

UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA

Departamento de Arquitectura
Valparaíso - Chile



HABITAR EL CUIDADO: EL ROL DEL ESPACIO EN LA EXPERIENCIA PALIATIVA

Un estudio sobre la influencia del diseño arquitectónico en el
bienestar emocional y la dignidad al final de la vida

Germán Maximiliano Díaz Miranda

Memoria de titulación para optar al título de arquitecto.

Profesora Guía
Macarena Barrientos

Julio 2025



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE MONOGRAFÍA A REPOSITORIO ACADÉMICO

1.- IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Tipo de monografía (marcar una opción): ☒ Memoria o trabajo de título ☐ Tesis de Postgrado

Título del trabajo: __Habitar el cuidado: El rol del espacio en la experiencia paliativa__

Nombre del candidato(a): __Germán Maximiliano Díaz Miranda__

Carrera / Grado: __Arquitectura__

Campus: __Casa Central__ **Departamento:** __Arquitectura__

2.- VALIDACIÓN DEL PROFESOR GUÍA/DIRECTOR DE TESIS

Yo, _Macarena Barrientos Díaz_, en mi calidad de profesor(a) guía/director(a) del trabajo académico mencionado anteriormente **DEJO CONSTANCIA** que:

- He revisado esta versión del documento y corresponde a la versión final aprobada del trabajo.
- El trabajo cumple con los requisitos académicos y de formato establecidos por la institución.

3.- EVALUACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD POR PROPIEDAD INDUSTRIAL (marcar una opción)

☒ El trabajo **NO contiene** información que amerite confidencialidad y puede ser publicado de inmediato en repositorio con acceso abierto.

☐ El trabajo **CONTIENE** información con potenciales implicancias de propiedad industrial o intelectual y requiere un periodo de confidencialidad (**embargo**) por (**marcar una opción**):

☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 5 años ☐ 10 años

Fundamentación de la necesidad de confidencialidad (obligatorio si se solicita embargo):

4.- FIRMAS

Profesor(a) guía o director(a) de memoria o tesis:

Fecha: __28 octubre 2025__ **Firma:** __

Estudiante o Candidato(a):

Fecha: __28 octubre 2025__ **Firma:** __

Este formulario debe ser insertado como página 2 de la memoria o tesis, completado y firmado por estudiante y profesor(a) antes de la entrega en portal PRISMA de Biblioteca USM.

Dedicado,

A quienes merecen un final digno,
en calma, con respeto y humanidad.

A quienes cuidan, acompañan y están,
incluso cuando todo parece terminar.

Porque el derecho a una buena vida
también incluye una buena despedida.

RESUMEN

La muerte es una realidad inevitable que a menudo se aborda con miedo o silencio. No todas las personas están preparadas para enfrentarla, ya sea quienes la viven directamente o sus familiares cercanos.

Mi tesis se centra en la importancia de los cuidados paliativos y, especialmente, en los espacios destinados a ellos dentro del contexto chileno. Estos cuidados no solo buscan aliviar el dolor físico, sino también proporcionar apoyo emocional y psicológico en una etapa decisiva de la vida. Dada la influencia que tiene el entorno físico en el bienestar de las personas, resulta fundamental comprender cómo el diseño arquitectónico incide en la experiencia del cuidado. En este sentido, la investigación incorpora las percepciones de pacientes, familiares, profesionales de la salud, cuidadores y arquitectos, quienes aportan miradas complementarias sobre el rol de los espacios en este proceso.

El objetivo principal de esta investigación es realizar un levantamiento de información basado en las percepciones y experiencias de quienes están vinculados a los cuidados paliativos en Chile, entre los que estarán profesionales de la salud, arquitectos/as, pacientes, familiares y cuidadores. A través de este enfoque, se busca visibilizar la realidad actual de los espacios destinados a cuidados paliativos, comprendiendo cómo lo espacial influye en la experiencia del cuidado y reflexionando sobre sus características. Este análisis permitirá sentar las bases para proponer líneas de diseño que fomenten ambientes que acompañen de manera integral el final de la vida, promoviendo el bienestar tanto de los pacientes como de sus seres queridos.

ABSTRACT

Death is an inevitable reality that is often approached with fear or silence. Not all people are prepared to face it, either those who live it directly or their close relatives.

My thesis focuses on the importance of palliative care and, especially, on the spaces devoted to it in the Chilean context. This care not only seeks to alleviate physical pain, but also to provide emotional and psychological support to both patients and their families in a crucial and delicate stage of life. Considering the influence that the physical environment has on people's well-being, it is essential to understand how architectural design can contribute to create environments that offer dignity, comfort and containment during this process.

The main objective of this research is to gather information based on the experiences of those involved in palliative care in Chile, including health professionals, patients and family members. Through this approach, we seek to make visible the current reality of these spaces in the country and reflect on their strengths and shortcomings. This analysis will lay the groundwork for proposing design lines that promote more humane and appropriate environments to accompany the end of life, promoting peace and well-being for both patients and their loved ones.

GLOSARIO

Cuidados Paliativos

Atención médica y emocional integral dirigida a mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas o terminales. Incluye el control del dolor, apoyo psicosocial y acompañamiento espiritual, tanto al paciente como a su familia.

Organización Mundial de la Salud (OMS), “Palliative Care” (2020).

Hospice (Casa de Cuidados Paliativos)

Centro especializado en brindar cuidados paliativos, generalmente en un entorno más doméstico o menos hospitalario. Se prioriza el confort, la dignidad y el acompañamiento emocional en el final de la vida.

Saunders, C. (1984). “The evolution of palliative care”. Patient Education and Counseling

Espacios de Cuidado Paliativo

Entornos arquitectónicos diseñados específicamente para ofrecer atención paliativa. Pueden incluir habitaciones privadas, salas comunes, espacios para la familia, zonas verdes, y áreas de atención médica, todo con un enfoque en el confort, la privacidad y el bienestar emocional.

Jünger, S. (2009). “White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe”; Ministerio de Salud de Chile (2023). Orientación técnica: Cuidados paliativos universales.

Humanización del Espacio

Diseño arquitectónico que pone en el centro las necesidades físicas, emocionales y espirituales de las personas. En cuidados paliativos, implica la creación de espacios cálidos, accesibles, personalizados y no institucionalizados.

Ulrich, R. S. (2001). “Effects of healthcare environmental design on medical outcomes”. Design & Health, 1(1), 49–59; ESDESIGN Barcelona (2018). “Espacios que nos ayudan a curar”.

Entorno Terapéutico

Espacios que, por sus características (iluminación natural, contacto con la naturaleza, silencio, vistas agradables, materiales cálidos), contribuyen al bienestar del paciente. En arquitectura paliativa, son fundamentales para reducir el sufrimiento.

Ulrich, R. S. (1984, 2001). Theory of Supportive Design; Vitaller, A. (2023). “Arquitectura para el final de la vida: creación de entornos propicios y saludables para el cuidado”.

Privacidad y Contención

Diseño que permite momentos de intimidad entre pacientes y seres queridos, pero que también brinda acompañamiento del personal cuando es necesario. El equilibrio entre lo privado y lo comunitario es esencial.

Maggie’s Centres (s.f.). “About Maggie’s”; Saunders, C. (1984). “The evolution of palliative care”.

Accesibilidad Universal

Diseño que garantiza el uso del espacio por cualquier persona, sin importar sus capacidades físicas o cognitivas. En cuidados paliativos, es vital para permitir movilidad segura y autonomía al paciente.

Ministerio de Salud de Chile (2022). Ley 21.375: Garantía explícita de acceso a cuidados paliativos; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (s.f.). “Documento sobre desarrollo y estadísticas”.

Interdisciplinariedad del Espacio

Los espacios de cuidados paliativos deben estar pensados para equipos diversos: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, voluntarios, familiares. Esto implica áreas compartidas, salas de reuniones, zonas de descanso para el personal, etc.

Clark, D. (2016). To Comfort Always; Jünger, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe.

ÍNDICE

Dedicatoria
Resumen
Abstract
Glosario

INTRODUCCIÓN	11
1.1 Contexto y motivación	13
1.2 Antecedentes generales	14
1.2.1 Contexto sanitario actual y envejecimiento poblacional	14
1.2.2 Avances y limitaciones de los cuidados paliativos en Chile	16
1.2.3 El efecto de la pandemia en la atención al final de la vida	17
1.2.4 Infraestructura sanitaria y condiciones del cuidado paliativo en la práctica	18
1.2.5 Nuevas miradas interdisciplinarias	19
1.3 Problema	21
FORMULACIÓN	23
2.1 Hipótesis	25
2.2 Preguntas de investigación	25
2.3 Objetivos	26
2.4 Metodología	27
DESARROLLO	31
3.1 Cuidados paliativos	33
3.1.1 Comienzos	35
3.1.2 Objetivos de los cuidados paliativos	37
3.1.3 Integración de cuidados paliativos	38
3.1.4 Complejidad de acciones	41
3.1.5 Porcentaje internacional de Cuidados Paliativos	43
3.2 Contexto chileno	45
3.2.1 Inicios en Chile	45
3.2.2 Porcentaje nacional de Cuidados Paliativos	49
3.2.3 Ley N°21.375	51
3.2.4 Situación actual	52

3.3	Influencia del entorno físico	53
3.3.1	Criterios de diseño por Cicely Saunders	54
3.3.2	La teoría del diseño de apoyo de Ulrich	58
3.4	Revisión de casos de arquitectura	61
3.4.1	St. Christopher's Hospice	62
3.4.2	Maggie's Centres	64
3.4.3	University Psychiatric Centre	66
3.5	Trabajo de campo	68
3.5.1	Hospital Dr. Franco Ravera Zunino	69
3.5.2	Escuela especial sol y luna	73
3.6	Desarrollo de herramientas de análisis	77
3.6.1	Parámetros de criterios	78
3.6.2	Ficha de observación	82
3.6.3	Cuestionario	85
APLICACIÓN		93
4.1	Casos de Arquitectura	95
4.1.1	St. Christopher's Hospice	97
4.1.2	Maggie's Centres	101
4.1.3	University Psychiatric Centre	105
4.1.4	Hospital Dr. Franco Ravera Zunino	109
4.1.5	Escuela especial sol y luna	113
RESULTADOS		117
5.1	Resultados generales	119
5.1.1	Cuestionario	121
5.1.2	Resultados cuestionario	123
5.1.3	Análisis y discusión	154
CONCLUSIÓN		161
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA		169

INTRODUCCIÓN

1.1 CONTEXTO Y MOTIVACIÓN

La muerte es una parte inevitable de la vida, pero a menudo es marginada o silenciada en nuestra sociedad. En Chile, la pandemia del COVID-19 dejó en evidencia la necesidad urgente de brindar acompañamiento digno y humano a quienes atraviesan enfermedades terminales. En este contexto, los cuidados paliativos han cobrado relevancia como un enfoque centrado en aliviar el sufrimiento físico, emocional y espiritual.

Si bien la Ley 21.375 garantiza el acceso universal a estos cuidados, existe aún un vacío importante en torno a los espacios físicos donde se brindan. Muchos de ellos no están diseñados para ofrecer tranquilidad, privacidad ni dignidad, lo que puede impactar negativamente la experiencia del paciente y su entorno. Tal como dijo Cicely Saunders, pionera de este enfoque, **“no puedes cambiar el resultado, pero sí puedes cambiar la experiencia”** (Saunders, 1984).

Esta tesis nace del interés por comprender cómo se perciben actualmente los espacios destinados a cuidados paliativos en el contexto chileno, desde la perspectiva de quienes los habitan, diseñan o trabajan en ellos. A través de un cuestionario aplicado incluyendo profesionales de la salud, arquitectos/as, pacientes y familiares, se busca observar, recopilar y analizar experiencias que permitan identificar fortalezas, carencias y oportunidades en el diseño de estos entornos. No se plantea una propuesta arquitectónica inmediata, sino una base para la reflexión crítica y futura intervención desde la disciplina.

1.2 ANTECEDENTES GENERALES

1.2.1 Contexto sanitario actual y envejecimiento poblacional

En las últimas décadas, los sistemas de salud en todo el mundo han experimentado transformaciones significativas producto del envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y los cambios en las demandas de atención sanitaria. En particular, América Latina y el Caribe se enfrentan a un proceso de transición demográfica acelerado. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se estima que para el año 2050, más del 25% de la población de la región tendrá 60 años o más, lo que plantea un profundo desafío para los modelos de atención actuales (CEPAL, 2020).

Chile no es la excepción. En el país, el envejecimiento de la población avanza con rapidez: de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en 2022 las personas mayores de 60 años representaban el 20,4% del total nacional, y se proyecta que para el 2050 esta cifra supere el 30%. Este cambio demográfico viene acompañado de un incremento sostenido en las enfermedades crónicas, neurodegenerativas y terminales, lo que genera una creciente necesidad de cuidados prolongados y especializados, incluyendo los cuidados paliativos.

Al mismo tiempo, el sistema de salud chileno presenta limitaciones estructurales y de cobertura que dificultan el acceso oportuno y equitativo a estos servicios. La alta demanda, la falta de espacios adecuados para cuidados de largo plazo, y la carencia de recursos humanos capacitados en atención paliativa, agudizan la vulnerabilidad de los pacientes mayores. Este panorama exige una planificación estratégica que incorpore no solo soluciones clínicas, sino también el rediseño de entornos físicos y sociales que dignifiquen el proceso de envejecimiento y muerte.

En este contexto, es fundamental repensar los espacios de atención sanitaria, particularmente aquellos destinados a los cuidados paliativos, con un enfoque integral que contemple las necesidades emocionales, físicas y espirituales de los pacientes, sus familias y los equipos de salud. Así, el envejecimiento poblacional se presenta no solo como un desafío, sino también como una oportunidad para revisar críticamente cómo se estructura y humaniza la atención en la etapa final de la vida.



1.2.2 Avances y limitaciones de los cuidados paliativos en Chile

En Chile, los cuidados paliativos han tenido avances importantes durante los últimos años, especialmente frente al aumento de enfermedades crónicas y al envejecimiento de la población. En un comienzo, este tipo de atención estuvo dirigido principalmente a personas con cáncer. Sin embargo, con el tiempo se ha reconocido que muchas otras enfermedades también requieren acompañamiento y alivio del sufrimiento al final de la vida.

Un paso relevante fue la creación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en el sistema público de salud, y más recientemente, la aprobación de la Ley 21.375 en 2021. Esta ley amplía el acceso a cuidados paliativos a pacientes con enfermedades no oncológicas, y reconoce el derecho a recibir una atención digna, con apoyo médico, psicológico y familiar.

A pesar de estos avances, todavía existen muchas limitaciones. Por ejemplo, los servicios están mejor desarrollados en las grandes ciudades, pero hay zonas rurales donde el acceso es muy limitado. También faltan profesionales capacitados en cuidados paliativos, sobre todo en los centros de atención primaria. Además, muchas familias cuidan a sus seres queridos en sus casas sin contar con suficiente apoyo ni condiciones adecuadas.

En general, Chile ha dado pasos importantes para mejorar el acceso a cuidados paliativos, pero aún queda mucho por hacer para asegurar que todas las personas puedan recibir esta atención de forma oportuna, integral y cercana, especialmente en los momentos más difíciles de la vida.

1.2.3 El efecto de la pandemia en la atención al final de la vida

Una crisis que impactó todos los niveles

La pandemia por COVID-19 tensionó al máximo los sistemas de salud y afectó profundamente la atención al final de la vida. En Chile, las restricciones sanitarias “limitaban el acompañamiento de pacientes terminales, especialmente en hospitales” (Vega & Riquelme, 2022, p. 342), generando un escenario complejo para pacientes y familiares.

Morir en soledad

Durante este periodo, “muchos pacientes fallecieron sin la compañía de sus seres queridos debido a protocolos de aislamiento estrictos” (Clark & Baur, 2021, p. e10), lo que produjo un duelo complicado y doloroso para los familiares, que no pudieron realizar rituales de despedida ni ofrecer apoyo presencial.

El agotamiento de los equipos de salud

Los profesionales enfrentaron “una alta carga emocional, trabajando bajo presión y con recursos limitados” (Vega & Riquelme, 2022, p. 345). La falta de formación específica en cuidados paliativos dificultó brindar apoyo emocional adecuado en estas circunstancias tan sensibles (MINSAL, 2021).

La importancia del entorno físico

La pandemia puso en evidencia que “la mayoría de los hospitales carecían de espacios íntimos y acogedores para el final de la vida, afectando la dignidad y el bienestar de los pacientes” (Clark & Baur, 2021, p. e11). Esto impulsó la reflexión sobre el papel fundamental que tiene el diseño arquitectónico en el acompañamiento al morir.

1.2.4 Infraestructura sanitaria y condiciones del cuidado paliativo en la práctica

La infraestructura sanitaria destinada a cuidados paliativos en Chile presenta limitaciones importantes. El Ministerio de Salud (2021) indica que “la mayoría de los establecimientos no cuentan con espacios diseñados específicamente para la atención de pacientes en etapa terminal” (p. 54), dificultando un ambiente adecuado para el confort y la privacidad.

Actualmente, pocos centros están especializados en cuidados paliativos, y la atención se brinda mayormente en hospitales generales, donde los pacientes terminales “comparten espacios con otros usuarios, afectando su calidad de atención” (Vargas & Sáez, 2022, p. 87).

La mayoría de los cuidados se realizan en el domicilio, pero las condiciones habitacionales y la falta de soporte técnico representan barreras. “Las familias asumen una carga considerable sin apoyo suficiente, lo que impacta en el bienestar del paciente” (MINSAL, 2021, p. 60).

El diseño arquitectónico juega un papel clave, pues “los espacios físicos influyen en la experiencia del paciente y su familia, ayudando a disminuir el estrés y promover el bienestar” (Ulrich, 2008, p. 120). Esto subraya la necesidad de infraestructuras específicas para cuidados paliativos que consideren tanto aspectos clínicos como humanos.

1.2.5 Nuevas miradas interdisciplinarias

El abordaje de los cuidados paliativos en Chile demanda una comprensión integral que trascienda las disciplinas tradicionales de la salud. La complejidad de las necesidades de los pacientes al final de la vida y de sus familias requiere que profesionales de diferentes áreas colaboren de manera sinérgica, combinando saberes clínicos, sociales, psicológicos y espaciales.

La integración de disciplinas como la arquitectura, la psicología, el trabajo social, la medicina y la enfermería permite diseñar no solo tratamientos médicos, sino también ambientes y apoyos que consideran la experiencia humana en su totalidad (Clark, 2018). Esta colaboración interdisciplinaria es clave para promover una atención que respete la dignidad, la autonomía y el bienestar emocional.

En particular, la incorporación del diseño arquitectónico en los cuidados paliativos no solo aporta espacios funcionales, sino que también influye directamente en la calidad de vida de los pacientes, facilitando la privacidad, el confort y el vínculo con sus seres queridos (Ulrich, 2008). Por otro lado, el soporte psicosocial y cultural debe ser contextualizado para responder a las diversas realidades del territorio chileno, reconociendo las particularidades de cada comunidad (Sánchez & Ramírez, 2020).

Así, las nuevas miradas interdisciplinarias no solo enriquecen el modelo de cuidados paliativos, sino que son fundamentales para superar las barreras existentes y construir un sistema más humano, justo y eficiente.



1.3 PROBLEMA

En Chile, los cuidados paliativos han cobrado una creciente relevancia dentro del sistema de salud, reconociéndose como un componente esencial para garantizar una atención integral al final de la vida. Sin embargo, su desarrollo aún enfrenta importantes limitaciones, especialmente en lo que respecta a los espacios físicos donde se prestan estos cuidados. La mayoría de las veces, estos se llevan a cabo en habitaciones hospitalarias sin diseño específico, o en el entorno doméstico, donde frecuentemente no existen las condiciones necesarias para brindar un acompañamiento digno, íntimo y humano.

El diseño de los espacios incide profundamente en la experiencia de quienes transitan por procesos de enfermedad avanzada o terminal. Aspectos como la privacidad, la iluminación natural, la conexión con el exterior, el silencio o la posibilidad de estar acompañado por seres queridos pueden aliviar el sufrimiento y otorgar sentido al cuidado. Sin embargo, estas variables suelen quedar relegadas frente a un modelo de atención centrado principalmente en lo clínico, sin incorporar de manera efectiva al entorno físico como parte del bienestar del paciente. Ulrich (2001) destaca que el entorno físico influye directamente en los resultados médicos y en el bienestar de los pacientes, mientras que Saunders (1984) subraya que en cuidados paliativos el entorno es clave para preservar la dignidad en el proceso de morir.

Lo ocurrido durante la pandemia por COVID-19 visibilizó con mayor crudeza las carencias estructurales existentes. La imposibilidad de acompañar a los seres queridos, el aislamiento forzado y la sobrecarga del sistema sanitario reflejaron una desconexión profunda entre las necesidades humanas en el proceso de morir y la manera en que el entorno está dispuesto para sostenerlas. Este escenario reafirmó la importancia de repensar cómo y dónde se muere, y de qué manera el espacio puede convertirse en un soporte y no en una barrera.

Por ello, se vuelve urgente observar con detenimiento el estado actual de los espacios destinados a los cuidados paliativos en Chile, así como la percepción que tienen sobre ellos quienes los viven o acompañan. Comprender estas experiencias puede abrir camino a nuevas miradas interdisciplinarias que integren salud, arquitectura y humanidad, permitiendo avanzar hacia formas de cuidado más sensibles, integrales y centradas en la persona.



FORMULACIÓN

2.1 HIPÓTESIS

Los espacios físicos destinados a cuidados paliativos pueden influir en la experiencia de los pacientes y de sus acompañantes, considerando dimensiones emocionales, psicológicas y sociales.

Se plantea que, mediante una metodología mixta con predominio cualitativo y el uso de tres niveles de observación, que van desde los aspectos fácilmente identificables hasta aquellos más individuales y menos evidentes, junto con la aplicación de un cuestionario a personas vinculadas directa o indirectamente con los cuidados paliativos, es posible evidenciar que las condiciones del diseño arquitectónico influyen significativamente en la experiencia del cuidado y en la calidad del acompañamiento al final de la vida. Asimismo, se espera que el análisis de estos niveles permita reconocer cómo los distintos elementos del entorno físico inciden en las dimensiones emocionales, sociales y simbólicas del proceso paliativo, aportando antecedentes que orienten la creación de espacios más coherentes con las necesidades humanas y los principios del cuidado integral.

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo incide el diseño físico de los espacios destinados a cuidados paliativos en la percepción y experiencia de quienes los habitan o acompañan, dentro del contexto chileno actual?
2. ¿Qué elementos del entorno físico son identificados como necesarios o significativos por pacientes, familiares, profesionales de la salud, cuidadores y arquitectos vinculados a los cuidados paliativos, y cómo podrían estos contribuir a la calidad del acompañamiento al final de la vida?

2.3 OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar cómo el diseño físico de los espacios destinados a cuidados paliativos incide en la percepción y experiencia de quienes los habitan o acompañan en el contexto chileno actual.

Objetivos específicos

- Describir las características de los espacios donde se brindan cuidados paliativos en distintas modalidades de atención, con el fin de establecer su estado actual y visibilizar la condición en que se encuentran estos entornos.
- Analizar percepciones y experiencias de pacientes, familiares, profesionales de la salud, cuidadores y arquitectos/as, para contrastar sus miradas y validar dimensiones del cuidado paliativo a partir del marco propuesto por Cicely Saunders.
- Evidenciar la necesidad de incorporar una mirada interdisciplinaria que incluya a la arquitectura en el diseño de espacios más adecuados para el acompañamiento al final de la vida.

2.4 METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarca en un enfoque mixto con predominancia cualitativa, de tipo exploratorio-descriptivo, con el objetivo de comprender cómo los espacios físicos destinados a cuidados paliativos influyen en la percepción de quienes los habitan o acompañan en el contexto chileno.

Para ello, el proceso metodológico se organiza en cuatro etapas:

Etapla 1: Revisión teórica y contextual

En esta primera fase se realiza una revisión de antecedentes teóricos y contextuales, tanto a nivel internacional como nacional, para comprender la evolución de los cuidados paliativos, su vínculo con el diseño arquitectónico y las políticas públicas asociadas. A partir de este marco se analiza la situación actual de los cuidados paliativos en Chile, identificando las principales limitaciones en cuanto a infraestructura, accesibilidad y diseño de espacios. Esta revisión permite delimitar el problema de investigación, formular la pregunta central del estudio y establecer los objetivos específicos que guiarán el trabajo.

Etapla 2: Observación en terreno

Se lleva a cabo una observación no participante en recintos de salud que ofrecen cuidados paliativos, con el objetivo de identificar las características espaciales de estos entornos. Se consideran aspectos como la distribución, la privacidad, el confort ambiental y la presencia (o ausencia) de elementos que favorezcan el bienestar físico y emocional de los usuarios. Esta etapa busca reconocer cómo se expresan en la práctica los cuidados paliativos en cuanto a infraestructura y ambiente.

Etapas 3: Diseño de herramienta e implementación del cuestionario

Con base en la información recolectada en las etapas anteriores, se diseña un cuestionario estructurado destinado a recoger experiencias y percepciones de personas vinculadas directa o indirectamente con los cuidados paliativos, tales como pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud. La herramienta contiene preguntas cerradas, además de una abierta por sección, permitiendo captar tanto datos cuantificables como opiniones más personales. El cuestionario ya ha sido aplicado, por lo que esta etapa se considera concluida.

Etapas 4: Análisis y discusión de resultados

En esta última fase se interpretan las respuestas obtenidas a través del cuestionario, utilizando un enfoque cualitativo que permita identificar patrones, valoraciones recurrentes y aspectos críticos sobre el entorno físico en cuidados paliativos. Esta información se contrasta con la observación realizada y con los antecedentes revisados, con el fin de construir una discusión fundamentada que aporte nuevas miradas desde el diseño arquitectónico hacia el ámbito de los cuidados paliativos.

RESUMEN

ETAPA 1	Antecedentes	Revisión de bibliografía Evolución de cuidados paliativos Situación actual en Chile Influencias	Inicios de Cuidados paliativos Arquitectura en recintos hospitalarios	METODO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO
	Delimitación del problema	Estado del arte Pregunta de investigación Definición de objetivos	Problema Preguntas de investigación Objetivos Metodología	
ETAPA 2	Observación en terreno	Visitas de espacios Identificación de características Observación no participante	Perspectiva arquitectónica Entorno espacial	CUALITATIVO
ETAPA 3	Diseño de herramienta	Recopilación de casos Cuestionario estructurado Análisis de situación actual	Cuestionario Forma Interacción con muestra	
	Aplicación	Selección de muestra Análisis de información levantada		INSTRUMENTALIZACIÓN
ETAPA 4	Análisis	Interpretar respuestas Identificar patrones	Resultados Conclusiones Desafíos	
	Discusiones	Analizar situación		USUARIO

DESARROLLO

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“Los cuidados paliativos consisten en la asistencia activa y total a personas cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica, social y espiritual”

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Esta definición pone énfasis en la atención integral del paciente, reconociendo que el sufrimiento no es solo físico, sino también emocional, social y espiritual. Asimismo, reconoce la muerte como un proceso natural que no debe ser ni acelerado ni postergado artificialmente.

