Refugios en el tiempo: un marco arquitectónico para mitigar el dolor total en centros paliativos: análisis conceptual y revisión de precedentes multiescala

Shelters in time: an architectural framework to mitigate total pain in palliative centers: conceptual analysis and review of multiscale precedents

MSc. Arq. Katiuska María Caicedo Mora
https://orcid.org/0009-0003-3945-064X
Correo-e: katiuska.caicedo@ucv.ve
Instituto de Desarrollo Experimental de la Construcción (IDEC). Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Universidad Central de Venezuela

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03
Recibido: 15 junio 2026 | Aprobado: 14 julio 2026
Aceptado 21 julio 2026

Resumen
Este artículo propone un marco arquitectónico centrado en el concepto de "Refugios en el Tiempo" para mitigar el "dolor total" de pacientes en cuidados paliativos. Mediante una revisión sistemática y el análisis de precedentes internacionales como Refuge II, Emily's House y el Centro de cuidados paliativos para niños Julia, se identifican tres dimensiones esenciales: las dimensiones duales del refugio (físico y emocional), la unidad del cuidado (paciente-familia) y el entorno como agente terapéutico. La investigación subraya que la autonomía, la privacidad y la conexión con la naturaleza no son solo funcionales, sino imperativos éticos que permiten habitar el final de la vida con dignidad. El estudio concluye que el diseño arquitectónico actúa como una "analgesia no farmacológica" capaz de sincronizar los ritmos vitales y sostener la identidad del individuo frente a la vulnerabilidad extrema.

Descriptores
Hospicio; arquitectura paliativa; cuidados paliativos; centros paliativos; refugio en el tiempo.

Abstract
This article proposes an architectural framework centered on the concept of "Refuges in Time" to mitigate "total pain" in palliative care patients. Through a systematic review and analysis of international precedents such as Refuge II, Emily's House, and the Julia Children's Palliative Care Center, three essential dimensions are identified: the dual dimensions of refuge (physical and emotional), the unity of care (patient-family), and the environment as a therapeutic agent. Research underscores that autonomy, privacy, and connection with nature are not only functional but also ethical imperatives that allow for experiencing the end of life with dignity. The study concludes that architectural design acts as a "non-pharmacological analgesia" capable of synchronizing vital rhythms and sustaining the individual's identity in the face of extreme vulnerability.

Descriptors
Hospice, palliative architecture, palliative care, palliative care centers, refuge in time.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

La transición hacia el final de la vida representa uno de los desafíos existenciales más complejos para el ser humano, caracterizado por una reconfiguración radical de la percepción temporal, corporal y espacial (Ellingsen et al., 2013). Durante esta fase, el tiempo deja de ser una medida lineal de progresión y se transforma en una experiencia subjetiva marcada por la expectación, la nostalgia, la memoria y la conciencia de la finitud. El cuerpo, antes instrumento de acción, se convierte en fuente de limitación y sufrimiento; el espacio, habitualmente percibido como contenedor neutro, adquiere una carga simbólica intensa que puede tanto agravar la sensación de desamparo como brindar consuelo y serenidad.

En el ámbito de la medicina paliativa, el concepto de "dolor total", acuñado por Cicely Saunders, postula que el sufrimiento no se limita a la dimensión fisiológica, sino que se entrelaza de forma indisociable con las dimensiones emocional, social y espiritual del individuo (Sagha et al., 2018). Este dolor no es momentáneo, sino persistente, consistente y profundo: se manifiesta como una carga continua que acompaña al paciente en la espera de la muerte, afectando su identidad, su relación con los demás y su sentido de existencia. La dimensión física incluye el dolor orgánico y la sintomatología asociada a la enfermedad; la dimensión emocional abarca la ansiedad, el miedo, la depresión y la angustia existencial; la dimensión social involucra la pérdida de roles, el aislamiento y las tensiones familiares; y la dimensión espiritual refiere a la búsqueda de sentido, la culpa, la reconciliación y la confrontación con la finitud.

Esta comprensión del dolor total como fenómeno multidimensional y persistente ha generado una transformación en la concepción de los espacios dedicados a los cuidados paliativos. Históricamente, estos espacios han sido diseñados bajo el paradigma de la eficiencia clínica y la asepsia instrumental del megahospital moderno, priorizando la funcionalidad técnica, la estandarización de procesos y la neutralidad ambiental (Verderber, 2026). Tal enfoque, aunque adecuado para la medicina curativa, resulta inconveniente para el cuidado paliativo: un entorno frío, impersonal y desprovisto de significado puede agravar la sensación de desamparo, intensificar el sufrimiento emocional y espiritual y dificultar la vivencia de momentos significativos con la familia y los cuidadores.

La evidencia empírica y teórica ha demostrado que el diseño arquitectónico y ambiental de los centros de cuidados paliativos tiene un impacto directo en la experiencia del paciente, la familia y el equipo de salud. Espacios que privilegian la luz natural, la conexión con la naturaleza, la acústica serena, la privacidad controlada, la orientación clara y la presencia de elementos simbólicos pueden reducir el estrés, la ansiedad y la percepción de dolor, promoviendo simultáneamente la serenidad, la intimidad y la dignidad (McLaughlan y Richards, 2023). Estos espacios no solo deben cumplir funciones técnicas, sino que deben constituirse como refugios en el tiempo: lugares que ofrezcan continuidad temporal, certeza, calma y sentido, capaces de "alojar" la experiencia de la espera de la muerte de manera que el dolor persistente se sienta menos pesado y los momentos significativos puedan habitar con dignidad (Verderber, 2026).

Partiendo de esta comprensión –que el dolor en cuidados paliativos es total y persistente, que el entorno tradicional del gran hospital es inadecuado, y que el diseño puede constituir un refugio en el tiempo con impacto terapéutico real– este artículo de investigación se centra en responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conceptos fundamentales que deben comprenderse para concebir los espacios de un centro paliativo como "refugios en el tiempo", capaces de mitigar un dolor persistente asociado a la espera de la muerte y de permitir que los momentos significativos se habiten con dignidad?

