concreción del trabajo y se fundamentará todo lo indagado en el presente proyecto de grado con el proyecto de diseño.

Capítulo 1: Antecedentes de arquitectura y diseño hospitalario

Según la OMS (1957) el centro de atención hospitalario es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar.

Un hospital es la edificación o serie de edificaciones dedicadas a prestar una determinada forma de asistencia sanitaria. De ser una nave-depósito de enfermos y desamparados en la época de las cruzadas o una de las alas palaciegas en el Renacimiento, el hospital ha pasado a ser hoy en día uno de los edificios más complejos y tecnificados, una auténtica "máquina de curar" dominada por complejos sistemas de instalaciones y servicios técnicos. (López Mihura M. y Romero Teijo S., 1997, p. 31).

El centro hospitalario ha pasado a ser hoy en día una de las edificaciones más complejas, dominada por grandes sistemas de instalaciones y servicios técnicos. El hospital es probablemente una de las instituciones sociales que ha ensayado más cambios durante la historia, ya que enfrenta desde tiempos remotos un amplio panorama de interrogantes con respecto a la comunidad, avances en la ciencia médica, especialización, y adelanto de las formas y materiales usados en la construcción.

Es por ello, que para el diseño de un edificio especializado en sanidad deben estudiarse diversos factores funcionales, con el único fin de establecer un correcto orden de los diferentes espacios, circulaciones y servicios.

Cifuentes Canales (2008) explica que acondicionar un hospital es muy complejo, porque se trata de prestar servicios de salud de forma simultánea y en cadena a diferentes enfermos, en un ámbito de varios servicios o disciplinas, sin dejar de lado la identidad de los mismos.

La arquitectura y el diseño de los centros asistenciales para la sanidad ha ido progresando y evolucionando de acuerdo con los continuos estudios de las ciencias médicas y el descubrimiento de nuevas patologías. Así como también, desarrollándose

de acuerdo con las nuevas tecnologías que iban apareciendo y con los cambios que la sociedad iba generando.

1.1: Tipologías de espacios sanitarios

Las primeras referencias que se observan con respecto a la arquitectura sanitaria mundial se remonta a edificios en el S. X que consistían de una sola planta y un patio central, que diseminaba pasillos como si fueran rayos de sol, los cuales terminaban en habitaciones donde se agrupaba a los pacientes según las dolencias que estos sufrían, ya que no eran edificios diseñados para tal fin. Dado a la época, se construía con los pocos materiales que por ese entonces se conseguían. Los espacios sanitarios eran edificaciones de piedra caliza blanca, suelos de piedra y paredes revocadas.

En el S. XVI, es cuando comienzan a surgir diferentes tipologías de construcción de espacios sanitarios, y surge el modelo tipo claustral que son ni más ni menos construcciones monacales adaptadas a funcionar como espacios para la sanidad en las guerras del medioevo.

Una de las primeras edificaciones que fue construida especialmente para destinarlo a hospital fue el Hospital Mayor de Milán. Se constituía por varias salas que estaban separadas por un patio en donde se localizaba la basílica y se definían mediante galerías que cumplían la función de núcleos circulatorios para pacientes y médicos.

El arquitecto J. Czajkowski (1993) explica que en el S. XVII, los centros asistenciales adoptan una nueva planta, de trazado radial, con una cúpula en el encuentro de las diferentes naves. Este modelo se denominaba estrellado ya que consistía en concentrar las vistas de las diferentes naves de hospitalización desde un solo control central. Algunos referentes de este tipo de construcciones fueron los arquitectos Enrique Egas y Benito Bails., que proponían este modelo como el más conveniente para un edificio de este tipo.

Según el Tratado de la arquitectura civil de Bails, el modelo estrellado o en cruz propone mayor intimidad para los pacientes así como también mayor fluidez y asistencia más rápida, y debía contar con aire puro, aguas salubres abundantes, asistencia y fácil limpieza. (López Mihura, M.; Romero Teijo, S., 1997).

Un siglo más tarde, aparece el modelo de hospital pabellonario, que proponía la separación de las diferentes naves para lograr más independencia, y la posibilidad de separar cada ala del edificio en función de las diferentes enfermedades en un claro eje de simetría.

Esta tipología de construcción, tiene el primer antecedente en el Hospital de San Bartolomé de Londres, en el año 1730, con el claro objetivo de separar las patologías en diferentes edificios y de esa manera poder controlar las epidemias que se desataban dentro de los establecimientos.

Esta concepción edilicia se apoyaba en las teorías de los higienistas que veían en el aire al mayor vehículo de contagio de las enfermedades. Es así que la separación y clasificación de enfermedades se daba en distintos pabellones articulados por circulaciones descubiertas en torno a extensos parques. La separación de estos pabellones en algunos casos alcanzaba los 80 metros. (A pesar de esto las pestes de hospital siguieron desatándose sin control.) (Czajkowski, J, 1993).

Actualmente, esta tipología de construcción es la menos favorable, ya que posee la mayor cantidad de circulaciones, y las largas distancias que deben ser recorridas tanto por médicos, pacientes y personal hacen de ella la menos aconsejable.

De esta manera, esta concepción de construcción, comienza a modificarse en el S. XIX, ya que mientras que las teorías sanitaristas promovían una mayor separación de pabellones de acuerdo a las enfermedades, los caminos que se debían recorrer a la intemperie y el clima desfavorable, hicieron que los diferentes pabellones que antes estaban separados, ahora tendieran a unirse con largas circulaciones.

Siguiendo con la teoría del autor, en 1860, la Escuela Alemana impulsa la tipología de pabellones ligados por circulaciones abiertas, ya que se seguía sosteniendo que las diferentes alas de los hospitales debían estar aisladas entre sí.

Luego, al ver que el modelo anterior continuaba sin resolver los problemas de infecciones, se promueven las tipologías de pabellones ligados por superficies semi cubiertas, la cual sirve de antecedente a las teorías sanitaristas de la Academia de Ciencias de París, y la de pabellones coligados por circulaciones semi cubiertas, que ya son construidos bajo las ordenes de la Academia de Ciencias de París.

Más tarde, aparece la tipología de pabellones ligados por circulaciones cubiertas, la cual fue impulsada por la Escuela Inglesa.

Por último, la Escuela Alemana desarrolla la tipología que concluye con este modelo, que respondía a la de pabellones ligados por circulaciones subterráneas, que servía para contener las instalaciones sanitarias, calefacción, agua y desagües, y permitiendo además que por estos recorridos transite también la comida, los cadáveres, médicos y auxiliares sin sufrir las condiciones climáticas.

Sin lugar a dudas, existía una fuerte discusión en Europa en cuanto a cómo debían ser los hospitales. Por un lado, la Escuela Alemana sostenía que los pabellones debían seguir siendo aislados, promoviendo una mayor separación de las patologías de los enfermos. Por otro, en Francia, ya se empieza a observar una tendencia a querer unir las alas del hospital, ya que se veía que las pestes dentro de los hospitales seguían propagándose, y afectaba a la curación de enfermos el hecho de tener que transitar al descubierto largos caminos. Por último, es la Escuela Inglesa la que entiende que las circulaciones debían ser cubiertas para favorecer la cura del paciente, y el trabajo de los médicos.

A finales del S. XIX, los arquitectos Durán y Gauthier comienzan a plantear un nuevo modelo de centro asistencial, el denominado hospital de colonias, que consistía en áreas aisladas y paralelas. Este concepto de hospital respondía a la especialización por patologías, algo que ya había sido planteado con anterioridad en los hospitales pabellonarios, pero también al control y aislamiento y ascetismo del paciente. (López Mihura, M. y Romero Teijo, S., 1997).

Ya más cercano a nuestra época, en el siglo XX, a partir de los avances de la tecnología constructiva, como así también de la tendencia de racionalización de recursos, en donde se comienza a optar por concentrar los centros asistenciales en bloques u hospitales verticales, para la disminución de recorridos como así también de calefacción, luz y limpieza. No solo se buscaba un ahorro de energía, sino también de personal.

Los arquitectos J. Czajkowski (1993), Javier Sartorio y Jhon Martins Evans (2000) coinciden en que de esta manera, se origina en los Estados Unidos con la Escuela de Chicago, la tipología monobloque que consistía en grandes edificios en altura, que surgen especialmente a partir del desarrollo de estructuras de acero y hormigón armado. Como principales características de esta tipología se ven que las circulaciones verticales son siempre por medios mecánicos, ya sea desde ascensores para pacientes y personal como así también montacamillas, montaplatos y hasta las descargas por gravedad de residuos y aguas servidas.

Otra propiedad exclusiva de la tipología monobloque, es la unificación de servicios específicos en la misma unidad edilicia, ya sea electricidad, calefacción, agua y oxígeno, reduciendo claramente recorridos inútiles que eran muy utilizados en las construcciones pabellonarias.

En 1920, gracias a los continuos desarrollos y perfeccionamientos de las técnicas de construcción, fue posible la construcción del Hospital de la Quinta Avenida en la ciudad de Nueva York. Es una edificación que contaba con diez pisos en total, que fue planteado en forma de cruz, en donde el núcleo estaba apoderado de las circulaciones verticales y las dependencias de servicio, mientras que en las alas se distribuían las salas de internación.

En las décadas siguientes, se continuó desarrollando esta tipología, y es un ejemplo en nuestro país el Hospital Churruca, construido en el año 1941, por los arquitectos Antonio y Carlos Vilar, Martín Noel, Manuel Escasany y Pedro Fernández Saralegui. El mismo es un edificio de tipología monobloque, de planta rectangular de 123,30 m. por 15,10 m. con

circulación central y once pisos. Este hospital era un claro ejemplo del proceso de modernización que venía sufriendo la ciudad de Buenos Aires desde la década del veinte y cuyo núcleo estético se hallaba en la idea de abstracción. De esta forma, se experimenta el claro racionalismo, la eliminación de rasgos históricos que tan utilizados habían sido en la época neo colonial, y dejando expuesta las características constructivas de los materiales utilizados.

Sin embargo, Sartorio y Evans (2000) explican que en los años veinte todavía se seguía desarrollando la tipología de pabellones, ya que se creía que con habitaciones más pequeñas podían organizarse a lo largo de un corredor y de esta manera mejorar la higiene de los edificios hospitalarios.

Otra tipología de construcción de centros para la sanidad es el modelo polibloque, que se desarrolla en varios bloques de altura que pueden o no estar unidos entre sí. Habitualmente se designa un bloque principal, que es utilizado en muchas ocasiones como hospital autónomo de los bloques auxiliares, en donde pueden concentrarse servicios secundarios, tales como diagnóstico u hospital de día.

El modelo bloque basamento surge en la década del cincuenta como avance del modelo monobloque, intentando lograr la separación del personal y enfermos por un lado, y consultas de pacientes por otro. De este modo, se dedicaban los dos primeros pisos del edificio para servicios ambulatorios, diagnóstico y hospital de día, dejando liberados los demás pisos para las salas de internación, cirugía y terapias.

La última tipología de modelo en bloque es el modelo bi bloque coligado, en el cual se independizan dos edificios, uno de baja altura que se dispone para atención al público y otra construcción en altura que es la dedicada a internación, cirugías y diferentes terapias, ambos unidos por diferentes circulaciones.

En la década del sesenta, se observa el último y más moderno modelo de construcción, que es el denominado modelo sistémico. Esta tipología propone una flexibilidad en el plano que los demás modelos no permitían, apoyado en el programa arquitectónico

abierto, que posibilita desarrollar cualquier servicio que se desee. El mismo surge del problema que existía en los monobloques, que eran sistemas compactos y no se adaptaban a los cambios.

Un claro ejemplo de esta tipología en la ciudad de Buenos Aires es el Hospital Nacional de Pediatría Dr. Garrahan, construido por los arquitectos Aftalión, Bischof, Egozcué, Vidal, Do Porto y Escudero. Este centro de salud es el principal hospital público destinado a la pediatría en la República Argentina y fue inaugurado en el año 1987.

El hospital cuenta con aproximadamente 110.000 metros cuadrados de superficie cubierta y se centralizó en torno a la gran circulación principal conectando las calles Pichincha y Combate de los Pozos.

Las distintas partes del programa requerido fueron pensadas como áreas organizadas e interconectados por ejes de circulaciones. De esta manera, pacientes internos, público de visitas, personal y abastecimiento de materiales nunca pudieran transitar por el mismo eje de circulación. Dividido en dos plantas que se desarrollan a lo largo de este eje principal, e interconectadas por una red de rampas y pasarelas vidriadas, existe también un entrepiso técnico que distribuye y almacena las redes de instalaciones varias, separándolas de los niveles de uso cotidiano para el mejor acceso y manejo de los sistemas de agua, luz, gas, etc.

En la actualidad, se observa que las tipologías de construcción que se utilizan son variadas, dependiendo del lugar en donde sean construidas.

Un claro ejemplo de esto es el Sanatorio de los Arcos, y La Trinidad Palermo, dos establecimientos de salud privados que están ubicados en pleno barrio de Palermo de la Ciudad de Buenos Aires. Ambos fueron construidos con la tipología polibloque, teniendo en cuenta que no contaban con demasiada extensión de terreno para extenderse hacia los costados. De esta forma, se desarrollaron en varios bloques de torres que están unidos internamente por circulaciones horizontales. Ambos cuentan con un cuerpo

principal, que es el que alberga las salas de internación, y en los bloques restantes se encuentran consultorios externos, servicios de diagnóstico, farmacia, etc.

Una clara diferencia se ve evidenciada en el Hospital Austral de Pilar, que además de ser hospital cuenta con una universidad, por lo cual debía albergar a mayor cantidad de personas. El hospital fue construido con la tipología monobloque, ya que cuenta con un núcleo principal ocupado por el conjunto circulatorio vertical y las dependencias de apoyo, y dos alas hacia ambos lados del núcleo que son las que albergan las salas de internación y los servicios secundarios del hospital. A su vez, en el mismo terreno pero en otro edificio, muy cerca de allí, se encuentran las residencias para estudiantes y médicos. El terreno en donde fue construido el hospital puede categorizarse como tipología sistémica, ya que se observa una clara flexibilidad en la planta de acuerdo a las edificaciones que se construyeron.

Los modelos tradicionales de centros hospitalarios han estado centrados en brindar una respuesta a las necesidades de atención y tratamiento médico. Pero hoy en día, existe además, la importancia de que los centros de sanidad den respuesta a las necesidades psicológicas y emocionales de los usuarios, ya sean pacientes, familiares de los mismos o empleados del hospital.

1.2: Humanización de la salud y el espacio sanitario

José Carlos Bermejo Higuera declara: “La humanización de la salud es considerar al ser humano en estado global, en su dimensión física, intelectual, emocional, relacional o social y espiritual”. (Rivero González, J. 2012).

Claudio Cifuentes Canales (2008) explica que el objetivo del hospital es y va a seguir siendo el ser humano, por lo tanto el centro de salud debe adaptarse a él, y no viceversa. El centro de salud es la combinación de aspectos tecnológicos y humanos, que aparentemente parecen contradictorios.

El autor añade que el espacio de salud debe ayudar a que el cuerpo tenga salud. No solo brindando un diagnóstico médico para poder tratar una enfermedad, sino que también, el espacio físico debe contribuir a mejorar el estado de ánimo del paciente.

Existen características en el trabajo de la salud que hacen suponer una deshumanización en la práctica de la misma. Una manifestación habitual de deshumanización es que el paciente hospitalizado pierde sus cualidades personales, como el nombre, y pasa a ser llamado por la enfermedad que padece o por el número de habitación en la que se encuentra.

Otro rasgo característico es la carencia de acercamiento personal que tiene el médico o enfermero con el paciente. El personal del hospital tiende muchas veces a no involucrarse con los sentimientos y emociones del paciente y termina por crear una relación de indiferencia, cuando la misma debería ser de extrema confianza.

Asimismo, el no respetar los derechos del paciente constituye también a la deshumanización de la salud. El personal del centro de sanidad debe además de cuidar la salud del enfermo, velar por sus derechos principales, seguridad y privacidad.

La palabra humanización comprende todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario en un establecimiento de salud. Esto significa que el usuario, está en el centro de cada decisión de diseño, no solo como un productor de requerimientos funcionales, sino como una expresión de los valores humanos que deben ser considerados. (Cedrés de Bello, 2000, p. 93).

La humanización es un cambio notable en la arquitectura de la salud, y surge como necesidad de que el paciente no solo sea curado o tratado en el espacio sanitario, sino también de que se valoren sus emociones, de no sentir que el espacio es hostil, que este cómodo, en ambientes agradables que presenten diseño y que el mismo contribuya en la recuperación del enfermo.

Asimismo, este cambio tiene como base una vinculación con el otro en toda su integridad, considerando la vulnerabilidad del paciente frente a la enfermedad, la emoción y angustia

por no ser cuidado como corresponde, de no ser escuchado, informado, valorado y considerado.

El propósito de la arquitectura sigue consistiendo en armonizar el mundo material con la vida humana. Alvar Aalto sostenía que la nueva fase de la arquitectura moderna intenta proyectar los métodos racionales desde el ámbito técnico al terreno psicológico y humano. (Aalto A., 1978)

Cuando se habla de entornos sanitarios más humanos se hace referencia a las características de diseño, espaciales, físicas y funcionales que deberían tener los espacios de salud para ser considerados como un lugar más ameno y curativo, y aumentar la calidad de vida de los usuarios de los centros de sanidad. La arquitectura y el diseño constituyen uno de los medios para la recuperación del paciente.