Enfermedades a las que se aplican los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos no están reservados exclusivamente para pacientes con cáncer aunque históricamente fue el punto de partida . Actualmente, se aplican a una amplia gama de enfermedades crónicas, avanzadas y progresivas que provocan un deterioro significativo de la calidad de vida.

Algunas de las principales condiciones incluyen:

- Cáncer avanzado
- Enfermedades neurológicas degenerativas, como:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
 - Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
 - Enfermedad de Parkinson en etapas avanzadas

- Enfermedades cardiovasculares crónicas, como:
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
 - Enfermedad coronaria severa
- Enfermedades pulmonares crónicas, como:
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 - Fibrosis pulmonar
- Insuficiencia renal crónica en pacientes que no son candidatos a diálisis
- Infecciones crónicas avanzadas, como el VIH/SIDA en etapas terminales
- Enfermedades hepáticas crónicas, como cirrosis hepática en fase terminal
- Enfermedades raras o genéticas en etapa avanzada, especialmente en pediatría

Los cuidados paliativos también son aplicables a niños y adolescentes con enfermedades graves o de mal pronóstico, así como a pacientes geriátricos con múltiples comorbilidades o fragilidad extrema.



3.1.1 Comienzos

Los cuidados paliativos, tal como se conceptualizan en la actualidad, comenzaron a consolidarse como una disciplina médica autónoma hacia mediados del siglo XX. Esta evolución respondió a las limitaciones evidentes de la medicina curativa frente a enfermedades crónicas avanzadas o terminales. Aunque desde tiempos remotos existieron formas empáticas de acompañamiento en el proceso de morir, no fue sino hasta 1967, con la fundación del St. Christopher's Hospice en Londres por la doctora Cicely Saunders, que emergió un enfoque sistemático, interdisciplinario y centrado en el paciente. Saunders integró la atención física, emocional, social y espiritual, desarrollando el concepto de “dolor total”, fundamental en la práctica paliativa contemporánea.

Este modelo fue adoptado rápidamente en el ámbito internacional, especialmente en países anglosajones, promoviendo la creación de programas estructurados en hospitales, hospicios y sistemas de atención domiciliaria. En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció oficialmente los cuidados paliativos, promoviendo su incorporación a los sistemas nacionales de salud y considerándolos un derecho humano esencial.

Desde entonces, se han producido avances relevantes en la formación profesional, la investigación clínica y la legislación en torno al final de la vida. No obstante, su implementación sigue siendo desigual, particularmente en regiones como América Latina, donde su desarrollo comenzó a fortalecerse recién en las décadas de 1990 y 2000, en paralelo al reconocimiento del derecho a una muerte digna y a una atención integral hasta el final del ciclo vital.



“You matter because you are you, and you matter to the end of your life.”
(Importas porque eres tú, y seguirás importando hasta el último momento de tu vida.)

Saunders, C. (1995)

3.1.2 Objetivos de los cuidados paliativos:

Mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades amenazantes para la vida y la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de una evaluación temprana, identificación precisa y tratamiento adecuado del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Siendo importante los siguientes puntos:

- **Aliviar el sufrimiento:** El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es prevenir y aliviar el sufrimiento en todas sus dimensiones, incluyendo el dolor físico, el malestar emocional, las dificultades sociales y las preocupaciones espirituales.
- **Mejorar la calidad de vida:** Los Cuidados Paliativos no buscan curar la enfermedad, sino mejorar la calidad de vida del paciente y su familia durante el tiempo que les queda. Esto implica ayudarlos a vivir lo más plenamente posible y con la mayor dignidad.
- **Respetar la autonomía:** Los Cuidados Paliativos se basan en el respeto a la autonomía del paciente y su familia. Se les informa sobre su situación y se les involucra en la toma de decisiones sobre su atención.
- **Apoyar a la familia:** Los Cuidados Paliativos también brindan apoyo a la familia del paciente, ayudándoles a comprender la enfermedad, afrontar las emociones difíciles y prepararse para la muerte del ser querido.

3.1.3 Integración de cuidados paliativos:

La atención a personas con enfermedades crónicas o terminales requiere un enfoque integral que combine los cuidados paliativos y la rehabilitación. Esta sinergia permite mejorar la calidad de vida del paciente, no solo aliviando el sufrimiento, sino también fomentando su autonomía e independencia funcional.

Iniciando el Cuidado: Detección Temprana

Idealmente, la intervención conjunta de cuidados paliativos y rehabilitación debería comenzar en las primeras etapas de la enfermedad, cuando los síntomas empiezan a manifestarse. En este punto, la funcionalidad del paciente aún se mantiene relativamente normal, permitiendo implementar estrategias de rehabilitación de forma temprana y sencilla. Los cuidados paliativos, por su parte, se enfocan en el manejo básico de síntomas y el apoyo emocional al paciente y su familia.

Progresión Dinámica: Adaptándose a las Necesidades

A medida que la enfermedad avanza y la funcionalidad del paciente se ve comprometida, la atención se adapta a las nuevas necesidades. La rehabilitación cobra mayor importancia, enfocándose en mantener o recuperar la mayor independencia posible del paciente. Los cuidados paliativos, en esta etapa, se intensifican para brindar un alivio integral del sufrimiento físico, emocional, social y espiritual.

Un equilibrio gradual: Tres grados de complejidad

Para identificar la progresión del estado funcional de los pacientes en cuidados paliativos, se pueden considerar tres grados de complejidad:

Grado 1: Funcionalidad normal

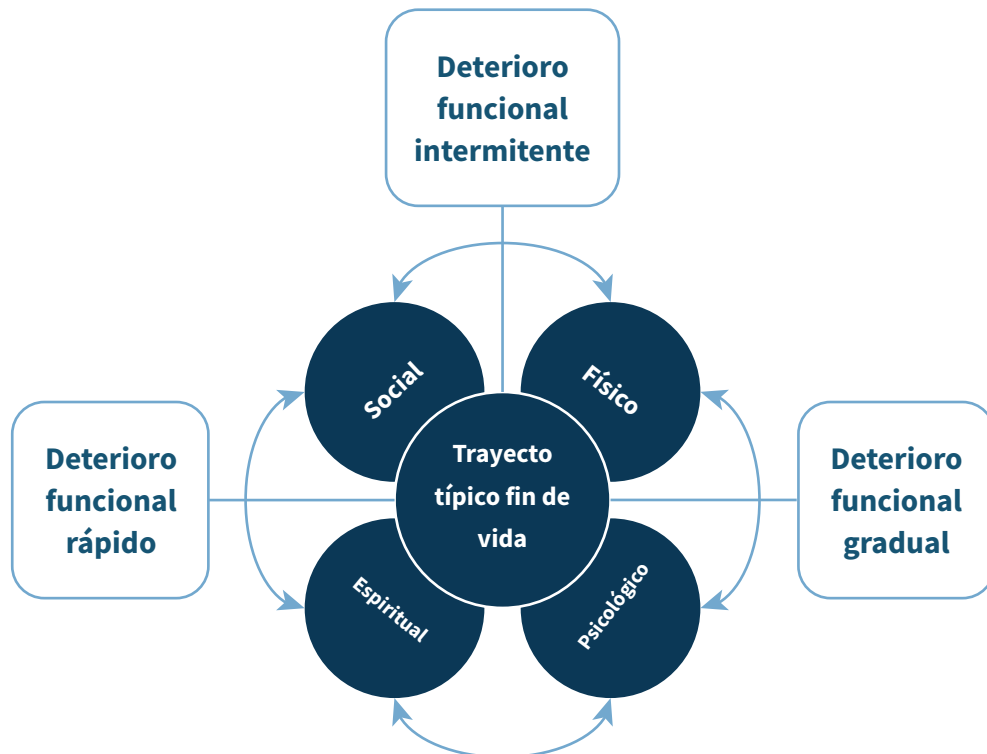
- El paciente mantiene una funcionalidad relativamente estable.
- La rehabilitación se enfoca en ejercicios simples y actividades de mantenimiento.
- Los cuidados paliativos se aplican de forma básica, centrados principalmente en la prevención y el manejo de síntomas iniciales.

Grado 2: La rehabilitación como pilar fundamental

- La funcionalidad del paciente comienza a disminuir, requiriendo mayor apoyo para realizar actividades cotidianas.
- La rehabilitación se convierte en un componente esencial del tratamiento, con el objetivo de mantener la independencia y preservar la calidad de vida.
- Los cuidados paliativos se intensifican, incorporando un manejo más complejo del dolor, otros síntomas físicos y apoyo emocional y social integral.

Grado 3: Cuidados paliativos como enfoque principal

- La funcionalidad del paciente se encuentra gravemente comprometida, limitando significativamente su autonomía.
- La rehabilitación se reduce a intervenciones orientadas al confort y la movilidad mínima, adaptadas a la tolerancia y estado del paciente.
- Los cuidados paliativos se convierten en el enfoque central del tratamiento, priorizando el alivio del sufrimiento físico, emocional y espiritual, y promoviendo el bienestar integral del paciente en la etapa final de su vida.



Esto nos quiere decir que la integración de cuidados paliativos y rehabilitación no es un proceso estático, sino dinámico y adaptable a las necesidades individuales de cada paciente. La clave reside en evaluar continuamente la situación del paciente y ajustar las estrategias de intervención en consecuencia. De esta manera, se garantiza una atención integral y personalizada que maximiza la calidad de vida del paciente y su familia durante todo el proceso de la enfermedad.

3.1.4 Complejidad de acciones

- Básicos, primarios, generales (No complejos):

Cuidados que deben proporcionarse a todos los que lo precisen en cualquier nivel de atención: atención primaria, cualquier servicio hospitalario, servicios de urgencias, centros de salud familiar, etc.

Evaluar las necesidades de las personas en distintos momentos y en las distintas áreas de los cuidados, y responder a estas necesidades, de acuerdo con sus propias capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos.

Saber cuándo derivar a otros servicios, la situación no compleja no debiese requerir el uso de recursos avanzados específicos de cuidados paliativos.

- Específicos, secundarios, especializados o avanzados (Complejos):

Contempla intervenciones que requieren técnicas o procedimientos especializados y/o una intervención psicosocial compleja.

La situación compleja puede o no requerir la intervención de los recursos avanzados/específicos, quedando esta decisión a criterio del médico o equipo responsable.

- Avanzado (Altamente Complejo):

La situación altamente compleja requiere la intervención de los recursos avanzados/específicos de cuidados paliativos.

Necesidades asistenciales más complejas e intensivas.

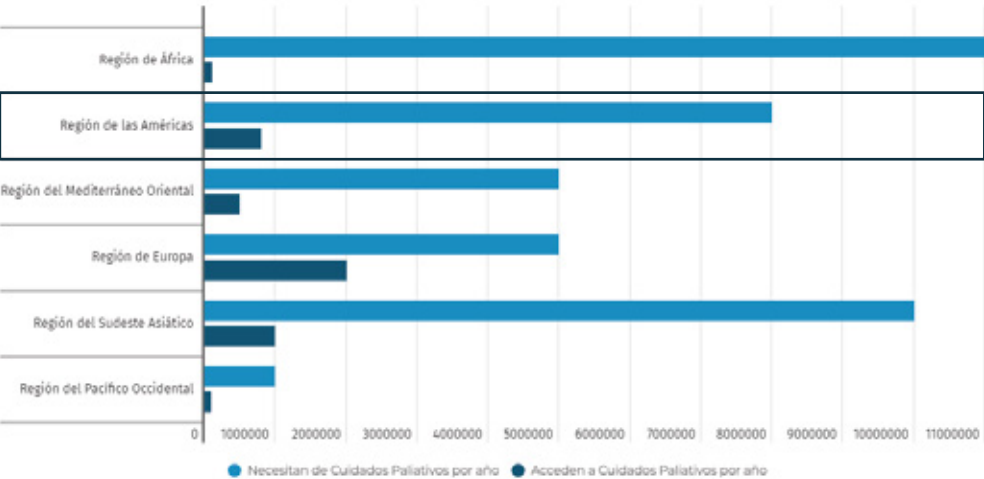
Necesidad de realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario, o tratamientos para síntomas de difícil control.

Atender determinadas necesidades complejas de tipo social o familiar.

3.1.5 Porcentaje internacional de Cuidados Paliativos

A nivel mundial, existe una gran necesidad de cuidados paliativos, pero el acceso a estos sigue siendo desigual. Se estima que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año, pero solo 14 millones los reciben (World Health Organization, 2020).

A continuación, se presenta un gráfico que muestra cuántas personas necesitan cuidados paliativos y cuántas logran acceder a ellos, dividido por regiones:



Los datos globales evidencian una gran brecha entre la demanda y el acceso efectivo a cuidados paliativos. Que solo alrededor del 35% de quienes los necesitan puedan acceder a estos servicios muestra la insuficiencia tanto en la infraestructura sanitaria como en los recursos especializados disponibles. Esta desigualdad se acentúa en ciertas regiones, especialmente en países con sistemas de salud menos desarrollados o con menor inversión en atención paliativa.

Desde la perspectiva del diseño arquitectónico y la planificación sanitaria, estos números subrayan la urgencia de crear y mejorar espacios dedicados a los cuidados paliativos. La creciente demanda, impulsada por el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas, requiere ambientes que no solo sean funcionales, sino también humanizados y adaptados a las necesidades complejas de los pacientes.

Por tanto, la planificación de espacios específicos para cuidados paliativos debe ser una prioridad para garantizar el acceso equitativo, la calidad de atención y el bienestar integral de los pacientes y sus familias.

3.2 CONTEXTO CHILENO

En Chile, los cuidados paliativos han avanzado significativamente en las últimas décadas, especialmente desde la incorporación de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente y la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud. Sin embargo, el acceso sigue siendo limitado y desigual, especialmente en zonas rurales y para enfermedades no oncológicas.

La demanda de cuidados paliativos ha aumentado debido al envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencias. A pesar de esto, la infraestructura física y los recursos especializados no siempre están a la altura de esta necesidad creciente.

La falta de espacios adecuados, tanto en hospitales como en la comunidad, dificulta la entrega de una atención integral y humanizada, lo que evidencia la importancia de fortalecer la planificación arquitectónica y la política pública en este ámbito.

3.2.1 Inicios en Chile

Los cuidados paliativos en Chile tienen una historia relativamente joven, pero que ha experimentado un notable crecimiento y desarrollo en las últimas décadas. Sus inicios se remontan a la década de 1980, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a promover la importancia de este enfoque integral para atender a pacientes con enfermedades graves y progresivas.

En Chile, este impulso se materializó en la creación del Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer Terminal y Cuidados Paliativos en 1994. Este programa marcó un hito fundamental al establecer por primera vez una política pública enfocada en brindar atención especializada a pacientes oncológicos en fase terminal.

A partir de entonces, los cuidados paliativos en Chile han experimentado un avance sostenido, impulsados por diversos factores, entre ellos:

Mayor reconocimiento de la importancia del cuidado integral: Se ha ido comprendiendo que la atención médica no solo debe centrarse en la cura de la enfermedad, sino también en el bienestar físico, emocional, social y espiritual del paciente y su familia.

Aumento de las enfermedades crónicas: El envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas como el cáncer, han generado una mayor necesidad de atención paliativa.

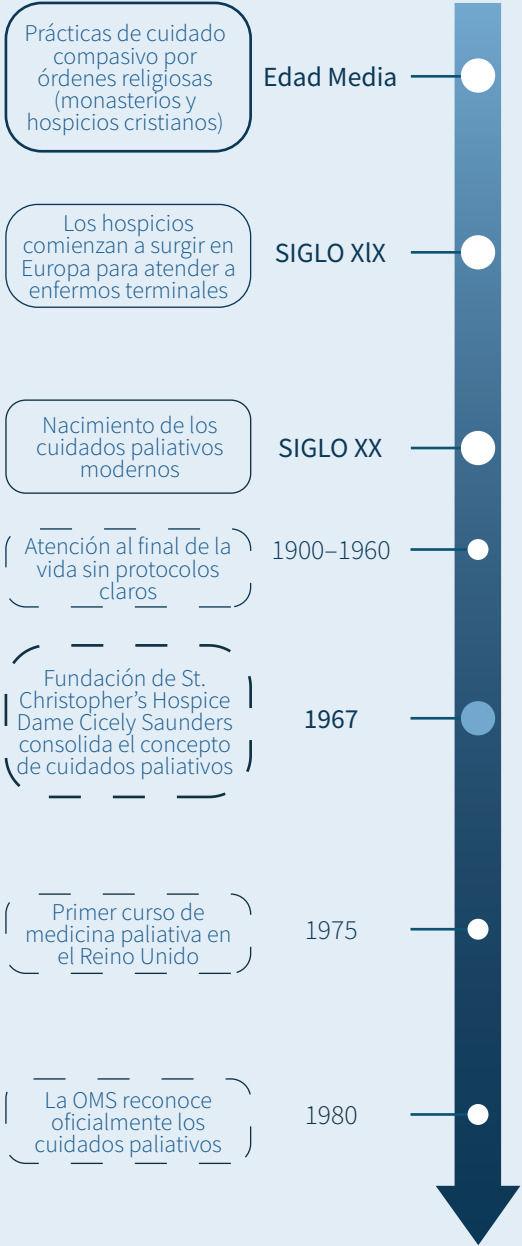
Desarrollo de equipos multidisciplinarios: Se han formado equipos especializados en cuidados paliativos, compuestos por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros profesionales, quienes trabajan en conjunto para brindar una atención integral al paciente.

Promulgación de leyes: La Ley N°21.375, promulgada en 2021, consagró los cuidados paliativos como un derecho universal para todas las personas que lo requieran, independientemente de su enfermedad o condición.

Hitos históricos de los cuidados paliativos en Chile:

- 1980: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.
- 1994: Chile creó el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos como parte del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud. Este programa se implementó inicialmente con equipos básicos de cuidados paliativos en 5 centros piloto, a los que pronto se sumaron nuevos hospitales, alcanzando 16 centros para 1999
- 2005: El Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos se incorporó al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), estableciendo y garantizando plazos máximos para la confirmación diagnóstica y tratamiento de pacientes con cáncer avanzado.

HITOS HISTÓRICOS





- 2016: El beneficio de cuidados paliativos se extendió a pacientes con cáncer no progresivo, incluyendo cobertura de medicamentos para el dolor. Todos los pacientes con cáncer avanzado deben ser derivados para su atención en una unidad de cuidados paliativos, evaluados por enfermera o médico en la clínica más cercana, en un máximo de 5 días desde la notificación GES.

- 2021: La Ley N°21.375, promulgada el 21 de octubre de 2021 y vigente desde el 21 de marzo de 2022, consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, reconociendo el derecho a una adecuada atención de salud, incluyendo cuidados paliativos integrales.

Gracias a estos hitos importantes a nivel nacional, Chile ha avanzado significativamente en cuidados paliativos, desde la creación de programas específicos en la década de 1990 hasta la consolidación de estos cuidados como un derecho universal con la Ley N°21.375 en 2021. Estos hitos reflejan un compromiso creciente por garantizar acceso oportuno y atención integral a pacientes con enfermedades terminales. Sin embargo, aún existen desafíos para asegurar una cobertura equitativa y mejorar la infraestructura y capacitación, lo que requiere seguir fortaleciendo políticas y recursos en este ámbito.

3.2.2 Porcentaje nacional de Cuidados Paliativos

En Chile, se estima que más de 100.000 personas requieren cuidados paliativos cada año, de las cuales aproximadamente 47.000 son pacientes con cáncer y alrededor de 57.000 padecen enfermedades no oncológicas. Estas cifras reflejan la necesidad de ampliar la cobertura y mejorar el acceso a estos servicios, especialmente para quienes sufren de patologías crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neurológicas (Observatorio de Cuidados Paliativos UC, 2019).



Enfermedades oncológicas:

Una enfermedad oncológica, también conocida como cáncer, es aquella en la que se produce un crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Estas células anormales, llamadas células cancerosas, pueden invadir y destruir tejidos sanos, y pueden propagarse a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo o del sistema linfático.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Existen muchos tipos diferentes de cáncer, y cada uno de ellos tiene sus propias características, causas y tratamientos. Algunos de los tipos de cáncer más comunes son el cáncer de pulmón, el cáncer de mama, el cáncer de piel, el cáncer de colon y el cáncer de próstata.

Enfermedad no oncológica:

Una enfermedad no oncológica es cualquier enfermedad que no sea cáncer. Esto incluye una amplia gama de enfermedades, desde enfermedades infecciosas hasta enfermedades crónicas como la diabetes, la enfermedad cardíaca y la enfermedad pulmonar.

Las enfermedades no oncológicas también pueden ser graves y potencialmente mortales. Sin embargo, en general, son más tratables que el cáncer, y las personas con enfermedades no oncológicas tienen más probabilidades de vivir una vida larga y saludable.

3.2.3 Ley N°21.375

La Ley N°21.375, promulgada en 2021, establece el reconocimiento de los cuidados paliativos como un derecho fundamental para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Según el texto legal:

“La ley garantiza el derecho de las personas a recibir cuidados paliativos integrales, oportunos y humanizados, que incluyan el alivio del dolor y el sufrimiento, la atención física, psicológica, social y espiritual, asegurando su dignidad en el proceso de enfermedad”

(Ley N°21.375, 2021, Art. 1).

Esta normativa representa un avance significativo en la protección de los derechos de los pacientes en Chile, ampliando la cobertura de cuidados paliativos más allá del ámbito oncológico y estableciendo un marco legal que obliga a las instituciones de salud a ofrecer estos servicios de manera oportuna, integral y respetuosa. Además, incorpora la participación activa de los familiares y la comunidad en el proceso de atención.

3.2.4 Situación actual

A pesar de los avances legislativos y programáticos que ha tenido Chile en materia de cuidados paliativos, como la creación del Programa Nacional en 1994, su incorporación al GES en 2005 y la promulgación de la Ley N°21.375 en 2021, aún persisten importantes desafíos para lograr una atención integral y equitativa en el país. Si bien existen más de 250 unidades de cuidados paliativos, su distribución es desigual a lo largo del territorio, con regiones que presentan una cobertura insuficiente. Además, se estima que más de 100.000 personas requieren cuidados paliativos cada año, pero solo una fracción de ellas accede efectivamente a estos servicios, siendo los pacientes no oncológicos los más afectados por esta brecha.

A esto se suma la limitada formación en cuidados paliativos dentro de las carreras de salud, lo que repercute directamente en la calidad de la atención. Por otro lado, aunque se han incorporado nuevas políticas, aún se evidencia la falta de espacios físicos adecuados para brindar estos cuidados de manera digna y humanizada, lo que refleja la necesidad urgente de una infraestructura diseñada especialmente para este fin.

En este escenario, el desafío actual no solo radica en ampliar la cobertura, sino también en repensar y fortalecer los espacios donde se brinda esta atención, para asegurar que el cuidado paliativo en Chile sea verdaderamente universal, accesible y centrado en las personas.

3.3 INFLUENCIA DEL ENTORNO FÍSICO

El entorno físico influye profundamente en la experiencia de quienes enfrentan el final de la vida. En cuidados paliativos, no se trata solo de atender síntomas físicos, sino de crear un espacio que permita a pacientes, familias y equipos de salud convivir con dignidad, serenidad y conexión.

Desde una perspectiva histórica, Cicely Saunders, fundadora del movimiento moderno de cuidados paliativos, destacó que el cuidado debía considerar no solo el dolor total, como lo físico, emocional, social y espiritual, sino también el entorno donde este se experimenta. Para Saunders, el espacio debía ser humano, compasivo y respetuoso, contribuyendo a la sensación de consuelo y acompañamiento en los momentos finales de la vida.

Siguiendo esta línea, diversas investigaciones han demostrado que un ambiente adecuado puede reducir el estrés, la ansiedad y el dolor. Roger Ulrich, pionero en el estudio de la arquitectura hospitalaria, señaló que ciertos elementos del diseño, como vistas a la naturaleza, luz natural, control del ruido y privacidad, están asociados con mejores resultados clínicos y mayor bienestar emocional (Ulrich, 2001).

En este contexto, el diseño físico debe alejarse del modelo institucional y acercarse a lo doméstico y personalizado. Espacios que parecen “hogar”, con materiales cálidos, mobiliario cómodo, acceso a jardines o patios y libertad para personalizar habitaciones, promueven una sensación de control, intimidad y contención emocional.

3.3.1 Criterios de diseño por Cicely Saunders

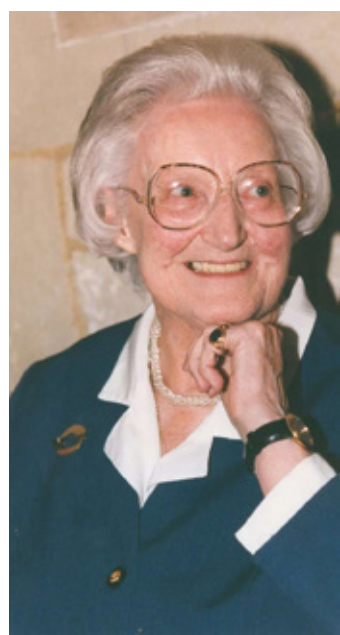
Para comprender el sentido profundo de los cuidados paliativos y su evolución, es imprescindible conocer a quienes dieron forma a este enfoque humanizado de la salud. Entre ellos, Cicely Saunders ocupa un lugar central por transformar la manera en que el mundo entiende el sufrimiento y la dignidad al final de la vida.

¿Quién fue Cicely Saunders y por qué es relevante?

Dame Cicely Mary Saunders (1918–2005) fue médica, enfermera y trabajadora social británica, reconocida como la fundadora del movimiento moderno de cuidados paliativos. En 1967 creó el St. Christopher's Hospice en Londres, el primer centro dedicado al cuidado integral de personas con enfermedades avanzadas y sin posibilidad de cura.

Saunders revolucionó la atención al final de la vida al introducir el concepto de “dolor total”, afirmando que el sufrimiento no es solo físico, sino también emocional, social y espiritual. Su visión integró el control del dolor con el acompañamiento psicológico y el apoyo a la familia, estableciendo un modelo interdisciplinario y humanista que sigue vigente a nivel mundial.

Gracias a su labor, los cuidados paliativos se consolidaron como una disciplina formal en los sistemas de salud y como un derecho humano asociado a la dignidad. Su legado continúa influyendo en la formación profesional, las políticas sanitarias y la creación de espacios de atención centrados en el respeto y la compasión.



Criterios de diseños

Cicely Saunders creía que el diseño de los espacios de cuidados paliativos era fundamental para crear un ambiente acogedor, tranquilo y propio para la curación y bienestar.