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

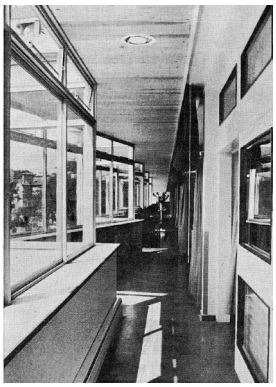
MSc. Arq. Katiuska María Caicedo Mora

Imagen 1. Fotografía del Dame Cicely Saunders.



Fuente: Cicely Saunders Archive del King's College London Archives. Fotografía cortesía de Christopher Saunders al King's College London Archives.

Imagen 2. Espacio diurno en voladizo en Hospicio St Christopher, Sydenham, vistas al exterior y la iluminación natural, fecha del 28 de julio de 1967.



Fuente: Cicely Saunders Archive del King's College London Archives,2026.

Metodología

Para responder a la pregunta de investigación, se desarrolla un estudio teórico-conceptual de carácter histórico-crítico, fundamentado en revisión sistemática de literatura especializada sobre diseño de centros de cuidados paliativos y hospicios. Este enfoque metodológico se justifica por la escasez de estudios sobre la arquitectura paliativa, cuyo campo es muy poco explorado, especialmente en lo que refiere a la concepción del espacio como *refugio en el tiempo* y su relación con el dolor total persistente.

La metodología combina tres fuentes complementarias articuladas unitariamente.

- Primero, *literatura fundamental*: se identificaron y analizaron textos de referencia recientes como *Innovation in Hospice Architecture* (Verderber y Refuerzo, 2020), que aborda innovaciones conceptuales y técnicas en el diseño de hospicios, y *Modern Hospice Design* (Worpole, 2024), que examina principios de diseño contemporáneo aplicados a centros de cuidados paliativos.
- Segundo, *perspectiva del investigador*: se integra la mirada crítica del autor como arquitecto hospitalario, permitiendo un análisis contextualizado fundamentado en la práctica profesional y en la comprensión de las dinámicas clínicas, operativas y humanas de los espacios de salud.
- Tercero, *análisis de tres proyectos internacionales construidos*: Refuge II (escala doméstica), Emily's House Children's Hospice (escala de equipamiento comunitario) y Centro de Cuidados Paliativos para Niños Julia (escala de centro especializado). La selección responde al criterio de escala constructiva por área, no a especialidad clínica, permitiendo contrastar cómo los principios arquitectónicos se materializan en diferentes magnitudes.

El análisis combina documentación teórica con casos construidos para identificar patrones conceptuales y principios arquitectónicos fundamentales que permitan concebir los espacios como *refugios en el tiempo*. Debido a la limitada disponibilidad de estudios empíricos, el análisis se centró en la extracción de conceptos fundamentales, la integración de saberes profesionales y experiencias vividas, y la construcción de un marco conceptual que articule las dimensiones duales del refugio (física y temporal), la unidad del cuidado y el entorno como terapia.

Breve historia del concepto de Centro Paliativo

Los cuidados paliativos tienen una trayectoria histórica que se remonta a los hospicios medievales, pero su consolidación como disciplina médica especializada ocurre en la segunda mitad del siglo XX. La palabra hospicio proviene del latín *hospitium*, que significa 'hospitalidad' o 'albergue'. A su vez, esta deriva de *hospes* (huésped o anfitrión), reflejando la idea de un espacio de acogida y cuidado para quienes están en tránsito (Avatar Home Health,2022).

El movimiento moderno de cuidados paliativos y su profesionalización comenzaron con Dame Cicely Saunders, una figura fundamental en la historia de esta disciplina (imagen 1). Nacida en Inglaterra a finales de la Primera Guerra Mundial y fallecida a principios del siglo XXI (1918-2005), Saunders fue la primera especialista en el manejo de síntomas de pacientes moribundos e inició en Gran Bretaña el movimiento hospice. Su visión revolucionaria estableció que el cuidado del enfermo terminal debía ser integral, abordando no solo el dolor físico, sino también las necesidades sociales, emocionales y espirituales (Mejía, s.f.).

El clímax de este movimiento se alcanzó en 1967 en Sydenham (Inglaterra), donde Saunders fundó el primer hospicio moderno: St. Christopher's Hospice (imagen 2). Este centro marcó el

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

inicio del movimiento *hospice* moderno y de la atención especializada a enfermos terminales, estableciendo los fundamentos básicos que incluyen: desarrollo de un enfoque integral del control del dolor, atención a necesidades sociales, emocionales y espirituales, y un nuevo concepto de abordaje global para enfrentarse a la variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales (Vidal y Torres, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) reconoció oficialmente el concepto de cuidado paliativo en 1980, definiéndolo como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes con enfermedades potencialmente mortales, abordando el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual. Esa organización estableció en 1986 el concepto de "escalera del dolor" como estrategia para el alivio del dolor en pacientes con cáncer. En 1987 se consolidó la profesionalización de la especialidad en Inglaterra y se reconoció por primera vez la especialidad de cuidados paliativos en el Reino Unido. Desde entonces, la OMS ha promovido el desarrollo de los cuidados paliativos como parte de un programa de control del cáncer y los considera un derecho humano, aunque existe escasez global de acceso, especialmente en países de bajos y medianos ingresos.

El concepto de refugio: dimensión física y dimensión emocional

Wang et al. (2024) plantean que el concepto de refugio, en el contexto de los cuidados paliativos, posee una doble dimensión fundamental para el diseño arquitectónico: el refugio físico (*shelter*) y el refugio emocional y temporal (*shelter in time*).