El *healing enviroment* o ambientes curativos son espacios diseñados especialmente con el único fin de reducir el estrés, amenizar el proceso de internación y optimizar el entorno del cuidado del paciente.

Augusto Guelli (s.f.) explica que para atender los objetivos del *healing environment*, un estudio realizado en Inglaterra por la Facultad de Arte y Diseño de la Universidad Metropolitana de Manchester, recomienda que la arquitectura de los equipamientos de salud, cuando se enfoca a la percepción y necesidades de los pacientes debe, además de estar adecuada técnica y funcionalmente a la adecuada atención de la salud, proporcionar privacidad, soporte social, confort, opciones de control en el uso del espacio, acceso al ambiente externo, variedad de experiencias, accesibilidad y comunicación.

A medida que la ciencia avanza, y los hospitales tienen la necesidad de incrementar el número de aparatología, servicios de diagnóstico y equipos de información, los centros de sanidad se vuelven fríos ante la percepción de los pacientes.

Bruner (1999) declara que los hospitales deben dar respuestas a las necesidades psicológicas y emocionales de los usuarios del mismo, ya sean pacientes, familiares o empleados. En el caso de los hospitales pediátricos, es fundamental que el centro de sanidad las brinde, ya que el desarrollo fundamental del ser humano se produce desde el

nacimiento hasta los catorce años.

Sonia Cedrés de Bello (2000) explica que a través del diseño de interiores se pueden incitar o retraer comportamientos de los individuos, pero que sin embargo no se puede ignorar los principios socioculturales de los individuos que provienen de su hábitat. Estos factores determinan los patrones de conductas aprendidos durante la vida de una persona.

La autora afirma que los niveles del bienestar social incluyen luz, vivienda, vialidad, alimentación, educación, para que aquellas enfermedades consideradas evitables, en el actual estado de conocimiento, se reduzcan o desaparezcan.

Claudio Cifuentes Canales (2008) explica que el espacio hospitalario específico, como la sala de hospitalización, sufrieron un proceso de disfuncionalidad. La sala de internación quedó indefinida, un espacio en que la restitución de salud solo depende de los artefactos que se instalan en ella y no del espacio en sí.

Cifuentes Canales (2008, p.8) declara:

En las salas de hospitalización el enfermo es atendido y observado en su proceso curativo, asemejándose cada día más a bloques de hotelería con estaciones de curación anexas. (...) Cada dependencia física debe ser analizada en cuanto a: cualidad, especificación y tamaño de la envolvente constructiva; enumeración, articulación y caracterización de los equipos y requerimientos del espacio para las actividades que allí se realizarán.

Ullan y Belver (2008) sostienen que cuando los pacientes tratados son pediátricos, se debe partir del reconocimiento de las necesidades esenciales de los mismos y sus familias, y de la forma que tienen los niños de interpretar y dar sentido al entorno que los rodea.

El niño tiene una característica psicológica fundamental que es su gran capacidad y sentido de la observación y percepción, con la cual interpretar lo que sucede a su alrededor. A su vez, desde esa observación es que los niños adquieren conocimientos. No se debe olvidar su capacidad de imaginación, creando constantemente situaciones de indagación y aprendizaje, que almacenan en su memoria.

El presente capítulo, se centró principalmente en darle al lector una introducción sobre las tipologías de centros de sanidad y como los mismos fueron evolucionando con el paso del tiempo. También, en como los hospitales cambiaron su perspectiva, y lo que antiguamente era solo un espacio de curación y tratamiento, frio y hostil, es hoy un lugar con valores humanos, diseñados especialmente desde la humanización del espacio sanitario, utilizando la arquitectura y la ambientación como una forma de ayuda y contención para el paciente hospitalizado.

El próximo capítulo, se centrará en el niño como usuario hospitalario, y se hará un extenso análisis sobre cómo influye la observación en la percepción que tienen del espacio en donde se encuentran, y como estos pueden ayudar en el estado anímico, procesos curativos y recuperación del paciente.

Asimismo, se analizan espacios hospitalarios pediátricos humanizados del exterior, con el fin de justificar como la percepción que tiene el niño de los hospitales no debe ser un lugar de hostilidad, sino un espacio de juego, recreación e imaginación.

Capítulo 2: El niño, la percepción y el diseño

Este capítulo se concentrará exclusivamente en el niño y la característica psicológica principal que ellos tienen, la observación, y cómo llega a la percepción. Se distinguirán diferentes aspectos de la percepción tales como el lenguaje y el movimiento, así como también se dedicará un sub capítulo a instituciones de salud que hacen hincapié en la percepción del niño para el diseño interior de espacios pediátricos.

Se considera importante hablar de percepción en este capítulo porque es la capacidad que tiene el ser humano de recibir sensaciones e impresiones por medio de los cinco sentidos. Será muy importante para el niño, su recuperación y bienestar, la percepción que tenga del ambiente en donde estará internado. De todos modos, se la abordará desde la perspectiva de un diseñador de interiores y no desde la de un psicólogo, considerando que si se lo toma desde el lado del diseño ayudará para el proyecto profesional que se planteará en el capítulo cinco.

El niño le da sentido al entorno que lo rodea mediante la observación y lo que percibe de ella. Por lo tanto, se busca que los pacientes tengan la sensación de que están en un espacio amistoso y que la internación sea lo menos traumática posible.

Flavio Morán, docente de Universidad ORT y especialista en arquitectura hospitalaria afirma que el concepto de que los espacios pediátricos sean más domésticos y amigables llega de la mano de la humanización de los hospitales y de que la sanación no solo es física, sino también emocional, ya que los estímulos exteriores favorecen a la recuperación. (Rivero González, 2012).

La relación del niño con el mundo y el entorno comienza con el juego. Si se lo observa mientras juega, se ve que es un actor, que imita, imagina, dramatiza todo lo que ve del mundo de los adultos, sus actitudes y actividades. El niño percibe todas las situaciones que ocurren a su alrededor.

La percepción es un fenómeno que se manifiesta de distintas maneras en uno u otro individuo. El proceso de la resolución de un problema está básicamente determinado por la percepción.

Según la RAE (2010), el término percepción deriva del término latino *perceptio* y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir. Es una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

Se define como percepción al proceso cognoscitivo por el cual los individuos son capaces de interpretar su entorno y actuar en consecuencia a los estímulos que reciben. Se trata de poder organizar de manera adecuada los estímulos que genera el ambiente y darles un sentido. De este modo, lo siguiente que hará el individuo será producir una acción en consonancia con el estímulo.

Para la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar y esclarecer los estímulos que llegan desde el exterior valiéndose en los sentidos.

Vygotski (2009) indica que una característica fundamental de la percepción humana es la percepción de objetos reales. Refiere a que desde edad muy temprana, la persona no ve el mundo simplemente con formas y colores, sino que también lo percibe con sentido y significado.

Esto indica que toda percepción humana consiste más que nada en percepciones categorizadas que en percepciones aisladas.

Otra característica en la percepción del niño es el sentido del color.

El color, según Sir Isaac Newton, es una sensación que se produce en respuesta a una estimulación nerviosa del ojo, causada por una longitud de onda luminosa. El ojo humano interpreta colores diferentes según las distancias.

Sin embargo, fue Goethe quien estudio las modificaciones fisiológicas y psicológicas que el ser humano experimenta ante la exposición de los diferentes colores.

Su investigación se centró en la piedra angular de la actual psicológica del color. Desarrolló un triángulo con los tres colores primarios y lo tuvo en cuenta como un diagrama de la mente humana, relacionando cada color con ciertas emociones.

Cada persona percibe el color de forma particular, pero al nombrar cada color cada persona asigna ese nombre a su forma de ver cada color. En el niño, su ojo funciona como un todo pancromático. Es como si buscara por primera vez en su mente y en su vista todas las diferentes posibilidades de integración de la luz.

En diversos estudios realizados por Vygotski (2009) se ha descubierto que el proceso de la percepción de los colores en los niños se realiza mediante pasos marcados y tiene un orden normativo y objetivo. Esto remite a cómo los niños descubren los colores. El orden en que se van identificando poco a poco la esencia de los colores que conoce el niño es el siguiente: rojo, verde, azul, amarillo, negro, blanco, naranja, rosa, café y violeta.

Los niños pequeños en general, tienen a inclinarse por la luz más blanca, preferentemente la luz natural. Esta es una clara diferencia con los adultos, ya que los mayores tienden a la búsqueda de las sombras. (Vygotski, 2009).

2.1: El lenguaje

El lenguaje se configura como aquella forma que tienen los seres humanos para comunicarse. Se trata de un conjunto de signos, verbales y no verbales, que a través de su significado y su relación permiten la expresión y la comunicación humana.

Ferdinand de Saussure (1945) define la lengua como parte fundamental del lenguaje y a la vez, un producto social y un conjunto de convenciones que son adoptadas por los

individuos y que permite ejercerlo. La lengua es algo adquirido y convencional, externo al individuo, ya que por sí mismo no la puede crear ni modificar.

Asimismo, define el habla como el acto de un individuo que realiza su facultad del lenguaje por medio de la convención social que es la lengua. El lingüista considera que el habla es una ejecución individual que se lleva a cabo mediante la fonación y la escritura.

La lengua es un sistema de signos, y lleva a Ferdinand de Saussure a concebir una ciencia como la Semiología, que el mismo definió en 1908 como “la ciencia que estudia la vida de los signos en el seno de la vida social”, y afirma que esta ciencia es un tema de la psicología general y su rama más importante es la lingüística. La Semiología domina los estudios relacionados al análisis de los signos lingüísticos, tanto los verbales como los no verbales.

Según la RAE (2010), la palabra signo deriva del vocablo latino *signum*, y se trata de un término que describe un elemento, fenómeno o acción material que sirve para representar o sustituir a otro.

Ferdinand de Saussure (1945) definió al signo lingüístico como la asociación más importante en la comunicación humana. Es la relación arbitraria entre un Significante o imagen acústica, y un Significado o una representación psíquica.

Un signo es una realidad que puede ser percibida por los sentidos humanos y que puede remitir a otro plano real que no está presente.

El lenguaje en la percepción es sumamente importante debido a que el habla desempeña un papel fundamental en lo que al resultado final se refiere que es la comunicación.

Gracias a los vocablos, los niños discernen diferentes objetos y comienzan a percibir el mundo no solo a través de sus ojos sino también a través del lenguaje verbal.

“Antes de llegar a dominar su propia conducta, el niño comienza a dominar su entorno con la ayuda del lenguaje. Ello posibilita nuevas relaciones con el entorno además de la organización de la propia conducta.” Lev S. Vygotski. (2009, p.48)

Titular los objetos con nombre es la función principal del lenguaje en los niños, ya que esto permite que seleccione un elemento e independizarlo de todo lo que está percibiendo a su alrededor.

Tal como sostenía W. Stern (1930), el reconocimiento de que los signos verbales poseen un significado y constituye el mayor descubrimiento en la vida del niño.

La memoria natural se caracteriza por el efecto inminente y contiguo de algo y la retención de experiencias actuales. Es muy cercana a la percepción ya que surge de estímulos externos e internos de los seres humanos.

Gracias a experimentos realizados con niños por R. E. Levina, estrecho colaborador de Vygotski, se pudo demostrar que para el niño hablar es tan importante como actuar para lograr algo. Su acción y su conversación son parte de una única y misma función dirigida hacia la solución del problema planteado. También determinó que cuanto más compleja resulte la acción, mayor es el desempeño del lenguaje. A veces, el lenguaje adquiere una importancia tal que si no se permitiera hablar a los niños, éstos no podrían realizar tareas. Con estas observaciones Vygotski llegó a la conclusión de que los niños resuelven tareas prácticas gracias al lenguaje, así como con la ayuda de sus ojos y manos. (Vygotski, 2009).

Shapiro y Gerke (1928) analizan que el pensamiento práctico de los niños es similar al de los adultos solo en ciertos aspectos y destacan el importante papel que desempeña la experiencia social en el desarrollo humano. Postulan que la experiencia ejerce su efecto a través de la emulación que realiza el niño de los adultos y de cómo los mayores hacen

uso de objetos y como los pequeños se sienten involucrados en determinadas actividades.

2.2: El movimiento en la percepción

Según Lev Vygotski (2009) el sistema de signos reestructura todo el proceso psicológico y capacita al niño para dominar sus movimientos. Al mismo tiempo, reconstruye el proceso selectivo sobre una base totalmente nueva.

El sistema en el que un pequeño toma decisiones no se asemeja a los procesos que realiza el adulto. La elección del niño es afín a sus propios movimientos. La indecisión en la elección de un pequeño se manifiesta directamente en los movimientos que desarrolla.

Los movimientos del niño se ven evidenciados en intenciones borrosas que irrumpen y se interrumpen en su accionar. En cambio, el adulto primero toma una decisión y luego realiza la elección en un único movimiento.

La diferencia más notoria que existe entre los procedimientos de selección del niño y del adulto es que para el primero, la serie de movimientos vacilantes que realiza constituye el proceso selectivo. Entonces, el pequeño determina sus preferencias no desde la percepción visual, sino de sus movimientos.

Como afirmó Koffka (1924), el niño es capaz de determinar por sí solo el centro de gravedad de su campo perceptivo; su conducta no está regulada únicamente por la proyección de los elementos individuales. El pequeño evalúa la importancia relativa de estos elementos, escogiendo nuevas imágenes de su entorno y ampliando así las posibilidades de controlar sus actividades.

En conclusión, se entiende que la percepción es: relativa, ya que se sugiere entregar puntos clave que sirvan de referencia para la observación. Selectiva, por lo que es

necesario limitar los aspectos al presentar del mensaje, junto con una clara clasificación. Organizada, porque se debe verificar el tipo y cantidad de conceptos a tratar, así como mostrar de forma transparente la manera de organizar el mensaje. Debe ser apto al proceso y objetivo de la percepción y crear un entorno que haga concentrarse o divergir la percepción según el objetivo final en proposición.

2.3: El paciente pediátrico

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 15 o 18 años, según los países, y por lo tanto abarca desde el neonato hasta el adolescente y por supuesto, con características muy diferentes. En la Argentina, la edad límite para internación pediátrica es de 15 años. Si el paciente supera esa edad, deberá ser internado en la unidad de hospitalización de adultos.

Se entiende también que el bebé recién nacido que muestre complicaciones de salud será internado en neonatología y se hospitalizará allí hasta que sea dado de alta, sin importar la cantidad de meses que lleve el tratamiento. Si un bebé entra a una unidad de hospitalización nuevamente, luego de haber recibido el alta, se internará en la unidad de internación de pediatría y no en neonatología, de manera que los recién nacidos que allí se encuentren no tengan ningún contacto con el exterior (virus o bacterias). Que un bebé que ya haya salido del centro hospitalario entre enfermo en la unidad de neonatología podría provocar serios problemas de salud en los neonatos que allí se hospitalizan.

Los pacientes pediátricos se pueden clasificar según la edad en cuatro grandes grupos: neonato, lactante, niño y adolescente.

El grupo neonato puede dividirse en dos subgrupos: neonato y neonato pre término o prematuro. Los neonatos son los pacientes comprendidos entre el nacimiento hasta el

primer mes de vida y los neonato pre término son aquellos bebes que nacieron con menos de treinta y siete semanas de gestación.

El paciente lactante está comprendido por bebes de entre uno y doce meses de edad. El grupo niño abarca a los mismos con una edad de dos a doce años, y el adolescente abarca de los doce a los dieciocho años de edad.

En el niño existen dos procesos determinantes, el crecimiento, que es el aumento del tamaño corporal y el desarrollo que es el aumento de la complejidad funcional, y los mismos son muy importantes en el primer año de vida.

Según Gabriela Fernández (s.f.), el paciente pediátrico presenta una lógica propia, basada en el conocimiento que tiene del mundo, de acuerdo a las experiencias vividas y a las características de su pensamiento. El niño piensa razona diferente a un adulto, por lo tanto, algunas explicaciones son difíciles de entender. Los tiempos en que vive un adulto, son diferentes al del menor, por tanto, también medirán los tiempos de forma diferente. Una propiedad distintiva del paciente pediátrico es su personalidad, ya que la misma no suele estar del todo desarrollada. Por lo mismo, algunos pacientes pueden ser extrovertidos y otros no tanto. Otra característica fundamental es que el mismo, según la edad, todavía tiene incapacidades comunicacionales, por tanto se hace más difícil el entendimiento y la resolución del problema.

El sistema biológico y psíquico del paciente pediátrico no ha alcanzado la madurez necesaria, por lo tanto se considera que los mismos son más frágiles. El tener que ser internado en un hospital o simplemente revisado por un médico, aumenta la vulnerabilidad del niño, provocándole estrés, temor y ansiedad.

Algunas características del niño internado son: la angustia de separación, miedo al abandono, el temor provocado por el medio extraño, son indefensos, tienen problemas de autoestima y tienden a perder la autonomía de su propio cuerpo.

Asimismo, la autora explica que el ingreso a la unidad de internación conlleva un corte en la vida cotidiana del niño, ingresar en un lugar extraño, desconocido, y en un momento donde el mismo se siente físicamente dolido y afectado. Todo esto implica una situación de claro estrés en el niño.

Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la internación pediátrica. Dichas investigaciones indican que la internación es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Es en base a dichas investigaciones que se comienzan a establecer estrategias que intentan contrarrestar el impacto negativo de la internación. (Gabriela Fernández, s.f., p.2).