Sus criterios de diseño se basaban en los siguientes principios:

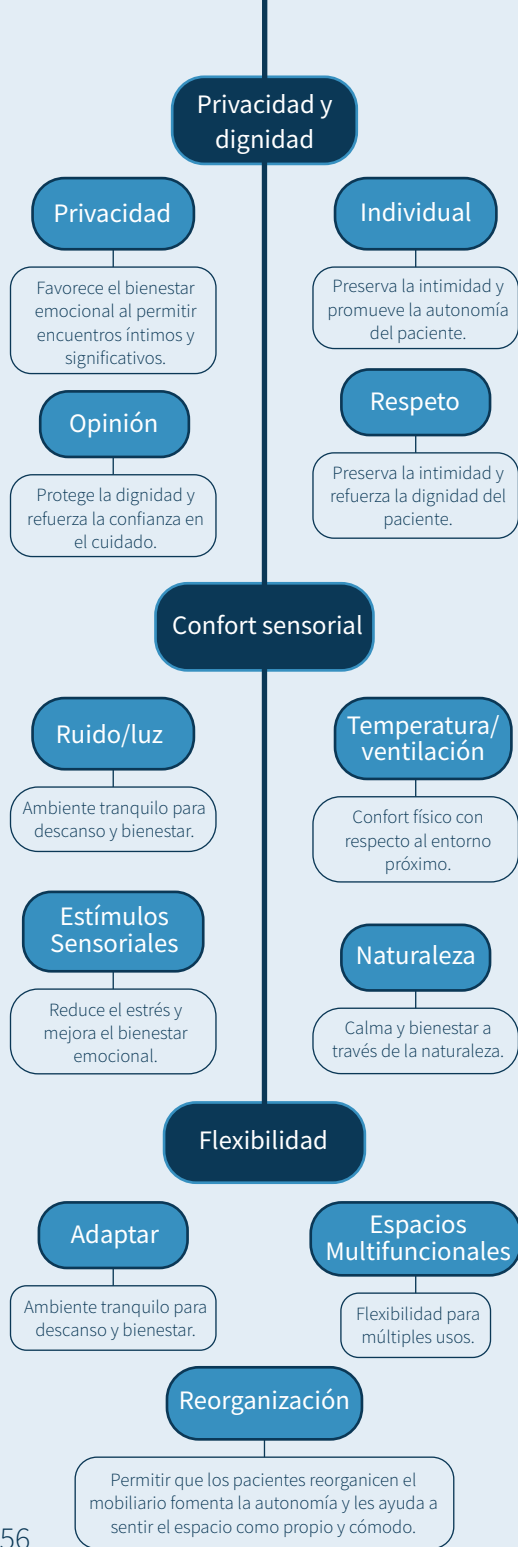
Humanización:

- Evitar la apariencia institucional y crear un ambiente hogareño.
- Utilizar materiales cálidos y naturales.
- Incorporar elementos decorativos que reflejen los gustos e intereses de los pacientes.
- Promover la entrada de luz natural y el acceso a espacios exteriores.

Funcionalidad:

- Diseñar espacios que sean fáciles de usar y navegar para el paciente con movilidad reducida.
- Asegurar que los espacios sean accesibles para personas con diferentes necesidades.
- Proporcionar mobiliario cómodo y adaptable.
- Considerar la ubicación estratégica de los equipos médicos y suministros.





Privacidad y dignidad:

- Ofrecer espacios privados para que los pacientes puedan estar solos con sus familias o amigos.
- Diseñar habitaciones con baños individuales.
- Permitir que los pacientes personalicen sus espacios con objetos personales.
- Respetar la privacidad de los pacientes durante los procedimientos médicos.

Confort sensorial:

- Minimizar el ruido y la luz excesivos.
- Controlar la temperatura y la ventilación.
- Proporcionar música relajante y aromaterapia.
- Ofrecer oportunidades para el contacto con la naturaleza.

Flexibilidad:

- Diseñar espacios que puedan adaptarse a las diferentes necesidades de los pacientes y sus familias.
- Crear espacios multifuncionales que puedan usarse para diversos fines.
- Permitir que los pacientes reorganicen los muebles para crear un espacio más personal.

Cicely Saunders planteaba una pregunta fundamental que guía el enfoque de los cuidados paliativos: “¿Qué importa más para un paciente al final de la vida: curar la enfermedad o aliviar el sufrimiento?” Esta interrogante refleja su visión centrada en el alivio integral del dolor y el sufrimiento, priorizando la calidad de vida y la dignidad del paciente en sus etapas finales (Saunders, 2005).

Entendiendo estos criterios de diseño propuestos por Cicely Saunders reflejan una comprensión profunda del impacto que tiene el entorno físico en el bienestar de las personas al final de la vida. Su visión trasciende lo meramente funcional, proponiendo una arquitectura centrada en la dignidad, la calidez y la autonomía del paciente. Al integrar elementos como la privacidad, el confort sensorial, la flexibilidad y la humanización del espacio, Saunders sentó las bases para un diseño que no solo acompaña el proceso médico, sino también el emocional y espiritual. Estos lineamientos siguen siendo vigentes hoy, especialmente en un contexto donde el enfoque interdisciplinario del cuidado exige que la arquitectura también se comprometa con el alivio del sufrimiento y el respeto por la vida hasta su último momento.

3.3.2 La teoría del diseño de apoyo de Ulrich

Entre 1972 y 1981, el investigador y profesor Roger Ulrich llevó a cabo uno de los estudios más influyentes en la historia del diseño hospitalario. Su objetivo era medir cómo el entorno físico podía incidir directamente en la recuperación médica de los pacientes, más allá de los tratamientos clínicos tradicionales.

El estudio se centró en 46 pacientes que habían sido sometidos a cirugías similares en un hospital de Pensilvania. La mitad de ellos fue alojada en habitaciones con ventanas que ofrecían vistas a la naturaleza, árboles, vegetación y cielo abierto, mientras que la otra mitad miraba directamente hacia un muro de ladrillo. Aunque ambos grupos recibieron la misma atención médica, los resultados mostraron diferencias notables:

- Los pacientes con vistas naturales tuvieron estancias postoperatorias significativamente más cortas
- Necesitaron menos medicación para el dolor,
- Recibieron menos comentarios negativos por parte del personal de enfermería.

Este experimento demostró de forma empírica que el entorno físico, en este caso, algo tan simple como una ventana con vista a un paisaje natural, puede generar respuestas psicológicas y fisiológicas positivas. La presencia de naturaleza ofrecía una forma de distracción suave y emocionalmente positiva, reduciendo el estrés y facilitando la recuperación.

En el contexto de los cuidados paliativos, donde el objetivo no siempre es la curación sino el bienestar integral, los hallazgos de Ulrich adquieren aún más valor. Si una vista puede mejorar la recuperación postoperatoria, ¿cuánto puede aportar al confort de una persona que atraviesa una etapa terminal de su vida? El espacio, en este sentido, deja de ser un contenedor funcional para convertirse en un agente activo de cuidado.

Incluir naturaleza, luz natural, vistas abiertas, texturas cálidas y entornos menos medicalizados podría disminuir la ansiedad, mejorar el ánimo y favorecer vínculos más humanos y cercanos con los familiares y cuidadores. Así, el diseño no solo acompaña, sino que sana emocionalmente.

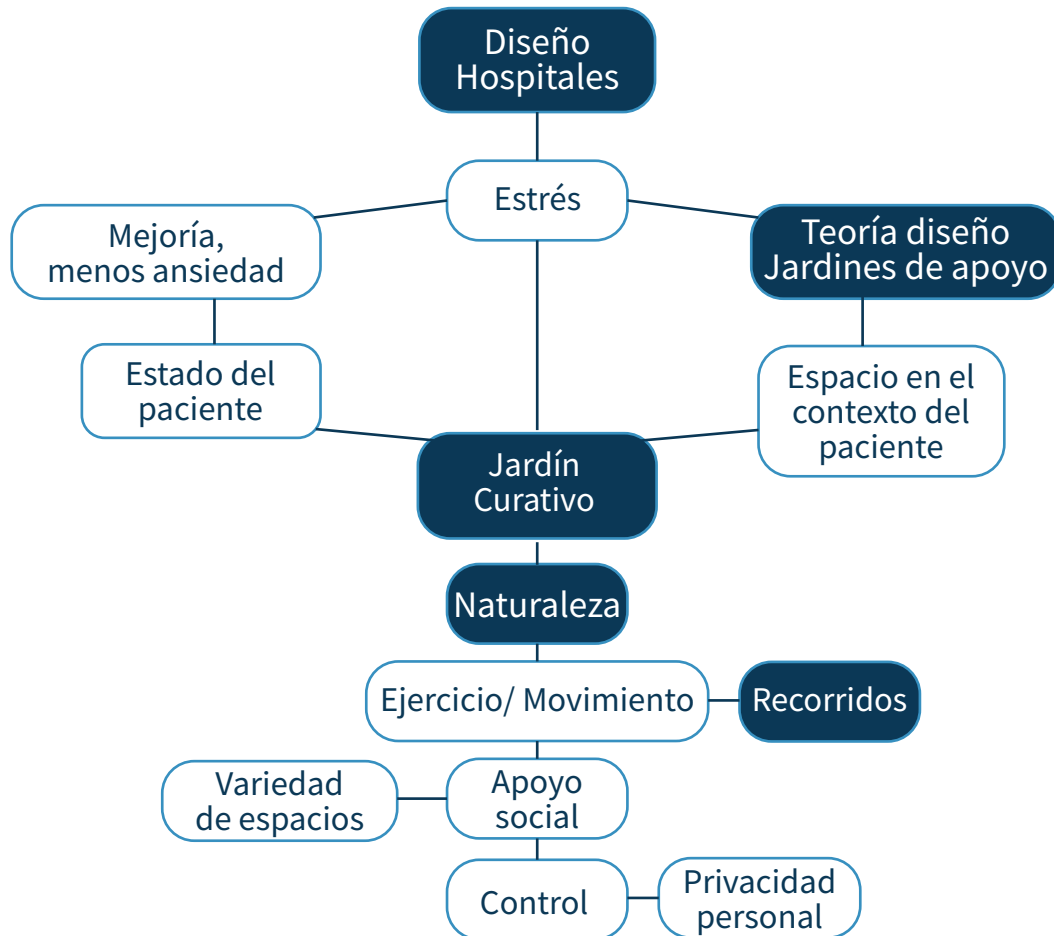
La teoría de los jardines terapéuticos

Roger Ulrich desarrolló la teoría de los jardines terapéuticos a partir de su estudio sobre cómo el entorno natural puede contribuir a la recuperación y al bienestar emocional de los pacientes.

Su teoría se basa principalmente en lo que él denominó la "Hipótesis de la recuperación por contacto con la naturaleza" (Supportive Design Theory). Esta sostiene que la exposición a entornos naturales, incluso brevemente, puede reducir el estrés fisiológico y emocional, fortalecer el estado de ánimo y mejorar los resultados médicos.

Elementos clave de la teoría:

- La vista hacia jardines o naturaleza puede acelerar la recuperación física y emocional.
- El contacto con la vegetación y el agua genera efectos calmantes y restauradores.
- Los jardines deben ser accesibles, estar bien diseñados para la movilidad reducida y ofrecer una sensación de seguridad.
- Un jardín terapéutico exitoso debe fomentar la tranquilidad, la contemplación, la privacidad, y permitir tanto la introspección como el acompañamiento familiar.



3.4 REVISIÓN DE CASOS DE ARQUITECTURA

Para comprender de manera más profunda cómo el diseño arquitectónico puede influir en el bienestar de los pacientes en cuidados paliativos, es fundamental analizar casos concretos donde estos principios hayan sido llevados a la práctica. Esta revisión busca identificar estrategias espaciales, materiales, sensoriales y funcionales aplicadas en centros de cuidados paliativos a nivel internacional y nacional, que han sido reconocidos por su enfoque humanizado, sensible y centrado en el paciente.

A través de estos referentes, se pueden observar distintas formas de integrar la naturaleza, respetar la privacidad, generar ambientes de contención emocional y favorecer la autonomía del usuario. Al mismo tiempo, se analizan los aciertos y desafíos que estos espacios enfrentan, aportando criterios relevantes para el desarrollo de propuestas arquitectónicas adaptadas al contexto chileno.

Esta revisión no solo permite establecer referentes formales y programáticos, sino también visibilizar cómo la arquitectura puede convertirse en una herramienta activa de cuidado y acompañamiento en etapas complejas del ciclo vital.

3.4.1 ST. CHRISTOPHER'S HOSPICE



Fundado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders, St. Christopher's Hospice es ampliamente reconocido como el primer hospice moderno del mundo. Este proyecto marcó un hito en la historia de los cuidados paliativos, al integrar en un mismo lugar la atención médica, el alivio del dolor, el acompañamiento emocional y la dignidad del paciente en el final de la vida. Si bien su arquitectura responde a un lenguaje tradicional e institucional, su propuesta fue revolucionaria por concebir el espacio no solo como un lugar de tratamiento, sino como un entorno de cuidado integral.

PUNTOS CLAVES:

- Fundación pionera: Primer hospice moderno, fundado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders en el Reino Unido.
- Modelo holístico: Integra atención médica, emocional, espiritual y social en un solo lugar.
- Privacidad y control: Habitaciones individuales con control de luz, temperatura y ventilación por parte del paciente.
- Conexión con la naturaleza: Jardines interiores accesibles para pacientes y familiares, promoviendo bienestar emocional.

- Materialidad tradicional, atmósfera cálida: Uso de materiales funcionales pero con diseño no institucional.
- Espacios comunitarios: Incluye capilla, salas de estar y áreas comunes para la interacción y el acompañamiento.
- Diseño centrado en el paciente: La arquitectura está pensada para dignificar el final de la vida.
- Influencia global: Modelo replicado a nivel mundial tanto en lo asistencial como en lo arquitectónico.

Este referente es indispensable para esta investigación, ya que, es como bien se menciono antes, el pionero en un Hospice.



3.4.2 MAGGIE'S CENTRES



Maggie's Centres nace en el Reino Unido como una respuesta distinta al entorno hospitalario tradicional. La propuesta impulsada por Maggie Keswick Jencks, quien enfrentó un diagnóstico de cáncer, pone al centro la necesidad de espacios que no solo informen, sino también acompañen emocionalmente. Estos centros no son clínicas ni hospitales, sino casas abiertas donde se conversa, se cocina y se encuentra contención. La arquitectura juega un rol fundamental: cada centro es diseñado por arquitectos reconocidos, con especial atención en la luz natural, el uso de materiales cálidos y la conexión con la naturaleza.

PUNTOS CLAVES:

- Ausencia total de elementos clínicos o hospitalarios.
- Cocina como corazón del espacio, promoviendo la conversación.
- Arquitectura única y simbólica, con diseños a cargo de estudios internacionales.

- Espacios abiertos, pero con rincones de intimidad.
- Jardines siempre visibles y accesibles.
- Materialidad acogedora: madera, colores cálidos, mobiliario doméstico.
- Apoyo psicosocial como parte esencial del programa.
- Modelo replicable en espacios de cuidados paliativos, especialmente en su dimensión emocional y arquitectónica.

Lejos de la imagen institucional, Maggie's Centres apuesta por una experiencia más humana y cotidiana, donde el diseño no solo organiza el espacio, sino que propone una forma distinta de habitar el proceso de la enfermedad.



3.4.3 UNIVERSITY PSYCHIATRIC CENTRE



El University Psychiatric Centre (UPC), ubicado en el campus UZ Gasthuisberg en Lovaina, Bélgica, y diseñado por Stéphane Beel Architects en 2015, es un referente arquitectónico relevante para los cuidados paliativos por su enfoque humanizado y terapéutico del espacio. Aunque está orientado a la salud mental, el UPC comparte principios esenciales con los cuidados paliativos: dignidad del paciente, bienestar emocional, integración con el entorno y apoyo al acompañamiento familiar. Su diseño demuestra cómo la arquitectura puede contribuir a la contención emocional, disminuir el estrés y mejorar la experiencia de los usuarios y sus familias, objetivos centrales en la atención paliativa.

PUNTOS CLAVE:

- Ubicación estratégica: Integrado en el campus hospitalario, combina accesibilidad a servicios clínicos con un entorno natural y tranquilo.
- Diseño de escala humana: Cinco niveles conectados por patios y recorridos abiertos que reducen la sensación de encierro.
- Relación con la naturaleza: Patios y visuales al exterior que fomentan calma, bienestar y conexión con el entorno.
- Circulaciones claras: “Calles interiores” que facilitan orientación, autonomía y sensación de control.

- Materialidad cálida y no institucional: Colores suaves, luz natural y texturas acogedoras que generan seguridad y confort.
- Espacios comunitarios y terapéuticos: Salas flexibles que promueven interacción social, acompañamiento familiar y actividades grupales.
- Usuario al centro del diseño: Prioriza la experiencia emocional, la privacidad y la dignidad de cada persona.
- Modelo replicable: Sus principios arquitectónicos y terapéuticos pueden aplicarse a entornos de cuidados paliativos, promoviendo bienestar y humanización.

El UPC representa un ejemplo de cómo la arquitectura puede ser una herramienta terapéutica. Su integración de naturaleza, escala humana, circulación comprensible y atmósfera acogedora lo convierte en un referente valioso para el diseño de espacios que buscan humanizar la experiencia en cuidados paliativos.



3.5 TRABAJO DE CAMPO

Visitas a establecimientos de cuidados

Como parte fundamental del trabajo de campo, se realizaron dos visitas a espacios donde se brindan cuidados paliativos, con el fin de conocer de primera mano cómo son estos lugares y qué características físicas presentan. El primero fue el Hospital Regional de Rancagua, un centro de salud público que atiende a una gran cantidad de pacientes con distintas necesidades, incluyendo aquellos en etapa paliativa. El segundo lugar fue un colegio de cuidados en Villa Alemana, un establecimiento dedicado a brindar atención especializada y acompañamiento en cuidados continuos.

Durante estas visitas se pudo observar la distribución de los espacios, las condiciones de las instalaciones y cómo se organiza la atención en estos ambientes. También se notaron ciertas limitaciones, como la falta de áreas específicas para la estancia prolongada o el acompañamiento familiar, lo cual da cuenta de una carencia importante en la infraestructura para cuidados paliativos. Estas observaciones no solo ayudaron a comprender mejor el contexto actual, sino que también sirvieron para orientar y ajustar el cuestionario que se aplicó posteriormente, buscando captar las experiencias y percepciones reales de quienes están vinculados a estos espacios.

En definitiva, estas visitas aportaron una visión más concreta y humana del escenario que se está investigando, aportando una base sólida para el análisis posterior de los resultados.

3.5.1 Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

El Hospital Regional de Rancagua es un centro de salud público que atiende a una amplia población de la región, ofreciendo servicios médicos generales y especializados. En cuanto a cuidados paliativos, el hospital no cuenta con un espacio exclusivo destinado a esta modalidad de atención. Los pacientes que requieren cuidados paliativos suelen ser atendidos en áreas generales, lo que limita la privacidad y comodidad tanto para ellos como para sus familiares.

Los espacios disponibles para la atención son funcionales pero presentan ciertas deficiencias, como falta de áreas específicas para el acompañamiento familiar y pocas comodidades para estancias prolongadas. Esto puede afectar la calidad de la experiencia tanto del paciente como de quienes lo acompañan en momentos delicados.

Aunque el personal médico y de enfermería muestra una buena disposición para brindar apoyo, la infraestructura física del hospital evidenció limitaciones que reflejan la necesidad de mejorar y adecuar los espacios para cuidados paliativos, de manera que se puedan ofrecer condiciones más dignas y confortables.





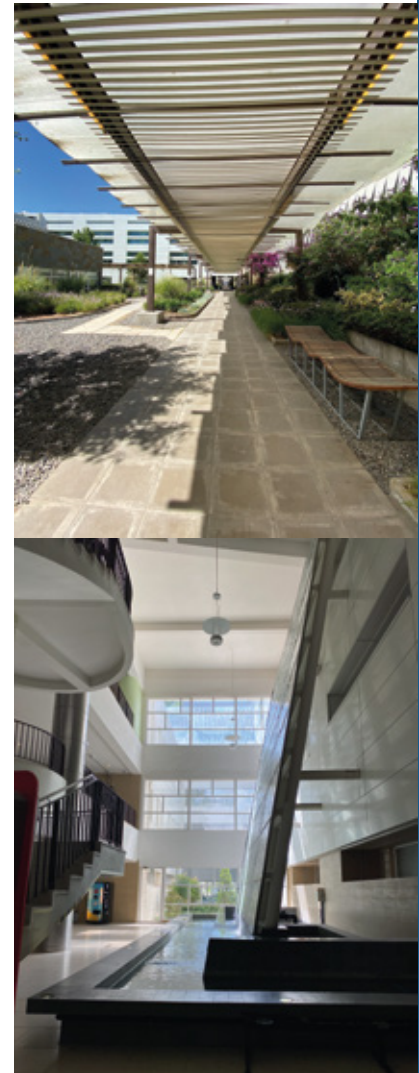
Durante la visita al Hospital Regional de Rancagua, se pudo visualizar el sector destinado a la realización de cuidados paliativos. Sin embargo, el trayecto para llegar a este espacio resulta largo y complejo, considerando la magnitud del recinto hospitalario. Como se mencionó anteriormente, el área disponible está destinada únicamente para la atención, sin contar con espacios para la estancia prolongada de pacientes o acompañantes. Además, no posee un acceso directo a zonas de descanso o relación, ya que solo cuenta con boxes para realizar los cuidados. Este sector se encuentra ubicado en el piso -1 del hospital; aunque dispone de una salida a nivel, esta es lejana y no está habilitada para el uso de pacientes, lo que limita aún más la accesibilidad y comodidad de quienes requieren atención paliativa.

Al comparar el espacio para cuidados paliativos del Hospital Regional de Rancagua con los criterios fundamentales para estos espacios, se identificaron varias carencias importantes. En primer lugar, **no existe un espacio dedicado exclusivamente a cuidados paliativos**, lo que limita la privacidad y la especialización del entorno. La ubicación en el piso -1 dificulta el acceso, y la falta de un acceso directo a áreas de descanso o relación afecta la comodidad de pacientes y familiares.

Asimismo, el espacio carece de áreas para la estancia prolongada o acompañamiento familiar, aspecto clave para el bienestar emocional en cuidados paliativos. Las condiciones ambientales como iluminación, ventilación y aislamiento acústico no fueron óptimas, dado que solo se dispone de boxes, lo que restringe la privacidad y el confort.

Por último, la accesibilidad es limitada, ya que la salida a nivel que posee el sector no está habilitada para uso de pacientes, lo que dificulta la movilidad y el acceso a espacios exteriores o zonas comunes. Estas limitaciones reflejan la necesidad urgente de mejorar la infraestructura para responder adecuadamente a las demandas específicas de los cuidados paliativos.

Ahora, si hablamos del recinto hospitalario como tal, presenta varias características destacables en cuanto a su infraestructura general que favorecen un ambiente saludable y confortable. Su ubicación en un sector alejado del centro de la ciudad contribuye a un entorno más tranquilo y menos saturado de ruido y contaminación, lo cual es beneficioso para la recuperación y bienestar de los pacientes, pero al mismo tiempo puede ser de difícil acceso a personas que son de zonas rurales.





Además, el hospital **cuenta con patios interiores que incluyen vegetación y áreas verdes**, que no solo aportan un contacto visual con la naturaleza, sino que también mejoran la calidad del aire y generan un ambiente más relajante. **La iluminación natural está presente a lo largo de toda la planta**, proporcionando luz solar directa en diversos espacios, lo que contribuye a crear ambientes más agradables y cálidos.

Estos espacios abiertos y bien iluminados también favorecen la salud mental y emocional tanto de los pacientes como del personal médico y los visitantes, **permitiendo momentos de descanso y distensión en un entorno menos clínico y más humano**. Asimismo, la disposición de las áreas comunes y pasillos amplios facilita la circulación y movilidad dentro del recinto.

En conclusión, a nivel macro, la infraestructura general del Hospital Regional de Rancagua presenta características positivas, como espacios abiertos, buena iluminación natural y contacto con la naturaleza, que contribuyen a un ambiente saludable. Sin embargo, a escala micro, específicamente en relación con el espacio destinado a cuidados paliativos, existen importantes deficiencias. La falta de un área exclusiva, la ubicación poco accesible y la ausencia de espacios para la estancia y acompañamiento familiar evidencian que este sector requiere mejoras significativas para ofrecer una atención digna y adecuada a los pacientes paliativos y sus familias.

3.5.2 Escuela especial Sol y Luna

Aunque la Escuela Especial Sol y Luna de Villa Alemana no es un centro específicamente dedicado a cuidados paliativos, sí **brinda cuidados especializados y continuos a niños y niñas con discapacidad**, con un nivel de complejidad similar. Por ello, analizar sus espacios resulta relevante para comprender diferentes formas de organizar ambientes que apoyen la salud, el bienestar y la atención integral.

Esta institución atiende a personas con diversas discapacidades físicas y necesidades especiales que requieren adaptaciones espaciales, accesibilidad y confort tanto para los usuarios como para sus familias y el personal. **Examinar estos espacios aporta una visión más amplia sobre el diseño inclusivo y adecuado para cuidados prolongados, considerando no solo aspectos clínicos, sino también emocionales y sociales.**

Este análisis amplía la perspectiva sobre cómo deben configurarse los espacios de cuidado, aportando al entendimiento de las necesidades humanas y ambientales en contextos similares a los cuidados paliativos.





La Escuela Especial Sol y Luna se emplaza en una estructura que originalmente no fue concebida con fines educativos ni de atención especializada, sino que correspondía a una antigua casona. Esto implicó un desafío significativo para adecuarla a las necesidades de niños y niñas con discapacidad, quienes requieren espacios accesibles, seguros y funcionales. A partir de esa base, se llevaron a cabo diversas intervenciones que permitieron transformar y complementar la infraestructura existente, **construyendo recintos adicionales alrededor de la casona principal para diversificar los espacios y dar respuesta a las exigencias del rol que hoy cumple la institución.**

El proceso de adaptación fue complejo en sus inicios, sin embargo, con el tiempo se logró alcanzar una condición funcional aceptable. Actualmente, **la escuela cuenta con accesos universales, rampas y salas adaptadas en lo posible a los requerimientos de movilidad, con iluminación natural y una distribución que permite la circulación de estudiantes y personal.** Además, su ubicación aporta de manera positiva, ya que se encuentra en un entorno natural y tranquilo, con una plaza justo al frente del recinto, lo que permite cierto nivel de conexión con el exterior y con la vegetación.

Si bien no se trata de un edificio diseñado desde cero para cuidados prolongados, **la experiencia de esta institución ofrece aprendizajes importantes sobre cómo adaptar espacios existentes a situaciones complejas, priorizando la accesibilidad, la calidez y la funcionalidad.** Este tipo de ejemplos resulta valioso para pensar futuros espacios de cuidados paliativos desde una perspectiva más flexible, humana y centrada en las necesidades reales de sus usuarios.

Durante la visita, las profesoras de la Escuela Sol y Luna comentaron que, **al no existir parámetros o lineamientos claros para el cuidado y enseñanza en contextos tan específicos como el de sus estudiantes,** han debido recurrir a la innovación constante en sus métodos pedagógicos y de atención. Esta flexibilidad ha sido clave para poder responder a las necesidades particulares de cada niño o niña, adaptándose tanto desde lo humano como desde lo espacial. En este sentido, el entorno que rodea la escuela cumple un rol fundamental, especialmente el patio interior, que se convierte en una extensión del aula y en un recurso activo para la contención emocional.





El poder salir al aire libre y romper con la rutina de la sala genera un cambio significativo en el ánimo de los estudiantes, favoreciendo la relajación, el confort y el vínculo con el entorno natural. **Esta relación directa entre espacio y bienestar, mencionada por el propio equipo educativo, refuerza la idea de que el diseño del entorno es una herramienta esencial en cualquier estrategia de cuidado prolongado.**

Podríamos entonces concluir que la escuela representa un ejemplo concreto de **cómo una infraestructura inicialmente no pensada para el cuidado puede ser transformada con creatividad, compromiso y sensibilidad hacia las necesidades de personas con discapacidad.** A pesar de no contar con parámetros específicos ni un diseño original adaptado, el equipo ha logrado generar un entorno funcional y acogedor, donde el espacio cumple un rol activo en el bienestar de los niños y niñas.