La dimensión del refugio físico (*shelter*) constituye el espacio habitable tangible –el contenedor arquitectónico que protege físicamente al paciente– y aporta la base material necesaria para el cuidado, aunque por sí sola no resulta suficiente. En la práctica, expresa la función tradicional de la arquitectura: protección, contención y habitabilidad, y en el contexto de los cuidados paliativos abarca el control ambiental (luz, temperatura, acústica y calidad del aire), la garantía de privacidad e intimidad mediante la separación entre lo público y lo privado para preservar la dignidad del paciente, la accesibilidad y seguridad pensadas para las limitaciones físicas progresivas propias del final de la vida, y una claridad espacial y orientación del entorno que reduzcan la ansiedad y faciliten la navegación.

Esta dimensión física es necesaria pero no suficiente: un espacio que solo protege físicamente, sin integrar la dimensión temporal, puede resultar frío, impersonal y desprovisto de significado.

En el caso del refugio emocional (*shelter in time*) este trasciende la dimensión física y se convierte en un refugio en el tiempo, un espacio que ofrece continuidad temporal, certeza, calma y sentido. Este refugio emocional "aloja" la experiencia de la espera de la muerte, permitiendo que el dolor persistente se sienta menos pesado y que los momentos significativos puedan habitar con dignidad. El refugio en el tiempo transforma el espacio de un contenedor neutro en un lugar con significado, que brinda consuelo, serenidad y apoyo a la dimensión existencial del paciente. En el contexto de la vulnerabilidad extrema y el final de la vida, el tiempo no se percibe de forma lineal: mientras que años de salud pueden pasar desapercibidos, diez minutos de dolor intenso o duelo profundo pueden "pesar tanto como un año" (Worpole, 2024). La arquitectura paliativa debe, por tanto, responder a esta premisa fundamental.

La integración de ambas dimensiones –el refugio físico y el refugio emocional en el tiempo– constituye el fundamento conceptual para concebir los espacios de un centro paliativo como verdaderos refugios que mitiguen el dolor total persistente y permitan la vivencia digna del final de la vida.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Desde la perspectiva de la fenomenología en arquitectura es el estudio de cómo las personas experimentan y viven los espacios, no solo cómo los ven o los usan (Soto, 2025). Se trata de comprender la experiencia humana desde dentro: qué significa sentirse en un lugar, cómo el espacio afecta las emociones, la memoria y el sentido de existencia. En lugar de preguntar "¿qué es este edificio?", la fenomenología pregunta "¿cómo se siente estar en este edificio?" y "¿qué experiencia temporal, emocional y corporal produce?

Para los cuidados paliativos, la fenomenología es fundamental porque el paciente terminal vive el espacio de manera intensamente vulnerable: el entorno puede agravar el sufrimiento o, por el contrario, puede brindar consuelo, serenidad y dignidad.

Autonomía, privacidad y unidad del cuidado: materializando el refugio en el tiempo

Habiendo conceptualizado el espacio paliativo como refugio en el tiempo –integrando las dimensiones físicas (*shelter*) y temporales (*shelter in time*)–, es necesario profundizar en uno de los aspectos más críticos para la dignidad del paciente terminal: la autonomía, la privacidad y el espacio personal. Estos conceptos no son meramente funcionales, sino que constituyen dimensiones existenciales que permiten al paciente "habitar con dignidad" los momentos finales, tal como se planteó en la pregunta de investigación.

La conexión con el concepto de refugio es directa: un refugio que no garantiza autonomía y privacidad no cumple su función esencial. El refugio en el tiempo, para ser efectivo, debe ofrecer al paciente control sobre su entorno, espacio para la intimidad y posibilidad de personalización. Sin estos elementos, el espacio se convierte en un contenedor vacío, desprovisto de la capacidad de "alojar" la experiencia temporal del paciente (McLaughlan, 2024).

Autonomía: el control del entorno como dimensión de dignidad

La autonomía en cuidados paliativos se define como la capacidad del paciente de ejercer control sobre su entorno físico y temporal, incluyendo la posibilidad de regular luz, temperatura, ventilación, entretenimiento y sistemas de llamada. Esta dimensión no es solo práctica, sino existencial: representa la última afirmación de la identidad del paciente frente a la pérdida progresiva de control que caracteriza la enfermedad terminal (Eshelman et al., 2013).

Principios de diseño para la autonomía:

- *Control ambiental personal*: cada habitación debe permitir al paciente regular iluminación, temperatura, ventilación y sistemas de comunicación, con controles accesibles en el puesto de cama (McLaughlan & Richards, 2023).
- *Espacios personalizables*: minimizar decoraciones permanentes para promover la personalización con fotos familiares, objetos personales y pertenencias significativas (Johnson, 2023).
- *Autonomía de elección:* el diseño debe permitir al paciente elegir entre diferentes tipos de espacios (público vs. privado, social vs. solitario) según sus necesidades cambiantes (Verderber y Refuerzo, 2020).

Este concepto se articula como la "última agencia": la capacidad del paciente de ejercer decisiones sobre su entorno representa la última forma de agencia antes de la pérdida total de control físico.

Privacidad: dimensiones físicas, psico-sociales y morales

La privacidad en cuidados paliativos no se limita al aislamiento físico. Se manifiesta en

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

tres dimensiones interconectadas (Irish Hospice Foundation, 2014) (cuadro 1).

La evidencia muestra que la necesidad de privacidad aumenta progresivamente con la gravedad de la enfermedad: mientras en etapas tempranas el paciente puede tolerar espacios compartidos, en la fase terminal la privacidad se convierte en condición indispensable para la dignidad (Street & Love, 2005).

Principios de diseño para la privacidad:

- *Habitaciones individuales*: el ideal es proporcionar habitaciones de ocupación única con puertas con acceso controlado/cerraduras (Worpole, 2024).
- *Espacios privados seccionados*: si no es posible ofrecer habitaciones individuales, crear áreas privadas mediante pantallas móviles (McLaughlan & Richards, 2023).
- *Baños privados*: cada habitación debe tener baño privado para garantizar dignidad (Irish Hospice Foundation, 2014).