La internación pediátrica ha ido cambiando con el correr del tiempo y dista mucho con lo que fue en el pasado. Anteriormente los aspectos psicoafectivos no eran tenidos en cuenta, por lo tanto solo se atendían las cuestiones biológicas. Hoy en día, no solo se atienden ambos aspectos, sino que también se trata de que el paciente pediátrico se sienta a gusto en el espacio de internación, que perciba un ambiente amigable y conocido.

2.4: Espacios pediátricos en relación a la percepción

La hospitalización para las personas menores de edad es siempre un motivo de estrés y miedo. Los hospitales son establecimientos intimidadores y causan incomodidad, por lo que siempre requieren un abordaje especial y específico desde el diseño interior. El arquitecto Marcelo Danza explica que la internación para el paciente debe ser amigable, y debe sentir que se da un espacio doméstico. Por tal motivo, se evitan los lugares fríos y sin identidad. Que el paciente se sienta como en su casa es una prioridad del diseño hospitalario. (Rivero González, 2012).

En los espacios sanitarios humanizados, se deben tener en cuenta diferentes aspectos para que el principal usuario, que es el niño, no sienta temor y no esté incómodo. En complemento al trabajo de los profesionales de la salud, se entiende que los estímulos

exteriores que puedan existir en el espacio sanitario, favorezcan a la predisposición de curarse.

Cuando se habla de entornos sanitarios más humanos se entiende también como parte de la cultura de cuidado del paciente. En los espacios de sanidad para niños, la cultura del cuidado debe partir del reconocimiento de las necesidades particulares de los mismos y de sus familias, y de la forma que los niños tienen de interpretar y dar sentido al entorno que los rodea.

Flavio Moran docente de ORT y especialista en arquitectura sanitaria explica que “no se debe pensar que un hospital pediátrico se debe transformar en un jardín de infantes, pero si se debe buscar elementos artísticos, colores, materiales y juegos que hagan que el niño comience su mejoría apropiándose del espacio”. (Rivero González, 2012).

De acuerdo al Decreto 246/2005 de la Junta de Andalucía en España, conserjería de igualdad, salud y políticas sociales, en el cual se regula el derecho de los menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo, establece en su artículo 15 que:

La atención a las personas menores de catorce años en los hospitales se producirá en espacios específicos para su edad, a lo largo de todo el proceso de atención. Los espacios destinados a la atención pediátrica, tanto hospitalaria, como ambulatoria, dispondrán de decoración, ambientación y luminosidad con características adecuadas a la infancia. (2005, p. 18).

A continuación, se darán dos ejemplos de espacios sanitarios para pediatría humanizados a nivel mundial.

En el área de trasplantes y salas de internación pediátricas del Hospital Niño Jesús de Madrid se construyó utilizando un diseño simpático y amable, que fuera capaz de distraer a los niños del verdadero problema y a su vez que ofrezca entretenimiento y pasatiempos tanto para los niños como así también para sus familiares.

Elisa Valero, arquitecta española que diseñó el sector para el hospital, explica que su trabajo es colorista, adaptándose a las normas higiénicas y seriedad que un centro de

sanidad debe tener, pero anunciando desde los vinilos que se estampan en los muros que un hospital puede ser más que cuatro paredes blancas. (Zabalbeascoa, 2013).

En este centro médico, se buscó que los niños no perciban que estaban en un hospital y por un momento alejarlos de la tensión que éstos provocan en ellos. La manera que la arquitecta utilizó para alejar todo lo que remitiese al centro de sanidad fue utilizando nuevos materiales.

Los tradicionales elementos utilizados en viejos hospitales y que hacían referencia a los mismos quedaron atrás para darle paso a las nuevas tecnologías. De esta forma, se minimizó la presencia del instrumental médico, disfrazándolos con colores brillantes y formas geométricas.

Las paredes del establecimiento se enmascararon con vinilos de colores radiantes, geometrías simples e iluminación cenital al ras, de manera tal que los niños encontrarán una distracción y perdieran sus miradas en esos dibujos. (Ver Cuerpo C. Figuras 1 y 2).

La iluminación juega un papel protagonista en el campo de los estímulos ambientales. La luz natural es muy importante para el ánimo de los niños y sus familiares. La misma puede provenir de grandes ventanales que den a espacios verdes, y así el niño tendrá un mayor contacto con el aire y el ambiente, lo cual es esencial para el proceso de curación.

Marcelo Danza explica:

La tendencia es que haya contacto con lo natural: la luz, los vegetales y los patios interiores. Uno de los principales traumas que genera la internación es que el paciente no sabe si es de día o de noche, si llueve o no y hace que se pierda la noción del tiempo. (Rivero González, 2012).

La iluminación artificial también lo es. Si se utiliza de una manera adecuada, se pueden generar interesantes espacios para que los niños indaguen y pierdan sus miedos jugando. Esta luz sirve también de ayuda para el trabajo de médicos y enfermeras y para el confort del niño. La arquitecta Valero explica que se utilizó iluminación de *leds* blancos

de última generación y el sistema RGB, empleado en cromoterapia que permite obtener 856 colores para la luz interior. (Ver Cuerpo C. Figuras 3 y 4).

El *Royal Children's Hospital* de Melbourne, Australia, fue rediseñado por los estudios *Buro North*, Billard Leece Partnership (BLP) y Bates Smart con HKS y se hizo hincapié en la evidencia. Para ello, más de quinientos niños de entre cinco y diecisiete años estaban comprometidos en el desarrollo y elección de temáticas para el nuevo diseño. Se hizo una extensa investigación sobre el comportamiento de adultos y niños dentro de un centro de sanidad y el diseño hace referencia a como los mismos actúan dentro de los mismos. Se prestó especial atención al movimiento que mayores y chicos tienen dentro de los hospitales.

Como resultado de la elección de las temáticas elegidas por los niños para el hospital, temas ambientales y personajes infantiles sustituyeron términos técnicos y médicos que se utilizan a menudo en centros hospitalarios, e hicieron que los nombres de espacios se entendieran tanto por adultos como por niños. (Ver Cuerpo C. Figuras 5 y 6).

Un ejemplo de ello son las palabras que se leen en los letreros que anuncian en que piso del hospital se encuentran. La idea del estudio fue que los niños hicieran un viaje mientras recorrían el hospital, en espacios lúdicos con imágenes en las paredes y de esta manera recurriesen a la memoria para asociar lo que iban viendo con su significado. Mientras que en un letrero viejo podía leerse subsuelo, en el *Royal Children's Hospital* ahora dice bajo tierra, y en sus paredes se ven ilustraciones de animales marinos y de la vida subterránea. Así se recreó un paseo, un espacio lúdico, en el cual los menores realizan un viaje por la naturaleza, recorriendo los diferentes pisos que estaban asociados a un animal determinado como koala o delfín, pasando por el nivel copa del árbol, hasta llegar al piso más alto que era caracterizado como cielo y en que las ilustraciones que se representaban tenían que ver con aves y vida aérea. (Ver Cuerpo C. Figuras 7 y 8).

Lev Vygotski (2009) explica que la posibilidad de combinar elementos de los campos visuales presentes y pasados en un solo campo de atención conduce, a su vez, a una reconstrucción básica de otra función vital, la memoria.

Con respecto a las salas de internación de este centro de salud, se puso especial énfasis en que las mismas sean un espacio intuitivo para los niños y para las familias como así también un diseño eco-sostenible, creaciones artísticas y elementos naturales, como el agua, la piedra y la madera. (Ver Cuerpo C. Figura 9).

La especial innovación que propone este hospital en cuanto a las salas de internación es que plantea que las mismas sean sencillas en cuanto a diseño pero que respondan a las necesidades emocionales del niño, y que puedan ser personalizadas por el paciente que allí se encuentre, contribuyendo de esta manera a su recuperación, bienestar físico y mental.

El capítulo recientemente planteado se centró en el principal usuario de un hospital para pediatría, el niño. Se abordaron conceptos como la percepción y cómo la observación del niño influye en su accionar diario. A su vez, se distinguieron diferentes aspectos de la percepción tales como el lenguaje y el movimiento, y finalmente se dedicó un sub capítulo a espacios pediátricos diseñados en relación al niño y a su percepción.

El siguiente capítulo se concentrará en el estudio de casos de las unidades de internación pediátrica en Capital Federal, tanto en espacios sanitarios públicos como en privados, y en la problemática que existe dentro de las mismas por no ser espacios humanizados y acordes al usuario.

Capítulo 3: Estudio de casos: Unidades de internación pediátrica

En el presente capítulo se verá reflejado el estudio de casos realizado sobre diferentes unidades de hospitalización pediátrica de la Capital Federal. Se visitaron tres distintos centros de salud; un hospital público, un hospital semi público y una clínica privada, con el propósito de investigar cómo eran esos espacios, que diferencias presentaban, y se los analizó desde cuatro variables: diseño del espacio, tipos de salas de internación, recursos económicos y uso de tecnología.

De acuerdo al diseño del espacio, se analizará: colores, texturas, equipamiento, mobiliario y materialidad.

Por tipo de sala se distinguirá si el centro de salud cuenta con habitaciones individuales, compartidas o ambas y esto dependerá fundamentalmente si la institución es pública o privada.

En la variable recursos económicos, se estudiará de donde provienen los mismos, no solo para la construcción de las salas, sino también para la mantención de las mismas.

Por uso de tecnología se entiende la incorporación de recursos audiovisuales para el entretenimiento del paciente pediátrico.

A continuación, se dedicará un sub capítulo a cada institución de salud, con el fin de poder estudiarlas en su totalidad desde todas las variables y poder realizar una conclusión adecuada sobre cómo son hoy en día los espacios pediátricos en Capital Federal.

Cabe destacar que para poder analizar los espacios de estas instituciones, se observó y examinó a toda la unidad de hospitalización en general, distinguiendo la sala de espera, pasillos, office de enfermeras, sala de médicos, etc. Luego, se analizó más en

profundidad a la sala de internación en sí, que es el punto fundamental en una unidad de hospitalización.

3.1: Hospital Británico

El Hospital Británico de la Ciudad de Buenos Aires fue fundado en el año 1844 y es una entidad de bien público, constituida como una asociación sin fines de lucro, y tiene como único fin brindar atención de salud a toda la comunidad en su conjunto. De todas formas, se considera que este hospital es una entidad semi pública, ya que no brinda atención a pacientes sin obra social o prepaga correspondiente.

La nueva unidad de hospitalización pediátrica del Hospital Británico fue inaugurada en el mes de Agosto de 2013, se encuentra en el cuarto piso y cuenta con 400 metros cuadrados que incluyen nueve habitaciones, sala de espera para padres, pasillos, sala de médicos y office para enfermeras.

El piso de pediatría es un piso totalmente preparado y ambientado para tal fin. El diseño y la decoración, los colores y los juegos, están pensados para que el niño viva la internación de una forma más amigable y menos hostil.

El diseño planteado para la unidad de hospitalización y para las salas de internación del Hospital Británico es de vanguardia y apuesta a la innovación y a la tecnología, con los más altos estándares de seguridad, calidad y confort para el paciente.

Se realizó una ambientación pediátrica integral, que incluyó vinilos de dibujos inspirados en la naturaleza en todas las paredes del servicio, pasillos, sala de espera, sala de juegos y habitaciones. Se observan formas curvas, tanto en solados como cielorrasos, y los mismos se bajan para seguir con las líneas orgánicas. Además, se incluyeron juegos didácticos en paredes. (Ver Cuerpo C. Figuras 10, 11 y 12).

Los colores predominantes son: el azul, que se observa en todo el cielorraso del servicio, en partes del solado y en puertas de entrada a las habitaciones; celeste, verde y amarillo, se los aprecia en diferentes partes del solado; gris claro, para el solado en general. Los vinilos dispuestos en las paredes, cuentan con gran variedad de colores.

De acuerdo al tipo de sala, las nueve habitaciones de la unidad de pediatría son *suites* privadas individuales, lo que provee una mayor privacidad no solo para el niño internado sino también para su familia, para que la misma pueda internarse con el paciente y transitar la enfermedad acompañándolo. (Ver Cuerpo C. Figura 13).

En cuanto a las salas, las medidas de las mismas son de aproximadamente 3,5 x 3 metros. A cada una de ellas, se la distinguió con un animal determinado, por ejemplo la sala del cocodrilo, la del elefante o la sala del *cerdito* y se la ambientó con vinilos que tuvieran que ver con el animal de cada sala. Esta es una forma de que el niño se vincule con su habitación desde el lado del juego, y que la sienta como propia.

A continuación, se relevará solo una sala de internación, para poder especificar materiales, equipamiento, colores y texturas, dando cuenta de que todas las habitaciones de la unidad de pediatría del hospital presentan las mismas características.

Se accede a la sala 404 por una puerta de 1,20 de ancho, de madera con acabado de enchapado natural color azul. La misma posee características corta fuego y acústica. (Ver Cuerpo C. Figura 14).

Esta sala mide aproximadamente 3,5 x 3 metros y su orientación está dada a jardines verdes propios del hospital. La misma cuenta con mucha luz natural, y se filtra por cuatro ventanas de 2 x 1,20 metros cada una. Estos cerramientos son de aluminio color blanco, lo que permite aislar la habitación de forma acústica y térmica. Para filtrar la luz solar, se utilizaron cortinas *roller blackout* de color blanco, ya que las mismas permiten un factor de oscurecimiento del 100 %, brindando al paciente mayor privacidad y comodidad. (Ver Cuerpo C. Figura 15).

El solado de la habitación es vinílico, de color gris claro y se alterna con rectángulos del mismo material de color verde aguamarina y celeste. Los zócalos también son de revestimiento vinílico, de color gris oscuro. Las paredes de la sala están pintadas con

esmalte acrílico color blanco, el cual es anti bacterial y lavable, por lo que se hace más fácil su limpieza. En la pared en la cual va ubicada la cabecera de la cama, se ubicó una placa de madera de MDF (tablero de fibra de densidad media) color celeste, el cual además de sectorizar el área del paciente, se utiliza para esconder cables de oxígeno, gases y electricidad. Los guarda camillas ubicados en las paredes son molduras de PVC color crema. (Ver Cuerpo C. Figura 16).

El cielorraso es de yeso suspendido, por lo tanto la iluminación que se utiliza en las salas de internación son plafones embutidos.

El mobiliario que se observa en la sala es moderno: una cama de internación eléctrica, una mesa de arrime para comer, una mesa de luz de madera blanca laqueada, una silla de cuerina color marrón claro y un sofá cama para acompañante del mismo material y color de la silla.

Como la sala de internación es individual y privada, cuenta con un baño dentro de la misma. El sanitario mide aproximadamente 1,80 x 1,20 metros. El mismo cuenta con lavatorio, inodoro, bidet y cuadro de ducha. El revestimiento que se utilizó para las paredes es cerámica color blanco, y se utiliza en la totalidad del baño. Como ambientación del baño, se utilizaron vinilos con alusión a animales, pegados en los revestimientos. El solado que se observa es cerámica color verde. El cielorraso es de yeso suspendido, por lo tanto la iluminación es embutida. (Ver Cuerpo C. Figura 17).

Se observa un excelente mantenimiento tanto de la sala de internación como de la unidad de hospitalización en sí.

Los recursos económicos que se utilizan para la construcción, mejoras y mantención de este servicio de pediatría, provienen exclusivamente de la prestación de los servicios médicos y de donaciones benéficas, que son reinvertidas en su totalidad en el hospital. Para la remodelación de la nueva unidad de pediatría, se invirtieron más 4,6 millones de

pesos, de los cuales el 40% provino de generosas donaciones de individuos y empresas. El 60% restante, derivó de la inversión de fondos propios del hospital y de un crédito brindado por un banco.

El uso de tecnología es muy importante en este servicio de pediatría, ya que se incorporó tecnología innovadora a la sala para ofrecer mayor posibilidad de juego.

La Dra. Lucila Fernie, jefa de pediatría del Hospital Británico, explica que la nueva tecnología ayuda a la recuperación del paciente, ya que hay determinados casos y patologías que imposibilita que el niño se mueva de su habitación y este en contacto con otros niños. El poder ofrecerle tecnología como forma de distracción y utilizar los recursos para que jueguen de forma pasiva aporta al estado de ánimo del paciente. (Inauguración Sala de Pediatría Hospital Británico, 2013).

En las salas de internación se instalaron televisores de *LCD* de última generación, para que el niño pueda distraerse mirando televisión o una película. A su vez, estos televisores tienen acceso a internet, como otra forma de pasatiempo.

A su vez, los lugares en común que tiene este servicio, como los pasillos, que son comúnmente solo lugares de paso, se les dio otro uso, para que los pacientes que si se pueden movilizar, puedan utilizarlo como un espacio de esparcimiento. Se instalaron paredes con juegos proyectados, una pantalla táctil sobre la vidriera de la sala de juegos y mesas *multi touch*. También se colocó un piso interactivo en la entrada de la sala, que simula césped con flores y animales. (Ver Cuerpo C. Figuras 18, 19 y 20).

La implementación de tecnología que utilizó el Hospital Británico en el campo del diseño sanitario como forma de distracción y divertimento para los pacientes es una innovación para el país. Se puede decir que este servicio de pediatría es uno de los más humanizados de Argentina, ya que le presta especial importancia al juego y la recreación

para el estado anímico del paciente. Es una experiencia sensorial única que incide de forma directa en la recuperación del niño internado.

Como conclusión se observa un gran diseño en cuanto a la unidad de hospitalización en general, por ejemplo en pasillos, salas de juegos y salas de espera, aunque no se percibe un gran despliegue en cuanto a la sala de internación en sí. Se esperaba que, así como se puso especial énfasis en cuanto a la innovación y tecnología en pasillos, se pudiera hacer lo mismo en las habitaciones.