El uso del entorno natural, los espacios al aire libre y las adaptaciones progresivas han permitido una atención personalizada y humana, destacando el valor de la flexibilidad espacial en contextos de cuidado prolongado. Este caso demuestra que, incluso en condiciones arquitectónicas limitadas, es posible generar experiencias significativas y dignas cuando el enfoque está puesto en las personas y su entorno directo.

3.6 DESARROLLO DE HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS

Para comprender de manera más profunda cómo el diseño arquitectónico puede influir en el bienestar de los pacientes en cuidados paliativos, es fundamental analizar casos concretos donde estos principios hayan sido llevados a la práctica. Esta revisión busca identificar estrategias espaciales, materiales, sensoriales y funcionales aplicadas en centros de cuidados paliativos a nivel internacional y nacional, que han sido reconocidos por su enfoque humanizado, sensible y centrado en el paciente.

A través de estos referentes, se pueden observar distintas formas de integrar la naturaleza, respetar la privacidad, generar ambientes de contención emocional y favorecer la autonomía del usuario. Al mismo tiempo, se analizan los aciertos y desafíos que estos espacios enfrentan, aportando criterios relevantes para el desarrollo de propuestas arquitectónicas adaptadas al contexto chileno.

Esta revisión no solo permite establecer referentes formales y programáticos, sino también visibilizar cómo la arquitectura puede convertirse en una herramienta activa de cuidado y acompañamiento en etapas complejas del ciclo vital.

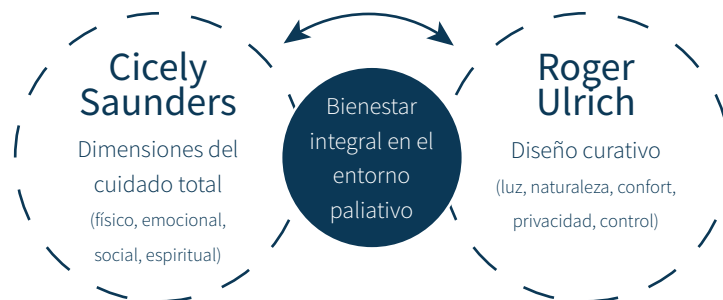
3.6.1 Parámetros de criterios

Con el propósito de analizar los espacios destinados a cuidados paliativos desde una mirada integral, se desarrollaron dos instrumentos complementarios: una ficha de observación y un cuestionario estructurado. Ambos se basan en los principios teóricos del cuidado total de Cicely Saunders y en la teoría del entorno curativo de Roger Ulrich, permitiendo articular el análisis del espacio físico con la experiencia emocional, social y espiritual de las personas que habitan o acompañan estos lugares.

1. Fundamentación teórica

El enfoque de Cicely Saunders plantea que el cuidado paliativo debe atender al ser humano en sus cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual, entendiendo el cuidado como una experiencia integral más allá de lo clínico.

Por su parte, Roger Ulrich propone que el diseño del entorno hospitalario puede reducir el estrés, acelerar la recuperación emocional y mejorar la percepción del bienestar mediante elementos como la luz natural, las vistas a la naturaleza, la privacidad, el control sensorial y la posibilidad de elección.



2. Ficha de observación

A partir de estos principios, se desarrolló una ficha de observación que permite analizar los espacios desde una mirada externa y objetiva, registrando elementos arquitectónicos y ambientales.

Esta herramienta se estructura en tres niveles de observación, los cuales representan diferentes grados de evidencia y profundidad en la experiencia del entorno:

Nivel		Descripción	Dimensiones teóricas vinculadas
A.	Aspectos fácilmente observables	Elementos tangibles y medibles del entorno físico (iluminación, accesibilidad, ventilación, materialidad).	Saunders: dimensión física. Ulrich: diseño ambiental y confort sensorial.
B.	Aspectos obervables con presencia contextual	Aspectos percibidos a nivel emocional o social, como el ambiente general, la relación con la naturaleza o la sensación de acogida.	Saunders: dimensión emocional y social. Ulrich: reducción del estrés, contacto con la naturaleza, sensación de seguridad.
C.	Aspectos perceptibles de forma individual o simbólica	Elementos subjetivos vinculados a la experiencia personal y espiritual del paciente o su familia.	Saunders: dimensión espiritual. Ulrich: percepción de control, privacidad, tranquilidad interior.

Cada criterio evaluado dentro de la ficha, como luz natural, privacidad, mobiliario o ambiente se fundamenta en estos niveles y se vincula tanto con el bienestar físico como con la contención emocional del entorno. El registro se realiza mediante observación directa y permite reconocer la presencia o ausencia de condiciones espaciales favorables al cuidado integral.

3. Cuestionario

Como complemento a la observación arquitectónica, se elaboró un cuestionario orientado a comprender cómo se perciben y experimentan los espacios de cuidados paliativos desde distintas perspectivas. El instrumento se diseñó a partir de los mismos principios teóricos que sustentan la ficha, pero enfocado en recoger la percepción subjetiva de los usuarios y profesionales, permitiendo contrastar la mirada técnica con la vivencia personal.

El cuestionario se estructura en cinco ejes temáticos, que responden directamente a los criterios de Saunders y Ulrich, así como a los tres niveles de observación:

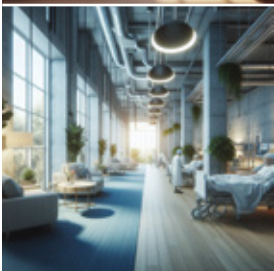
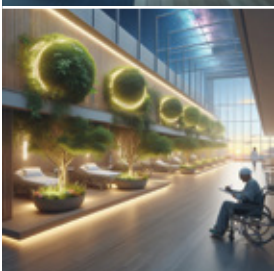
Eje temático	Descripción	Relación con niveles A-B-C
1. Datos generales	Recoge información contextual del participante (edad, rol, vínculo con el paciente, experiencia previa).	Transversal.
2. Conocimiento y percepción general	Evalúa el nivel de comprensión y actitud frente a los cuidados paliativos.	C (visión personal y simbólica).
3. Espacio físico	Identifica condiciones tangibles del entorno (iluminación, confort, accesibilidad, organización).	A (aspectos observables).
4. Experiencia humana	Explora percepciones emocionales, sociales y sensoriales del entorno.	B y C (contextual e individual).
5. Proyección	Recoge sugerencias y aspiraciones sobre cómo mejorar los espacios de cuidado.	C (dimensión reflexiva y simbólica).

El cuestionario fue aplicado a cinco grupos de actores directamente relacionados con los cuidados paliativos: arquitectos, profesionales de la salud, cuidadores, familiares y pacientes. Esta diversidad permitió contrastar perspectivas disciplinares y humanas, enriqueciendo la interpretación de los resultados.

4. Síntesis

La articulación entre la ficha de observación y el cuestionario constituye una estrategia metodológica mixta que permite comprender el entorno paliativo desde lo observable y lo vivido, integrando los principios arquitectónicos, emocionales y espirituales del cuidado.

De esta forma, la herramienta desarrollada no solo evalúa el estado físico de los espacios, sino que también revela su impacto en la experiencia humana, fortaleciendo la comprensión interdisciplinaria necesaria para diseñar entornos de cuidado más dignos, sensibles y restauradores.

	MATERIALIDAD
	LUZ NATURAL
	ILUMINACIÓN
	CONTACTO CON LA NATURALEZA
	ACCESIBILIDAD

3.6.2 Ficha de observación

La siguiente ficha de observación fue elaborada como una herramienta metodológica orientada a analizar los espacios destinados a cuidados paliativos desde una perspectiva arquitectónica y humanizada. Su estructura combina los principios del cuidado total de Cicely Saunders, enfocados en las dimensiones física, emocional, social y espiritual del paciente, con la teoría del entorno curativo de Roger Ulrich, que destaca la influencia del ambiente construido en la reducción del estrés y la mejora del bienestar general.

Este instrumento permite vincular los aspectos observables del diseño arquitectónico con las percepciones humanas del entorno, reconociendo que la arquitectura también puede acompañar, aliviar y otorgar sentido.

Los criterios se organizan en tres niveles de observación A, B y C que van desde los elementos físicos y tangibles hasta las dimensiones perceptivas e individuales. Cada uno incorpora indicadores que pueden ser evaluados visualmente, identificando la presencia o ausencia de cualidades espaciales que contribuyen al bienestar integral de las personas que transitan por procesos de enfermedad avanzada o terminal.

De esta manera, la ficha se consolida como un instrumento interdisciplinario que integra la observación arquitectónica, la percepción sensorial y la comprensión humana del cuidado, sirviendo tanto para el análisis de espacios existentes como para orientar futuras propuestas de diseño en el ámbito de los cuidados paliativos.

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
A. Aspectos fácilmente observables	Materialidad	Dimensión física / diseño ambiental	Uso de materiales naturales, texturas cálidas y acabados que generen confort visual y táctil.	☐	☐
	Luz y acceso	Ulrich: exposición a luz natural y vistas al exterior	Presencia de luz natural, ventanas amplias, conexión visual con el entorno o la naturaleza.	☐	☐
	Movilidad	Dimensión física / accesibilidad	Circulación fluida, amplitud de pasillos y facilidad de desplazamiento para usuarios y personal.	☐	☐
	Accesibilidad	Inclusión / ergonomía ambiental	Rampas, señalética clara, eliminación de barreras arquitectónicas.	☐	☐
	Mobiliario	Confort físico / ergonomía ambiental	Disposición ergonómica y adaptable a las necesidades de los pacientes y familiares.	☐	☐
	Ubicación	Relación espacial funcional	Proximidad entre áreas clínicas y de descanso; coherencia en la distribución.	☐	☐
	Ruido / luz	Ulrich: control sensorial del entorno	Control de ruido ambiental, equilibrio lumínico y privacidad visual.	☐	☐
	Temperatura / ventilación	Confort térmico / bienestar físico	Ventilación natural o mecánica adecuada, temperatura estable y confortable.	☐	☐
	Espacios multifuncionales	Adaptabilidad / flexibilidad espacial	Espacios que permiten distintas configuraciones según las actividades o necesidades.	☐	☐

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
B. Aspectos observables con presencia contextual	Ambiente	Saunders: dimensión emocional / Ulrich: percepción de seguridad y calma	Sensación general de contención, serenidad y orden en el entorno.	☐	☐
	Elementos	Humanización del entorno / personalización	Presencia de objetos personales o elementos que reflejen identidad o pertenencia.	☐	☐
	Naturaleza	Ulrich: contacto con la naturaleza / biophilia	Incorporación de vegetación, vistas naturales o patios interiores.	☐	☐
	Estímulos sensoriales	Ulrich: respuesta emocional / Saunders: confort psicológico	Uso de colores, aromas, texturas y sonidos que aporten bienestar emocional.	☐	☐
	Privacidad	Saunders: dignidad y respeto / entorno protector	Existencia de espacios que permitan intimidad o recogimiento sin aislamiento total.	☐	☐
	Adaptar	Flexibilidad ambiental / control del entorno	Capacidad de ajustar luz, mobiliario o entorno según preferencia de los usuarios.	☐	☐
	Reorganización	Autonomía ambiental / participación del usuario	Posibilidad de mover mobiliario o reorganizar el entorno según necesidad.	☐	☐
C. Aspectos perceptibles de forma individual o subjetiva	Individual	Saunders: dimensión espiritual y personal	Evidencias de autonomía, identidad y sentido de control del paciente.	☐	☐
	Opinión	Participación simbólica / validación del usuario	Indicios de que se consideran las preferencias personales en la organización del espacio.	☐	☐
	Respeto	Saunders: dignidad / Ulrich: bienestar percibido	El entorno transmite cuidado, respeto y reconocimiento hacia la persona.	☐	☐

3.6.3 Cuestionario

El cuestionario fue diseñado a partir de la información recabada durante la investigación teórica y las visitas a terreno, con el objetivo de comprender cómo se perciben y experimentan los espacios destinados a cuidados paliativos desde distintas perspectivas. Su construcción se basó en los principios del cuidado total de Cicely Saunders y la teoría del entorno curativo de Roger Ulrich, permitiendo relacionar las percepciones humanas con los criterios arquitectónicos identificados en la ficha de observación.

De esta manera, el instrumento busca integrar la dimensión física del espacio con la experiencia emocional y simbólica de quienes lo habitan o acompañan. Para ello, se definieron cinco ejes temáticos que permiten abordar el fenómeno de forma integral:

- **Datos generales:** Esta sección recoge información básica del perfil de los participantes, como edad, profesión, ocupación y su relación o cercanía con los cuidados paliativos.
- **Conocimiento y percepción general:** Evalúa el nivel de comprensión y valoración que los encuestados tienen sobre los cuidados paliativos y su relevancia dentro del sistema de salud.

- **Espacio físico:** Explora las percepciones sobre los entornos donde se brinda esta atención, considerando criterios como accesibilidad, iluminación, privacidad, confort ambiental y materialidad, en relación con los principios arquitectónicos de Saunders y Ulrich.
- **Experiencia humana:** Indaga en experiencias personales o cercanas, enfatizando los aspectos emocionales, sociales y sensoriales del cuidado, que reflejan la interacción entre el espacio, las personas y el acompañamiento.
- **Proyección:** Invita a reflexionar sobre cómo deberían ser, en opinión de los participantes, los espacios ideales para ofrecer cuidados paliativos en el futuro, recogiendo ideas, expectativas y necesidades que orienten el diseño de entornos más humanos, sensibles y restauradores.

En conjunto, estos ejes permiten recopilar información tanto objetiva como subjetiva, estableciendo un puente entre la observación arquitectónica y la percepción vivencial, con el fin de obtener una comprensión más completa del entorno paliativo.

Para profundizar en la comprensión de cómo se perciben y experimentan los espacios destinados a cuidados paliativos, se seleccionaron ciertas preguntas del cuestionario que resultaron especialmente relevantes para los objetivos de esta investigación. Estas preguntas fueron diseñadas no solo para recabar información específica, sino también para explorar aspectos críticos vinculados a la calidad, funcionalidad y dimensión humana de los espacios de cuidado.

A continuación, se presentan algunas de estas preguntas junto con una breve explicación del motivo por el cual fueron incluidas, destacando su aporte para comprender mejor la realidad actual y las necesidades futuras en el diseño de espacios paliativos.

Conocimiento y percepción general:

- *¿Sabe a qué se refiere el término "cuidados paliativos"?*

Criterio asociado: Comprensión del concepto integral de cuidado (Dimensión física, emocional, social y espiritual — Saunders).

Esta pregunta permite establecer el nivel de conocimiento y familiaridad con el enfoque de cuidado total, identificando si el participante asocia los cuidados paliativos solo con lo clínico o también con la experiencia humana y el entorno.

- *¿Ha tenido algún tipo de contacto o experiencia directa o indirecta con cuidados paliativos?*

Criterio asociado: Vinculación experiencial y percepción subjetiva (Nivel C, dimensión individual y simbólica).

Permite determinar la relación personal con el tema y reconocer cómo la experiencia directa puede influir en la percepción del espacio y del proceso de cuidado.

- *¿Cómo evaluaría el espacio donde ocurrió su experiencia en cuidados paliativos (ya sea en un centro de salud, domicilio o institución especializada), considerando los siguientes aspectos?*

Criterio asociado: Evaluación espacial y ambiental (Nivel A y B, iluminación, privacidad, accesibilidad, confort térmico y sensorial).

Busca vincular la experiencia vivida con elementos arquitectónicos concretos, conectando la dimensión funcional (Ulrich: entorno curativo) con la emocional (Saunders: confort y dignidad).

Espacio físico:

- *¿Cree usted que los espacios físicos influyen en la calidad de los cuidados paliativos?*

Criterio asociado: Impacto del entorno arquitectónico en el bienestar (Nivel A, Confort ambiental, distribución y accesibilidad).

Explora la percepción del espacio como componente activo del cuidado, relacionando la forma arquitectónica con la calidad de la atención..

- *¿Qué elementos considera más importantes en un espacio destinado a cuidados paliativos?*

Criterio asociado: Diseño ambiental y humanización del espacio (Niveles A y B, materialidad, luz natural, privacidad, naturaleza, mobiliario).

Permite identificar qué aspectos físicos o sensoriales los usuarios perciben como relevantes para el bienestar y acompañamiento, según los principios de Ulrich (reducción del estrés) y Saunders (cuidado integral).

En esta sección del cuestionario, se plantea la importancia de los diferentes actores involucrados en los cuidados paliativos. La pregunta pide a los participantes ordenar tres aspectos clave: quienes reciben la atención, quienes la brindan y quienes acompañan durante el proceso.

Los cuidados paliativos involucran a quienes reciben atención, a quienes la brindan y a quienes acompañan. A continuación, ordene los siguientes tres aspectos según su importancia, considerando cuál es el más relevante para usted en el contexto de los cuidados paliativos.

Esta pregunta busca explorar la valoración que hacen los participantes sobre el rol y la relevancia de cada uno de estos actores dentro del proceso de cuidado. Comprender esta percepción es fundamental para diseñar espacios y estrategias que respondan a las necesidades tanto de pacientes como de cuidadores y familiares, asegurando un enfoque integral y humano.

Ejemplo de alguna de las preguntas de esta sección:

- *El diseño del espacio físico debería estar principalmente orientado a...*

Criterio asociado: Organización espacial centrada en el usuario (niveles A y C).

El espacio debe responder a las necesidades físicas y emocionales del paciente, favoreciendo la interacción con su entorno.

- *La ubicación del espacio destinado al cuidado dentro de la vivienda (cerca del baño, ventilado, de fácil acceso) debería pensarse principalmente para...*

Criterio asociado: Integración funcional y confort ambiental (niveles A y B).

La ubicación y ventilación natural influyen en la experiencia de bienestar y en la percepción emocional del entorno (Ulrich).

Experiencia humana:

- *¿Cree usted que el entorno físico puede influir en el estado emocional de una persona que se encuentra en cuidados paliativos?*

Criterio asociado: Relación entre ambiente y emoción (Nivel B, confort sensorial y atmósfera emocional).

Evalúa la conciencia del participante sobre la influencia del entorno en las emociones, en línea con la teoría de Ulrich sobre la respuesta psicológica al espacio y la idea de Saunders sobre alivio del sufrimiento.

- *¿Qué elementos cree que ayudan a crear un ambiente emocionalmente acogedor en este tipo de espacios?*

Criterio asociado: Diseño humanizado y ambiente de contención (Niveles B y C, naturaleza, estímulos sensoriales, privacidad, acompañamiento).

Indaga qué componentes espaciales o simbólicos los participantes asocian con confort emocional y dignidad, integrando la mirada espiritual y sensorial.

- *¿Ha estado en un espacio (hospitalario o domiciliario) donde sintió que el entorno aportaba contención emocional?*

Criterio asociado: Experiencia de bienestar ambiental (Nivel C, percepción subjetiva y emocional del entorno).

Busca reconocer ejemplos concretos en los que el espacio fue percibido como un agente positivo en el proceso de cuidado, reforzando la idea de “entorno que acompaña”.

Proyección:

- *¿Cree usted que deberían existir espacios específicos, como centros u hogares especializados (tipo hospice), destinados exclusivamente a cuidados paliativos?*

Criterio asociado: Diseño de espacios especializados y visión prospectiva (Niveles A y B, organización funcional y atmósfera terapéutica).

Permite identificar la percepción sobre la necesidad de infraestructura específica, coherente con el concepto de entorno restaurador y de acompañamiento continuo.

- *¿Hay algún aspecto o sugerencia que considere importante añadir sobre los espacios destinados a cuidados paliativos y que no se preguntó?*

Criterio asociado: Dimensión proyectiva e interpretativa (Nivel C, significado personal y participación simbólica).

Invita a la reflexión libre del participante, permitiendo recoger percepciones, emociones y propuestas que escapan a la estructura del cuestionario, completando la mirada interdisciplinaria entre arquitectura y experiencia humana.

4.1 CASOS DE ARQUITECTURA

Para comprender de manera más profunda cómo el diseño arquitectónico puede influir en el bienestar de los pacientes en cuidados paliativos, es fundamental analizar casos concretos donde estos principios hayan sido llevados a la práctica. Esta revisión busca identificar estrategias espaciales, materiales, sensoriales y funcionales aplicadas en centros de cuidados paliativos a nivel internacional y nacional, que han sido reconocidos por su enfoque humanizado, sensible y centrado en el paciente.

A través de estos referentes, se pueden observar distintas formas de integrar la naturaleza, respetar la privacidad, generar ambientes de contención emocional y favorecer la autonomía del usuario. Al mismo tiempo, se analizan los aciertos y desafíos que estos espacios enfrentan, aportando criterios relevantes para el desarrollo de propuestas arquitectónicas adaptadas al contexto chileno.

Esta revisión no solo permite establecer referentes formales y programáticos, sino también visibilizar cómo la arquitectura puede convertirse en una herramienta activa de cuidado y acompañamiento en etapas complejas del ciclo vital.

4.1.1 ST. CHRISTOPHER'S HOSPICE



Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
A. Aspectos fácilmente observables	Materialidad	Dimensión física / diseño ambiental	Materialidad tradicional en ladrillo y madera; transmite solidez y calidez, aunque mantiene rasgos institucionales.	☒	☐
	Luz y acceso	Ulrich: exposición a luz natural y vistas al exterior	Buena iluminación natural en habitaciones y zonas comunes; conexión moderada con el exterior.	☒	☐
	Movilidad	Dimensión física / accesibilidad	Circulaciones amplias y claras, aunque con desniveles y pocas ayudas técnicas modernas.	☒	☐
	Accesibilidad	Inclusión / ergonomía ambiental	Accesibilidad básica, sin cumplir estándares actuales de diseño universal.	☐	☒
	Mobiliario	Confort físico / ergonomía ambiental	Mobiliario doméstico, funcional y sobrio, aunque poco flexible.	☒	☐
	Ubicación	Relación espacial funcional	Distribución funcional que conecta atención médica, capilla y jardines; buena organización general.	☒	☐
	Ruido / luz	Ulrich: control sensorial del entorno	Ambientes tranquilos, con poca contaminación acústica; control lumínico limitado.	☒	☐
	Temperatura / ventilación	Confort térmico / bienestar físico	Ventilación natural y calefacción básica; confort aceptable, sin sistemas modernos.	☒	☐
	Espacios multifuncionales	Adaptabilidad / flexibilidad espacial	Áreas comunes y capilla con usos compartidos, pero estructura fija sin reconfiguración.	☐	☒

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
B. Aspectos observables con presencia contextual	Ambiente	Saunders: dimensión emocional / Ulrich: percepción de seguridad y calma	Ambientes cálidos y humanizados, aunque algunas zonas aún conservan rasgos hospitalarios.	☒	☐
	Elementos	Humanización del entorno / personalización	Se permite personalizar habitaciones con objetos personales; refuerzo del vínculo emocional.	☒	☐
	Naturaleza	Ulrich: contacto con la naturaleza / biophilia	Jardines accesibles e integrados; uno de los mayores aciertos del proyecto.	☒	☐
	Estímulos sensoriales	Ulrich: respuesta emocional / Saunders: confort psicológico	Colores cálidos y luz natural adecuada; atmósfera doméstica.	☒	☐
	Privacidad	Saunders: dignidad y respeto / entorno protector	Habitaciones individuales, con privacidad adecuada, aunque limitadas en control ambiental.	☒	☐
	Adaptar	Flexibilidad ambiental / control del entorno	Control parcial de luz y temperatura por el paciente.	☐	☒
	Reorganización	Autonomía ambiental / participación del usuario	Mobiliario y espacios poco móviles; escasa capacidad de reorganización.	☐	☒
C. Aspectos perceptibles de forma individual o subjetiva	Individual	Saunders: dimensión espiritual y personal	El diseño otorga protagonismo al paciente como sujeto de cuidado, con control limitado del entorno.	☒	☐
	Opinión	Participación simbólica / validación del usuario	El proyecto surge desde una filosofía centrada en la experiencia del paciente.	☒	☐
	Respeto	Saunders: dignidad / Ulrich: bienestar percibido	Espacio diseñado para dignificar el final de la vida; se percibe respeto en el tratamiento espacial.	☒	☐

El St. Christopher's Hospice encarna los principios fundacionales del cuidado paliativo moderno. Aunque su arquitectura aún conserva rasgos institucionales propios de su época, incorpora innovaciones espaciales que transformaron el concepto de atención al final de la vida: habitaciones individuales, privacidad, jardines interiores y atmósfera doméstica.

Desde los criterios de Saunders y Ulrich, el proyecto logra altos niveles de humanización y bienestar emocional, aunque presenta limitaciones en accesibilidad, flexibilidad y control ambiental.

Su valor radica en haber establecido la base arquitectónica y ética para los futuros espacios paliativos centrados en la persona.

4.1.2 MAGGIE'S CENTRES



Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
A. Aspectos fácilmente observables	Materialidad	Dimensión física / diseño ambiental	Uso de materiales cálidos y domésticos (madera, piedra, colores suaves). Transmite hospitalidad y cercanía.	☒	☐
	Luz y acceso	Ulrich: exposición a luz natural y vistas al exterior	Luz natural abundante y visuales hacia jardines; algunos centros dependen de orientación y clima.	☒	☐
	Movilidad	Dimensión física / accesibilidad	Circulaciones abiertas y sin jerarquías, aunque algunos diseños son más laberínticos según el arquitecto.	☐	☒
	Accesibilidad	Inclusión / ergonomía ambiental	La mayoría son accesibles, pero algunos emplazamientos presentan desniveles o accesos complejos.	☐	☒
	Mobiliario	Confort físico / ergonomía ambiental	Mobiliario doméstico y flexible, pensado para conversar o descansar.	☒	☐
	Ubicación	Relación espacial funcional	Se ubican cerca de hospitales, pero como espacios intermedios, no clínicos.	☒	☐
	Ruido / luz	Ulrich: control sensorial del entorno	Control lumínico y acústico natural; depende de diseño arquitectónico y materialidad.	☐	☒
	Temperatura / ventilación	Confort térmico / bienestar físico	Uso de ventilación natural y confort térmico general; sin sistemas personalizables.	☐	☒
	Espacios multifuncionales	Adaptabilidad / flexibilidad espacial	Cocina central, salas abiertas y rincones íntimos; flexibles para actividades variadas.	☒	☐

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
B. Aspectos observables con presencia contextual	Ambiente	Saunders: dimensión emocional / Ulrich: percepción de seguridad y calma	Atmósfera doméstica y cercana; sensación de hogar más que de institución.	☒	☐
	Elementos	Humanización del entorno / personalización	Elementos cotidianos (cocina, libros, plantas) fomentan identificación y seguridad emocional.	☒	☐
	Naturaleza	Ulrich: contacto con la naturaleza / biophilia	Jardines visibles y accesibles desde casi todos los espacios.	☒	☐
	Estímulos sensoriales	Ulrich: respuesta emocional / Saunders: confort psicológico	Texturas naturales, colores suaves, iluminación cálida; atmósfera restauradora.	☒	☐
	Privacidad	Saunders: dignidad y respeto / entorno protector	Equilibrio entre espacios sociales y rincones privados, aunque sin aislamiento completo.	☒	☐
	Adaptar	Flexibilidad ambiental / control del entorno	Espacios que pueden adaptarse a diversas actividades (reunión, lectura, contemplación).	☒	☐
	Reorganización	Autonomía ambiental / participación del usuario	Mobiliario móvil, aunque no todos los espacios permiten reorganización completa.	☐	☒
C. Aspectos perceptibles de forma individual o subjetiva	Individual	Saunders: dimensión espiritual y personal	Evidencias de autonomía, identidad y sentido de control del paciente.	☒	☐
	Opinión	Participación simbólica / validación del usuario	Indicios de que se consideran las preferencias personales en la organización del espacio.	☐	☒
	Respeto	Saunders: dignidad / Ulrich: bienestar percibido	El entorno transmite cuidado, respeto y reconocimiento hacia la persona.	☒	☐

Maggie's Centres representa una evolución hacia el diseño emocional del cuidado, donde la arquitectura se convierte en parte activa del acompañamiento.