Este concepto se articula como el "escudo de dignidad": la privacidad no es solo un derecho, sino un mecanismo de protección que permite al paciente mantener su identidad frente a la vulnerabilidad extrema.

Unidad del cuidado: paciente y familia como entidad indivisible

Uno de los principios fundamentales de los cuidados paliativos es que el paciente y la familia constituyen una unidad de cuidado indivisible. Esta perspectiva transforma radicalmente el diseño arquitectónico: el espacio no debe diseñarse solo para el paciente, sino para la relación paciente-familia como entidad central (Irish Hospice Foundation, 2014).

Principios de diseño para la unidad del cuidado:

- *Espacios familiares dedicados*: todas las áreas clínicas deben tener un salón familiar dedicado dentro o cerca de la habitación del paciente, con alojamiento nocturno (Verderber y Refuerzo, 2020).
- *Cocina y áreas de vida*: el salón familiar debe incluir una kitchenette para permitir la continuidad de rutinas domésticas (Worpole, 2024).
- *Integración espacial*: la habitación debe facilitar la interacción con la familia sin sacrificar la privacidad del paciente (Irish Hospice Foundation, 2014).

Este concepto se articula como la "arquitectura relacional": el diseño debe centrarse en la relación entre paciente y familia. El espacio debe ser un "tercer cuerpo" que media y facilita la conexión emocional (Wong et al., 2023).

La habitación de cuidados paliativos: del espacio clínico al espacio de vida

La habitación de cuidados paliativos representa la transformación más radical del diseño hospitalario: de un espacio clínico, estéril y funcional, a un espacio de vida que permite la continuidad de la existencia personal. Esta transformación se basa en el concepto de homeliness (sensación de hogar), pero con una distinción crítica: no se busca imitar una casa doméstica, sino crear un espacio que permita

Cuadro 1. Dimensiones físicas, psico-sociales y morales.

Dimensión	Descripción	Ejemplo en diseño
Física	Aislamiento del sonido, vista y presencia de otros	Habitaciones individuales con puertas con acceso controlado / cerraduras
Psico-social	Protección de la intimidad emocional y relacional	Espacios para conversaciones privadas con familia
Moral	Respeto a la dignidad y valores del paciente	Baños privados, posibilidad de rituales religiosos

Fuente: Irish Hospice Foundation, 2014.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

la personalización y la continuidad de la identidad (Johnson, 2023) (cuadro 2).

Este concepto se articula como la "extensión de la identidad": el espacio no es solo un contenedor físico, sino una extensión de la identidad del paciente (Eshelman et al., 2013).

Mobiliario que sostiene: el confort como acto de compasión

El mobiliario en cuidados paliativos trasciende su función utilitaria para convertirse en una extensión simpatética del yo. Una silla no es solo un objeto funcional; debe ser un lugar donde una persona agotada pueda "hundirse" y sentirse sostenida físicamente cuando ya no tiene energía para mantenerse erguida. Esta dimensión del confort reconoce la vulnerabilidad corporal del paciente terminal y transforma el objeto arquitectónico en un acto de compasión materializada (Worpole, 2024).

Arquitectura paliativa: el entorno como terapia

Un concepto emergente en la literatura especializada es que el espacio físico actúa como un agente terapéutico complementario, constituyendo una dimensión intrínseca del cuidado paliativo integral (Verderber y Refuerzo, 2020; Worpole, 2024). Los centros de cuidados paliativos se definen arquitectónicamente por elementos que priorizan el confort emocional, la conexión humana y la sanación integral, trascendiendo la funcionalidad clínica pura.

Factores clave de diseño

1. Iluminación natural y relación con la naturaleza

La iluminación natural abundante, la ventilación al aire libre y la materialidad variada generan paz y bienestar, reduciendo el estrés mediante estímulos agradables (McLaughlan & Richards, 2023). La relación con la naturaleza se concreta mediante jardines terapéuticos, patios interiores y vistas exteriores que reducen el estrés y promueven calma.

Las ventanas grandes que llegan hasta el suelo permiten que un paciente postrado mantenga conexión visual con el horizonte y la luz del día, reduciendo la sensación de confinamiento y ayudando psicológicamente a aliviar la disnea (Worpole, 2024). Incluso en entornos de cuidados intensivos, el acceso a terrazas o pabellones en azoteas permite que el paciente sienta aire fresco y sol, elementos que ayudan a "reajustar" la persona después de haber sido "arrancada de su realidad" por la institucionalización hospitalaria.

Cuadro 2. Elementos claves de la habitación.

Elemento	Función
Habitación individual	Privacidad total, control ambiental
Baño privado	Dignidad, intimidad moral
Salón familiar	Unidad del cuidado, alojamiento nocturno
Cocina/kitchenette	Continuidad de rutinas, normalidad
Control ambiental personal	Autonomía, última agencia
Personalización (fotos, objetos)	Identidad, memoria
Vistas al exterior	Continuidad temporal, conexión con naturaleza

Fuente: Johnson, 2023.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

2. La luz como regulador del cuerpo y del ánimo

La luz natural constituye la herramienta más poderosa para "alojar en el tiempo" al sincronizar los ritmos circadianos del paciente, crítico en estados de delirio o desorientación (Verderber y Refuerzo, 2020). El diseño debe priorizar la luz azul matutina para estimular la producción de serotonina, mitigando dolor y depresión, y la transición hacia luces cálidas por la tarde para favorecer la relajación. Esta sincronización biológica es fundamental para mantener la continuidad temporal y la regulación emocional del paciente.