3.2: Instituto del Diagnóstico y Tratamiento

El Instituto del Diagnóstico y Tratamiento abrió sus puertas en la Ciudad de Buenos Aires en el año 1926. Es un sanatorio de carácter privado y está constituido bajo una sociedad anónima. Su misión es garantizar el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías a los pacientes, en un ámbito de confort y con la más moderna tecnología.

La nueva área de pediatría se inauguró en el año 2006, y permitió que toda la atención pediátrica pueda centrarse en un edificio independiente de tres plantas. Esta unidad abarca desde los consultorios externos, hospital de día, internación y terapia intensiva.

El área pediátrica está íntegramente diseñada para tal fin. Se observa un diseño amigable y favorable para el niño, basado en personajes de cuentos, naturaleza y colores intensos y pasteles.

De las tres plantas que albergan a la unidad de pediatría, se destinó la primera planta para internación de niños de primera y segunda infancia (de 0 a 12 años de edad) y la segunda y tercer planta para la hospitalización de adolescentes (hasta 15 años). El adolescente que supere esa edad, deberá ser internado en la unidad de hospitalización para adultos.

El diseño planteado para la unidad de hospitalización del Instituto del Diagnóstico y Tratamiento apuesta a la integración del niño internado con su familia, ofreciendo el confort como ayuda en la recuperación.

La ambientación que se realizó en todo el edificio ayuda a que el niño no sienta que está en una clínica, y lo invita a imaginar y recrear un cuento. Para esto se utilizaron vinilos inspirados en cuentos infantiles y naturaleza en paredes y cielorrasos. El espacio tiene un gran caudal de luz natural, que se filtra por una claraboya en el cielorraso de la administración. (Ver Cuerpo C. Figura 21).

Los pasillos se disfrazaron para que no parezcan los de un sanatorio, y se transformó en un pequeño vecindario, con casas que son las salas de internación. Este espacio está signado por materiales nobles, en donde prevalece la madera. Los colores predominantes de este espacio son el verde para puertas y ventanas, madera clara en su estado natural para las paredes y techos rojos. El solado es granito pulido, en el que se observa tres tonalidades distintas: azul, celeste y crema. El cielorraso de yeso suspendido es de color celeste, simulando el cielo. (Ver Cuerpo C. Figura 22).

El office enfermería, al final del pasillo, se disimuló como un quiosco, ya que tiene un toldo rayado rojo y blanco. (Ver Cuerpo C. Figura 23).

De acuerdo al tipo de sala, todas las habitaciones de esta unidad son *suites* privadas individuales, y acondicionadas para que el familiar del niño internado pueda acompañarlo en la hospitalización con el fin de recrear un vínculo de contención y apoyo.

En cuanto a las salas, se observa una clara diferencia en cuanto a las de internación de niños y a las de adolescentes.

Las salas de hospitalización para niños miden aproximadamente 3,5 x 3 metros. Cada una de ellas, está ambientada con un personaje de los clásicos cuentos infantiles, como

Peter Pan, Pinocho o Dumbo, para que el niño tolere la internación de una manera más favorable y que sienta su habitación como propia.

A continuación, se relevará solo una sala de internación de niños, y se especificara el mobiliario y equipamiento, ambientación, colores y texturas ya que se observa que todas las salas destinadas a pequeños presentan las mismas características.

Se accede a la sala por una puerta de 1,20 de ancho, de madera laqueada color verde. La misma posee características corta fuego y acústica. Desde el lado de afuera, la puerta esta disimulada como si fuera la de una casa. Desde el pasillo también se observa una ventana, que da a la habitación. (Ver Cuerpo C. Figuras 24 y 25).

La orientación de las salas está dada a jardines de la clínica, por lo tanto cuentan con un gran caudal de luz natural. Las aberturas de las ventanas son de aluminio color blanco, y permite que la habitación este aislada acústica y térmicamente. Se observan cortinas *blackout* para impedir el paso de la luz, y por encima un cortinado de tela color crema.

El color que se observa en las paredes es blanco, mientras que el muro contrario a la cabecera de la cama está pintado con esmalte acrílico verde, en la que se observa un cuadro de un personaje infantil. No se observaron protectores guarda camillas en las paredes.

El solado de la habitación es granítico color gris claro y los zócalos son de revestimiento vinílico, de color gris oscuro. El cielorraso es de yeso suspendido, por lo tanto la iluminación que se utiliza en las salas de internación está dada por lámparas dicroicas embutidas.

El mobiliario que se observa es clásico: una cama de internación eléctrica, que puede transformarse en cuna, subiendo o bajando los barrales laterales, una mesa de luz y mesa de arrime para comer haciendo juego de melamina color gris claro, un sofá cama

para el descanso del acompañante tapizado en cuerina color crema, una silla de madera lustrada con tapizado verde y un televisor *LCD* con servicio de cable.

La sala de internación para adolescentes, cuenta además con un pequeño living o estar para visitas. La medida de la misma es de 3,5 x 3 metros y del estar 2,5 x 3 metros.

La orientación de las salas para adolescentes también es a jardines internos del sanatorio. La luz natural que proviene del exterior, se aplaca con *blackouts* y por encima un cortinado de tela color crema. (Ver Cuerpo C. Figuras 26 y 27).

Se observa una ambientación tranquila, signada por pequeños detalles de color. Las paredes están pintadas en su totalidad con esmalte acrílico crema, mientras que el cielorraso de yeso suspendido es blanco. Se observa una pintura enmarcada en la pared.

La iluminación artificial del espacio la brindan lámparas dicróicas embutidas en el cielorraso.

Se observa mobiliario clásico, que le brinda modernidad al espacio por sus texturas: una cama de internación eléctrica, mesa de arrime para comer haciendo juego, una mesa de luz de madera guatambú al igual que el escritorio, un sofá cama para el descanso del acompañante tapizado en cuerina color crema, una silla con apoyabrazos tapizada en cuerina naranja, combinando con los almohadones del sofá, y un televisor *LCD* con servicio de cable.

En el estar se observa el mismo mobiliario: un sillón de dos cuerpos tapizado en cuerina color crema, dos sillas con apoyabrazos de cuerina color naranja y una mesa baja de guatambú. (Ver Cuerpo C. Figura 28).

Se observa un excelente mantenimiento de los espacios comunes, no así de las habitaciones, que podrían estar mejor conservadas.

Los recursos económicos que se utilizan para la construcción, mejoras y mantención de este servicio de pediatría, provienen de los fondos privados del hospital, así como también de la prestación de los servicios médicos.

No se observa el uso de tecnología en la unidad de internación pediátrica del Instituto del Diagnóstico y Tratamiento.

Como conclusión, se observa diseño en los espacios comunes, como sala de espera y pasillos. El espacio de pediatría no cuenta con lugares lúdicos para el niño internado. Asimismo, se advierte que las salas de hospitalización no se encuentran diseñadas.

3.3: Hospital Pedro de Elizalde – Ex Casa Cuna

El Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde fue fundado en el año 1779 bajo el nombre de Casa de Niños Expósitos, y es el hospital pediátrico más antiguo del continente americano. El mismo es de carácter público y tiene una superficie total de 12.600 metros cuadrados, en los cuales se incluyen 244 camas de cuidados generales, terapia pediátrica y neonatal, 24 camas de terapia intensiva y 24 camas de hospital de día.

El hospital sufrió siete modificaciones totales a lo largo de su existencia, la última fue terminada en el año 2010, siendo en la actualidad el hospital público de pediatría con el mayor nivel de complejidad y con las instalaciones más modernas del país.

La última remodelación del hospital, permitió la incorporación de una unidad de internación por sistema de cuidados progresivos y un hospital de día, entre otros servicios.

A continuación, se analizará la unidad de internación de pacientes ambulatorios del Hospital Elizalde u hospital de día.

Un hospital de día es una estructura sanitaria asistencia en la cual el paciente es internado por un lapso de horas determinado (nunca mayor a 12 horas) en el cual recibe las técnicas terapéuticas correspondientes y cuando las mismas finalizan, el enfermo vuelve a su hogar. Algunos procedimientos que pueden ser considerados ambulatorios son tratamientos oncológicos, enfermedades psiquiátricas, el suministro de un medicamento o la recuperación de una cirugía simple.

La unidad de hospitalización ambulatoria del Hospital Elizalde cuenta con 24 camas de internación y es polivalente. Un hospital de día polivalente es una estructura sanitaria en la cual se atienden todas las especialidades en un mismo espacio, y no se hace diferencia de patologías. Por lo tanto, en el Hospital de día del Elizalde se brinda atención a un paciente en recuperación por una cirugía leve hasta un paciente oncológico que recibe su tratamiento diario.

Dicha unidad se encuentra ubicada en el segundo piso del Pabellón Halconero o Sector C del hospital, junto a la Guardia y al servicio de Diagnóstico por Imágenes. Es de vital importancia la ubicación que se le dio al Hospital de Día, ya que la mayoría de los pacientes que ingresan al mismo, lo hacen por la guardia del hospital.

De acuerdo al tipo de sala, ambas salas de hospitalización ambulatoria son compartidas.

Esta unidad está comprendida por dos salas de internación, en la que se ubican doce puestos de hospitalización en cada una. Las mismas están diferenciadas por rango etario, en una se internarán niños en edad escolar, y en la otra adolescentes.

A las mismas se ingresa por una gran puerta doble, para permitir el ingreso de camillas. Se ingresa a un pequeño hall distribuidor, que luego da paso a las dos salas de internación ambulatoria. (Ver Cuerpo C. Figura 29).

El Hospital Elizalde no cuenta con una ambientación pediátrica en su totalidad. Se observó que la misma está dada por sectores. Justamente, la unidad de internación

ambulatoria es una de ellas, y esta ambientación fue creada con vinilos decorativos en las paredes que fueron donados por una empresa privada.

La ambientación propone que el niño que es internado por unas pocas horas en el establecimiento pueda pasar un momento grato observando los dibujos en las paredes de la sala. Además, lo invita a imaginar y recrear un cuento mientras se recupera del tratamiento.

Para esto se utilizaron vinilos inspirados en la vida marina, burbujas, algas marinas y peces, la vida en el espacio, estrellas, planetas y astronautas y la vida en la ciudad, autos, aviones y edificios, y los mismos pueden verse en los muros y en el cielorraso de los espacios. (Ver Cuerpo C. Figuras 30 y 31).

Al ser un hospital público, se observan soluciones constructivas sencillas, de fácil mantenimiento, buena durabilidad y económicas.

El espacio no cuenta con luz natural. La luz artificial que se observa proviene de artefactos de iluminación empotrados en el cielorraso que utilizan lámparas bajo consumo. Ambas salas tienen ventanas que dan hacia el pasillo. (Ver Cuerpo C. Figura 32).

El solado que se utilizó en todo el espacio es cerámico porcelanato sin pulir de 20 x 20 cm. color gris, al igual que los zócalos, para asegurar condiciones de durabilidad, fácil limpieza, ausencia de porosidad y resistencia al alto tránsito.

Las salas de internación ambulatoria como la mayoría del Hospital Elizalde cuenta con placas de roca de yeso, tanto en tabiquería como cielorrasos, permite rapidez y fácil acceso para reparaciones. Además cuentan con un alto grado de insonorización.

Asimismo, se dispusieron guardacamillas en todo el perímetro de las salas, que ofrecen resistencia adecuada a golpes y manchas de camillas y sillas de ruedas.

El color que se observa en la parte superior de las paredes es crema, y la inferior es celeste, mientras que el cielorraso el blanco. La pintura utilizada es esmalte sintético.

El mobiliario que se observa en el hospital de día son camillas clásicas, las mismas no son eléctricas. Las mismas pueden convertirse en cuna subiendo o bajando los barrales laterales.

Los recursos económicos y presupuesto que se utilizan para la construcción, mejoras y mantención de este servicio de pediatría, provienen de fondos públicos del Gobierno Nacional y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, el hospital factura prestaciones a obras sociales y servicios privados.

No se observa el uso de tecnología en la unidad de internación de día del Hospital Elizalde.

En conclusión, se observa que pese a que el Hospital Elizalde es de carácter público, se ostenta un buen mantenimiento general. Asimismo, se estudia que la ambientación del hospital de día debería tener más diseño en cuanto a equipamiento y materialidad.

Luego de la visita a los centros de salud y el estudio de casos realizado sobre tres diferentes unidades de hospitalización pediátrica se advirtieron notables desemejanzas entre las mismas. La intención de estudiar casos bien diferenciados en cuanto a su carácter como institución, se refleja en la conclusión, ya que se observan múltiples diferencias principalmente en cuanto a diseño y equipamiento.

Sin lugar a dudas, el Hospital Británico es el que presenta más diseño, equipamiento y uso de tecnología más moderno. Este centro de salud cumple con los requisitos necesarios para una internación pediátrica más humanizada. Se observó una excelente resignificación de espacios de paso y espera, diseñándolos para que no seas lugares hostiles y vacíos.

Un escalón por debajo, se encuentra el Instituto del Diagnóstico y Tratamiento, una institución que a pesar de ser privada, no ostenta el mejor servicio de pediatría en cuanto a diseño en sus salas de internación. Se percibió un buen diseño en espacios como sala de espera y pasillos, dejando de lado el mismo en las sala de hospitalización. Asimismo, se percibió que las salas del sanatorio son cómodas y que cuentan con equipamiento hospitalario de primer nivel.

El estudio que se realizó en el Hospital Elizalde corresponde a una sala de internación ambulatoria. Se decidió examinarla por su condición de sala de internación múltiple.

En este Hospital se observaron múltiples fallas que sin lugar a dudas repercuten en la integridad del paciente pediátrico. La primera falencia fue la falta de privacidad entre las camas. Es inadmisibles que en una sala de internación el paciente no cuente con la privacidad que se merece.

El ser una sala en donde los pacientes se hospitalizan por una determinada cantidad de horas, no significa que el niño no sufra de vergüenza, angustia y miedo. El hospital debería garantizarles al paciente y a la persona que lo acompaña la privacidad y seguridad de una buena atención hospitalaria.

La segunda falla percibida en el nosocomio es la falta de espacio para el mayor que acompaña al niño durante su estadía en el hospital. El paciente pediátrico nunca puede permanecer solo internado. El mismo debe estar siempre acompañado por un mayor que debe cuidarlo en el proceso de hospitalización. Por estas razones es que el hospital debe garantizarle al tutor un espacio junto a la cama de internación de su niño para poder estar a su lado. En el Hospital Elizalde no se observan sillas junto a las camas y tampoco un sector de estar para que los mayores de edad puedan esperar.

Además de las falencias mencionadas, se examinó que a pesar de ser un sector inaugurado recientemente, el equipamiento hospitalario que se utiliza en las salas es

antiguo, aunque se entiende que al ser un hospital público, la falta de presupuesto contribuya a que los mismos no puedan cambiarse.

En el presente capítulo, se estudiaron tres casos de salas de internación bien diferenciados, con el propósito de brindarle al lector del proyecto de grado una aproximación a la realidad actual de los hospitales y clínica privadas del país en cuanto a diseño y equipamiento.

En el siguiente capítulo se investigará de forma estricta como debe ser el espacio de hospitalización, teniendo en cuenta la utilización de materialidades, texturas, iluminación y color, para una correcta tipología del espacio.

Capítulo 4: La unidad de hospitalización

El presente capítulo se concentrará de forma exclusiva en la unidad de hospitalización, en el espacio físico en sí, y como con la elección adecuada de materiales, colores y equipamiento se puede lograr un espacio de internación en donde se generen sensaciones y estímulos en el niño para que los mismos ayuden en su tratamiento y recuperación.

La unidad de hospitalización es considerada la parte medular del hospital, cuya preocupación principal es la calidad de la atención que se le brinda al paciente, sin descuidar la racionalización del espacio arquitectónico, con el mero objetivo de optimizar y mejorar el trabajo que realizan los empleados de este sector y disminuyendo recorridos.

El sector de internación tiene como objetivo principal el cuidado del paciente, con procedimientos tales como reposo en cama, atención de enfermería, vigilancia médica, diagnóstico y tratamiento y su correcta ubicación dentro del centro hospitalario es próxima a quirófanos, emergencias y admisión hospitalaria.

Con el fin de asegurar un fácil acceso, la unidad de hospitalización debe contar con circulaciones verticales independientes para los pacientes, resguardándolos de personas externas al nosocomio.

En la unidad hospitalaria de pediatría, es donde están en observación y se brinda atención médica a lactantes y niños en edad pre escolar, escolar y adolescente. A este sector del centro de sanidad se le brinda el veinte por ciento del total de las camas de hospitalización de todo el hospital. Ese total de veinte será dividido en: sesenta por ciento de las camas en lactantes y pre escolares, treinta por ciento en escolares y diez por ciento de las camas serán destinadas a adolescentes internados.

Dentro de la sala de internación, las camas deben estar orientadas en forma paralela a la ventana, con el único fin de que la luz natural no obstruya la visión del paciente, como así también facilitar las instalaciones de luz y oxígeno en la cabecera de las mismas.

El Código de Edificación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2007), clasifica a las salas de internación como locales de primera clase. Según el mismo, en edificios de sanidad (hospitales, clínicas, sanatorios, maternidades, preventorios), las salas de internación tendrán altura libre no inferior a tres metros en piso bajo y dos metros cincuenta en pisos altos.

En la unidad de hospitalización de pediatría, se considera que la distribución puede hacerse desde salas individuales hasta salas compartidas de hasta cuatro camas.