Cumple ampliamente los criterios de ambiente humanizado, conexión con la naturaleza, estímulos sensoriales positivos y dignidad, pero presenta limitaciones variables entre sedes en accesibilidad universal, control ambiental individual y reorganización espacial.

Desde los principios de Saunders y Ulrich, es un referente clave para demostrar que la arquitectura puede cuidar y sanar sin ser hospitalaria, promoviendo un entorno restaurador y profundamente humano.

4.1.3 UNIVERSITY PSYCHIATRIC CENTRE



Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
A. Aspectos fácilmente observables	Materialidad	Dimensión física / diseño ambiental	Materialidad cálida: madera, hormigón claro y grandes paños vidriados que generan serenidad y transparencia.	☒	☐
	Luz y acceso	Ulrich: exposición a luz natural y vistas al exterior	Luz natural controlada mediante patios y fachadas acristaladas; visuales permanentes al exterior.	☒	☐
	Movilidad	Dimensión física / accesibilidad	Circulaciones amplias, organizadas como “calles interiores” que favorecen la orientación y el movimiento autónomo.	☒	☐
	Accesibilidad	Inclusión / ergonomía ambiental	Accesible y conectada con el campus hospitalario; diseño inclusivo con recorridos continuos y ascensores visibles.	☒	☐
	Mobiliario	Confort físico / ergonomía ambiental	Mobiliario doméstico, adaptable y ergonómico; favorece el uso terapéutico y la interacción social.	☒	☐
	Ubicación	Relación espacial funcional	Emplazamiento estratégico: equilibrio entre entorno clínico y paisaje natural.	☒	☐
	Ruido / luz	Ulrich: control sensorial del entorno	Aislamiento acústico eficaz, luz tamizada y atmósfera controlada para reducir el estrés.	☒	☐
	Temperatura / ventilación	Confort térmico / bienestar físico	Ventilación cruzada natural y sistemas mecánicos eficientes; confort térmico estable.	☒	☐
	Espacios multifuncionales	Adaptabilidad / flexibilidad espacial	Espacios terapéuticos y sociales de uso múltiple; flexibilidad en salas de grupo o encuentro familiar.	☒	☐

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
B. Aspectos observables con presencia contextual	Ambiente	Saunders: dimensión emocional / Ulrich: percepción de seguridad y calma	Escala humana, luz cálida, materiales naturales; atmósfera terapéutica y contenida.	☒	☐
	Elementos	Humanización del entorno / personalización	Elementos domésticos, mobiliario acogedor y vistas que refuerzan la relación con el entorno.	☒	☐
	Naturaleza	Ulrich: contacto con la naturaleza / biophilia	Patios interiores, jardines visuales y conexión directa con el paisaje circundante.	☒	☐
	Estímulos sensoriales	Ulrich: respuesta emocional / Saunders: confort psicológico	Luz cambiante, materiales texturizados y vistas vegetales; favorecen la restauración psicológica.	☒	☐
	Privacidad	Saunders: dignidad y respeto / entorno protector	Espacios con distintos grados de apertura, permitiendo elegir niveles de interacción o retiro.	☒	☐
	Adaptar	Flexibilidad ambiental / control del entorno	Ambientes modulares y adaptables según función terapéutica o convivencia.	☒	☐
	Reorganización	Autonomía ambiental / participación del usuario	Mobiliario flexible en áreas comunes, aunque la estructura general es fija.	☐	☒
C. Aspectos perceptibles de forma individual o subjetiva	Individual	Saunders: dimensión espiritual y personal	Permite autonomía del usuario y elección de espacios según estado emocional o necesidad de compañía.	☒	☐
	Opinión	Participación simbólica / validación del usuario	Diseño centrado en la experiencia del usuario, aunque sin participación directa en el diseño inicial.	☐	☒
	Respeto	Saunders: dignidad / Ulrich: bienestar percibido	Proyecto que transmite respeto, cuidado y contención a través de su lenguaje arquitectónico.	☒	☐

El University Psychiatric Centre de Lovaina demuestra cómo un enfoque arquitectónico puede contribuir a la salud emocional y la dignidad humana incluso fuera del contexto paliativo. Su diseño logra integrar la escala humana, la conexión con la naturaleza y la claridad espacial, cumpliendo la mayoría de los criterios de Saunders y Ulrich.

Aunque su estructura responde a un uso clínico-psiquiátrico, el proyecto se destaca por su ambiente calmado, organización fluida y sentido de control, valores esenciales para cualquier espacio de cuidado paliativo contemporáneo.

Su principal limitación es la falta de flexibilidad total y participación directa del usuario en el diseño, pero constituye un ejemplo sólido de arquitectura terapéutica y restauradora aplicable al ámbito paliativo.

4.1.4 HOSPITAL DR. FRANCO RAVERA ZUNINO



Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
A. Aspectos fácilmente observables	Materialidad	Dimensión física / diseño ambiental	Materialidad institucional, propia de hospital público; poco calidez y predominio de acabados fríos.	☐	☒
	Luz y acceso	Ulrich: exposición a luz natural y vistas al exterior	Iluminación natural presente en áreas comunes del hospital, pero el sector paliativo (piso -1) carece de luz y visuales al exterior.	☐	☒
	Movilidad	Dimensión física / accesibilidad	Recorridos extensos y confusos hacia el área paliativa; orientación deficiente.	☐	☒
	Accesibilidad	Inclusión / ergonomía ambiental	Acceso limitado; la salida a nivel no está habilitada para pacientes, dificultando movilidad.	☐	☒
	Mobiliario	Confort físico / ergonomía ambiental	Mobiliario funcional, pero no confortable ni pensado para acompañamiento prolongado.	☐	☒
	Ubicación	Relación espacial funcional	El área paliativa se ubica en subsuelo (piso -1), alejada de luz natural y sin relación con espacios verdes.	☐	☒
	Ruido / luz	Ulrich: control sensorial del entorno	Ambientes ruidosos y con iluminación artificial; escaso control acústico.	☐	☒
	Temperatura / ventilación	Confort térmico / bienestar físico	Ventilación artificial; condiciones térmicas regulares sin control individual.	☒	☐
	Espacios multifuncionales	Adaptabilidad / flexibilidad espacial	Espacios reducidos a boxes de atención; sin áreas para reunión familiar ni descanso.	☐	☒

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
B. Aspectos observables con presencia contextual	Ambiente	Saunders: dimensión emocional / Ulrich: percepción de seguridad y calma	Entorno general del hospital amplio y luminoso, pero el área paliativa carece de calidez o confort.	☒	☐
	Elementos	Humanización del entorno / personalización	Ningún elemento personalizable ni doméstico; ambiente genérico e impersonal.	☐	☒
	Naturaleza	Ulrich: contacto con la naturaleza / biophilia	El hospital posee patios interiores con vegetación, pero sin conexión con el área paliativa.	☒	☐
	Estímulos sensoriales	Ulrich: respuesta emocional / Saunders: confort psicológico	Iluminación artificial, materiales fríos, ausencia de estímulos positivos.	☐	☒
	Privacidad	Saunders: dignidad y respeto / entorno protector	Boxes sin aislamiento completo; falta de privacidad visual y acústica.	☐	☒
	Adaptar	Flexibilidad ambiental / control del entorno	Espacios fijos, sin posibilidad de ajuste o control ambiental individual.	☐	☒
	Reorganización	Autonomía ambiental / participación del usuario	Mobiliario fijo y disposición rígida; sin capacidad de reconfiguración.	☐	☒
C. Aspectos perceptibles de forma individual o subjetiva	Individual	Saunders: dimensión espiritual y personal	El paciente carece de control sobre su entorno físico; experiencia pasiva y dependiente.	☒	☐
	Opinión	Participación simbólica / validación del usuario	No existe participación de usuarios o familiares en decisiones sobre el espacio.	☐	☒
	Respeto	Saunders: dignidad / Ulrich: bienestar percibido	La atención médica es empática, pero el espacio físico no refleja dignidad ni contención.	☐	☒

El Hospital Dr. Franco Ravera Zunino evidencia las limitaciones estructurales del sistema público chileno frente a la atención paliativa.

A nivel general, el hospital presenta cualidades ambientales positivas, como luz natural y áreas verdes, pero estas no alcanzan al sector destinado a cuidados paliativos, ubicado en el piso -1, aislado, sin privacidad ni confort ambiental.

Desde los criterios Saunders–Ulrich, la infraestructura no cumple con la mayoría de los aspectos esenciales:

- Falta de accesibilidad directa y espacios de acompañamiento familiar.
- Ausencia de personalización y control ambiental.
- Carencia de dimensión espiritual o simbólica.

Solo algunos criterios se cumplen parcialmente a nivel macro del hospital (iluminación, ventilación, entorno general).

Este caso demuestra la urgente necesidad de incorporar criterios arquitectónicos de cuidado y bienestar en los espacios hospitalarios destinados a cuidados paliativos en Chile.

4.1.5 ESCUELA ESPECIAL SOL Y LUNA



Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
A. Aspectos fácilmente observables	Materialidad	Dimensión física / diseño ambiental	Casona adaptada con materiales simples y algo cálidos; no siempre adecuados a requerimientos técnicos.	☐	☒
	Luz y acceso	Ulrich: exposición a luz natural y vistas al exterior	Buena iluminación natural, pero variable según sala; algunos espacios con luz insuficiente.	☐	☒
	Movilidad	Dimensión física / accesibilidad	Rampas y accesos mejorados, pero condicionados por estructura antigua; algunos pasillos estrechos.	☐	☒
	Accesibilidad	Inclusión / ergonomía ambiental	Adaptaciones funcionales; accesos universales básicos, aunque no cumplen totalmente normativa actual.	☒	☐
	Mobiliario	Confort físico / ergonomía ambiental	Mobiliario adaptado parcialmente; piezas ergonómicas, pero no especializadas.	☐	☒
	Ubicación	Relación espacial funcional	Entorno tranquilo y natural, aporte positivo a la experiencia.	☒	☐
	Ruido / luz	Ulrich: control sensorial del entorno	Sin tratamiento acústico especializado; ruido exterior perceptible.	☐	☒
	Temperatura / ventilación	Confort térmico / bienestar físico	Dependencia de ventilación natural; sin control de temperatura en todas las salas.	☐	☒
	Espacios multifuncionales	Adaptabilidad / flexibilidad espacial	Patio y aulas utilizadas de forma flexible; espacios limitados pero bien aprovechados.	☒	☐

Nivel	Criterio	Relación teórica (Saunders / Ulrich)	Descripción para la observación	Presente	No presente
B. Aspectos observables con presencia contextual	Ambiente	Saunders: dimensión emocional / Ulrich: percepción de seguridad y calma	Atmósfera afectiva y cálida, aunque depende más del equipo que del diseño.	☒	☐
	Elementos	Humanización del entorno / personalización	Decoraciones hechas por los niños; identidad visible pero no proyectada arquitectónicamente.	☒	☐
	Naturaleza	Ulrich: contacto con la naturaleza / biophilia	Buena relación con patio y plaza exterior; sin paisajismo planificado.	☒	☐
	Estímulos sensoriales	Ulrich: respuesta emocional / Saunders: confort psicológico	Colores vivos y materiales amables, pero sin un criterio sensorial diseñado.	☒	☐
	Privacidad	Saunders: dignidad y respeto / entorno protector	Escasa privacidad; espacios colectivos y aulas compartidas.	☐	☒
	Adaptar	Flexibilidad ambiental / control del entorno	Adaptaciones creativas, aunque más funcionales que espaciales.	☐	☒
	Reorganización	Autonomía ambiental / participación del usuario	Reorganización posible a pequeña escala, sin flexibilidad estructural.	☐	☒
C. Aspectos perceptibles de forma individual o subjetiva	Individual	Saunders: dimensión espiritual y personal	Atención personalizada desde lo humano, no desde el espacio físico.	☐	☒
	Opinión	Participación simbólica / validación del usuario	Comunidad activa y participativa en decisiones de uso, no en diseño.	☒	☐
	Respeto	Saunders: dignidad / Ulrich: bienestar percibido	Cultura de respeto y cuidado evidente; fortaleza social del espacio.	☒	☐

La Escuela Especial Sol y Luna ilustra cómo un espacio no diseñado para el cuidado puede transformarse funcional y emocionalmente mediante adaptaciones progresivas y sensibilidad humana.

Cumple parcialmente con los criterios de Saunders y Ulrich, destacando en identidad, relación con el entorno y flexibilidad pedagógica, pero mostrando deficiencias en control ambiental, privacidad y accesibilidad total.

En términos arquitectónicos, el valor del caso radica más en la capacidad de adaptación del equipo y la apropiación emocional del lugar que en el diseño físico.

Representa una lección clave: un entorno imperfecto puede convertirse en un espacio de bienestar cuando se habita con empatía y propósito.

5.1 RESULTADOS GENERALES

Tras la aplicación de la ficha de observación basada en los criterios combinados de Cicely Saunders y Roger Ulrich, se elaboró un análisis comparativo de los cinco casos estudiados: St. Christopher's Hospice, Maggie's Centres, University Psychiatric Centre (UPC Lovaina), Hospital Dr. Franco Ravera Zunino y Escuela Especial Sol y Luna.

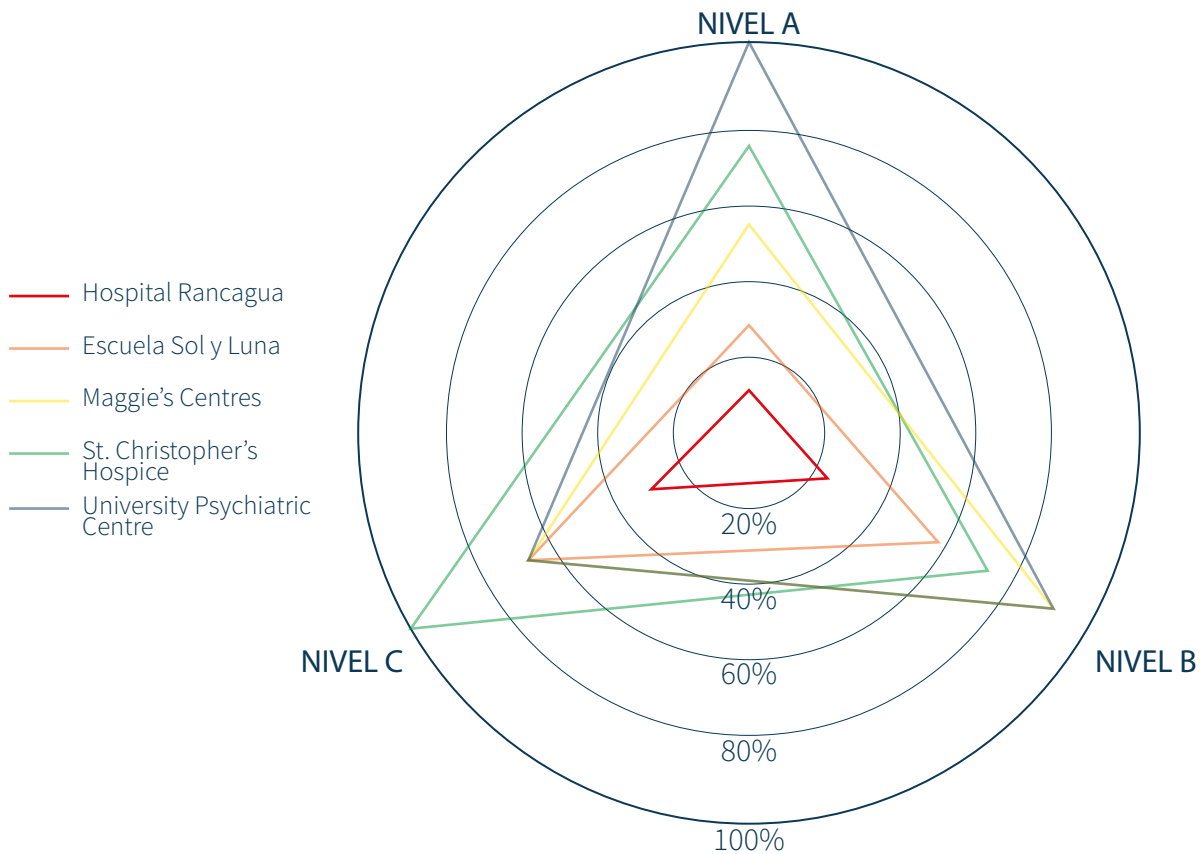
El objetivo de esta comparación es identificar tendencias, fortalezas y debilidades en la configuración de los espacios destinados o adaptados al cuidado y acompañamiento, considerando su capacidad de responder a las dimensiones física, contextual y humana que definen una atención integral.

Los resultados obtenidos permiten observar diferencias sustanciales entre los proyectos concebidos específicamente bajo una lógica de cuidado humanizado (como St. Christopher's y Maggie's Centres) y aquellos que, si bien abordan el bienestar y la atención prolongada, lo hacen desde contextos institucionales o educativos con adaptaciones parciales (UPC Lovaina, Hospital de Rancagua y Escuela Sol y Luna).

En términos generales, los casos pioneros alcanzan un mayor nivel de cumplimiento en los aspectos observables y sensoriales, evidenciando una integración efectiva entre diseño arquitectónico y bienestar emocional. En contraste, los casos adaptados muestran avances significativos en lo humano y relacional, pero mantienen carencias en accesibilidad, confort ambiental y flexibilidad espacial.

Las siguientes representaciones gráficas sintetizan los niveles de cumplimiento alcanzados por cada caso, organizados según los tres ejes de análisis (Nivel A: aspectos físicos, Nivel B: aspectos contextuales, y Nivel C: aspectos individuales o subjetivos), permitiendo visualizar de forma global las relaciones y desequilibrios entre ellos.

Comparativa de equilibrio entre niveles A, B y C por caso de estudio:



5.1.1 Cuestionario

El cuestionario desarrollado y aplicado en esta investigación representa una herramienta fundamental para profundizar en la comprensión de cómo se viven y perciben los cuidados paliativos desde diversas perspectivas. Su valor radica en que no solo recoge datos, sino que permite confrontar las realidades locales observadas en terreno con referentes internacionales y fundamentos teóricos ampliamente reconocidos, particularmente los propuestos por Cicely Saunders y Roger Ulrich, cuyas visiones orientan la comprensión del entorno físico, emocional y espiritual del cuidado.

Las preguntas formuladas fueron construidas a partir de los principales criterios definidos en la investigación, organizados en tres niveles de observación:

Nivel A (aspectos fácilmente observables): abarca condiciones materiales, iluminación, ventilación, accesibilidad y disposición espacial.

Nivel B (aspectos contextuales o de presencia): comprende la atmósfera general del entorno, los estímulos sensoriales, la relación con la naturaleza y la posibilidad de adaptación del espacio.

Nivel C (aspectos individuales o subjetivos): se centra en la experiencia emocional, la percepción de respeto, el sentido de control y la conexión espiritual del usuario con su entorno.

De este modo, cada pregunta del cuestionario busca abordar una o más de estas dimensiones. Por ejemplo, al indagar si las personas conocen el término "cuidados paliativos" y si han tenido experiencias directas o indirectas con este tipo de atención, se apunta a comprender la dimensión social y cultural del fenómeno, asociada al Nivel C, donde la experiencia personal y simbólica adquiere relevancia.

Cuando se consulta sobre la evaluación del entorno físico en experiencias reales, el enfoque se vincula al Nivel A, en consonancia con los estudios de Roger Ulrich, quien demostró que los ambientes bien diseñados pueden reducir el estrés, facilitar la recuperación y mejorar el bienestar de pacientes y cuidadores. Asimismo, las preguntas orientadas a la percepción emocional y la atmósfera del espacio se relacionan con el Nivel B, articulando la importancia de la conexión con la naturaleza, la iluminación y la libertad de circulación, principios presentes en modelos como los Maggie's Centres del Reino Unido, donde la arquitectura se concibe como una herramienta terapéutica y de contención emocional (Jencks, 2015).

En conjunto, el cuestionario permite articular las dimensiones físicas, contextuales y emocionales del cuidado paliativo, integrando la mirada interdisciplinaria que Saunders y Ulrich proponen como fundamento para concebir entornos verdaderamente humanos y restauradores.

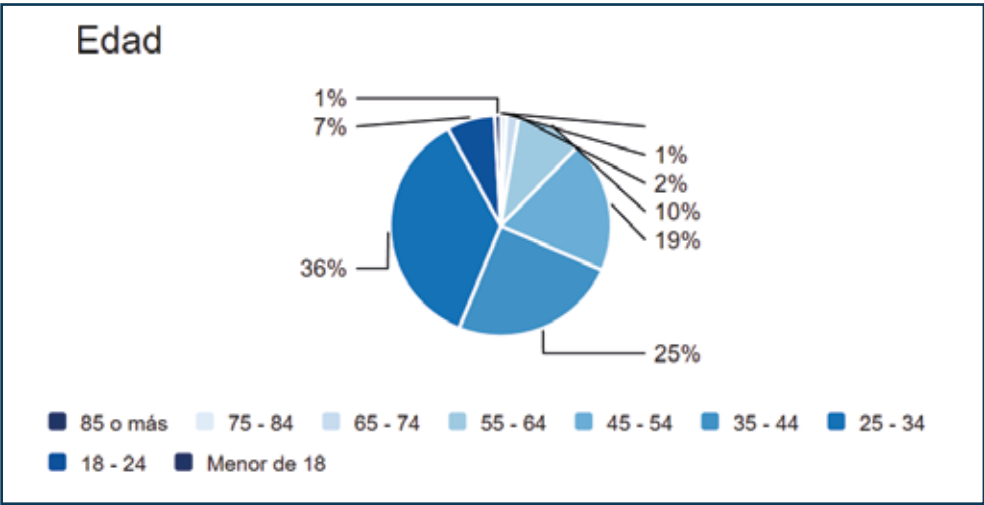
5.1.2 Resultados cuestionario

El cuestionario lo respondieron un total de 123 personas, pero consideren que a veces hay respuestas que no responden o no responden el cuestionario como tal, para que a la hora de realizar el recuento de las respuestas no calza con este, es debido a eso.

- Datos generales:

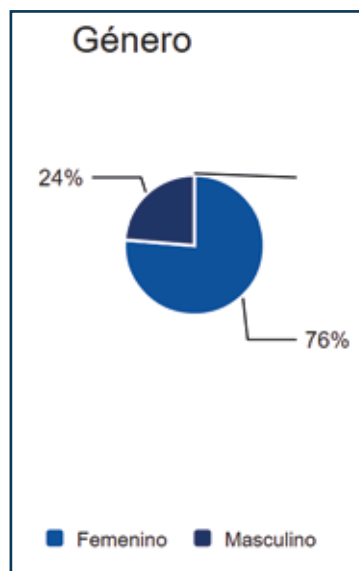
Los datos recopilados en esta sección ofrecen un panorama claro sobre el perfil de los participantes en el estudio, lo que permitirá contextualizar las percepciones y experiencias relacionadas con los cuidados paliativos.

Para la seccion de edad se puede ver que la muestra está compuesta mayoritariamente por personas jóvenes y adultas jóvenes, con la mayor concentración en el rango de 25 a 34 años (41 participantes), seguido por los grupos de 35 a 44 años (28) y 45 a 54 años (22). Esto sugiere que las personas en edad laboral activa son las que más participaron, lo que puede relacionarse con la ocupación de los encuestados, principalmente en ámbitos profesionales y de cuidado.



Edad	
Campo	Recuento de opciones
Menor de 18	1
18 - 24	8
25 - 34	41
35 - 44	28
45 - 54	22
55 - 64	11
65 - 74	2
75 - 84	1
85 o más	0

Del total de participantes, el 76.3% se identifica con el género femenino (87 personas), mientras que el 23.7% corresponde al género masculino (27 personas). No se registraron respuestas de personas no binarias ni de quienes prefirieran no especificar su género.



La mayor participación de mujeres puede reflejar una tendencia observada en diversos estudios, donde son mayoría en áreas relacionadas con el cuidado, tanto en contextos familiares como profesionales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), las mujeres representan aproximadamente el 70% de la fuerza laboral en salud a nivel global. Este dato no implica una capacidad natural o exclusiva, sino que responde a factores sociales, culturales e históricos que han influido en la distribución de los roles dentro del sistema de cuidado (Tronto, 1993).

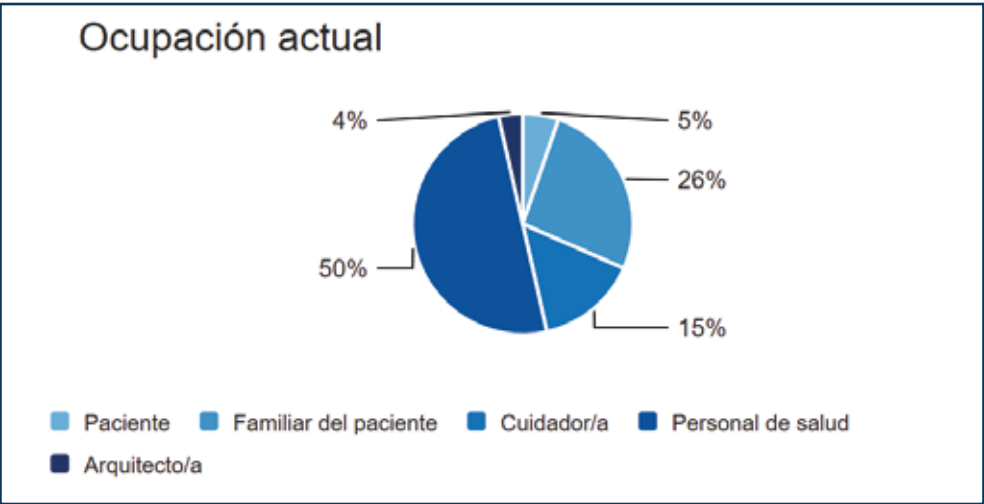
Comprender esta composición permite interpretar con mayor precisión las perspectivas recogidas en el cuestionario, especialmente aquellas vinculadas al acompañamiento, la atención y la experiencia directa en cuidados paliativos.

Considerando que la mayoría de los encuestados (78 participantes, equivalente al 68.4% del total) proviene de la Región de Valparaíso, seguida por la Región Metropolitana (14 participantes, 12.3%) y la Región de O'Higgins (13 participantes, 11.4%). El resto de las regiones está representado por un número muy reducido de respuestas individuales, y 9 personas (7.9%) no especificaron su lugar de residencia.