3. Control ambiental y sostenibilidad

Elementos ajustables cerca de la cama –luces, termostatos, ventilación– potencian la autonomía personal y la "última estancia" del paciente (Eshelman et al., 2013). La sostenibilidad y seguridad incluyen materiales duraderos, espacios interiores ergonómicos y zonas recreativas para familias y personal. Además, elementos como el sonido del agua en movimiento en un jardín de curación pueden enmascarar los pitidos clínicos de los equipos médicos, transformando la atmósfera de estrés en una de calma (Worpole, 2024).

Conexión conceptual: materialización del refugio en el tiempo

Los conceptos de autonomía, privacidad y unidad del cuidado no son independientes del concepto de refugio en el tiempo, sino que lo materializan concretamente (cuadro 3).

Esta integración conceptual confirma que los principios de diseño no son elementos aislados, sino componentes sistémicos que materializan el concepto de refugio en el tiempo en la experiencia concreta del paciente y su familia.

Algunos precedentes internacionales recientes

Los tres precedentes analizados –Refuge II (Wim Goes Architectuur, Bélgica, 2014), Emily's House Children's Hospice (Hilditch Architect Inc., Canadá, 2013) y el Centro de Cuidados Paliativos para Niños Julia (CTYRSTEN, República Checa, 2024)– fueron seleccionados deliberadamente por su representatividad en distintas escalas constructivas y por su capacidad para ilustrar la aplicabilidad del marco arquitectónico propuesto en contextos de diversa magnitud. La elección no obedeció a la especialidad clínica de cada proyecto, sino a su tamaño y configuración espacial (escala por área): la es-

Cuadro 3. Conexión conceptual: materialización del refugio en el tiempo.

Refugio en el tiempo (concepto)	Autonomía, privacidad, unidad (materialización)
Continuidad temporal	Ritmos estacionales, personalización, rutinas familiares
Control sobre el entorno	Controles ambientales personales, autonomía de elección
Intimidad y dignidad	Habitaciones individuales, baños privados, escudo de dignidad
Conexión con la familia	Salón familiar, kitchenette, arquitectura relacional
Significado existencial	Espacios de reminiscencia, personalización, extensión de identidad

Fuente: Worpole, 2024.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

cala doméstica (intervenciones en entornos residenciales o domésticos adaptados), la escala de equipamiento comunitario (mediana escala con carácter público o semipúblico) y la escala de centro especializado (mayor en complejidad y área construida). Este criterio permitió contrastar cómo los mismos principios –concepto del refugio, materialización del *refugio en el tiempo* y entorno como terapia– se traducen en soluciones concretas según la dimensión física del proyecto.

Cada caso aporta evidencias distintas pero complementarias. **Refuge II** expone estrategias de diseño paliativo a pequeña escala: adaptabilidad espacial, participación de la comunidad y tactilidad doméstica que facilitan respuestas inmediatas y flexibles a necesidades emocionales y prácticas. **Emily's House** ilustra la operación a escala intermedia: la reconversión patrimonial como estrategia para integrar infraestructura clínica más sofisticada sin perder una atmósfera doméstica y lúdica que protege la intimidad familiar. El **Centro Julia**, en su condición de centro especializado, muestra cómo la mayor área y complejidad permiten institucionalizar espacios rituales, articular recorridos terapéuticos con el paisaje y ofrecer configuraciones de privacidad y control ambiental más avanzadas.

Tomados en conjunto, estos proyectos permiten una evaluación comparativa de la emergencia, consolidación y mantenimiento del "refugio en el tiempo" en distintas escalas constructivas. Aunque dos de los casos son pediátricos, los principios de hogaridad (*homeliness*) y control ambiental que allí se implementan representan los más avanzados del sector y, por consiguiente, constituyen un parámetro de referencia óptimo para centros de cuidados paliativos para adultos. Al enfocarnos en la escala por área se hizo posible identificar patrones recurrentes y diferencias significativas en la implantación de tecnologías de soporte, controles ambientales, estrategias de privacidad y mecanismos participativos. En suma, la selección basada en la escala constructiva confirma empíricamente que los principios del marco teórico son transferibles y adaptables: varían en forma, pero se mantienen coherentes en función del tamaño y la complejidad del proyecto, lo que valida las observaciones y recomendaciones formuladas en este artículo.

Proyecto 1: Refuge II / Firma de Arquitectura: Wim Goes Architectuur. Belgica (2014).

La firma de arquitectura desarrolló Refuge II como intervención temporal para adaptar la vivienda de un paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), respondiendo a la urgencia impuesta por la progresión acelerada de la enfermedad. El proyecto reutilizó un corredor de concreto existente por su potencial de adaptabilidad y articuló un programa sin barreras que garantizara movilidad y seguridad, incorporando simultáneamente el concepto de "accesibilidad mental" para promover pertenencia, esperanza y participación comunitaria frente a la incurabilidad. Metodológicamente, se combinó el uso de materiales como paja y barro no solo por técnica, sino como motor de participación comunitaria, ayudando, a través del diseño y la construcción, a mitigar el aislamiento social del "dolor total", complementando de igual forma con sistemas técnicos profesionales (calefacción y ventilación con recuperación de calor, domótica para control ambiental). La ejecución involucró a más de cien amigos y familiares, lo que generó una retroalimentación emocional y práctica: los participantes reconocieron su aporte, incorporaron memorias al lugar y fortalecieron redes de cuidado, transformando el foco desde la enfermedad hacia la vida y el futuro. El proyecto evidencia cómo el diseño paliativo puede articular funcionalidad, simbolismo y participación para dignificar la experiencia del final de la vida (imágenes 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9).