Las características en la unidad de hospitalización de pediatría son diferentes de acuerdo al rango etario. En el área destinada a lactantes (cero a un año) de internación conjunta, se ubicaran las cunas calculando una superficie mínima de 6.75 m², con un lado mínimo de 2.50m. En el sector de pre escolares (uno a seis años) se ubicaran las camas o cunas dependiendo de la edad, calculando 9.50 m², con un lado mínimo de 2.85m. En el área de escolares y adolescentes se equivale a 9.50 m², con una lado mínimo de 2.85 m. por cama, considerando la división según sexo y edad.

Las puertas deben tener un ancho mínimo de paso libre de 1,20m. Con respecto a las aberturas, las mismas deben ser cerramientos efectivos, con protección contra insectos y asoleamiento. Las ventanas deben tener las medidas necesarias para brindar las condiciones mínimas de habitabilidad. Los ángulos de las paredes de toda la unidad deben ser redondeados, evitando los ángulos rectos.

Para las habitaciones de internación de pediatría, el equipamiento mínimo con el que se debe proveer la misma es el siguiente: silla, camas con accesorios de barras laterales,

cama articulada o cuna con accesorios, cama diván, guardarropas, mesa auxiliar para alimentación y mesa de luz.

Según la Norma de organización y funcionamiento de internación de servicios de salud incorporada al Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica (2001), en el artículo B.I.8.1.a., dice que dentro de la sala de internación debe existir un sanitario, y dependiendo de si las mismas son individuales o compartidas deben ser: para salas de internación individual, debe haber un baño que cuente con un inodoro, una ducha y un lavatorio. Si la unidad de hospitalización es compartida, debe haber un sanitario cada cuatro camas, que contara con un inodoro, una ducha y un lavatorio. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, protecciones de seguridad, buena iluminación y ventilación, y sistema de oscurecimiento.

Todas las puertas de los sanitarios deben abrirse hacia afuera o corredizas para facilitar el acceso en caso de caídas dentro del mismo o de entrada y salida de sillas de ruedas.

4.1: El ambiente físico

La construcción de hospitales es sin lugar a dudas una de las más necesarias en cualquier parte del mundo. Ya sean públicas o privadas, las instituciones de salud son el fiel reflejo de como la sociedad trata a los pacientes durante una enfermedad.

Desde hace un tiempo, los aspectos de diseño, humanización y percepción espacial vienen tomando fuerza y son, hoy en día, tan importantes como cualquier aspecto médico o tecnológico. La arquitecta Cedrés de Bello (2000) explica que la humanización del espacio hospitalario debe incluir diseño urbano, diseño del edificio, diseño de la unidad espacial, diseño interior y equipamiento.

También afirma que para poder diseñar el espacio de forma adecuada, es necesario establecer el contexto cultural y físico del usuario, ya que no es lo mismo el diseño de salas de internación para pacientes pediátricos que para adultos, una terapia intensiva, consultorios o salas de espera. A su vez, es necesario que el paciente se sienta identificado con los mensajes y señales que uno quiere que el mismo perciba. La arquitecta manifiesta: “Un hábitat humano bien diseñado activa el potencial espiritual y crea múltiples vías para su expresión”. (2000, p. 94).

Mediante la elección de materiales, texturas, colores, iluminación y equipamiento, se intenta generar sensaciones, emociones y estímulos en el paciente pediátrico que lo ayuden en la recuperación.

Además de los requerimientos funcionales y estéticos que todo establecimiento de salud debe tener, se deben considerar dos criterios de diseño esenciales en cualquier edificio de sanidad, que contribuirán a la humanización del espacio; la privacidad y la seguridad.

La privacidad es una contemplación primordial en la práctica de la medicina. Es crucial para el paciente sentirse contenido y cuidado, en un ámbito como un hospital, donde continuamente circulan desde enfermos en estado crítico, pacientes que concurren al establecimiento por prácticas médicas, trabajadores del nosocomio, visitas y personas externas al espacio. No importa la edad del paciente, ya sea un niño o un adulto, el mismo tiene los mismos miedos, sentimientos de angustia, rechazo, ansiedad y hasta puede sufrir depresión.

Un claro ejemplo son las salas de internación compartidas, en las cuales hay un mínimo de dos pacientes y un máximo que depende del centro de salud. En las mismas, los enfermos son dispuestos todos en la misma habitación, separados por elementos fijos o móviles que cumplen la función de resguardar individualmente a cada paciente.

En las áreas internas, es conveniente separar visual y acústicamente, las áreas pediátricas de las de adultos, mujeres de hombres, los pacientes críticos de los

crónicos, a fin de aminorar las impresiones que puedan perturbar psicológicamente a los pacientes y sus familiares, e impedir su recuperación, tranquilidad y progreso. (Cedrés de Bello, 2000, p. 95).

Está claro que, en algún momento y con los avances continuos de la humanización de los espacios sanitarios, las salas de internación compartidas tenderán a desaparecer. Hoy en día, además de curar y brindar un excelente tratamiento médico, se intenta separar y salvaguardar la integridad moral del paciente, haciendo que el mismo se sienta a gusto con el espacio en donde se encuentra.

Actualmente, la tendencia en clínicas privadas es solo contar con salas de internación individuales, ya que favorece a la privacidad del enfermo y su familia.

La seguridad está relacionada con proteger y amparar la sensibilidad y dignidad de los pacientes, así como también la de sus familiares. Se trata de aminorar las preocupaciones, angustias y desasosiego por las cuales están atravesando para que su estadía en el centro de salud sea al menos un poco más placentera. La arquitecta explica entonces, que esto se vincula por ejemplo con hacer que la espera de un estudio médico o cirugía sea lo más reservada y agradable posible. Asimismo, dilucida que esto puede cambiar al seleccionar los materiales de forma coherente, eligiendo por ejemplo una construcción insonorizada para las paredes, o que las terminaciones de los espacios en donde el paciente no se encuentra tengan más diseño, ya que no deben ser asépticas, por ejemplo la sala de estar contigua a la habitación del paciente.

4.2: Materiales y texturas

Un material es un elemento que puede tocarse, es tangible y tiene textura. No es abstracto o espiritual. Puede transformarse, o agruparse y se emplea con un fin específico.

El proyectista debe tener en cuenta que los Centros de Salud están sometidos a una considerable actividad y que los recursos de los que se dispone para su construcción, y sobre todo para su mantenimiento son limitados. Por ello, es preciso la utilización de materiales adecuados a la demanda funcional que se les va a requerir y duraderos, sin que por ello, se tenga que renunciar a la estética. En general, deben proyectarse soluciones sencillas, prácticas y duraderas, con criterios de gran sencillez que no requieran ajustes o mantenimiento complejos, aunque siempre con la mayor calidad, no con lujo. (Cedrés de Bello, 2000, p.95).

Se debe tener en cuenta que en un hospital, existen requerimientos sanitarios, higiénicos y contra incendios, que son condicionantes al momento de la elección de los materiales de construcción. Se debe priorizar los revestimientos de gran durabilidad y que los mismos mantengan sus propiedades a través del tiempo.

En cuanto a revestimiento de interiores, los mismos se dividen en combustibles y no combustibles, de acuerdo a la composición de los materiales. Los no combustibles, son aquellos revestimientos que en cuya composición no presenta materiales orgánicos.

Los revestimientos combustibles están formados por productos orgánicos. En los mismos existe un alto nivel de inflamabilidad dependiendo de las características del revestimiento.

Se detallaran a continuación, los materiales que pueden ser utilizados para la construcción en edificios de sanidad, dejando de lado los materiales que son altamente combustibles.

Los pisos deben ser, resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, continuos, impermeables, ignífugos. Los zócalos deben ser de ángulos redondeados e impermeables.

Los revestimientos de pisos no combustibles no presentan problemas en cuanto a seguridad contra incendios, son muy recomendables por ser altamente higiénicos, durabilidad y facilidad de limpieza. Entre ellos se encuentran: materiales rocosos (naturales o artificiales), materiales cerámicos, hormigón y argamasa y materiales metálicos.

No son recomendados los revestimientos tales como: madera y alfombra. Los mismos son altamente inflamables, no durables, insalubres y de difícil limpieza.

Las paredes deben ser superficies lavables lisas, sin molduras, aislantes y resistentes al fuego. Los revestimientos de paredes no combustibles son los siguientes: azulejos, piedras naturales, revestimientos de cemento, cal o yeso, pinturas no combustibles.

No se recomiendan como revestimientos en paredes los siguientes: papeles, plásticos, corchos y conglomerados. Tampoco son favorecedoras las pinturas con combustible como pinturas plásticas a base de agua, vinílicas o acrílicas, pinturas al esmalte y sintéticas.

Los cielorrasos deben ser superficies fácilmente lavables, lisas, aislantes y resistentes al fuego. Para el revestimiento de cielorrasos, normalmente se utilizan los mismos que en las paredes, tales como revestimiento de yeso o mezcla de cal y cemento. También se utilizan cielorrasos suspendidos, los cuales son muy recomendables por su capacidad ignífuga.

Según la Norma de organización y funcionamiento de internación de servicios de salud (2001), incorporada al Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica, en el artículo B.I.3.2., los solados, paramentos y cielorrasos se realizarán con materiales que resistan sin degradarse los procedimientos de limpieza, desinfección, descontaminación y esterilización usuales, posibilitando un mantenimiento sencillo, como también la resistencia necesaria a la propagación del fuego.

La textura elegida correctamente añade riqueza al diseño y permite experimentar sensaciones diferentes no solo al tacto sino también visualmente.

Wucius Wong (1995, p. 119) declara: "La textura refiere a las características de superficie de un figura. Toda figura tiene una superficie y toda superficie debe tener ciertas

características, que pueden ser descritas como suave o rugosa, lisa o decorada, opaca o brillante, blanda o dura”.

Las texturas pueden ser clasificadas en dos categorías: textura visual y textura táctil. La textura visual es la que es vista por el ojo, puede también evocar sensaciones táctiles, pero es estrictamente bidimensional. A su vez, puede la textura visual puede dividirse en textura decorativa, textura espontánea y textura mecánica.

La textura decorativa es solo un agregado como decoración. Podría quitarse sin afectar al objeto y a la relación con el diseño en sí.

La textura espontánea es parte del proceso de creación visual. A diferencia de la textura decorativa, la espontánea no decora. La figura no podría ser separada de la textura, porque a su vez, las marcas de la textura es al mismo tiempo la figura misma.

La textura mecánica se refiere a la que es obtenida por medios mecánicos, y la textura no está necesariamente subordinada a la figura.

La textura táctil no es solo visible al ojo, sino que puede tocarse, es tangible. Esta textura se eleva, es tridimensional. La textura táctil puede dividirse en: textura natural asequible, textura natural modificada y textura organizada

La textura natural asequible es la que mantiene la textura natural de los materiales. Los mismos son utilizados como están y no se realiza ningún esfuerzo por ocultar la naturaleza de los materiales. Materiales como papel, hojas o ramas pueden ser cortados, rasgados o manipulados y usados como están.

La textura natural modificada, altera los materiales para que los mismos no sean los habituales. Estos pueden abollarse, arrugarse, rasgarse o tallarse para cambiar su aspecto natural, aunque siguen siendo materiales reconocibles.

La textura organizada, forma una nueva superficie formando un esquema en el que se disponen pequeños bollos, tiras o trozos de material. Estos trozos de textura pueden ser naturales o modificados, pero deben ser cortados pequeños. Los materiales pueden o no ser identificables, aunque la nueva superficie es dominante.

En el área de salud, es imprescindible que los materiales que se utilicen no contengan demasiada textura, y no deben ser porosos. Que los mismos sean filtrables y perforados tienden a almacenar bacterias y virus, lo que resulta perjudicial para el ámbito hospitalario. Los materiales deben ser de fácil y frecuente limpieza, lavables y resistentes a productos con soluciones abrasivas.

4.3: Iluminación

En un centro de sanidad, el objetivo principal del diseño de iluminación es el confort del paciente hospitalizado, además de confirmar el carácter del edificio y brindar funcionalidad al personal que allí trabaja.

La arquitecta Oriana Ponzini explica que el máximo objetivo del diseño de iluminación es la sensación de salud, intentando mejorar la estadía del paciente en el centro hospitalario, intentando que el mismo tenga una estancia agradable y confortable. (Revista Tecnología y Construcción, 2011).

Para generar un espacio confortable en cuanto a la iluminación es necesario que los colores generales del espacio hospitalario sean cálidos. Oriana Ponzini declara:

La calidad de la iluminación se consigue no solo por la cantidad de luminarias, sino por la elección de un color cálido que combine con la luz natural y entregue un muy buen rendimiento cromático, haciendo que los colores se vean brillantes y destaque el rosado saludable en la piel. La sensación de salud es muy importante para el centro médico. (Revista Tecnología y Construcción, 2011, p.26).

Para el diseño de iluminación en las salas de internación, se debe tener en cuenta la cantidad de iluminación natural que la misma recibe durante el día, la posición de las

ventanas, si la misma es individual o compartida, entre otros aspectos. La unidad de hospitalización es considerada un espacio con actividad visual normal, diferenciándose claramente de un quirófano, que tiene una actividad visual alta, y de una sala de espera, con una actividad visual baja.

Según la Norma de organización y funcionamiento de internación de servicios de salud (2001), incorporada al Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica, en el artículo B.II.1.1.a., dice que además de las instalaciones generales, contará con boca de techo o de pared, luz localizada en el área cama, un mínimo de 4 tomacorrientes e iluminación general de 200lux blanca y difusa, indicador luminoso para llamada de enfermería y luz vigía.

En un centro de sanidad, la elección de luminarias debe ser cuidadosa. Se deben utilizar equipos que sean de fácil mantenimiento y limpieza. Deben ser cerrados, para que no se acumule suciedad en ellos. A su vez, los mismos deben ser económicos, por el gran consumo de energía que en un hospital existe.

Especialmente para la unidad de hospitalización, la tipología de iluminación que se utiliza es el alumbrado general, ya que no se debe iluminar nada en particular y la luz debe invadir todo el espacio de igual forma y también puede utilizarse el alumbrado decorativo, que es la se provee para crear entornos más agradables visualmente.

Las lámparas recomendadas para iluminación general en centros de sanidad son las siguientes: fluorescencia lineal de 26mm, fluorescencia lineal de 16mm, fluorescencia compacta y halogenuros metálicos. Las mismas pueden brindar luz cálida, fría y neutra. Para alumbrado decorativo, se recomiendan luminarias incandescentes halógenas, que ofrecen luz cálida, y fluorescencia compacta.

La Guía técnica de eficiencia energética en iluminación para hospitales y centros de atención primaria (2001) explica que para la iluminación de unidades de hospitalización o

habitaciones de los pacientes, son cuatro los factores que intervienen en el confort de los pacientes. El principal se relaciona con las luminarias de las paredes y el cielorraso. Las mismas deben ser al menos de 30 cd/m² para que el ambiente parezca espacioso y este iluminado de la forma correcta. Además, destaca que se debe prestar especial atención a las lámparas que se ubican en el techo, ya que los pacientes hospitalizados pasan la mayor parte del tiempo recostados en la cama y mirando hacia él. El segundo componente que interviene es la apariencia de las luminarias, ya que las mismas ayudan a recrear un ambiente más amable y amigable. El tercer factor que participa en el bienestar del paciente internado en relación a la iluminación es no utilizar lámparas que brinden iluminación directa o sin apantallar. Las mismas aumentan el estrés y la fatiga visual del paciente, haciéndolo sentir abrumado o desconcertado. El cuarto elemento interviniente es la posibilidad de que el paciente pueda regular la iluminación general de la sala o la luz de lectura de una forma fácil y accesible.

4.4: Percepción del color

De acuerdo a la teoría de la *Gestalt*, en el estudio de la percepción visual, se comprende que los estímulos que recibe el individuo no corresponden simplemente a algo azaroso sino que surgen a partir del reconocimiento de la estructura de un objeto. (Livón Grossman, 1994, p.123).

El proceso de percepción del color comienza cuando las luces, que varían en la longitud de onda y luminosidad, penetran el ojo de un individuo a través de la córnea. El iris, entonces, se contrae y expande para permitir que mayor o menor luminosidad entre por la pupila dependiendo de la cantidad de luz disponible en el espacio. La parte posterior del ojo está cubierta por la retina, que consta de células especializadas y dispuestas en capas constituidas por foto receptores denominados bastones y conos. Los bastones permiten que el ojo distinga formas con luz tenue, en blanco y negro. Los conos hacen

posible la percepción de matices debido a la intensidad de la luz. Estos bastones y conos son, entonces, los encargados de captar parte del espectro de luz solar, transformándolos en impulsos eléctricos para luego enviarlos al cerebro para generar la sensación de color.

Paul Zelansky y Mary Pat Fisher (1999) aseguran que “los colores que vemos no son simplemente una función de diferentes longitudes de onda; constituyen en realidad nuestras reacciones a los estímulos visuales a través de procesos complejos que se producen en nuestro aparato perceptivo”. (p. 22).

Las sensaciones cromáticas se producen en las respuestas del aparato perceptivo, y no constituyen propiedades inherentes de los objetos. De hecho, el ser humano difiere en sus respuestas cromáticas, en la visión del color y en las asociaciones culturales, por lo tanto, cada persona tiene una reacción diferente a cada color.

Eva Heller (2008) explica que el color tiene valor simbólico, convoca a la atención del observador, expresa una idea, su representación varía cultural e históricamente; el luto en Occidente se representa con negro y en Oriente con blanco.

Ningún color carece de significado. El efecto de cada color está determinado por su contexto, es decir, por la conexión de significados en la cual percibimos el color.