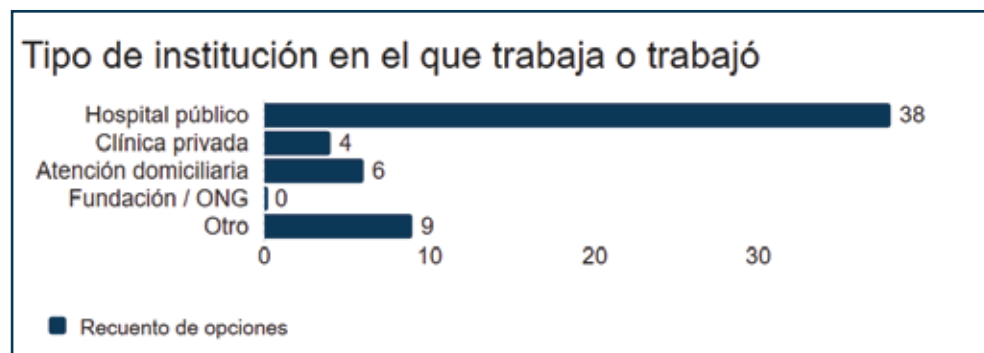
Esta marcada concentración geográfica en la zona central del país, especialmente en Valparaíso, sugiere que los resultados del cuestionario podrían estar fuertemente influenciados por las realidades particulares de estas regiones. Por tanto, es importante considerar esta distribución territorial al momento de interpretar los resultados y al evaluar la posibilidad de generalizar las conclusiones a nivel nacional.

La mayoría de los que respondieron trabajan en el área de la salud, con 57 personas (50%), lo que representa la mitad de quienes participaron. También hay un buen número de familiares de pacientes, 30 en total (26%), y cuidadores o cuidadoras, con 17 respuestas (15%). Además, participaron algunos pacientes y unos pocos arquitectos, que son importantes para esta investigación porque aportan la mirada sobre el diseño de los espacios donde se entregan estos cuidados.

Tener esta variedad de personas involucradas en el estudio nos permite entender los cuidados paliativos desde varios puntos de vista: cómo lo vive y trabaja el personal de salud, cómo lo experimentan y apoyan los familiares y cuidadores, y cómo lo siente el paciente. También está la perspectiva del arquitecto, que busca cómo hacer que esos espacios sean mejores para todos.



A quienes indicaron que su ocupación es “personal de salud” se les hizo una pregunta adicional para identificar en qué institución trabajan o trabajaron. Esto permitió comprender mejor su visión y perspectiva, que puede ser diferente a la de los otros grupos.



Y con respecto a estas respuestas, se reconoce que el personal de salud se desempeña principalmente en hospitales públicos (38), con menor presencia en clínicas privadas (4) y atención domiciliaria (6). Además, 9 respondieron “otro”, incluyendo instituciones como atención primaria, Seremi de Salud y otros centros especializados, reflejando una variedad de contextos laborales dentro del sistema sanitario.

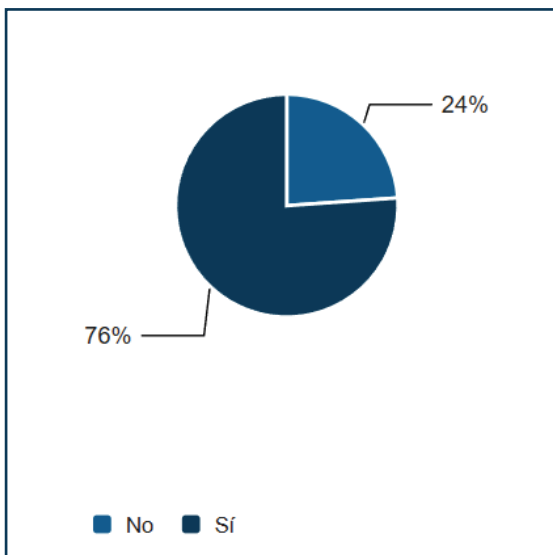
- Conocimiento y percepción general:

Para comenzar esta sección, se planteó una pregunta simple pero fundamental: ¿Ha escuchado hablar de los cuidados paliativos? Esta pregunta buscaba establecer el nivel básico de conocimiento sobre el tema entre los encuestados. Los resultados mostraron que un 93% de los participantes respondieron afirmativamente, indicando un alto grado de familiaridad con el concepto. Por otro lado, un 7% manifestó no haber escuchado sobre los cuidados paliativos.

Ante esta última respuesta, se incorporó una pregunta adicional para profundizar en la percepción de quienes desconocían el término. Esta pregunta indagaba sobre qué creen que podrían ser estos espacios de cuidados paliativos, con el fin de comprender mejor su postura y evitar que la falta de conocimiento limite su capacidad para responder el cuestionario. Los datos recogidos en esta etapa permitieron identificar posibles confusiones, ideas erróneas o una aproximación intuitiva al concepto.

El alto porcentaje de reconocimiento refleja un avance en la difusión del tema dentro de la población encuestada, lo cual es clave para fomentar una cultura de cuidado integral y humanizado. Sin embargo, el hecho de que un grupo reducido no conozca o tenga una percepción ambigua sobre los cuidados paliativos indica que aún existen brechas de información y sensibilización que es necesario abordar para mejorar la aceptación y el acceso a estos servicios.

Este primer acercamiento a la percepción general es fundamental para comprender el contexto en el que se insertan los espacios físicos y las experiencias relacionadas con los cuidados paliativos, así como para diseñar estrategias de comunicación y educación más efectivas.



Tras establecer el nivel de conocimiento general sobre los cuidados paliativos, se buscó profundizar en la relación más concreta que los encuestados han tenido con estos cuidados. Para ello, se les preguntó si habían tenido algún tipo de contacto o experiencia directa o indirecta con cuidados paliativos. El 76% de los encuestados (86 personas) respondió afirmativamente, mientras que un 24% (27 personas) indicó no haber tenido ninguna experiencia relacionada.

A quienes respondieron que sí, se les solicitó especificar el contexto en el que se dio dicha experiencia. Las respuestas permitieron identificar una diversidad de vínculos, tanto personales como profesionales. La categoría más mencionada fue el acompañamiento como familiar o amigo, con 34 menciones, lo que evidencia que muchas personas llegan a estos cuidados no desde lo técnico, sino desde el vínculo afectivo. Esto refuerza la importancia de considerar a los entornos familiares y cercanos como actores fundamentales en el proceso paliativo.



Le siguieron quienes tuvieron experiencia desde el trabajo profesional en el área (17 personas), lo cual aporta una mirada desde quienes han intervenido directamente en la prestación de estos servicios. La atención domiciliaria también fue un contexto significativo (14 respuestas), lo que sugiere que este tipo de modalidad está teniendo una presencia relevante en la realidad de los cuidados paliativos en Chile. En menor medida, se mencionó la atención hospitalaria (9 respuestas), mientras que solo una persona indicó haber tenido contacto en un hospicio o centro especializado, lo que confirma la escasez de este tipo de infraestructuras en el país.

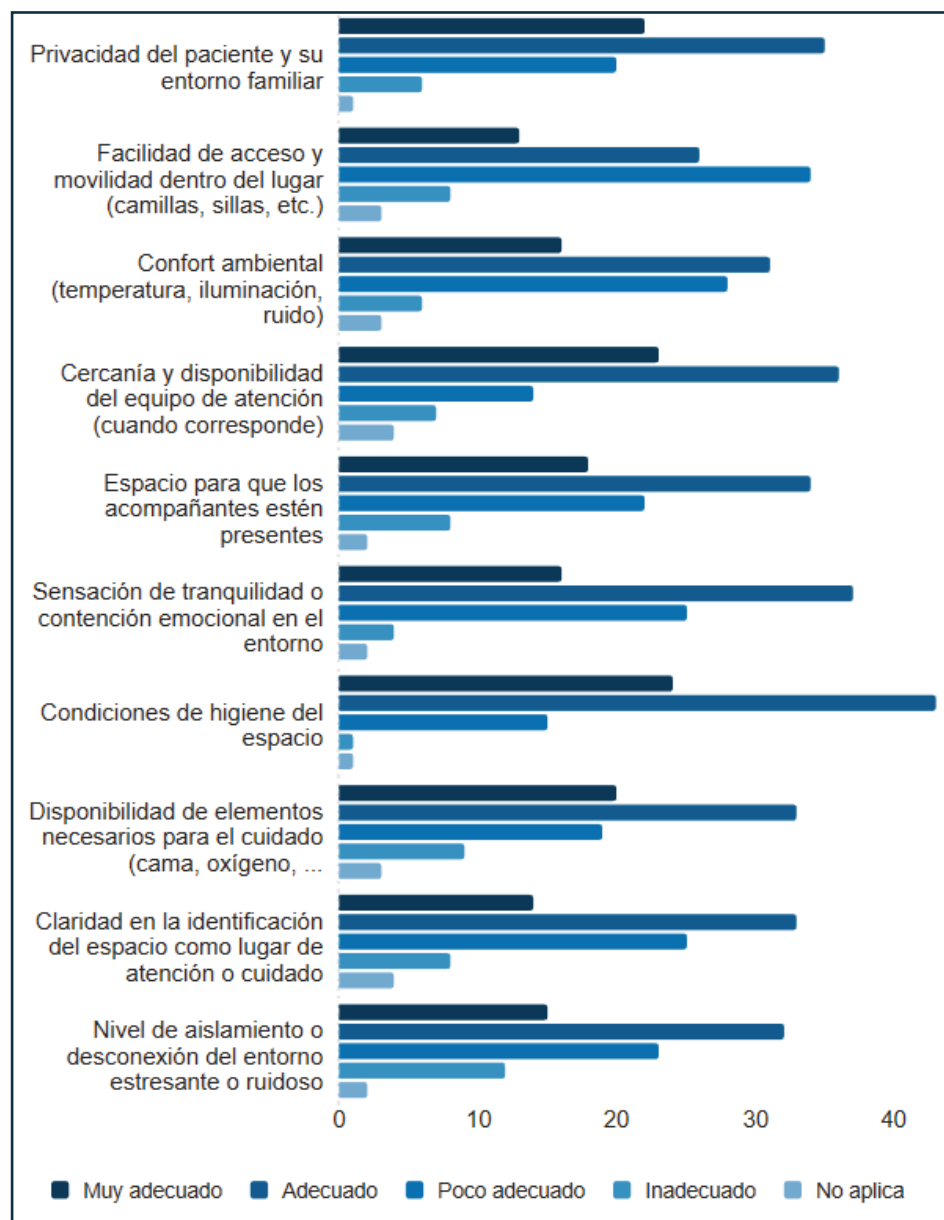
Otros contextos mencionados incluyeron la experiencia como cuidador/a informal (6 personas), lo cual representa otro tipo de vínculo estrecho y con altas demandas emocionales y físicas. Además, tres personas indicaron otras formas de contacto, que incluyen testimonios como el trabajo en grupos de apoyo, experiencias mixtas entre hospitales públicos y privados, o el rol de familiar indirecto de un acompañante.

En conjunto, estos datos muestran que, si bien existe un alto nivel de contacto con los cuidados paliativos, la mayoría de estas experiencias se dan en entornos informales, domiciliarios o hospitalarios, y no en centros especializados. Esto refuerza la necesidad de repensar la infraestructura y los modelos de atención, incorporando tanto la experiencia de los profesionales como la vivencia de los acompañantes y cuidadores no formales.

A quienes declararon haber tenido una experiencia con cuidados paliativos se les pidió evaluar el espacio donde esta se desarrolló, ya sea en un hospital, domicilio o centro especializado. La pregunta consideró aspectos como comodidad, privacidad, ambientación, accesibilidad y adecuación del entorno.

Esta evaluación buscó entender cómo se perciben los espacios actuales destinados a este tipo de atención. En general, las respuestas reflejan una valoración crítica, especialmente en entornos hospitalarios o domiciliarios no adaptados. Los espacios especializados, aunque menos frecuentes, tendieron a recibir mejores evaluaciones.

Para el siguiente gráfico se realizó la siguiente pregunta:
 ¿Cómo evaluaría el espacio donde ocurrió su experiencia en cuidados paliativos (ya sea en un centro de salud, domicilio o institución especializada), considerando los siguientes aspectos?



Con respecto al gráfico presentado podemos deducir lo siguiente:

Aspectos mejor valorados

Entre los factores mejor calificados se encuentran las condiciones de higiene del espacio, con una destacada mayoría de respuestas que lo consideran “muy adecuado”. Este resultado muestra una alta conformidad con los estándares de limpieza, aspecto esencial en cualquier entorno de atención. También obtuvieron valoraciones positivas la cercanía y disponibilidad del equipo de atención, la privacidad del paciente y su entorno familiar y la disponibilidad de elementos necesarios para el cuidado (como camas u oxígeno). Estos indicadores sugieren que el entorno cumple adecuadamente tanto con las condiciones técnicas como con el acompañamiento humano necesario para una atención segura y digna.

Aspectos con valoración intermedia

En un segundo nivel, aparecen aspectos como la facilidad de acceso y movilidad dentro del lugar (uso de camillas, sillas, etc.), el confort ambiental (temperatura, iluminación, ruido), el espacio para los acompañantes, y la claridad en la identificación del lugar como espacio de atención. Aunque una buena parte de las respuestas los califican como “adecuados”, también hay una presencia considerable de valoraciones como “poco adecuado”, lo que refleja que, si bien estos elementos no son críticamente deficientes, hay margen para mejorar su funcionalidad y comodidad.

Aspectos con menor valoración

Los aspectos más débiles se encuentran relacionados con el bienestar emocional del paciente. Tanto el nivel de aislamiento o desconexión del entorno estresante o ruidoso como la sensación de tranquilidad o contención emocional en el entorno presentan una distribución más equilibrada entre “adecuado”, “poco adecuado” e incluso “inadecuado”. Esto revela una deficiencia importante en la creación de un entorno emocionalmente seguro, que podría afectar negativamente la experiencia del paciente, especialmente en situaciones prolongadas o de alta carga emocional.

En conclusión en este apartado, el entorno de atención analizado muestra fortalezas claras en aspectos físicos y funcionales básicos, como higiene, privacidad y disponibilidad de recursos médicos. No obstante, existen áreas con desempeño intermedio (movilidad, confort ambiental) que requieren mejoras puntuales. Finalmente, los resultados evidencian una necesidad urgente de fortalecer el entorno emocional y sensorial, para garantizar no solo un cuidado eficiente, sino también humanizado y empático.

- Espacio físico:

Para introducir el análisis del entorno físico, se preguntó a los encuestados:

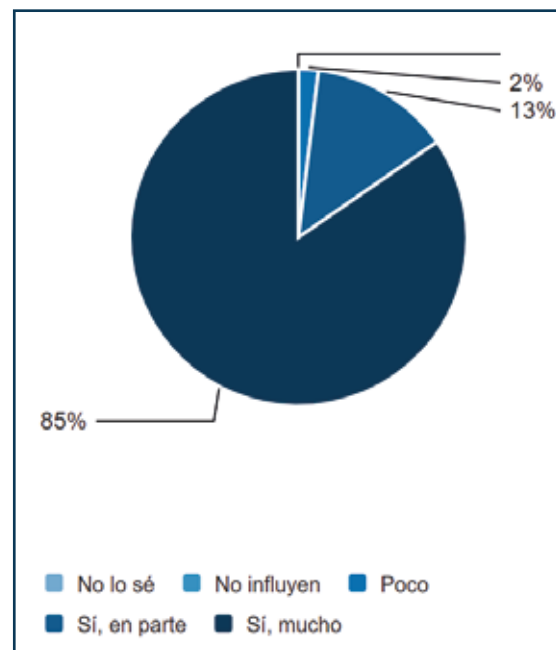
¿Cree usted que los espacios físicos influyen en la calidad de los cuidados paliativos?

La mayoría respondió afirmativamente, con un 85% (88 personas) indicando que sí, mucho, y un 13% (14 personas) que sí, en parte. Solo un 2% (2 personas) consideró que influyen poco.

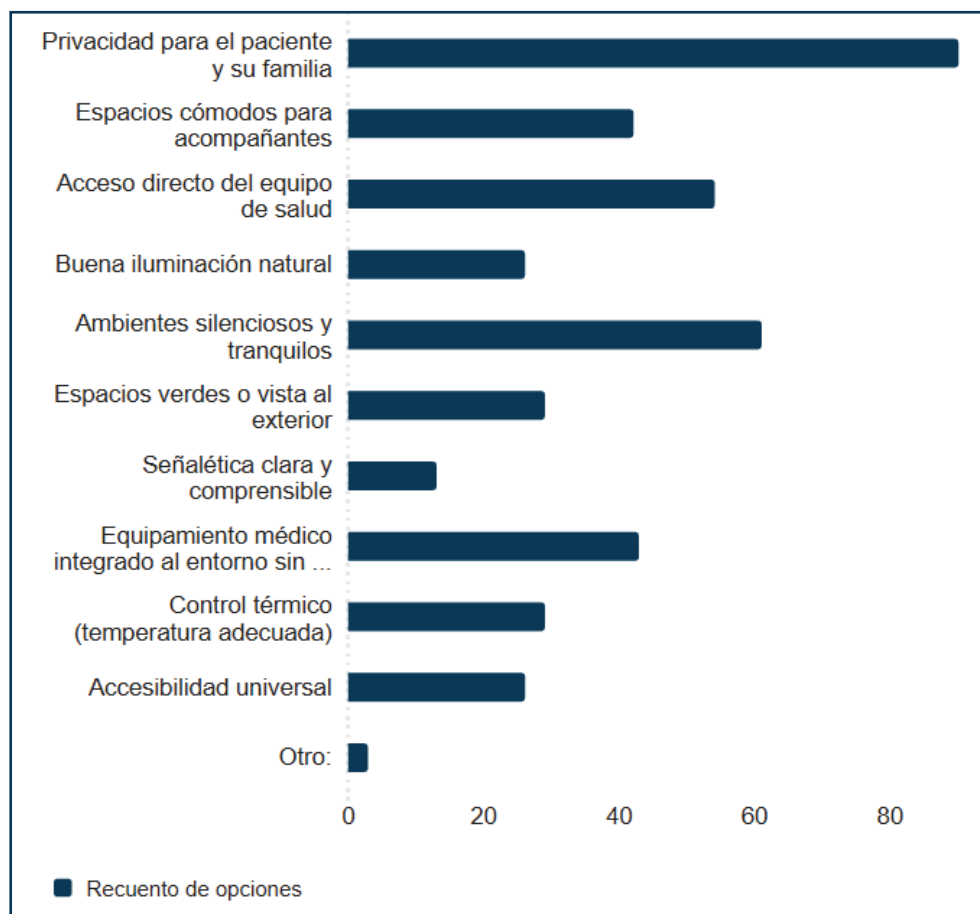
La pregunta incluía además las opciones “no influye” y “no lo sé”, las cuales no fueron seleccionadas por ningún encuestado. Este hecho refuerza aún más la idea de que existe una fuerte conciencia general sobre el rol del espacio físico en este tipo de atención.

En conjunto, los resultados muestran un amplio consenso respecto a la importancia del entorno en la calidad del cuidado. Se reconoce que un espacio bien diseñado puede favorecer el bienestar, la intimidad y la contención emocional, elementos fundamentales en el acompañamiento al final de la vida.

Este reconocimiento, incluso por parte de personas sin formación profesional en el área, legitima la necesidad de incorporar una mirada arquitectónica y empática al diseño de espacios destinados a los cuidados paliativos.



El siguiente gráfico presenta los resultados obtenidos a partir de la pregunta: ¿Qué elementos considera más importantes en un espacio destinado a cuidados paliativos?, donde se pidió a los participantes seleccionar hasta cuatro opciones.



Del total de respuestas, el elemento más destacado fue la privacidad para el paciente y su familia, con una clara diferencia respecto al resto de opciones. Esta prioridad reafirma la importancia de crear espacios íntimos y protegidos que respeten la individualidad y el proceso emocional de quienes transitan una situación de final de vida.

En segundo lugar, aparece la necesidad de ambientes silenciosos y tranquilos, lo cual subraya el valor de la calma y el confort sensorial en estos contextos. El acceso directo del equipo de salud también fue altamente mencionado, lo que pone en evidencia la relevancia de mantener una atención cercana y eficiente sin sacrificar la privacidad ni la comodidad.

Otros aspectos como espacios cómodos para acompañantes, equipamiento médico integrado al entorno sin generar incomodidad visual, y control térmico adecuado, también recibieron un número considerable de menciones, lo que muestra una preocupación por el equilibrio entre funcionalidad, confort y discreción.

En menor medida, pero aún relevantes, se valoraron elementos como la buena iluminación natural, accesibilidad universal, y la presencia de espacios verdes o vistas al exterior, que contribuyen a una experiencia más humana y reconfortante. Por otro lado, aspectos como la señalética clara y comprensible y opciones agrupadas en “otro” fueron los menos mencionados, aunque no por ello dejan de ser importantes en un enfoque integral del diseño de espacios paliativos.

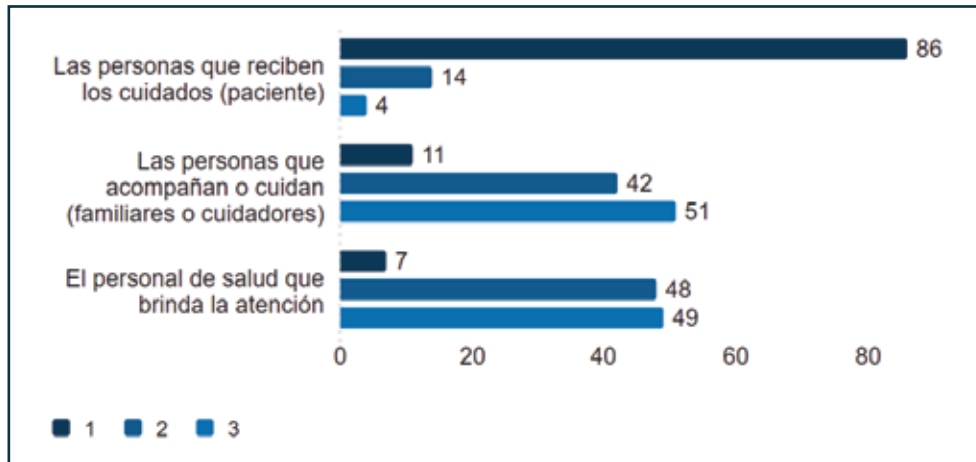
Los cuidados paliativos no se limitan al tratamiento del paciente, sino que involucran una red más amplia de personas: quienes reciben la atención, quienes la brindan y quienes acompañan. Para explorar las prioridades dentro de este contexto, se pidió a los encuestados ordenar estos tres aspectos según su importancia personal.

La intención de las siguientes preguntas son identificar cuál de estos tres actores, pacientes, profesionales de la salud y personas acompañantes, es percibido como central en la experiencia paliativa. Este orden de relevancia permite revelar desde qué enfoque o sensibilidad las personas entienden el cuidado: si desde el bienestar del paciente, el rol de los profesionales, o el impacto que recae sobre quienes acompañan emocionalmente el proceso.

Estas preguntas se dividieron en dos apartados, uno en el contexto hospitalario y el otro en el contexto domiciliario.

- Para el contexto hospitalario:

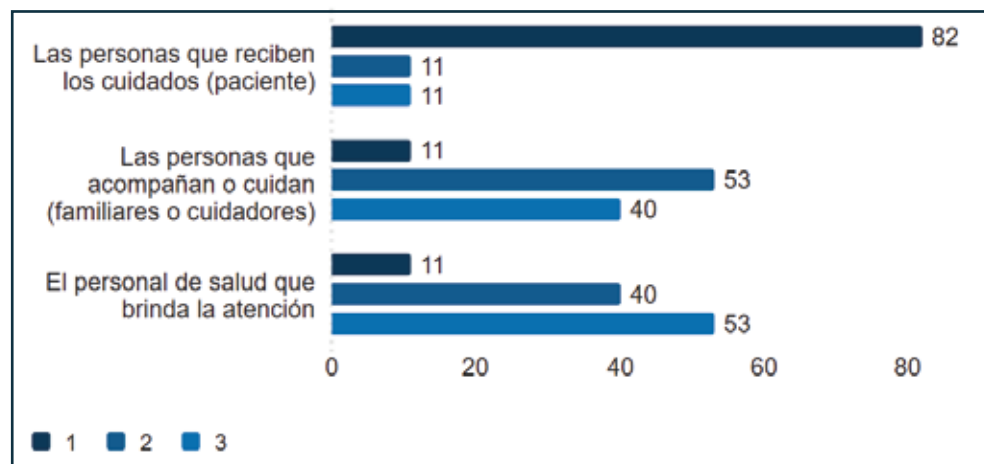
El diseño del espacio físico debería estar principalmente orientado a...



Frente a la pregunta sobre a quién debería estar orientado principalmente el diseño del espacio físico en cuidados paliativos, la mayoría de los participantes (86) eligió en primer lugar a las personas que reciben los cuidados (pacientes), mostrando que son la prioridad central.

En segundo lugar, se ubicó mayormente el personal de salud, con 48 respuestas, seguido de cerca por los familiares o cuidadores, con 42 respuestas en esa posición. Sin embargo, los familiares fueron los más mencionados en el tercer lugar (51 respuestas), lo que indica que, aunque son parte importante del entorno, se les considera en un rol de apoyo más que central.

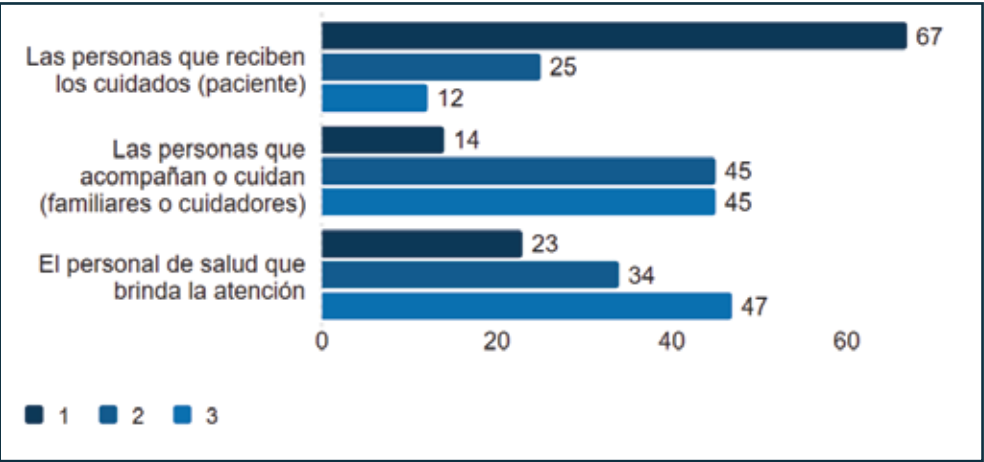
La accesibilidad (rampas, puertas, señalética, entradas, etc.) debería priorizar las necesidades de...



Sobre a quién debería priorizar la accesibilidad (rampas, puertas, señalética, entradas, etc.), la mayoría (82) considera que debe estar enfocada principalmente en las personas que reciben los cuidados (pacientes).