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Imagen 3. Planta habitación Refuge II

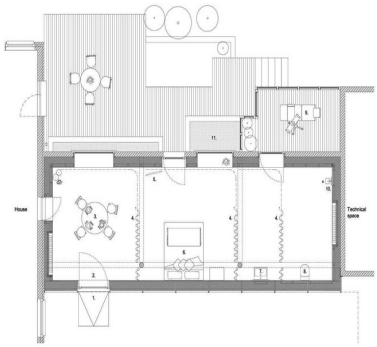


Imagen 4. Sección Habitación Refuge II

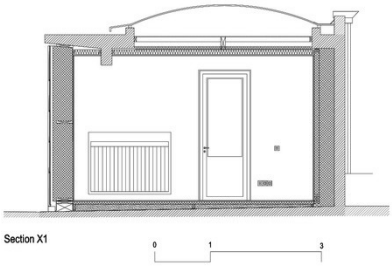
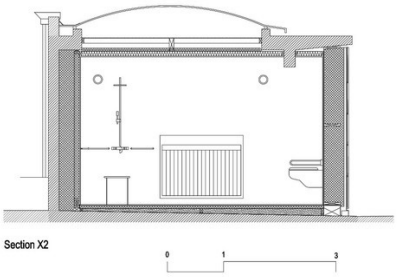


Imagen 5. Sección baño Refuge II



Fuente: Tomada de www.archdaily.com (acceso el 19 de mayo 2026).

Imagen 6. Escala domestica: fachada de Refuge II



Fuente: www.archdaily.com (acceso el 15 de mayo 2026). Fotografía: Filip Dujardin.

Imagen 7. Refuge II Habitación sin barreras que garantiza movilidad



Imagen 8. Refuge II. Habitación con mobiliario sin barreras que garantiza movilidad



Imagen 9. Refuge II. Sala/ comedor con vista al exterior



Fuente: www.archdaily.com (acceso el 15 de mayo 2026). Fotografía: Filip Dujardin.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Proyecto 2: Emily's House Children's Hospice / Firma de arquitectura: Hilditch Architect Inc. Toronto, Canadá (2013)

Emily's House Children's Hospice, primer centro de cuidados paliativos infantiles en Toronto (2013), es una residencia de 1200 m² con 10 camas que atiende niños con enfermedades terminales (cáncer, VIH/SIDA) y ofrece opciones de respiro y elección de entorno para la atención médica y de relevo. El proyecto articula la restauración patrimonial de la casa del Gobernador de la Cárcel del Río Don (1888), abandonada por una década, con una ampliación integrada en un parque público emergente en Bridgepoint. La arquitectura genera un ambiente hogareño y lúdico para niños y familias, sin renunciar a una infraestructura de soporte sofisticada: oxígeno y aire medicinal canalizados, grúas de techo y un sistema integrado de llamada de enfermería. La adaptación del edificio histórico para uso residencial, mientras la antigua caseta de entrada fue reconvertida en oficinas del Centro Philip Aziz. El resultado evidencia que la integración de patrimonio, entorno natural y tecnología clínica puede sostener la dignidad, el confort y el acompañamiento integral en cuidados paliativos pediátricos (imágenes 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16).

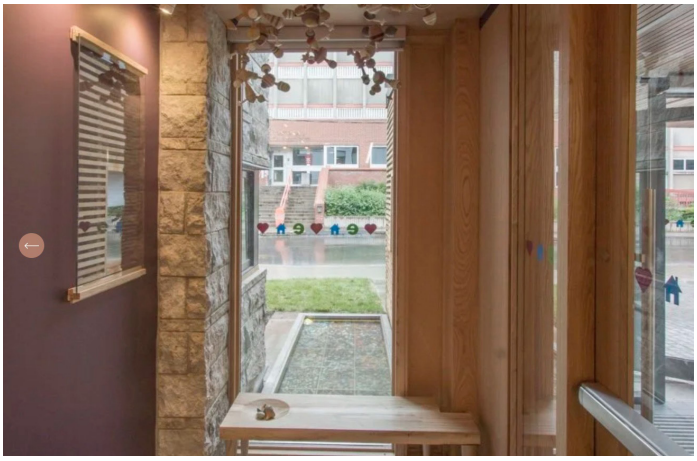
Imagen 10. Emily's House Children's Hospice



Escala de equipamiento comunitario: edificación existente con ampliación de una estructura patrimonial, ejemplificando una atmósfera cercana y doméstica para el paciente y familiares.

Fuente: https://www.hilditch-architect.com/float-house-2-2 (acceso el 05 de junio 2026). Fotografía: Philip Aziz Centre Inc.

Imagen 11. Emily's House Children's Hospice



Vestíbulo con ventanal de piso a techo que permite respiro desde la casa al exterior

Imagen 12. Emily's House Children's Hospice



Sala familiar con cielos rasos altos, puerta de vidrio de piso a techo con amplia vista al exterior

Fuente: https://www.hilditch-architect.com/float-house-2-2 (acceso el 05 de junio 2026). Fotografía: Philip Aziz Centre Inc.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Imagen 13. Emily's House Children's Hospice



Habitación con mobiliario colorido. No posee paneles de cabecera hospitalarios, un claro ejemplo de cómo la tecnología clínica (gases medicinales) puede integrarse sin romper la atmósfera "hogareña y lúdica", manteniendo la dignidad sin parecer un entorno hospitalario frío.

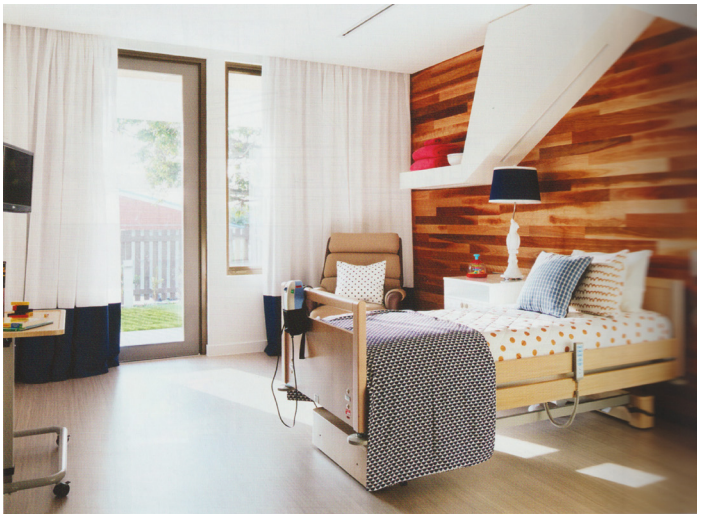
Imagen 14. Emily's House Children's Hospice



Habitación con ornamentos tradicionales, cielos rasos altos e iluminación natural

Fuente: https://www.hilditch-architect.com/float-house-2-2 (acceso el 05 de junio 2026). Fotografía: Philip Aziz Centre Inc.