Por consiguiente, el estado emocional de las personas influye de forma directa en como las mismas percibirán los colores. Si un individuo se encuentra en un estado depresivo o de angustia, es probable que capte los colores de una forma más leve que cuando está en un estado de salud mental normal. El efecto de cada color está determinado por su contexto, es decir, por la conexión de significados en la cual percibimos el color.

En el diseño de interiores, los colores son asiduamente utilizados para influir en el estado de ánimo de las personas, provocar excitación o tranquilidad, generar matices. Zelansky y Fisher (1999) manifiestan que en el arte, el color constituye un vehículo para expresar

emociones y conceptos, así como un medio de información, y es un elemento muy poderoso del diseño.

A continuación se desarrollarán las diferentes variables de colores y los efectos cromáticos y psicológicos que tienen los mismos relacionados con el diseño de interiores.

Los colores cálidos, son los asociados comúnmente con el calor y el fuego. Los mismos son el rojo, el naranja y el amarillo. No es algo abstracto, ya que investigaciones fisiológicas revelan que bajo una iluminación de color roja nuestros cuerpos segregan mayor adrenalina, incrementan la tensión sanguínea y la respiración. Con respecto al interiorismo, los colores cálidos pueden, por el contrario, crear atmosferas confortables, amables y hospitalarias.

Los colores fríos, tales como el azul y el verde, se asocian generalmente con la naturaleza, y con las cualidades refrescantes del agua y los árboles. Asimismo, la investigación fisiológica confiesa que reducen la velocidad de los latidos del corazón, relajan los músculos y disminuye la temperatura corporal. En el diseño de interiores, los tintes fríos se funden en espacios serenos, plácidos y frescos.

Pasteles o pálidos, son aquellos colores puros que se iluminan o contienen gran cantidad de tinte blanco. Suelen generar sensación de calma y tranquilidad. También se los relaciona con el romanticismo, la alegría y la confianza. Permiten que se destaque todo lo que los rodea.

Los colores vivos son los colores puros, que no están ni iluminados con blanco ni mezclados con negro. Son referentes de atracción ya que son intensos y llamativos. Estos colores se utilizan principalmente en lugares en donde los usuarios son niños, como por ejemplo jardines de infantes. Generan alegría, son dinámicos.

Empastados u oscuros, son los colores que están mezclados con negro o gris. Son los colores apagados, son densos, espesos y pesados. Generan cansancio y encierro.

Los acromáticos, también llamados colores neutros, son el blanco, el gris, el negro, como así también los tintes amarronados, tales como crema, marfil y beige.

Los monocromáticos es cuando se utiliza un solo color y se varían las intensidades o el valor del mismo. En el diseño de interiores es muy utilizado, ya que generan sensación de unidad y equilibrio. En ocasiones puede resultar monótono o cansador.

Contrastantes, se denomina a los colores que se complementan. Están enfrentados en el círculo cromático. Juntos, logran efectos de mayor luminosidad y brillo y alto impacto visual.

Los armónicos, son los que se ubican juntos en el círculo cromático. Generan unidad y armonía, no son dominantes. Johannes Itten (s.f., p.19) asegura que: "Generalmente los profanos consideran como armoniosas las combinaciones de colores que ofrecen un carácter análogo o que agrupan varios colores del mismo valor. Se trata de colores que son reunidos sin contraste muy marcado".

Eva Heller (2008) refiere que conocemos muchos más sentimientos que colores, por lo tanto, cada color puede provocar infinidad de efectos distintos, en ocasiones absurdos y discordantes.

4.5: El color en la recuperación

Es reconocido que los colores afectan en las emociones del ser humano y por eso, los mismos son utilizados tanto para provocar excitación y emociones como para evocarlas.

El color puede afectar la disposición del ánimo, la capacidad de concentración y la percepción del tiempo y la temperatura.

La cromoterapia es un método de armonización y ayuda para la cura y recuperación de enfermedades mediante los colores. Los mismos ejercen una influencia física, mental y emocional no consiente sobre la persona que le permite auto curarse.

Los cromoterapeutas aseguran que cuando la curación es cuestión de tiempo, una terapia basada en los colores puede ser de gran ayuda. El color correcto y empleado del modo correcto favorece a la recuperación de un paciente.

Los principios generales con que se rigen los terapeutas del color son que las energías se pueden estimular al alentar la exposición cotidiana a ciertos colores. Esto puede ser empleado en ropa y accesorios, la decoración y los muebles de tu entorno casero y de trabajo, y comer ciertos alimentos. (Helen Graham, 2002, p. 28).

Sin embargo, Eva Heller (2008) explica que los científicos dicen que lo único que obra en estos casos es la creencia en el poder curativo de los colores. No es científicamente demostrable que haya un color que tenga efectos curativos. Es indiscutible que los colores actúan sobre los sentimientos y sobre el entendimiento, pero sus efectos no curan.

Las investigaciones psicológicas han revelado algunas variables que contribuyen a explicar las diferencias individuales en las reacciones al color. Los niños reaccionan mejor al placer de los colores puros. Entre los adolescentes, quienes buscan sensaciones prefieren el rojo, mientras que los más reservados se inclinan por el azul. Los ancianos prefieren los colores claros, y los enfermos mentales optan por colores no cromáticos como blanco, negro o gris.

Paul Zelansky y Mary Pat Fisher (1999), revelan un estudio realizado por Henner Ertel en escolares en la ciudad de Munich con respecto a las repercusiones del cromatismo ambiental, y declara que los colores con más efectos positivos eran el amarillo, el verde amarillento, el naranja y el azul claro. En ambientes donde predominaban estos colores el cociente intelectual de los niños se elevaba a doce puntos, mientras que en entornos blancos, negros o pardos el mismo descendía. También descubrió que en una atmosfera

donde el color predominante era el naranja, los niños se mostraban animados, alegres y risueños.

Los colores son estímulos visuales, que generan diferentes reacciones en el organismo y en el estado de ánimo. El color no es una característica de una imagen, sino una apreciación subjetiva del ser humano, una sensación que se produce en respuesta a estímulos. Por ello, el color es tan importante en salas de internación para pediatría, ya que influirá de forma positiva o negativa en lo que respecta a su recuperación. Un color determinado en una pared no hará que el niño se cure, pero ayudara en su tratamiento principalmente de forma psicológica.

A continuación, se analizaran los colores según Eva Heller (2008) y sus capacidades para la recuperación, para poder hacer un completo análisis para el uso del color en las salas de internación para pediatría.

Rojo: proporciona energía a los pies y las piernas, estimula la actividad física y la vitalidad, los sentimientos de seguridad, estabilidad y confianza en uno mismo. A su vez, no es recomendado utilizarlo para personas hiperactivas, agresivas, o con problemas cardiacos. También es contra indicado en espacios donde se necesite concentración.

Naranja: estimula el metabolismo, las energías físicas y emocionales, la digestión y desintoxicación. Es conveniente utilizarlo en cuartos de ejercicio o deportivos. Aumenta la vitalidad y ayuda en el tratamiento de la depresión.

Amarillo: brinda energía al sistema nervioso. Estimula la actividad mental y el poder de voluntad. Es recomendado para cuartos de estudio y lectura, y para edificios donde se trabaje con niños con dificultades de aprendizaje.

Verde: es un color que estimula el sistema respiratorio y el sistema inmune. Favorece los sentimientos positivos, la compasión y la sensibilidad. Es recomendado para cualquier

espacio en donde se busque paz y tranquilidad, o en lugares donde haya mucho contacto físico, por ejemplo cualquier sitio dedicado a la sanidad.

Azul: energiza el metabolismo y el control de la temperatura corporal. Estimula la expresión corporal y personal, la comunicación y la audición. Muy utilizado en cualquier habitación o edificio que se emplee para procedimientos médicos.

Índigo: estimula la parte inferior del cerebro y el sistema nervioso central. Induce a los procesos inconscientes, la imaginación y las habilidades psíquicas. No es recomendado utilizar este color en espacios donde se realiza actividad física o espacios para la relajación.

Violeta: estimula la parte superior del cerebro y el sistema nervioso. Anima la creatividad e inspiración. Facilita la concentración en niños, la conciencia y la meditación. A su vez, no debe ser utilizado en habitaciones donde se encuentren personas con desequilibrios mentales, tendencia a la retracción, despersonalización o depresión.

El capítulo recientemente planteado, se centró estrictamente en el espacio como unidad de hospitalización, teniendo en cuenta la utilización de materiales, iluminación y colores para la correcta definición del espacio de internación. Se realizó una introducción para el próximo capítulo que tratara de forma exclusiva el proyecto de diseño de salas de internación para pediatría para una clínica privada.

Capítulo 5: Proyecto de diseño: Unidad de hospitalización pediátrica para Clínica del Valle.

En el siguiente capítulo se verá reflejado el análisis de todo el trabajo de grado, desarrollado en el proyecto profesional de diseño.

Se espera que el mismo pueda servir de hincapié para futuros proyectos en Argentina, ya que se hizo con el fin de dejar un legado de impulso social para que el paciente pediátrico en centros de sanidad, no sea desvalorado y que su internación no sea un momento de estrés y angustia.

El diseño planteado para la unidad de hospitalización de Clínica del Valle es una tipología que refleja principalmente la flexibilidad del espacio. No solo se diseñarán las salas para internación, sino que también se dispondrá de un piso extra que será íntegramente dedicado al esparcimiento del niño internado y de su familia.

De esta manera, el diseño del área de internación pediátrica contará con dos pisos, el sexto destinado a la recreación, ocio y divertimento y el séptimo dedicado a la hospitalización de niños enfermos.

5.1: Relevamiento del espacio existente

El proyecto de diseño se llevará a cabo en Clínica del Valle, una clínica privada en la ciudad de Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut.

Clínica del Valle pertenece al Grupo Amanus, un grupo empresario que desarrolla con empresas propias una prestación integral de empresas de salud: Emec (atención de emergencias en ambulancias), La Farmacia (red de farmacias en la región), Clínica Sarmiento y UNO (servicio de medicina prepaga). Todas estas empresas forman parte

del grupo empresario que desde la ciudad de Comodoro Rivadavia se proyectan y brindan salud a todo el país. (Ver Cuerpo C. Figuras 33 y 34).

Este centro de salud fue fundado en el año 1981, y es un centro médico integral con todos los servicios necesarios para un completo cuidado de la salud y es la clínica privada de mayor influencia y crecimiento de la Patagonia.

Clínica del Valle cuenta actualmente con cien camas de internación, seis quirófanos y treinta consultorios distribuidos en 10.000 m² en tres torres diferentes. (Ver Cuerpo C. Figuras 35 y 36).

El establecimiento no dispone hoy en día de una unidad de hospitalización pediátrica, por lo tanto el presente proyecto se hizo también con la finalidad de que en el futuro, el diseño planteado pueda ser materializado en la clínica.

La unidad de hospitalización que se releva para el diseño de las salas de internación pediátrica es actualmente de adultos, y está ubicada en el séptimo piso de una torre que fue inaugurada recientemente y cuenta con diez pisos. La misma tiene orientación este, por lo tanto el espacio tiene luz solar por la mañana y la visual que se aprecia desde algunas de las habitaciones es el mar, brindando al paciente relajación y distensión. Las restantes tienen vista hacia la ciudad, ya que tienen orientación norte y sur respectivamente.

La planta de unidad de hospitalización tiene un total de 21 por 11 metros. En ella están repartidas cinco salas de internación individuales, cada una con baño privado dentro de la habitación, un *office* para médicos y enfermeros y un sector de administración. A esta planta se puede acceder por escalera, o por los dos ascensores automáticos y se conecta por planta baja con cualquiera de las otras dos torres que conforman la totalidad de Clínica del Valle.

Las salas de internación tienen un tamaño formidablemente cómodo, considerando que son para internación individual, en las mismas entra una cama y un sofá cama para un acompañante. Las medidas de dos de las habitaciones que miran hacia el mar son las mismas: 4,70 por 3,70 metros, y la restante que mira hacia el mismo lado tiene 3,70 por 2,70 metros. Cabe destacar que las salas de internación de los extremos tienen una ventana cada una, que miran hacia el sur y el norte respectivamente. La sala que tiene orientación sur tiene vista hacia la ciudad de Comodoro Rivadavia y hacia las montañas, las medidas de la misma son: 3,60 por 3,70 metros y las medidas de la sala con orientación norte y con vista a la ciudad son: 3,40 por 3,70 metros.

A continuación, se hará un relevamiento de una de las salas, ya que las cinco cuentan actualmente con el mismo equipamiento y materialidad.

A la sala se accede por una puerta de 1,20 de ancho, de madera con acabado de enchapado natural color gris. La misma posee características corta fuego y acústica. Es de gran importancia que las puertas tengan la capacidad de detener o demorar la propagación de incendios para garantizar la seguridad del paciente. A su vez, se debe asegurar la privacidad e intimidad del enfermo, por ello la puerta tiene la capacidad de aislar y disminuir los ruidos externos, brindando al paciente tranquilidad y mayor posibilidad de descanso. Otras características de las puertas que poseen las salas de internación es que son higiénicas, ya que poseen propiedades anti fúngicas y antibacterianas, son de fácil limpieza y resisten a productos de desinfección especiales, y son resistentes a golpes.

Las carpinterías utilizadas para las ventanas son de aluminio color negro. Las mismas brindan gran eficiencia en hermeticidad y aislación termo acústica. Las ventanas de las salas de internación cuentan con un gran paño fijo central, y banderolas de abrir a sus lados. Esto es debido a la seguridad que se le brinda al paciente y para mantener la aislación térmica dentro de la sala, ya que la ciudad en donde está ubicada Clínica del

Valle se caracteriza por sus fuertes vientos durante gran parte del año. (Ver Cuerpo C. Figura 37).

El solado y los zócalos de las salas es de granito color gris claro. Esta elección es debida a que ese material es muy resistente al desgaste y al alto tránsito, soportando el paso de camillas y sillas de ruedas sin dificultad. A su vez, es férreo a las manchas y como el material es poco poroso no acumula suciedad y es de muy fácil limpieza. Tiene una alta capacidad impermeable, pudiendo ser limpiado con cualquier tipo de producto, eliminando la posibilidad de hongos por humedad.

Las bandas protectoras para paredes guarda camillas son molduras de *pvc* color crema, y tienen la función de proteger las paredes de posibles golpes de camillas, carros de comida, sillas de ruedas.

Las paredes están pintadas con esmalte acrílico anti bacterial base agua de color blanco. Se utiliza esta pintura para mantener la limpieza, durabilidad y resistencia de los muros por la constante higiene que debe tener un centro de salud, ya que la misma previene la formación de hongos y bacterias.

El cielorraso de las salas es de yeso suspendido, por lo tanto la iluminación es embutida. La misma es por tubos fluorescentes. A su vez, las salas cuentan con un gran caudal de luz natural, que provienen de los grandes ventanales.

El mobiliario existente de las habitaciones de internación de Clínica del Valle es el siguiente: una cama de internación eléctrica, un sofá cama para acompañante de cuerina color azul y una mesa con sillas de madera enchapada. El placard se encuentra empotrado en la pared. (Ver Cuerpo C. Figuras 38, 39, 40 y 41).

Las salas tienen además un baño dentro de la misma, y las medidas difieren dependiendo de la habitación. Los sanitarios cuentan con: un inodoro, barras laterales para agarre, un lavatorio con vanitory para guardado de elementos de higiene personal y

un cubículo de ducha, también con barras para agarre. El revestimiento del solado del sanitario es granítico, y el de las paredes es cerámico color blanco. La iluminación del mismo es embutida y por tubos fluorescentes.

Al ser un espacio recientemente inaugurado, se encuentra en excelentes condiciones de conservación, aunque se observa que el espacio podría tener más diseño en cuanto a equipamiento.

A su vez, resulta lógico que una sala de internación no este invadida de mobiliario, ya que se necesita que tenga circulación para la entrada y salida de camillas, y a veces la misma debería poder hacerse de forma rápida y urgente.

El ambiente denota también falta de color y personalidad, pero eso se entiende ya que el espacio se diseñó primeramente para la internación de pacientes de edad adulta.

5.2: Propuesta de diseño

La humanización del espacio es la tendencia actual en diseño y arquitectura hospitalaria. Es necesario que el paciente internado no solo sea tratado y curado en el espacio sanitario, sino que también sienta que está en un espacio agradable, cómodo, que el ambiente no sea hostil, y que sus emociones sean valoradas. El espacio físico debe contribuir a mejorar el estado de ánimo del paciente ya que el mismo colaborará de manera fundamental en la recuperación del enfermo.

Se considera importante aclarar que el presente proyecto de diseño se presentará como una posible tipología en cuanto a unidades de hospitalización, y se exhibe como un modelo en pequeña escala, dando cuenta que se presentarán el espacio cinco salas de internación, pero en la práctica el número de habitaciones debería ser mayor, de acuerdo a la demanda de la población.

La idea rectora del presente proyecto de diseño es que el niño internado continúe siendo un niño. Para ello, es fundamental que el espacio en donde se encuentre sea atractivo, cautivante y sobre todo estimulante. El niño debe poder seguir jugando, distrayéndose y seguir teniendo espacios de ocio.

Para ello, es primordial que el espacio cuente con lugares en donde el paciente pueda divertirse, entretenerse y olvidar por un momento en lugar en donde se encuentra y la enfermedad que padece. Todos los miedos y angustias que el niño siente cuando está internado, pueden ser atenuados por actividades que lo entretengan y áreas diseñadas para tal fin.