En segundo lugar, se observa una división casi pareja entre los familiares o cuidadores y el personal de salud, quienes recibieron respuestas similares para las posiciones dos y tres. Esto muestra que, si bien el paciente es la prioridad principal para la accesibilidad, también se reconoce la importancia de facilitar el acceso a quienes acompañan y a los profesionales que brindan la atención.

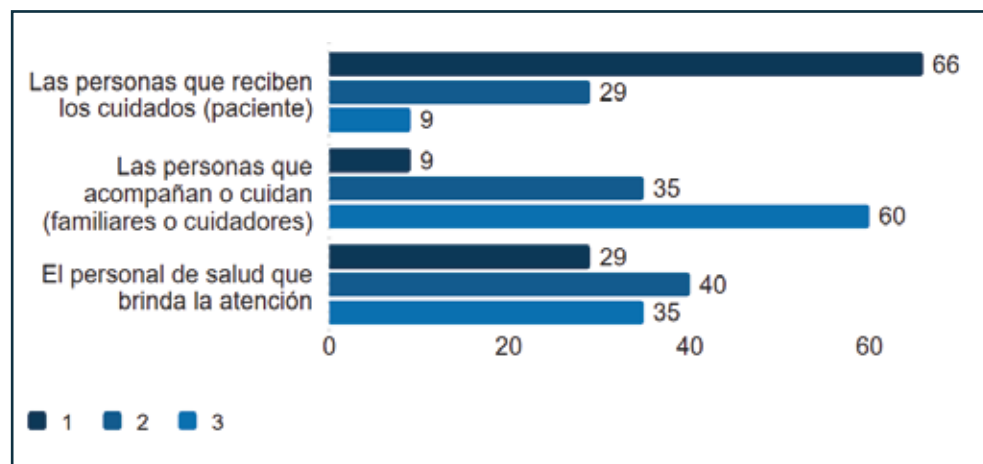
La movilidad dentro del espacio (pasillos, distribución, circulación) debería estar pensada principalmente para...



En cuanto a para quién debería pensarse principalmente la movilidad dentro del espacio (pasillos, distribución, circulación), la mayoría (67) considera que debe estar orientada principalmente a las personas que reciben los cuidados (pacientes), aunque con menos diferencia que en preguntas anteriores.

Para el segundo lugar, hay un empate entre los familiares o cuidadores y el personal de salud, ambos con un número similar de menciones para las posiciones 2 y 3, lo que indica que la circulación debe facilitarse también a quienes acompañan y al equipo que brinda la atención

La organización del mobiliario y equipamiento (camas, sillas, dispositivos médicos, etc.) debería facilitar ante todo el uso de...

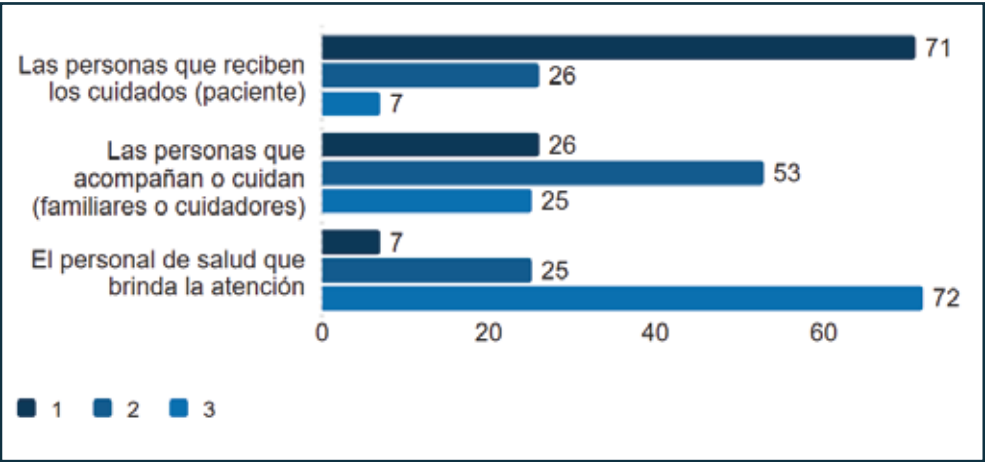


En relación con quién debería facilitar principalmente el uso del mobiliario y equipamiento (camas, sillas, dispositivos médicos, etc.), la mayoría (66) piensa que debe estar orientado a las personas que reciben los cuidados (pacientes).

Sin embargo, en este caso, los familiares o cuidadores también reciben una alta prioridad, con 60 respuestas en primer lugar, lo que indica que su comodidad y funcionalidad son muy valoradas.

El personal de salud recibe una distribución más equilibrada entre las posiciones, reflejando que su uso también es importante, pero quizás no tan prioritario como el de los pacientes y acompañantes.

La distribución de los espacios (como habitaciones, baños, áreas de espera...



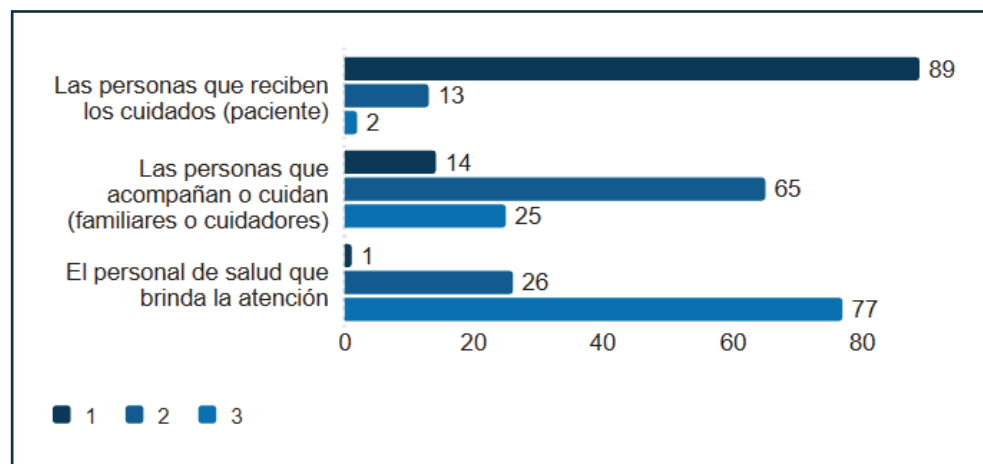
Al consultar sobre a quién debería priorizar la distribución de los espacios (habitaciones, baños, áreas de espera, etc.), la mayoría (71) respondió que debe estar pensada principalmente para las personas que reciben los cuidados (pacientes).

En segundo lugar, los familiares o cuidadores recibieron 53 respuestas, lo que muestra una fuerte consideración hacia su experiencia y necesidad de comodidad dentro del entorno.

Por último, el personal de salud fue el grupo más mencionado en el tercer lugar (72 respuestas), reflejando que, si bien su circulación y acceso son importantes, no se consideran la prioridad principal al momento de distribuir los espacios físicos.

- Para el contexto domiciliario:

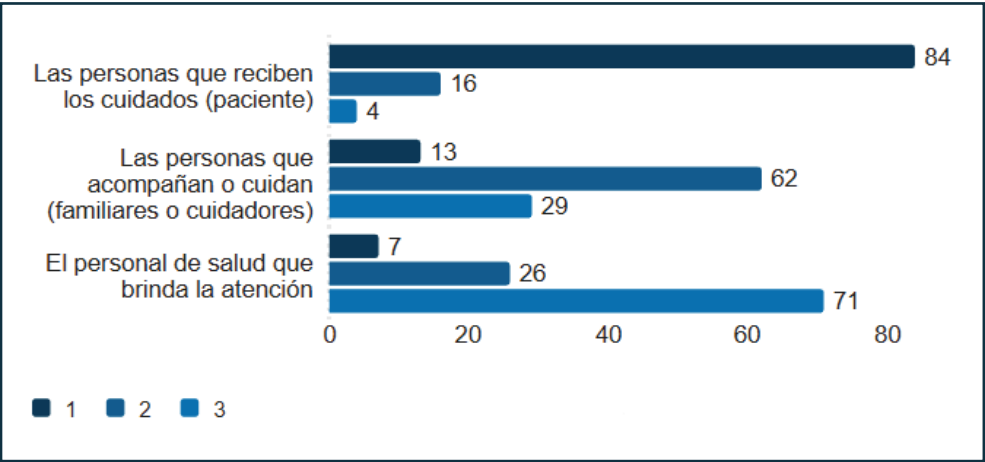
La adaptación del espacio dentro del hogar (mobiliario, distribución, entorno) debería estar enfocada principalmente en...



Al preguntar sobre en quién debería enfocarse principalmente la adaptación del espacio dentro del hogar (mobiliario, distribución, entorno), la gran mayoría (89) respondió que en las personas que reciben los cuidados (pacientes), reafirmando su rol central en este tipo de entornos.

En segundo lugar, se prioriza a los familiares o cuidadores (65 respuestas), reconociendo su presencia activa en el cuidado cotidiano. Finalmente, el personal de salud fue ubicado mayormente en la tercera posición (77 respuestas), lo que sugiere que su comodidad en el entorno del hogar es importante, pero secundaria frente a la de pacientes y cuidadores.

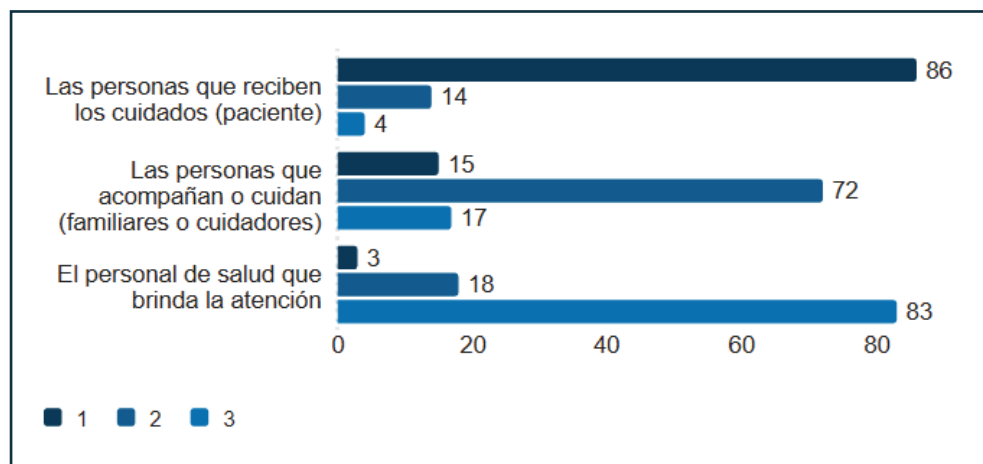
Las soluciones de accesibilidad dentro del hogar (pasillos despejados, entradas accesibles, baños adaptados) deberían priorizar...



Ante la consulta sobre a quién deberían priorizar las soluciones de accesibilidad en el hogar (pasillos despejados, entradas accesibles, baños adaptados), la gran mayoría (84) respondió que estas deben enfocarse principalmente en las personas que reciben los cuidados (pacientes).

En segundo lugar, se prioriza a los familiares o cuidadores, con 62 respuestas, lo que indica que también enfrentan barreras importantes en el entorno doméstico. Finalmente, el personal de salud fue mayormente mencionado en la tercera posición (71 respuestas), lo que sugiere que su acceso debe estar garantizado, pero no es visto como la prioridad principal.

La ubicación del espacio destinado al cuidado dentro de la vivienda (cerca del baño, ventilado, de fácil acceso) debería pensarse principalmente para...



Respecto a la ubicación del espacio de cuidado dentro de la vivienda (cercanía al baño, ventilación, acceso), la gran mayoría (86) considera que debe pensarse principalmente para las personas que reciben los cuidados (pacientes).

En segundo lugar, se ubican los familiares o cuidadores, con 72 respuestas, reconociendo la importancia de su cercanía y comodidad en el entorno doméstico. Finalmente, el personal de salud fue señalado mayormente en la tercera posición (83 respuestas), mostrando nuevamente que, aunque importantes, sus necesidades se consideran secundarias frente a las del paciente y su entorno cercano.

- Experiencia humana:

Para profundizar en la dimensión más subjetiva del cuidado, se exploró cómo las personas perciben la relación entre el entorno físico y el estado emocional de quienes se encuentran en cuidados paliativos.

La primera pregunta de esta sección fue:

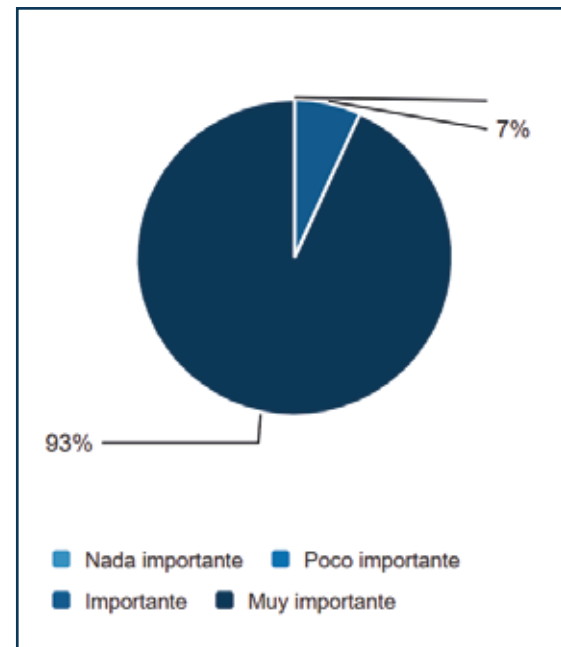
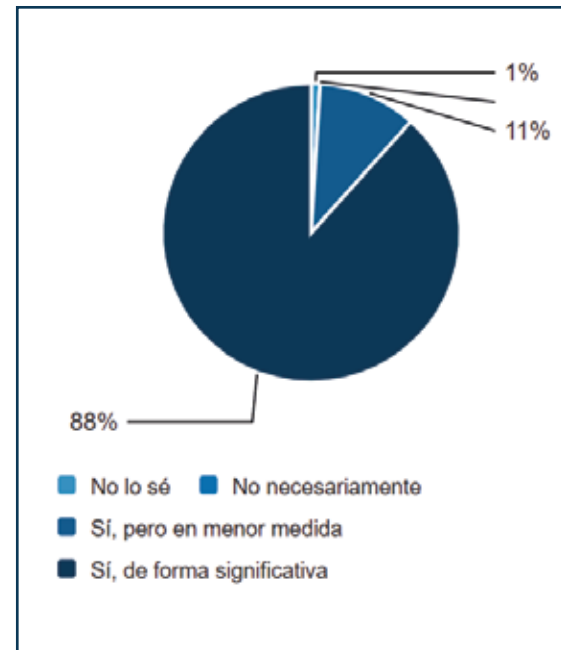
¿Cree usted que el entorno físico puede influir en el estado emocional de una persona que se encuentra en cuidados paliativos?

Los resultados fueron contundentes: el 88% de las personas encuestadas considera que el entorno influye de forma significativa en el estado emocional del paciente, mientras que un 11% cree que sí influye, pero en menor medida. Solo un 1% respondió que no necesariamente o que no lo sabe. Esto evidencia un amplio consenso sobre el impacto del entorno en la vivencia emocional del proceso de cuidados.

La segunda pregunta abordó un aspecto específico del entorno:

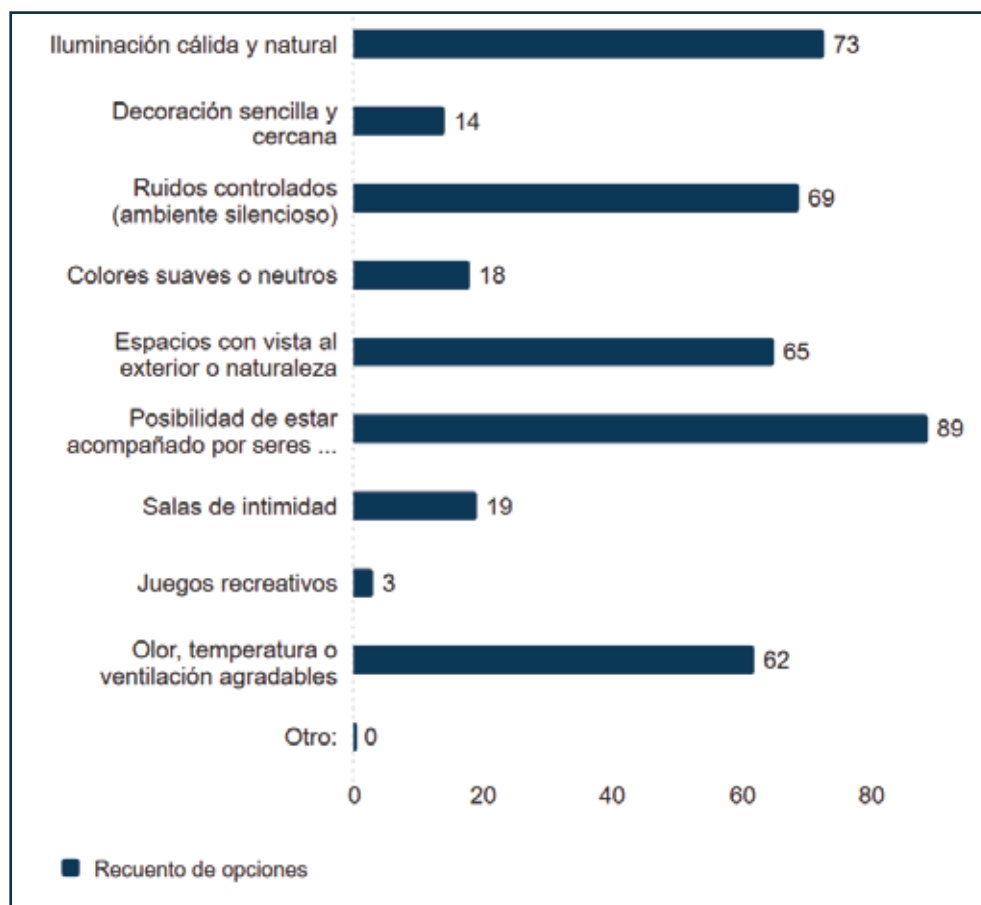
¿Qué tan importante cree que es la privacidad en un espacio destinado a cuidados paliativos?

En este caso, el 93% de las personas consideró la privacidad como muy importante, y el restante 7% como importante. Nadie respondió que fuera poco o nada importante. Esto refuerza la idea de que los espacios destinados al cuidado deben resguardar la intimidad del paciente como parte fundamental de su bienestar.



En relación con la creación de un entorno que promueva bienestar emocional, se preguntó:

¿Qué elementos cree que ayudan a crear un ambiente emocionalmente acogedor en este tipo de espacios? (Seleccione hasta 4)

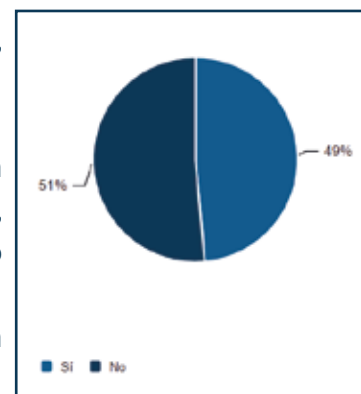


Las respuestas reflejan una fuerte valoración de los aspectos afectivos y sensoriales del entorno. El elemento más mencionado fue la posibilidad de estar acompañado por seres queridos, con 89 menciones, lo que evidencia la centralidad del acompañamiento en la experiencia paliativa. Le siguen la iluminación cálida y natural (73 menciones), el ambiente silencioso o con ruidos controlados (69), y la vista al exterior o a la naturaleza (65), todos aspectos vinculados al confort y la calma.

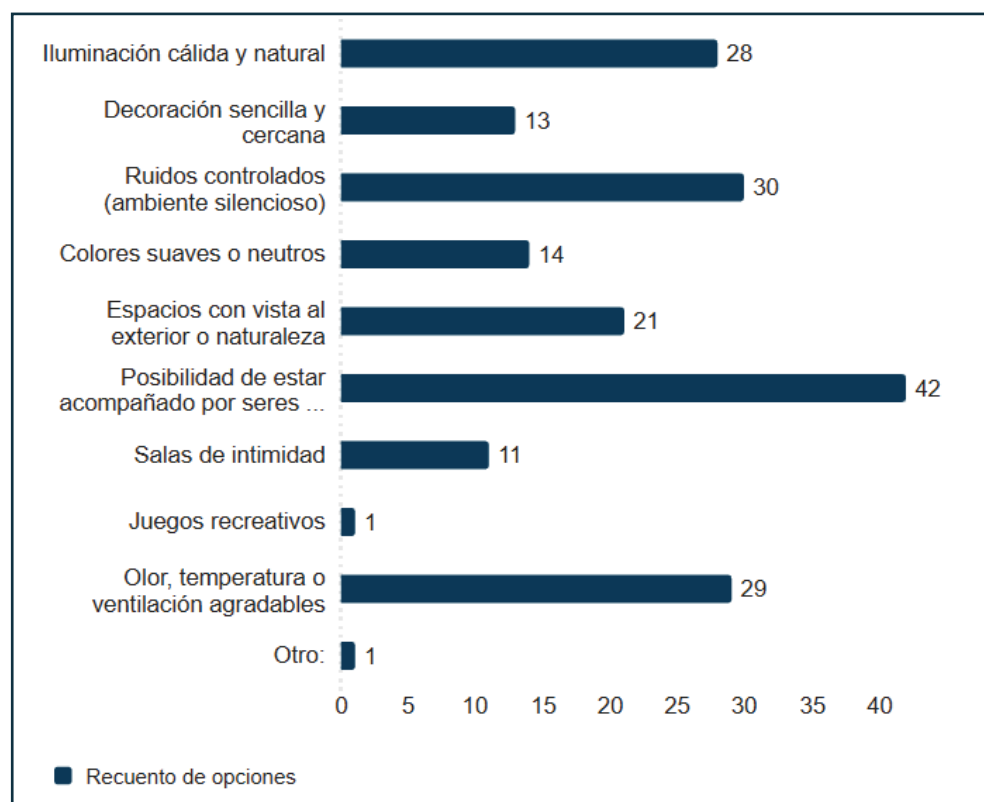
Otros factores relevantes fueron el olor, temperatura o ventilación agradables (62 menciones), mientras que elementos como colores suaves o neutros, salas de intimidad y decoración sencilla obtuvieron menor frecuencia. Los juegos recreativos apenas fueron considerados relevantes.

Estos datos subrayan que, más allá del equipamiento técnico, un entorno emocionalmente adecuado se construye con calidez, silencio, conexión con la naturaleza y, sobre todo, con la presencia cercana de personas significativas.

Respecto a la experiencia personal en espacios hospitalarios o domiciliarios, se preguntó si los encuestados habían estado en un espacio donde sintieron que el entorno aportaba contención emocional. Las respuestas estuvieron casi divididas en partes iguales, con un 51% que afirmó haber sentido esa contención emocional, mientras que el 49% indicó que no. Esto muestra que, aunque existen espacios que logran generar un ambiente de apoyo emocional, aún hay una proporción significativa de personas que no han tenido esa experiencia, lo que representa una oportunidad importante para mejorar el diseño y la gestión de los entornos en cuidados paliativos.



Considerando a quienes respondieron afirmativamente a haber sentido contención emocional en un espacio hospitalario o domiciliario, se les preguntó qué aspectos específicos del entorno les generaron esa sensación.



La posibilidad de estar acompañado por seres queridos fue el factor más destacado, con 42 menciones, reafirmando la importancia central del acompañamiento en la experiencia paliativa.

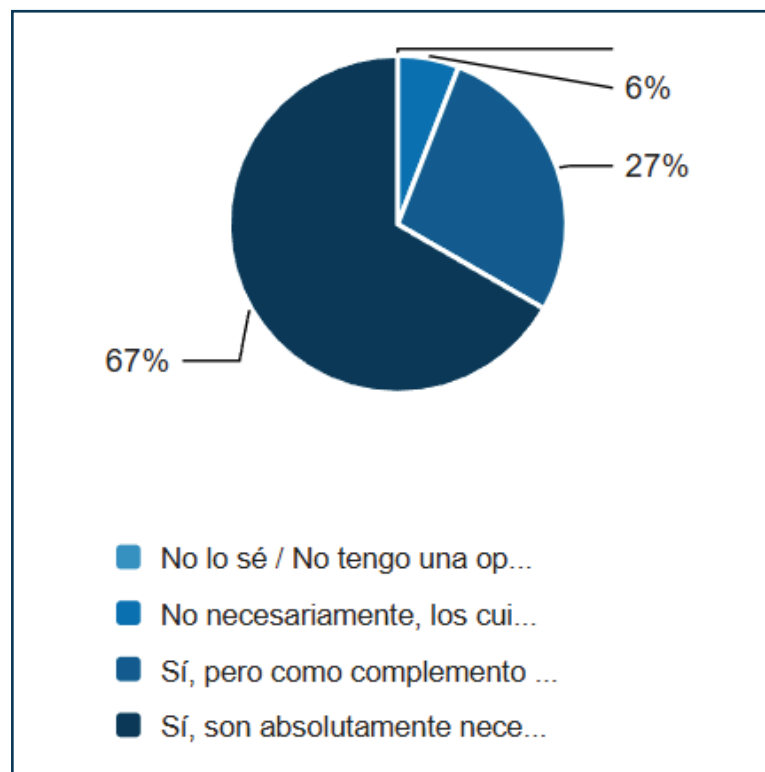
Le siguieron aspectos relacionados con el confort sensorial y ambiental, como ruidos controlados o un ambiente silencioso (30 menciones), olor, temperatura o ventilación agradables (29), e iluminación cálida y natural (28). También fueron relevantes los espacios con vista al exterior o a la naturaleza (21 menciones), lo que sugiere que la conexión con el entorno natural contribuye a la sensación de bienestar.

Elementos como colores suaves o neutros (14 menciones), decoración sencilla y cercana (13), y salas de intimidad (11) tuvieron menor frecuencia, mientras que juegos recreativos apenas fueron considerados (1 mención).