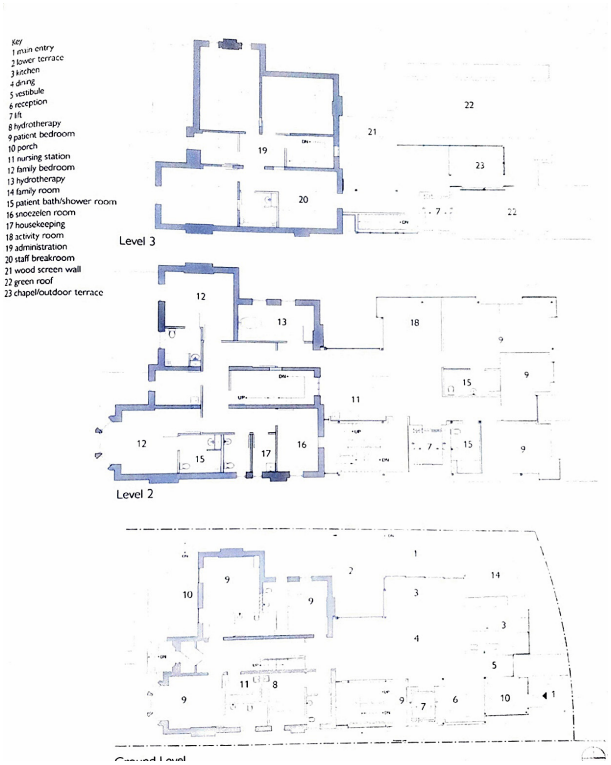
Imagen 15. Emily's House Children's Hospice



Habitación con acabado de madera en pared con ventanal de piso a techo con vista a patio exterior contribuyendo al vocabulario domestico de habitaciones para pacientes.

Fuente: Verderber y Refuerzo, 2020, p. 308

Imagen 16. Emily's House Children's Hospice



Hospicio con tres niveles de atención. Nivel 1: Habitaciones y áreas compartidas y Nivel 2 y 3: Personal y servicios de apoyo.

Fuente: Verderber y Refuerzo, 2020, p. 311

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Proyecto 3: Centro de cuidados paliativos para niños Julia /Firma de arquitectura: CTYRSTEN. Brno-sever, República Checa (2024)

La Casa de Cuidados Paliativos para niños Julia es un ejemplo contundente de cómo el programa funcional y la respuesta espacial demuestran empíricamente la viabilidad de proyectos paliativos orientados a la dignidad, el confort ambiental y el acompañamiento integral. La disposición de las habitaciones con terrazas privadas, la proximidad de la estación de enfermería, el control del entorno y la autonomía concedida a las familias articulan un refugio tanto funcional como humano. Además, el centro Julia aporta conceptos distintivos: un "apartamento para las últimas despedidas" y un "atrio conmemorativo" que destacan la dimensión espiritual del espacio emocional –un refugio en el tiempo señalado en la investigación–. La orientación hacia un patio-jardín con árboles maduros y un estanque, junto con una pasarela en la azotea que conduce a un espacio de meditación accesible día y noche, garantiza el contacto continuo con la naturaleza, favorece la regulación emocional y facilita la búsqueda de sentido (imágenes 17, 18, 19, 20, 21 y 22).

De este modo, la arquitectura institucionaliza el adiós privado como acto ritual y desplaza el foco desde la enfermedad hacia la aceptación y la armonía, confirmando que el diseño puede sostener al mismo tiempo la "última estancia" y un cuidado integral en contextos pediátricos terminales.

Imagen 17. Centro de cuidados paliativos para niños Julia



Escala de centro especializado: edificación con amplia relación con el exterior y el paisaje natural, con una escala de mayor emplazamiento

Fuente: www.archdaily.com (acceso el 05 de junio 2026). Fotografía: Alex fotografía edificios.

Imagen 18. Centro de cuidados paliativos para niños Julia



Habitación pediátrica con mobiliario doméstico con acceso a patios internos a través de ventanales de piso a techo

Imagen 19. Centro de cuidados paliativos para niños Julia



Espacios de recreación que permiten a los pacientes pediátricos compartir en espacios lúdicos y resguardados.

Fuente: www.archdaily.com (acceso el 05 de junio 2026). Fotografía: Alex fotografía edificios.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Imagen 20. Centro de cuidados paliativos para niños Julia



Espacios de recreación compartido con amplias vistas al exterior con ventanales de piso a techo