Una premisa fundamental del presente diseño es mantener el vínculo del niño internado con su familia, ya que se considera primordial que se sienta contenido en la evolución de la internación, que puede ser un proceso traumático, de estrés y de desarraigo.

Asimismo, se considera importante también incluir y contener al familiar del niño enfermo, que lo acompañará y cuidará en la clínica, ya que para este también es un momento sumamente complejo, no solo por tener a su pariente en una situación crítica, sino también porque generalmente implica un desarraigo con los familiares que quedan a la espera de buenas noticias en el hogar.

La propuesta para esta unidad de hospitalización es que el familiar y el niño estén en permanente contacto, ya que esta persona es lo único que el niño conoce dentro del centro de salud y lo asocia con su vida fuera de la clínica.

El diseño del espacio en general se presenta como innovador y de avanzada. Se espera que los niños puedan mejorar su estado de ánimo para ayudar a su recuperación de una forma lúdica con la incorporación de tecnología audiovisual como otra forma de distracción.

A su vez, resulta relevante aclarar que como la clínica está construida en una torre y el piso de internación es alto, no se contaba con salida directa a espacios verdes exteriores, que hubiera sido favorable. Por lo tanto, resultó conveniente incorporar los elementos de la naturaleza al diseño con tecnología visual y en forma de juego. Animales y plantas se verán en pantallas y también en paredes.

Como se necesitaba espacio para poder realizar las actividades recreativas y de ocio, y el séptimo piso no contaba con el mismo, es que además de la planta actual de hospitalización del séptimo piso de una de las torres que conforman la clínica, se resolvió disponer además del sexto piso, para poder abarcar ambos pisos y realizar la unidad de hospitalización de pediatría de Clínica del Valle.

En el sexto piso se hará una planta limpia, flexible, en la que se concentrarán las actividades para que los niños internados puedan disfrutar con sus familias y con otros pacientes de la misma unidad. (Ver Cuerpo C. Figuras 42 y 44).

A su vez, si el paciente ingresa por sus propios medios, servirá para que el mismo tenga una primera impresión del espacio, antes de llegar a la sala de internación en sí, que es donde pasará la mayor parte del día. La primera impresión del niño sobre el espacio es muy importante, ya que a partir de ahí, hará sus primeras percepciones de todo lo siguiente. (Ver Cuerpo C. Figura 48).

Se considera importante aclarar, que no todos los niños internados se encuentran inmovilizados o apartados. Existen muchos casos de hospitalización en que el niño está apto para moverse, jugar y estar en contacto con otros niños. Para estos niños es que se realiza el sector de esparcimiento, para que puedan seguir en contacto con chicos y llevar adelante la enfermedad de una manera menos traumática. Para el caso de los pacientes inmovilizados, se diseñarán habitaciones para que puedan distraerse y jugar de una forma pasiva dentro de la misma.

Este piso del área de esparcimiento, será lúdico y de recreación. Los sectores de esparcimiento estarán dedicados a: literatura, en donde los niños podrán leer en sillones sus cuentos favoritos de forma individual, grupal con otros niños y también con sus padres. (Ver Cuerpo C. Figura 55).

Otro será dedicado a las artes plásticas, lugar donde podrán en práctica sus habilidades para pintar, dibujar y hacer manualidades. (Ver Cuerpo C. Figuras 49 y 52).

El siguiente será dedicado a la música, en donde los niños podrán aprender a tocar instrumentos en un espacio separado, que estará totalmente insonorizado para que los demás pacientes internados en la clínica no se vean afectados e incomodados por los ruidos. En el espacio dedicado a la música, los niños podrán tocar instrumentos, y a su vez tendrán una pantalla y un piso interactivo que les permitirá aprender música de una manera lúdica. Las imágenes se proyectan en la pared y el piso mediante proyectores instalados en el cielorraso. (Ver Cuerpo C. Figuras 50 y 51).

También habrá un espacio con pantallas para que los niños puedan ver películas, televisión o jugar videojuegos (Ver Cuerpo C. Figura 53) y juegos didácticos en paredes para los más chicos. (Ver Cuerpo C. Figura 54).

Para todo el sexto piso se utilizó solado vinílico color crema, y se delimitaron los sectores con piso vinílico de diferentes formas y colores. Las paredes están pintadas con esmalte acrílico anti bacterial base agua de color blanco y esmalte acrílico de diferentes colores para los animales de madera de las paredes.

La diferencia principal del diseño del espacio de esparcimiento y el de internación es que el espacio de juegos y ocio se presenta más colorido y estimulante, y el de hospitalización brindará más tranquilidad y calma.

Se decidió que el diseño del séptimo piso de la unidad de hospitalización de Clínica del Valle, que corresponde íntegramente a la internación, sea flexible, habilitando todas las

salas de internación para el paciente pediátrico en general y no dividiendo las salas en rango etario. De esta manera, se realizará una tipología de área de internación pediátrica funcional y abierta, de modo que la internación sea práctica, útil y eficaz. (Ver Cuerpo C. Figuras 43 y 45).

Cabe destacar que en un centro de sanidad de mayor envergadura lo conveniente sería disponer de salas de internación para niños y otras para adolescentes en la unidad de hospitalización pediátrica. Dadas las condiciones de creciente demanda de internación de pediatría de Comodoro Rivadavia, se decidió no separar por rango etario y que todas las habitaciones puedan ser ocupadas cualquiera sea la edad del niño. Esto permitirá una hospitalización más eficiente y podrá atender de mejor manera la demanda actual.

El espacio de internación contará con cinco salas, de las cuales se destinarán dos para pacientes que presenten afecciones graves, como pueden ser enfermedades quirúrgicas, víricas o infecciosas y que generalmente el paciente se encuentra inmovilizado o debe estar aislado de otros enfermos; dos habitaciones para pacientes con patologías más simples, en las cuales el paciente puede trasladarse, salir de su habitación y estar en contacto con otros niños. La sala restante se asignará para el paciente ambulatorio, que se utiliza cuando el paciente requiere una hospitalización de horas, ya sea para suministrarle un medicamento o para la recuperación de una cirugía no compleja.

Cabe aclarar que en el presente proyecto de graduación se presentará una tipología de cada sala de internación, es decir, una para pacientes inmovilizados y aislados, otra para enfermos que pueden trasladarse y la última para pacientes ambulatorios.

El séptimo piso, que corresponde al área más privada de la unidad, será diferente del sexto piso en cuanto a diseño. La ambientación del mismo será más cálida, para poder brindar al paciente y su familia mayor paz y tranquilidad. Contará con un espacio de espera, para que el acompañante del paciente pueda permanecer en caso de que deba

salir de la habitación, hablar con los médicos, o en donde los familiares aguardarán para visitar al paciente. (Ver Cuerpo C. Figuras 56, 57 y 58).

Se considera que este espacio en ocasiones puede resultar de dramatismo o de angustia, por lo que se decidió que sea principalmente favorable para la familia del niño. Se observa una gran pared de cristal laminado iluminada en uno de los lados en la cual se proyectan imágenes que transmitirán calma, pero que a su vez resultan estimulantes para los niños que allí se encuentran internados.

El cristal laminado es altamente resistente a golpes, pero igualmente se dispuso de zócalo de hierro retirado 10 cm. de la pared con la única función de detener camillas o sillas de ruedas.

El solado elegido para este espacio es vinílico de color crema muy claro, ya que se busca que cuando no haya tanta luz en este espacio, la imagen que es proyectada en la pared pueda reflejarse también en el piso. Se hace un cambio de color en el solado de la entrada a las salas de internación que dependerá del tipo de habitación.

Para el diseño de las salas de internación, se decidió que cada una tenga un color predominante.

Para las salas de internación de aislados se utilizó el color rojo, ya que el mismo, según lo estudiando en el presente proyecto de grado, proporciona sentimientos de seguridad, estabilidad y confianza en uno mismo. (Ver Cuerpo C. Figura 59 y 60).

Como el paciente de esta sala se encuentra inmovilizado y no puede tener contacto con otros enfermos, se buscó que el niño pueda transitar su enfermedad de manera pasiva y que pueda entretenerse dentro de la habitación. Como pasa la mayoría del tiempo recostado en su cama, se dispuso de una pantalla en el cielorraso iluminada con *led*, para darle al paciente la idea de mirar el cielo. Asimismo, el paciente puede cambiar la imagen que allí se ilumina desde las pantallas que tiene a su alcance.

Generalmente, son estos pacientes lo que pasan mayor tiempo internados, hay veces que se supera el mes de internación ampliamente. Es por tal motivo, que esta sala cuenta con mayor lugar de guardado, para que el familiar se encuentre cómodo y para que el niño pueda llevar a la clínica y almacenar en su habitación juguetes u objetos que traiga desde su hogar.

En la pared en donde se apoya la cabecera de la cama, una placa de madera delimita el espacio de la cama y la mesa de luz, como así también tiene la función de esconder los cables de oxígeno, electricidad y gases. Frente a esta, se dispuso una gran pantalla que además de ofrecerle al niño la posibilidad de mirar televisión o películas, es también interactiva ya que ofrece juegos para que el niño se entretenga de una forma pasiva.

El mobiliario de esta sala consta de: una cama eléctrica, una mesa de arrime para comer, una mesa de luz de madera, una silla, un sofá cama y una mesa para el acompañante.

Para las habitaciones de pacientes que pueden movilizarse, se utilizó el color naranja, ya que aumenta la vitalidad y es estimulante enérgica y emocionalmente. Estas salas son para pacientes con patologías menos complejas, y por lo tanto el niño no permanece tanto tiempo internado. Las habitaciones son más simples en cuanto a posibilidad de juego dentro de la misma, ya que el niño puede movilizarse al sexto piso para entretenerse. (Ver Cuerpo C. Figuras 61 y 62).

Esta sala también cuenta con una placa de madera que delimita el espacio de la cama y la mesa de luz, como así también tiene la función de esconder los cables de oxígeno, electricidad y gases. Frente a esta, se dispone en otra placa el televisor. El placard se esconde detrás de puertas de madera laqueadas brillantes.

El mobiliario de esta habitación es el mismo que para la sala de pacientes inmovilizados.

Por último, para la sala de pacientes ambulatorios se utilizó el color amarillo, ya que es un color energizante y ayuda en el poder de voluntad. Como es un espacio en el que el niño

solo se interna por algunas horas, casi no hay posibilidad de que el niño pueda salir hasta que se recupere. Es por ello, que se plantea una sala simple, que brinde la posibilidad de recuperación al paciente con entretenimiento visual. (Ver Cuerpo C. Figuras 63 y 64).

Para todas las salas se utilizó solado vinílico color crema y recortes del color asignado a cada habitación, y las juntas son casi imperceptibles. Este material resulta ideal para espacios sanitarios, ya que es resistente y duradero. Además, tienen buena resistencia a la abrasión, a la impermeabilidad y son de fácil limpieza. Otras características del solado son sus cualidades térmicas, acústicas, antiestáticas y anti bacteriales.

Las paredes están pintadas con esmalte acrílico anti bacterial base agua de color blanco.

Los baños de las salas de internación responden todos al mismo patrón de diseño, cambiando únicamente el color de los revestimientos de acuerdo al tipo de sala. Hubiese sido conveniente también poder adoptar los sanitarios para los niños más pequeños, ya sea inodoro y lavamanos de pequeñas medidas para que puedan desenvolverse en el mismo sin la ayuda de un adulto. Pero dado que en el presente espacio de hospitalización no se dividieron las salas de internación de acuerdo al rango etario, y las habitaciones pueden utilizarse tanto para niños como para adolescentes, no se pudo realizar la tipología de sanitarios para chicos. (Ver Cuerpo C. Figura 65).

El presente proyecto de grado contempló una unidad de hospitalización en general, y abarcó desde las salas de internación en sí, en donde se realizaron tres tipologías diferentes adecuándose al paciente que allí se internará, cada una con su respectivo sanitario, una sala de espera para familiares y la planta de recreación y juegos, que servirá no solo para que los pacientes internados puedan olvidar por un momento sus padecimientos y angustias, sino también para reforzar el vínculo que el niño tiene con su gente querida.

El proyecto de grado no solo explica las necesidades y respuestas del diseño en cuanto a la recuperación y estado de ánimo del paciente, sino que también de la ayuda de las relaciones sociales y afectivas en el proceso de internación.

Conclusiones

El presente proyecto de grado se basó en el diseño de una unidad de hospitalización pediátrica para una clínica privada de la ciudad de Comodoro Rivadavia y para ello, se partió de una hipótesis principal y de un interrogante de una situación actual de la realidad en donde se reconoció un problema y se lo cubrió.

A lo largo del proyecto de graduación, se estudió como la hospitalización no humanizada afecta en el niño de manera no positiva. El paciente pediátrico es frágil, generalmente presenta vulnerabilidad, temor, ansiedad y angustia. El miedo al abandono, el medio extraño en el cual se encuentra, el desarraigo y el corte en la vida cotidiana del niño conllevan a que el mismo sufra en el proceso de internación.

Brindarle al niño la oportunidad de internarse en un ámbito que sea agradable, que no sea hostil y aburrido, que tenga la posibilidad de seguir jugando y entreteniéndose, ayudará en el estado de ánimo del paciente y como consecuencia, influirá de manera positiva en su recuperación.

Para la realización de la indagación del problema tratado en el presente proyecto de grado, la autora utilizó diferentes métodos que colaboraron en la realización del proyecto profesional y entender la problemática que existe en no brindarle una mejor hospitalización y calidad de vida al paciente.

Además de la información aportada por la bibliografía fue muy importante la visita a diferentes hospitales para observar cómo eran los mismos y percibir las sensaciones que los usuarios de los mismos tenían cuando estaban internados.

El trabajo de campo en diferentes centros de salud de la ciudad, tanto públicos como privados, ayudó a la autora a entender que existe una persona y una familia que sufre en un espacio en donde las necesidades del usuario no son contempladas en absoluto. Sin lugar a dudas, el presente proyecto de grado dio un giro sustancial cuando se entendió

que también entraban en juego las problemáticas socio afectivas y psicológicas, y es cuando se interpretó que el espacio de hospitalización no solo debía responder a cualidades de diseño y confort, sino que debían alegar a los valores que el niño necesitaba dentro del centro de sanidad y avalar y garantizar una atención hospitalaria más humanizada.

Se entendió también que no solo el usuario principal de la unidad hospitalaria pediátrica es el que debe sobrellevar la internación de forma positiva, sino que la familia debe también tener una postura afirmativa en cuanto a la misma y su estado de ánimo debe ser óptimo. Que el familiar del niño no sienta una vinculación con su pariente enfermo, perjudicará en el tratamiento y cura del paciente. Los mismos deben seguir teniendo la misma unión que cuando se encontraban fuera del centro de salud.

Para ello, se comprendió que además del espacio que pudieran compartir dentro de la sala de internación, debían también tener la posibilidad de entretenerse de forma pasiva y tener ratos de ocio juntos.

Se considera importante que todos los niños hospitalizados puedan tener los mismos derechos de seguir jugando y divirtiéndose aún en un centro de salud, sin importar si el mismo es público o privado, porque a pesar de estar internados, el niño sigue siendo un niño.

La autora conoce también que en Argentina existe una carencia de compromiso e implicancia para con la salud, no solo con el déficit presupuestal que muchas veces no llega de la misma manera a todos los centros de salud, sino también con la falta de políticas positivas para los mismos.

En consecuencia, se entiende que el humanizar la salud es un trabajo interdisciplinar de varios campos sociales. Por un lado, los trabajadores de los hospitales deben estar a la altura de comprender los sentimientos de angustia, temor y depresión del paciente

internado. Por otro, los organismos gubernamentales deben brindar el apoyo necesario, ya sea económico o con políticas de salud de manera que en los centros de salud existan espacios para que el niño se sienta contenido, motivado y con buen estado de ánimo. En otro ángulo, se observa a las clínicas y sanatorios privados, que ya empezaron a humanizar los espacios de salud, y muchos cuentan hoy en día con unidades de hospitalización diseñadas especialmente para pediatría.

Fueron beneficiosas para la realización del proyecto profesional las comunicaciones personales que tuvo la autora con diferentes médicos, profesionales de la salud, gerentes y directores de centros de sanidad ya que aportaron las necesidades insatisfechas que tienen los pacientes y sus familiares cuando están internados en los centros de salud.

Asimismo, el proyecto de grado tiene como finalidad brindar un aporte social a la comunidad, de modo que la humanización en centros de salud no solo se brinde en espacios privados, sino también en hospitales públicos, ya que en estos es que se ven principalmente casos de niños más desamparados, menos vinculados y con mayores problemas psico afectivos y sociales. Al visitar hospitales para la realización de los estudios de casos, es que la autora comprendió que es en los centros de sanidad públicos donde el profesional de la salud debe conectarse con el niño desde una lógica más humana y noble, ya que se ve mayor desprotección a estos pacientes por la cantidad de enfermos que allí se hospitalizan.

Dado que el diseño para la sanidad no es un tema abordado en la carrera de Diseño de Interiores, la autora tuvo la capacidad de adaptarse a un proyecto nuevo que contó principalmente con características psicológicas del individuo y que está ligado de forma directa con problemáticas específicas de la realidad actual.

Por tal motivo, se vio influenciada a abordar no solo los conocimientos de la carrera estudiada, sino también diferentes disciplinas tales como la psicología y la sociología,

para poder llevar adelante el presente proyecto de grado y entender las necesidades y cualidades del principal usuario de la unidad de hospitalización.