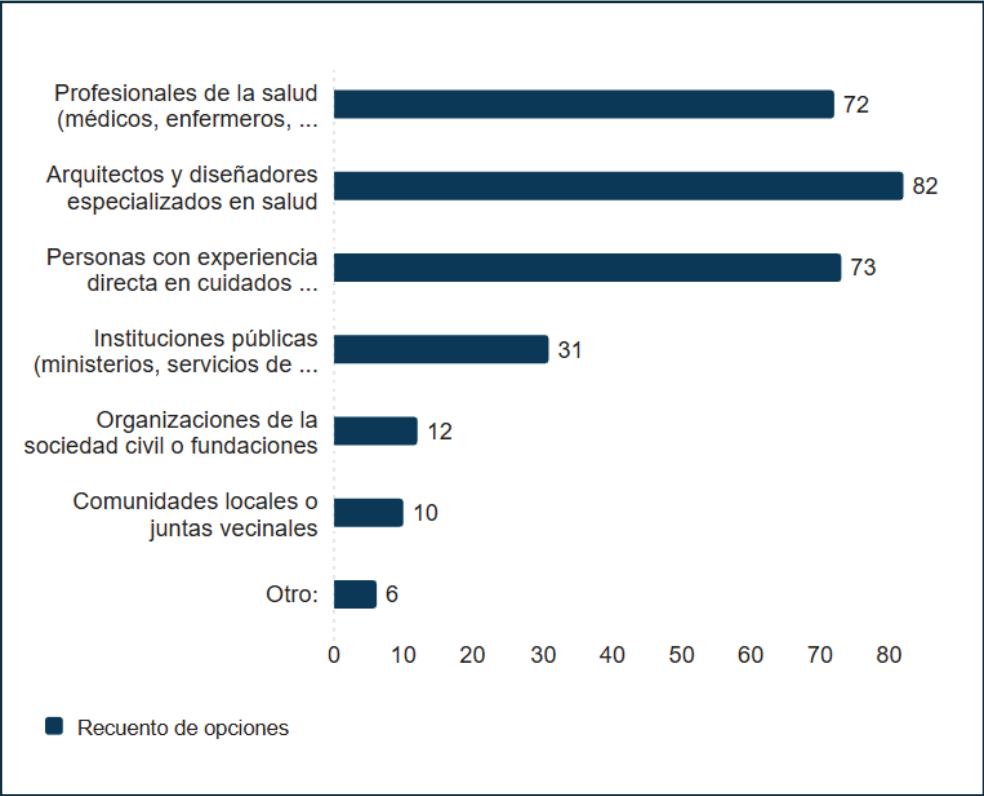
Estos resultados refuerzan la idea de que un ambiente emocionalmente acogedor en cuidados paliativos se basa en la calidez humana y el confort sensorial, donde el acompañamiento cercano y la tranquilidad del entorno juegan un papel fundamental.

- **Proyección:**

En cuanto a la necesidad de espacios específicos destinados exclusivamente a cuidados paliativos, la mayoría de los encuestados (68%) considera que estos espacios, como centros u hogares especializados tipo hospice, son absolutamente necesarios. Un 28% opina que deberían existir, pero como complemento a la atención domiciliaria u hospitalaria, mientras que solo un pequeño 6% cree que los cuidados paliativos se pueden integrar en otros espacios existentes.



Para el siguiente gráfico, se realizó la siguiente pregunta:
¿Quiénes cree usted que deberían participar en el diseño y planificación de espacios especializados para cuidados paliativos (como un hospice)?



Con respecto a quiénes deberían participar en el diseño y planificación de estos espacios especializados, la respuesta destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario. El 82% considera fundamental la participación de arquitectos y diseñadores especializados en salud, seguidos por un 73% que valora la inclusión de personas con experiencia directa en cuidados paliativos. Además, el 72% señala la relevancia de profesionales de la salud como médicos y enfermeros en este proceso. En menor medida, se mencionan instituciones públicas (31%), organizaciones de la sociedad civil o fundaciones (12%) y comunidades locales o juntas vecinales (10%).

Estos resultados subrayan la necesidad de crear espacios especializados que respondan a las necesidades específicas de cuidados paliativos, diseñados colaborativamente entre expertos técnicos, sanitarios y la experiencia directa, asegurando así un entorno adecuado y sensible para los pacientes y sus familias.

Finalmente, se consultó a los participantes si tenían algún aspecto o sugerencia adicional que consideraran importante incluir respecto a los espacios destinados a cuidados paliativos y que no hubiera sido abordado en las preguntas anteriores. Esta pregunta abierta buscó captar opiniones, necesidades o ideas que pudieran aportar una visión más completa y enriquecedora para el diseño y gestión de estos espacios tan sensibles y significativos.

Con respecto a las sugerencias adicionales sobre los espacios destinados a cuidados paliativos, se destaca la importancia de que estos sean espaciosos para permitir la presencia y acompañamiento familiar, así como la integración del apoyo psicosocial a las familias. Se enfatiza también la necesidad de incluir aspectos culturales y espirituales, como la medicina complementaria y las creencias religiosas, además de fomentar la participación comunitaria. Otros aportes resaltan la importancia de diseñar ambientes adaptados para diferentes grupos etarios, la seguridad, y la accesibilidad para el personal de salud. Se sugiere también la implementación de políticas públicas que reconozcan y prioricen los cuidados paliativos, junto con la formación ciudadana y capacitación en el trato humanizado de los pacientes. Finalmente, se menciona la relevancia de la empatía hacia la familia y la consideración de protocolos estandarizados para emergencias, subrayando el acompañamiento familiar como un elemento central en la experiencia paliativa.

5.1.3 Análisis y discusión

Análisis y marco conceptual:

El presente capítulo integra los resultados obtenidos a partir del cuestionario aplicado y el análisis arquitectónico de los cinco casos de estudio —St. Christopher’s Hospice, Maggie’s Centres, University Psychiatric Centre (UPC), Hospital Regional de Rancagua y Escuela Especial Sol y Luna, con el propósito de establecer relaciones entre la teoría, la práctica y la percepción social del cuidado paliativo. A partir de los criterios definidos en la investigación bienestar, funcionalidad, experiencia humana, accesibilidad, relación con la naturaleza, privacidad y confort sensorial, se busca comprender cómo los espacios destinados a cuidados paliativos pueden incidir en la calidad de vida y en la experiencia emocional de pacientes, familiares y profesionales.

La arquitectura, entendida desde la visión de Cicely Saunders (1967), no se limita a ser un soporte físico del cuidado, sino que se constituye en parte integral del proceso terapéutico. En paralelo, el modelo de healing environment propuesto por Roger Ulrich (1984) sostiene que un entorno bien diseñado puede reducir el estrés, mejorar los resultados clínicos y fortalecer el bienestar psicológico. Ambos enfoques el de Saunders desde la dignidad y el de Ulrich desde la evidencia ambiental convergen en una idea central: el espacio de cuidado paliativo debe concebirse como un entorno integral, terapéutico y humanizado, capaz de sostener tanto las necesidades físicas como emocionales de sus usuarios.

La experiencia humana y la percepción social del cuidado:

Los resultados del cuestionario reflejan una alta conciencia social respecto al concepto de cuidados paliativos, con un 93 % de los encuestados que afirmaron conocer el término. Sin embargo, el hecho de que una minoría (7%) declare desconocerlo pone de manifiesto que aún existen brechas informativas en la población general, lo cual coincide con la falta de políticas de difusión y formación en torno al cuidado integral en Chile. Esta situación ha sido descrita también por Tronto (1993), quien señala que el cuidado es un acto relacional y cultural que requiere visibilización y reconocimiento social para adquirir valor.

En cuanto a la relación directa o indirecta con los cuidados paliativos, el 76 % de los encuestados reportó alguna experiencia, principalmente desde el acompañamiento familiar o amistoso. Este dato revela que la experiencia paliativa en Chile sigue dándose mayoritariamente en contextos domésticos o no especializados, situación que contrasta con los modelos internacionales observados en St. Christopher's Hospice o en Maggie's Centres, donde los espacios fueron concebidos desde su origen para la atención integral y el acompañamiento. De este modo, la falta de infraestructura específica se traduce no solo en carencias físicas, sino también en una sobrecarga emocional para las familias, quienes asumen roles de cuidado sin el apoyo espacial ni profesional adecuado.

Asimismo, los resultados mostraron que las experiencias más satisfactorias se vinculan a espacios que ofrecen privacidad, control ambiental y presencia constante del equipo de salud, mientras que los entornos más criticados fueron los hospitalarios y domiciliarios no adaptados. Esta percepción coincide con lo planteado por Ulrich (2001), quien demostró que los pacientes en entornos con mejores condiciones ambientales (iluminación natural, vistas a la naturaleza y confort acústico) presentan menores niveles de ansiedad y dolor.

Espacio físico y criterios arquitectónicos de bienestar:

En la sección dedicada al espacio físico, un 85 % de los participantes reconoció que el entorno influye de manera significativa en la calidad de los cuidados paliativos, lo que refuerza la necesidad de incorporar el diseño arquitectónico como parte activa del proceso terapéutico. Las variables más valoradas fueron la privacidad del paciente y su familia, los ambientes silenciosos y tranquilos, el acceso directo del equipo de salud, y los espacios verdes o con vistas a la naturaleza. Estos resultados dialogan directamente con los principios aplicados en Maggie's Centres, donde la arquitectura busca generar un sentido de hogar mediante materiales cálidos, abundante luz natural y la integración del paisaje como herramienta emocional (Jencks, 2015).

Por otra parte, el análisis de los casos internacionales y nacionales permite reconocer distintas aproximaciones a la relación entre espacio y bienestar. Mientras que St. Christopher's Hospice estableció el estándar del modelo holístico —combinando atención médica, espiritual y emocional—, el UPC de Lovaina demostró cómo la arquitectura puede contribuir a la calma y orientación del usuario mediante recorridos claros, patios y materialidad cálida. En contraste, el Hospital Regional de Rancagua evidencia las limitaciones del sistema público chileno, donde los cuidados paliativos carecen de espacios exclusivos, presentan problemas de accesibilidad y se ubican en zonas subterráneas o alejadas, lo que restringe la privacidad y el contacto con el exterior.

El caso de la Escuela Sol y Luna ofrece un contrapunto valioso: aunque no se trata de un espacio paliativo, su experiencia en la adaptación de infraestructura a necesidades complejas demuestra que la flexibilidad arquitectónica y el uso del entorno natural pueden convertirse en estrategias efectivas de contención emocional y bienestar, incluso en edificaciones no diseñadas originalmente para el cuidado. Este aprendizaje resulta clave para la realidad chilena, donde la reutilización de espacios existentes podría ser una vía viable hacia modelos paliativos más humanos y accesibles.

Dimensión emocional y experiencia sensorial del entorno

Los resultados de la sección “Experiencia humana” revelan que el 88 % de los encuestados considera que el entorno físico influye de forma significativa en el estado emocional de las personas en cuidados paliativos. Además, un 93 % identificó la privacidad como un elemento muy importante del bienestar. Estas cifras coinciden con la literatura internacional, donde se ha demostrado que la percepción de control, la intimidad y el contacto con la naturaleza reducen los niveles de estrés en pacientes y familias (Ulrich, 2008).

Entre los elementos que más contribuyen a generar un ambiente emocionalmente acogedor, destacaron la posibilidad de estar acompañado por seres queridos (89 menciones), la iluminación cálida y natural (73) y los ambientes silenciosos o con ruidos controlados (69). Este patrón refuerza la noción de que la calidad del cuidado no depende únicamente de la atención médica, sino del entorno relacional y sensorial, en línea con el principio de Saunders de “cuidar cuando ya no se puede curar”. Los resultados confirman que la presencia de la familia y la conexión con la naturaleza son pilares centrales de la experiencia paliativa.

En contraste, el hecho de que solo un 51 % de los participantes haya sentido contención emocional en espacios hospitalarios o domiciliarios muestra una brecha entre la percepción ideal y la experiencia real. A diferencia de los Maggie’s Centres, donde la arquitectura se convierte en un agente activo de apoyo emocional, la mayoría de los espacios chilenos se perciben como funcionales pero emocionalmente neutros. Esto evidencia la necesidad de incorporar criterios sensoriales y afectivos en el diseño, tales como control de luz, temperatura, acústica y visuales al exterior, los cuales están escasamente considerados en la infraestructura sanitaria tradicional.

Proyección y perspectivas de diseño

En la sección de proyección, el 68 % de los encuestados consideró que deberían existir espacios específicos para cuidados paliativos, como centros u hogares tipo hospice, y un 28 % los concibió como complemento de la atención hospitalaria o domiciliaria. Este consenso refuerza la idea de que los cuidados paliativos requieren entornos diferenciados, capaces de equilibrar tecnología y humanidad, intimidad y acompañamiento, individualidad y comunidad.

Asimismo, el 82 % de los participantes señaló que arquitectos y diseñadores especializados en salud deben participar en el diseño de estos espacios, junto con un 73 % que destacó la importancia de incluir personas con experiencia directa en cuidados paliativos, y un 72 % que valoró la presencia de profesionales de la salud. Este enfoque interdisciplinario refleja una comprensión madura del cuidado, coherente con lo que Saunders planteaba: **“los cuidados paliativos no son responsabilidad de una sola disciplina, sino una tarea compartida entre quienes curan, acompañan y construyen”**.

En comparación con los casos analizados, los Maggie's Centres y St. Christopher's Hospice representan modelos paradigmáticos de colaboración entre arquitectos y profesionales de la salud, donde el diseño surge de la empatía y la experiencia vivida. En cambio, el Hospital Regional de Rancagua evidencia la ausencia de esta sinergia, con espacios desarrollados desde la lógica institucional más que desde la sensibilidad del cuidado. El aprendizaje aquí es claro: la planificación arquitectónica de espacios paliativos debe nacer del diálogo entre disciplinas y de la comprensión profunda de la experiencia humana.

6. Síntesis interpretativa final

A partir del cruce entre teoría, referentes y resultados empíricos, se puede afirmar que la arquitectura de los cuidados paliativos debe responder a cinco criterios integrados:

- **Humanización del espacio:** el entorno físico debe ser una extensión del cuidado, acogiendo la vulnerabilidad y dignidad del paciente.
- **Confort ambiental y sensorial:** la luz natural, la ventilación y el control acústico son componentes terapéuticos, no complementos estéticos.
- **Privacidad y acompañamiento:** el diseño debe permitir simultáneamente la intimidad y la cercanía familiar.
- **Accesibilidad y funcionalidad inclusiva:** cada elemento, desde la circulación hasta el mobiliario, debe estar pensado para la autonomía de todos los actores.
- **Conexión con la naturaleza:** el entorno natural opera como mediador emocional y simbólico entre vida, tiempo y trascendencia.

Los resultados evidencian una tensión entre las aspiraciones conceptuales, reflejadas en los modelos internacionales y las limitaciones materiales de la realidad local. Sin embargo, también muestran oportunidades concretas, la arquitectura tiene el poder de transformar la experiencia del final de la vida, no solo mediante la forma, sino a través de la empatía proyectada en el espacio.

En definitiva, la integración entre las perspectivas de los usuarios, los criterios teóricos y los ejemplos arquitectónicos analizados permite sostener que diseñar para el cuidado paliativo no es diseñar para la muerte, sino para la vida que aún se sostiene en ella. La arquitectura, en este sentido, se convierte en un acto de acompañamiento, capaz de materializar la dignidad, el consuelo y la esperanza en su forma más humana.

CONCLUSIÓN

Conclusión general

Esta investigación tuvo como propósito principal analizar cómo el diseño arquitectónico influye en la experiencia de los cuidados paliativos en el contexto chileno, considerando las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales que configuran el proceso de acompañamiento al final de la vida. A partir de la hipótesis planteada que sostiene que los espacios físicos destinados a cuidados paliativos influyen significativamente en la experiencia de los pacientes y acompañantes, se desarrolló una metodología mixta, con predominio cualitativo, que combinó revisión teórica, observación de casos arquitectónicos y la aplicación de un cuestionario a diversos actores vinculados directa o indirectamente con los cuidados paliativos.

El análisis de los datos permitió validar la hipótesis inicial, evidenciando que los entornos arquitectónicos no son un mero soporte funcional del cuidado, sino que ejercen una influencia profunda sobre la experiencia emocional, social y simbólica de las personas. En concordancia con los planteamientos de Cicely Saunders (1984), quien definió el cuidado paliativo como un acto integral que atiende cuerpo, mente y espíritu, y con la teoría del entorno curativo de Roger Ulrich (2008), que reconoce la capacidad terapéutica del ambiente físico, los resultados demuestran que el espacio puede aliviar o intensificar el sufrimiento, influyendo directamente en la percepción de dignidad y bienestar.

Asimismo, el estudio permitió responder de manera directa a las preguntas de investigación. En primer lugar, se constató que el diseño físico de los espacios paliativos incide de manera determinante en la percepción y experiencia del cuidado, afectando tanto a pacientes como a familiares y profesionales. En segundo lugar, se identificaron los elementos más significativos del entorno, como la privacidad, la iluminación natural, la tranquilidad acústica, el acceso a la naturaleza y la posibilidad de acompañamiento, los cuales fueron señalados como esenciales para generar ambientes de serenidad, respeto y contención.

La comparación con los referentes internacionales analizados, St. Christopher's Hospice, Maggie's Centres, University Psychiatric Centre, Hospital Regional de Rancagua y Escuela Especial Sol y Luna, permitió comprender las diferencias entre los modelos de diseño integrados y los espacios chilenos actuales. Mientras los primeros conciben la arquitectura como parte del cuidado, los segundos aún se perciben como entornos funcionales y poco sensibles a las dimensiones humanas. No obstante, experiencias locales adaptadas, como la de la Escuela Sol y Luna, muestran que incluso edificaciones no especializadas pueden ofrecer bienestar y contención cuando se diseñan con empatía y flexibilidad.

De este modo, la investigación reafirma que la arquitectura del cuidado paliativo debe pensarse desde una perspectiva interdisciplinaria, donde se puede tener distintos puntos de perspectiva, como el utilizado en esta investigación, integrando los tres niveles de observación establecidos metodológicamente:

Nivel A: aspectos físicos y fácilmente observables, como materialidad, ventilación o accesibilidad.

Nivel B: aspectos contextuales o de presencia, como la atmósfera del entorno, los estímulos sensoriales y la conexión con la naturaleza.

Nivel C: aspectos individuales o subjetivos, vinculados a la experiencia emocional, la percepción de respeto y el sentido simbólico del espacio.

El cruce de estos niveles permitió comprender que el bienestar no depende de un solo factor, sino de la interacción entre las condiciones materiales, el ambiente general y la experiencia íntima del usuario.

Principales hallazgos y reflexiones finales

El diseño físico incide directamente en la experiencia del cuidado paliativo.

- El entorno construido influye significativamente en cómo se vive el proceso de los cuidados paliativos, tanto por parte de los pacientes como de quienes los acompañan o cuidan.
- Los espacios poco adecuados, hospitalarios o domicilios sin adaptaciones pueden generar incomodidad, estrés o despersonalización, afectando negativamente la calidad del cuidado.
- Por el contrario, los entornos bien diseñados aportan contención, calma, dignidad y sentido de acompañamiento, tal como lo evidencian los modelos de hospice y los Maggie's Centres.

En Chile existe una brecha entre las necesidades del cuidado paliativo y los espacios existentes.

- La mayoría de los cuidados paliativos se realizan en espacios no especializados o adaptados, lo que limita el acompañamiento digno.
- No existen suficientes hospices ni políticas públicas que promuevan su desarrollo.
- Esto refuerza la necesidad de reconocer la arquitectura como parte activa del sistema de salud paliativo, tal como sugieren Clark (2014) y Ulrich (2008).

Elementos físicos clave identificados por los participantes.

- A través del cuestionario, los actores destacaron la privacidad, la comodidad, la iluminación natural, el silencio, la accesibilidad y el acceso a la naturaleza como elementos imprescindibles.
- Estos aspectos no son detalles estéticos, sino componentes fundamentales del bienestar emocional y del respeto por la dignidad humana.

El diseño arquitectónico es parte esencial del cuidado.

- La arquitectura no debe ser un fondo neutral, sino un agente que puede aliviar o agravar el sufrimiento.
- Diseñar para el final de la vida implica integrar lo clínico, lo emocional y lo simbólico, entendiendo el espacio como una extensión del cuidado.
- Un entorno bien concebido puede facilitar la comunicación, la despedida y el acompañamiento espiritual.

La necesidad de una mirada interdisciplinaria y proyectual.

- Abordar el diseño de espacios paliativos requiere integrar conocimientos de salud, arquitectura, psicología, sociología y ética.
- La arquitectura tiene la responsabilidad de responder a esta necesidad mediante espacios que acojan, acompañen y cuiden.
- La falta de infraestructura adecuada no solo refleja una carencia técnica, sino una deuda social con quienes enfrentan el final de la vida.

Proyección y llamado a la acción.

- Frente al envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas, es urgente repensar los espacios del cuidado paliativo.
- Esta investigación invita a arquitectos, profesionales de la salud y tomadores de decisiones a priorizar el diseño consciente de lugares que dignifiquen el morir.
- Porque morir bien también es parte de vivir bien, y los espacios tienen un papel decisivo en ese tránsito.

En conclusión, esta investigación demuestra que el diseño arquitectónico de los espacios destinados a cuidados paliativos no es un elemento secundario, sino un componente fundamental del bienestar y la dignidad humana. Si bien la atención domiciliaria sigue siendo valiosa, la ausencia de infraestructura especializada en Chile evidencia una necesidad urgente de desarrollar espacios pensados para el cuidado integral.

La arquitectura, cuando se concibe desde la empatía, puede convertirse en una herramienta de alivio y esperanza. Como señala Roger Ulrich (2008), **“el entorno físico puede ser una poderosa herramienta terapéutica que influye en el bienestar emocional y la recuperación de las personas”**, y como complementa David Clark (2014), **“los cuidados paliativos deben integrar no solo el tratamiento médico, sino también el entorno y el apoyo social como elementos clave para una muerte digna”**.

Así, el estudio reafirma que el espacio también cuida. Un entorno diseñado con sensibilidad, respeto y propósito puede acompañar, sostener y dar sentido al proceso de morir, transformando la arquitectura en una forma tangible de compasión y humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Orbegozo, A. (2008). Presente y futuro de los cuidados paliativos [PDF]. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos – Paliativos Sin Fronteras.
<https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/PRESENTE-Y-FUTURO-CUIDADOS-PALIATIVOS.pdf>

- Clark, D. (2016). To Comfort Always: A History of Palliative Medicine Since the Nineteenth Century. Oxford University Press.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s. f.). CEPALSTAT – Portal de estadísticas.
<https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s. f.). Documento sobre desarrollo y estadísticas [PDF].
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>

- Cuidados Paliativos Chile. (2013). Historia de los cuidados paliativos [PDF].
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

- Efesalud. (s. f.). Diseños que curan.
<https://efesalud.com/disenos-que-curan/>

- ESDESIGN, S.L. (2018, 21 de marzo). Espacios que nos ayudan a curar. ESDESIGN Barcelona.
<https://www.esdesignbarcelona.com/actualidad/disenos-espacios/espacios-que-nos-ayudan-curar>

- Gómez, R. (2023, 8 de mayo). 58 % de chilenos que necesitaron cuidados paliativos no accedieron al servicio en Chile. ConsultorSalud.
<https://consultorsalud.com/cuidados-paliativos-no-accedieron-servicio/>

- González, V. A. A., Miranda, M. P. S., & González, A. D. I. G. (2024). Restorative capacity of nature: A scale validation from Ulrich's aesthetic perception. *Actualidades en Psicología*, 38(136), 1–17.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352024000100001

- Gobierno de Chile. (s. f.). Cifras oficiales paso a paso.
<https://www.gob.cl/pasoapaso/cifrasoficiales/#resumen>

- Hospitecnia. (2023, 25 de enero). Cómo diseñar espacios para la curación y el cuidado de las personas. Hospitecnia.
<https://hospitecnia.com/arquitectura/diseno-y-reflexion/como-disenar-espacios-curacion-cuidado-personas/>

- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (s. f.). Proyecciones de población.
<https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

- IPSUSS. (2022, 12 de abril). Los espacios también ayudan a sanar. IPSUSS.
<https://ipsuss.cl/actualidad/infraestructura/los-espacios-tambien-ayudan-a-sanar>

- IPSUSS. (2022, 19 de mayo). Arquitectura para la salud: edificios que curan. IPSUSS.
<https://ipsuss.cl/analisis-y-estudios/arquitectura-para-la-salud-edificios-que-curan>

- Jünger, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 [PDF]. European Journal of Palliative Care via Uppsala University.
<https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1439369/FULLTEXT01.pdf>

- Maggie's Centres. (s.f.). About Maggie's. <https://www.maggies.org>

- Ministerio de Salud de Chile. (2019). Guía Clínica AUGÉ: Cuidados Paliativos.

- Ministerio de Salud de Chile. (2022). Ley 21.375: Garantía explícita de acceso a cuidados paliativos. <https://www.minsal.cl>

- Ministerio de Salud de Chile. (2023). Orientación técnica: Cuidados paliativos universales [PDF]. Departamento de Información y Registro del Cáncer (DIPRECE).
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>

- Ministerio de Salud de Chile. (s. f.). Ley de cuidados paliativos.
<https://www.minsal.cl/ley-cuidados-paliativos/>

- Montagud Rubio, N. (16 de diciembre de 2021). La teoría de recuperación del estrés de Ulrich: qué es y qué plantea. Psicología y Mente.
<https://psicologiymente.com/social/teoria-recuperacion-estres-ulrich>

- Morir en pandemia: Experiencias de familiares de pacientes... (2023). Revista Médica de Chile.
<https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10514/37904>

- Mujeres con Ciencia. (2016, 23 de noviembre). Cicely Saunders: la importancia del último momento de la vida.
<https://mujeresconciencia.com/2016/11/23/cicely-saunders-importas-ultimo-momento-vida/>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). Palliative care.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

- Programa de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos UC. (s. f.). Estimación de cobertura actual de cuidados paliativos en Chile. Observatorio de Cuidados Paliativos UC.

- Revista Cambio. (2022, 8 de marzo). Una apuesta por la arquitectura para sanar. Revista Cambio.
<https://www.revistacambio.com.mx/mundo/una-apuesta-por-la-arquitectura-para-sanar/>

- Revista de Salud Pública, Universidad de Chile. (s. f.). Número especial [Revista].
<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/6008/442>

- Revista El Dolor. (2020). Manejo clínico y paliativo del sufrimiento en la COVID-19.
<https://www.revistaeldolor.cl/numero-71/manejo-clinico-y-paliativo-del-sufrimiento-en-la-covid-19>

- Revista El Dolor. (2020). Artículo manejo paliativo COVID-19 [PDF].
<https://www.revistaeldolor.cl/storage/articulos/August2020/sDAAnZ3cnpFKBNeHR3az.pdf>

- Saunders, C. (1984). The evolution of palliative care. Patient Education and Counseling, 1(1), 3-7.

- SciELO España. (2008). Editorial sobre dolor y cuidados paliativos [PDF]. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n3/editorial.pdf>

- (2021). Training Residents in Virtual Advance Care Planning: A New Twist on an Old Skill. Journal of Pain and Symptom Management. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00273-6/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00273-6/fulltext)

- Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. Design & Health, 1(1), 49–59.

- Universidad Católica de Chile, Cuidados Paliativos. (s. f.). Biografía de Cicely Saunders [PDF]. <https://cuidadospaliativos.uc.cl/wp-content/uploads/2022/07/Biografia-Cicely-Saunders.pdf>

- Universidad Católica de Chile, Observatorio de Cuidados Paliativos. (s. f.). <https://cuidadospaliativos.uc.cl/observatorio-de-cuidados-paliativos/>

- Universidad Central de Chile. (s. f.). Cuidados paliativos: ¿de qué forma han impactado a nuestra sociedad? <https://www.uchile.cl/noticias/la-serena/cuidados-paliativos-de-que-forma-han-impactado-a-nuestra-sociedad>

- Villate, A. (2018, 2 de enero). ¿Qué es el movimiento Hospice? Blog El Espectador.

- Vitaller, A. (2023, octubre). Arquitectura para el final de la vida: creación de entornos propicios y saludables para el cuidado. Vitaller Arquitectura. <https://vitaler.com/es/articulo/arquitectura-para-el-final-de-la-vida-creacion-de-entornos-propicios-y-saludables-para-el-cuidado/>