Se considera de extrema relevancia valorar el Diseño de Interiores en espacios donde las características del usuario se ven disminuidas, ya sea por el contexto espacial o porque sus cualidades psicológicas se encuentran afectadas. La importancia de la relación entre el diseño, la psicología y el beneficiario se reflejan de forma neta en el presente proyecto de grado.

Referencias bibliográficas

- Aalto A. (1978) *La humanización de la arquitectura*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Ashardjian, D. (2011) *Diseño de habitaciones infantiles y la arquitectura antropológica*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=23
- Babsky, R. (2012) *El diseño como emergente social. El interiorismo en la espera y la esperanza*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1186
- Bangiolo Bernárdez, S. (2012) *El color en el diseño de interiores*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13 Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1406&titulo_proyectos=El%20color%20en%20el%20dise%F1o%20de%20interiores
- Barrionuevo, H. (1987) *1930 – 1950: Arquitectura moderna en Buenos Aires*. Buenos Aires: Artes Gráficas Planeta.
- Bayley, S. (1994). *Guía Conran del Diseño*. Barcelona: Alianza.
- Brizuela, M. (2010) *Odontopediatría ambulante*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=589
- Bruner, J. (1999) *La educación, la puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
- Burgueño Jerez, A. (30 de diciembre de 2012). *Reflexiones sobre la humanización de las infraestructuras sanitarias*. [Posteo en blog]. Disponible en: <http://www.fundacionhumanizacion.blogspot.com.ar/2012/12/reflexiones-sobre-la-humanizacion-de.html>
- Cedrés de Bello, S. (2000). *Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios*. Revista de la Facultad de Medicina, 23, (2), 93 - 97. Caracas.
- Cifuentes Canales, Claudio. (2008). *Arquitectura Hospitalaria, Hospitales de Niños en Santiago: “de la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura sanatoria”*. Revista electrónica DU&P, 5 (13). [Revista en línea]. Disponible en: http://ucentral.cl/dup/pdf/13_publicacion_hospitales2.pdf
- Código de Edificación de la Ciudad*. (2007) *Autónoma de Buenos Aires*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 42 – 54. Recuperado el 25/09/13. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/seguridad_justicia/seguridad_urbana/codigos/

- Czajkowski, J. (1993). *Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica*. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, realizado en La Plata en 1993.
- Dal Bó, A. (2008). *Hospitales de reforma: crónicas para evitar el olvido*. Buenos Aires: Biblos Sociedad.
- De Saussure, Ferdinand. (1945). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Feal, N. (2006) *Carlos Vilar. La ampliación de la Modernidad*. Buenos Aires: FADU-UBA.
- Fernández, G. (s.f.) *Paciente pediátrico hospitalizado*. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina UDELAR. Recuperado el 14/09/13. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
- Fiell, C. & Fiell, P. (2005) *Diseño del siglo XX*. China: Taschen.
- Figueredo Oria M. (2011) *Espacios de contención para niños. El diseño de interiores al servicio de la comunidad*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=129
- Gauna, S. (2012) *Educación inicial. Espacios diseñados para niños*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1447
- Gozak, A. (1981) *Alvar Aalto vs. The Modern Movement*. Helsinki. Citado en: Fiell, C. & Fiell, P. (2005) *Diseño del siglo XX*. China: Taschen.
- Graham, H. (2002) *Curación con color*. México DF: Grupo Editorial Tomo.
- Guelli, A. (s.f.) La influencia de la arquitectura en la recuperación del paciente. Revista Escala [Revista en línea]. Disponible en: http://www.revistaescala.com/index.php?option=com_content&view=article&id=52:la-influencia-de-la-arquitectura-en-la-recuperacion-del-paciente&catid=35:arquitectura-hospitalaria&Itemid=67
- Guía Técnica de Eficiencia Energética en Iluminación. Hospitales y Centros de atención primaria*. (2001). Madrid: IDEA. Recuperado el 25/09/13. Disponible en: http://www.idae.es/index.php/mod.documentos/mem.descarga?file=/documentos_557_3_GT_iluminacion_hospitales_01_81a4cdee.pdf
- Heller, E. (2008). *Psicología del color. Como actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial GG.
- Hovards, J.; Strauss, A. (1997) *Humanizing health care*. Nueva York.
- Inauguración Sala de Pediatría Hospital Británico*. (2013). Buenos aires: Atuq Contenidos. [Video en línea]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=LMM0GbxIX7o>
- Itter, J. (s.f.) *Arte del color. Aproximación subjetiva y descripción objetiva del arte*. Paris: Bouret.

- Junta de Andalucía (2005). *Decreto 246*. (2005). Recuperado el 25/09/13. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_2_c_11_de_rechos_ninos_hospitalizados/Decreto_246_2005_8_de_noviembre.pdf
- Koffka, K. (1952). *The growth of the mind*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Livon Grossman, G. (1994). *Permiso yo soy creatividad*. Buenos Aires: Macchi Grupo Editor S. A.
- Llopis Durando, M. (2011) *El efecto del diseño de interiores en el comportamiento de los niños. El diseño como motivación del aprendizaje*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=619
- López Mihura, M.; Romero Teijo, S. (1997) *Boletín académico - Escola Técnica Superior de Arquitectura da Coruña*. La Coruña.
- Medialdea, M. (2012) *Proyectando nuevas vidas. Diseño de espacios de estimulación temprana para niños con autismo*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1476
- Montero, L. (2013, 14 de julio) *El otro lado del árbol. En el nombre de la hija*. Revista Viva. p. 52-56.
- Mosquera, G. (1989). *El Diseño se Originó en Octubre*. Cuba: Editorial Arte y Literatura.
- Moure, N. (2011) *Cuarto Creciente. Herramientas del diseño de interiores aplicadas en habitaciones infantiles para beneficiar la estimulación temprana*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=228
- Norma de Organización y funcionamiento de internación de servicios de salud*. (2001). Resolución incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el 12 de enero de 2001.
- Nueva sala de pediatría*. (2013). Buenos Aires: Hospital Británico. [Video en línea]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=hYLQxDDCDTY>
- OMS. (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_122_spa.pdf
- Passarelli, M. (2011) *El espacio en la salud. Dormitorio para un niño con autismo*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/11. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=356
- Red Dédalo. (31 de mayo de 2013). *Arquitectura, espacios y decoración adecuada para la atención a las personas menores de edad en el sistema sanitario*. [Posteo en blog]. Disponible en: <http://reddedalo.wordpress.com/2013/05/31/arquitectura-espacios-y-decoracion-adeuada-para-la-atencion-a-las-personas-menores-de-edad-en-el-sistema-sanitario/>

- Real Academia Española. (2010). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Revista Tecnología y construcción* (2011) 65. 22-30
- Rivero González, J. (16 de marzo de 2012). *Cuestión de dignidad: propuestas para humanización de la salud*. [Posteo en blog]. Disponible en: <http://www.humanizaciondelasalud-tenerife.blogspot.com.ar/2012/03/cuestion-de-dignidad-propuestas-para.html>
- Rivero González, J. (12 de agosto de 2012). *¿Decorar un hospital beneficia en algo el servicio sanitario?* [Posteo en blog]. Disponible en: <http://www.humanizaciondelasalud-tenerife.blogspot.com.ar/2012/08/decorar-un-hospital-beneficia-en-algo.html>
- Sartorio J.; Evans J. M. (2000) *Centros de salud*. Revista Construir, 12 (56) 33-39.
- Schildt, G. (1987) *Alvar Aalto Sketches*. Cambridge: Editorial Mass. Citado en: Fiell, C. & Fiell, P. (2005) *Diseño del siglo XX*. China: Taschen.
- Shapiro S. A y Gerke E. D. (1928) *Fundamentos de la psicología general*. Moscú: Gosizdat.
- Sparke, P. *Diseño y cultura: Una introducción. Desde 1990 hasta la actualidad*. (2011). Barcelona: Colección GG Diseño.
- Stern W. (1930) *Psychology of early Childhood up to the sixth year of age*. Londres: Allen and Unwin.
- Ullán, A.; Manzanera P. (2009) *Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico*. 1,123-139.
- Valdés de León, Gustavo. (2012) *Una molesta introducción al estudio del diseño*. Buenos Aires: Nobuko.
- Vygotski, Lev S. (2009) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Wong, W. (1995) *Fundamentos del diseño*. Barcelona: G. Gili, S. A. de C. V.
- Zabalbeascoa, A. (12 de abril de 2013). *¿Puede la arquitectura humanizar un hospital?* [Posteo en blog]. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/del-tirador-a-la-ciudad/2013/04/my-entry.html>
- Zelansky P. y Fisher M. P. (1999). *Color*. Madrid: Vía Gráfica.

Bibliografía

- Aalto A. (1978) *La humanización de la arquitectura*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Ashardjian, D. (2011) *Diseño de habitaciones infantiles y la arquitectura antroposófica*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=23
- Babsky, R. (2012) *El diseño como emergente social. El interiorismo en la espera y la esperanza*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1186
- Bangiolo Bernárdez, S. (2012) *El color en el diseño de interiores*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13 Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1406&titulo_proyectos=El%20color%20en%20el%20dise%F1o%20de%20interiores
- Barrionuevo, H. (1987) *1930 – 1950: Arquitectura moderna en Buenos Aires*. Buenos Aires: Artes Gráficas Planeta.
- Bayley, S. (1994). *Guía Conran del Diseño*. Barcelona: Alianza.
- Brizuela, M. (2010) *Odontopediatría ambulante*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=589
- Bruner, J. (1999) *La educación, la puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
- Burgueño Jerez, A. (30 de diciembre de 2012). *Reflexiones sobre la humanización de las infraestructuras sanitarias*. [Posteo en blog]. Disponible en: <http://www.fundacionhumanizacion.blogspot.com.ar/2012/12/reflexiones-sobre-la-humanizacion-de.html>
- Caivano, J. (1995) *Sistemas de orden del color*. Buenos Aires: Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. UBA.
- Cedrés de Bello, S. (2000). *Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios*. Revista de la Facultad de Medicina, 23, (2), 93 - 97. Caracas.
- Chevreur, M. (1855) *Principles of harmony and contrast of colours and their applications to the arts*. London: Longman, Brown, Green and Longmans.
- Cifuentes Canales, Claudio. (2008). *Arquitectura Hospitalaria, Hospitales de Niños en Santiago: "de la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura sanatoria"*. Revista electrónica DU&P, 5 (13). [Revista en línea]. Disponible en: http://ucentral.cl/dup/pdf/13_publicacion_hospitales2.pdf

- Código de Edificación de la Ciudad.* (2007) *Autónoma de Buenos Aires.* Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 42 – 54. Recuperado el 25/09/13. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/seguridad_justicia/seguridad_urbana/codigos/
- Czajkowski, J. (1993). *Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica.* Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, realizado en La Plata en 1993.
- Dal Bó, A. (2008). *Hospitales de reforma: crónicas para evitar el olvido.* Buenos Aires: Biblos Sociedad.
- De Saussure, Ferdinand. (1945). *Curso de lingüística general.* Buenos Aires: Editorial Losada.
- Dondis, D. (2012) *La sintaxis de la imagen. Introducción al alfabeto visual.* Barcelona: G. Gili, S. A. de C. V.
- Feal, N. (2006) *Carlos Vilar. La ampliación de la Modernidad.* Buenos Aires: FADU-UBA.
- Fernández, G. (s.f.) *Paciente pediátrico hospitalizado.* Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina UDELAR. Recuperado el 14/09/13. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/ Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
- Fiell, C. & Fiell, P. (2005) *Diseño del siglo XX.* China: Taschen.
- Figueredo Oria M. (2011) *Espacios de contención para niños. El diseño de interiores al servicio de la comunidad.* Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=129
- Gauna, S. (2012) *Educación inicial. Espacios diseñados para niños.* Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1447
- Gozak, A. (1981) *Alvar Aalto vs. The Modern Movement.* Helsinki. Citado en: Fiell, C. & Fiell, P. (2005) *Diseño del siglo XX.* China: Taschen.
- Graham, H. (2002) *Curación con color.* México DF: Grupo Editorial Tomo.
- Guelli, A. (s.f.) *La influencia de la arquitectura en la recuperación del paciente.* Revista Escala [Revista en línea]. Disponible en: http://www.revistaescala.com/index.php?option=com_content&view=article&id=52:la-influencia-de-la-arquitectura-en-la-recuperacion-del-paciente&catid=35:arquitectura-hospitalaria&Itemid=67
- Guía Técnica de Eficiencia Energética en Iluminación. Hospitales y Centros de atención primaria.* (2001). Madrid: IDEA. Recuperado el 25/09/13. Disponible en: http://www.idae.es/index.php/mod.documentos/mem.descarga?file=/documentos_557_3_GT_iluminacion_hospitales_01_81a4cdee.pdf

- Heller, E. (2008). *Psicología del color. Como actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial GG.
- Hovards, J.; Strauss, A. (1997) *Humanizing health care*. Nueva York.
- Inauguración Sala de Pediatría Hospital Británico*. (2013). Buenos aires: Atuq Contenidos. [Video en línea]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=LMM0GbqIX7o>
- Itter, J. (s.f.) *Arte del color. Aproximación subjetiva y descripción objetiva del arte*. Paris: Bouret.
- Junta de Andalucía (2005). *Decreto 246*. (2005). Recuperado el 25/09/13. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_2_c_11_de_rechos_ninos_hospitalizados/Decreto_246_2005_8_de_noviembre.pdf
- Koffka, K. (1952). *The growth of the mind*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Küppers, H. (1995). *Fundamentos de la teoría de los colores*. Barcelona: G. Gili, S. A. de C. V.
- Livon Grossman, G. (1994). *Permiso yo soy creatividad*. Buenos Aires: Macchi Grupo Editor S. A.
- Llopis Durando, M. (2011) *El efecto del diseño de interiores en el comportamiento de los niños. El diseño como motivación del aprendizaje*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=619
- López Mihura, M.; Romero Teijo, S. (1997) *Boletín académico - Escola Técnica Superior de Arquitectura da Coruña*. La Coruña.
- Medialdea, M. (2012) *Proyectando nuevas vidas. Diseño de espacios de estimulación temprana para niños con autismo*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1476
- Montero, L. (2013, 14 de julio) *El otro lado del árbol. En el nombre de la hija*. Revista Viva. p. 52-56.
- Mosquera, G. (1989). *El Diseño se Originó en Octubre*. Cuba: Editorial Arte y Literatura.
- Moure, N. (2011) *Cuarto Creciente. Herramientas del diseño de interiores aplicadas en habitaciones infantiles para beneficiar la estimulación temprana*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 31/10/13. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=228
- Norma de Organización y funcionamiento de internación de servicios de salud*. (2001). Resolución incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el 12 de enero de 2001.
- Nueva sala de pediatría*. (2013). Buenos Aires: Hospital Británico. [Video en línea]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=hYLQxDDCDTY>

- OMS. (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_122_spa.pdf
- Passarelli, M. (2011) *El espacio en la salud. Dormitorio para un niño con autismo*. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Recuperado el 30/10/11. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=356
- Red Dédalo. (31 de mayo de 2013). *Arquitectura, espacios y decoración adecuada para la atención a las personas menores de edad en el sistema sanitario*. [Posteo en blog]. Disponible en: <http://reddedalo.wordpress.com/2013/05/31/arquitectura-espacios-y-decoracion-adecuada-para-la-atencion-a-las-personas-menores-de-edad-en-el-sistema-sanitario/>
- Real Academia Española. (2010). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Revista Tecnología y construcción* (2011) 65. 22-30
- Rivero González, J. (16 de marzo de 2012). *Cuestión de dignidad: propuestas para humanización de la salud*. [Posteo en blog]. Disponible en: <http://www.humanizaciondelasalud-tenerife.blogspot.com.ar/2012/03/cuestion-de-dignidad-propuestas-para.html>
- Rivero González, J. (12 de agosto de 2012). *¿Decorar un hospital beneficia en algo el servicio sanitario?* [Posteo en blog]. Disponible en: <http://www.humanizaciondelasalud-tenerife.blogspot.com.ar/2012/08/decorar-un-hospital-beneficia-en-algo.html>
- Sartorio J.; Evans J. M. (2000) *Centros de salud*. Revista Construir, 12 (56) 33-39.
- Schildt, G. (1987) *Alvar Aalto Sketches*. Cambridge: Editorial Mass. Citado en: Fiell, C. & Fiell, P. (2005) *Diseño del siglo XX*. China: Taschen.
- Shapiro S. A y Gerke E. D. (1928) *Fundamentos de la psicología general*. Moscú: Gosizdat.
- Sparke, P. *Diseño y cultura: Una introducción. Desde 1990 hasta la actualidad*. (2011). Barcelona: Colección GG Diseño.
- Stern W. (1930) *Psychology of early Childhood up to the sixth year of age*. Londres: Allen and Unwin.
- Ullán, A.; Manzanera P. (2009) *Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico*. 1,123-139.
- Valdés de León, Gustavo. (2012) *Una molesta introducción al estudio del diseño*. Buenos Aires: Nobuko.
- Vigotsky, L. (2004) *Teoría de las emociones. Estudio histórico – psicológico*. Madrid: Akal S.A.
- Vygotski, Lev S. (2009) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Wong, W. (1995) *Fundamentos del diseño*. Barcelona: G. Gili, S. A. de C. V.

Zabalbeascoa, A. (12 de abril de 2013). *¿Puede la arquitectura humanizar un hospital?* [Posteo en blog]. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/del-tirador-a-la-ciudad/2013/04/my-entry.html>

Zelansky P. y Fisher M. P. (1999). *Color*. Madrid: Vía Gráfica.