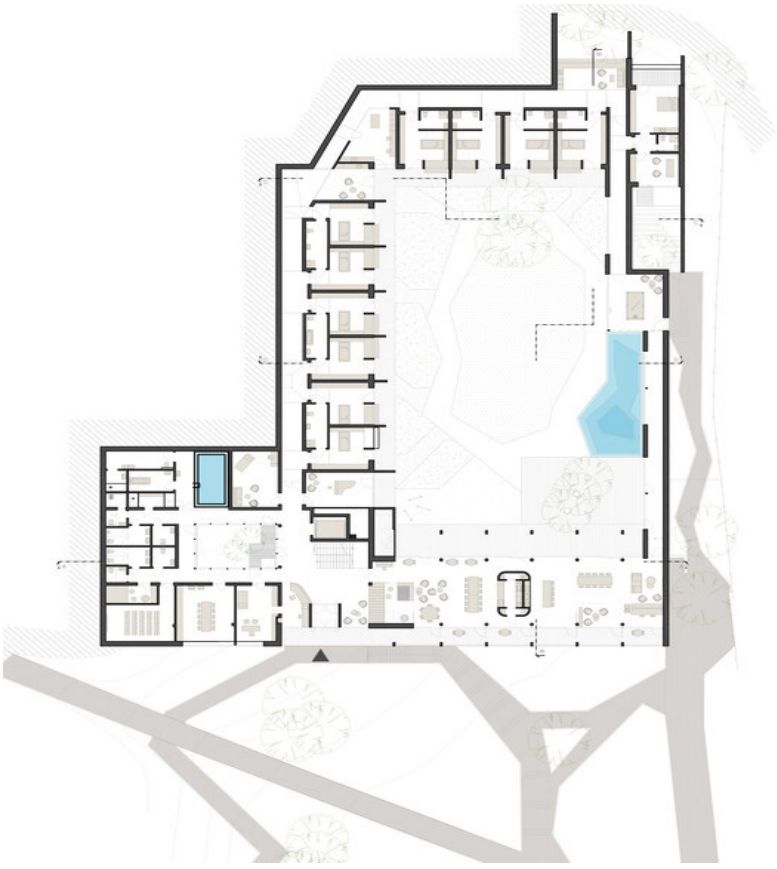
Imagen 21. Centro de cuidados paliativos para niños Julia



Espacios de apoyo y servicio para familiares y pacientes con áreas de contemplación al exterior

Fuente: www.archdaily.com (acceso el 05 de junio 2026). Fotografía: Alex fotografía edificios.

Imagen 22. Centro de cuidados paliativos para niños Julia
Plano conjunto de la edificación



Fuente: www.archdaily.com (acceso el 19 de mayo 2026).

Hallazgos clave:

1. Materialización del *refugio en el tiempo*

El análisis transversal de la literatura de Verderber y Refuerzo (2020) y Worpole (2024) con los tres casos de estudio construidos revela que la autonomía (última estancia), la privacidad (escudo de dignidad) y la unidad del cuidado (arquitectura relacional) no son conceptos abstractos, sino principios de diseño que se materializan sistemáticamente en elementos arquitectónicos específicos: habitaciones individuales con baños privados (presentes en Refuge II, Emily's House y Julia), salones familiares con kitchenette y alojamiento nocturno (Emily's House, Julia), controles ambientales personales accesibles desde el puesto de cama (todos los casos), y espacios personalizables con decoraciones mínimas permanentes (Refuge II, Julia). Esta correlación entre teoría y práctica confirma la materialización del marco conceptual.

2. Trascendencia de la funcionalidad clínica

La comparación entre los precedentes analizados y los principios descritos por Worpole (2024) sobre diseño contemporáneo de hospi-

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

cios demuestra que la arquitectura paliativa exitosa prioriza el confort emocional, la conexión humana y la sanación integral sobre la eficiencia operativa tradicional. Los tres casos evidencian que el espacio deja de ser contenedor neutro para convertirse en agente activo que mitiga el dolor total: Refuge II integra adaptabilidad doméstica, Emily's House reconvierte patrimonio con atmósfera lúdica, y Julia institucionaliza espacios rituales. Este patrón recurrente valida que el diseño transforma el espacio en lugar significativo que brinde consuelo, serenidad y apoyo a la dimensión existencial.

3. Entorno como analgesia no farmacológica

La integración de los conceptos de entorno como terapia de Verderber y Refuerzo (2020) con la observación empírica de los casos construidos confirma que la luz natural (sincronización de ritmos circadianos en Emily's House y Julia), la conexión con la naturaleza (jardines terapéuticos en Refuge II, patios con árboles maduros y piscina en Julia), el control ambiental personal (presente en todos los casos) y la materialidad compasiva (mobiliario que sostiene físicamente al paciente) constituyen intervenciones arquitectónicas con impacto terapéutico real en la reducción del dolor total persistente. Esta relación teoría-observación establece el entorno como componente activo del cuidado.

4. Fenomenología del espacio en el diseño paliativo

El cruce entre la perspectiva fenomenológica implícita en la literatura analizada y la observación de cómo los tres casos responden a la experiencia interior del paciente terminal revela que entender la vivencia espacial –no solo la percepción o utilización– permite crear entornos que reconocen la extrema vulnerabilidad y atienden las alteraciones en la percepción del tiempo (momentos breves que se siente intensamente prolongados). Refuge II, Emily's House y Julia replican esta respuesta mediante escalas domésticas, ritmos espaciales pausados y espacios de meditación accesibles, validando que la fenomenología es condición necesaria, no opcional, en el diseño paliativo.

Conclusiones

La investigación muestra que la arquitectura para cuidados paliativos debe superar el paradigma de la mera eficiencia clínica y constituirse en un dispositivo de contención existencial. Al integrar deliberadamente las dimensiones físicas y temporales del refugio, el espacio deja de ser un contenedor neutro para convertirse en un agente activo que atenúa el dolor total en sus dimensiones física, emocional y espiritual. Los precedentes estudiados respaldan la viabilidad de este enfoque en distintas escalas: desde la adaptabilidad doméstica y participativa de Refuge II, hasta la integración tecnológico patrimonial de Emily's House y la institucionalización de espacios rituales en el Centro de Cuidados Paliativos para Niños Julia.

Estos casos evidencian que el diseño puede sostener la "última estancia" mediante controles ambientales individuales y una espacialidad que favorece la relación entre la persona enferma y su familia. Concebido como refugio en el tiempo, un centro paliativo actúa como extensión de la identidad y forma de compasión materializada: la luz, la naturaleza y la privacidad funcionan como un "escudo de dignidad" frente a la finitud. Este marco conceptual ofrece a arquitectos e investigadores una base sólida para transformar la infraestructura sanitaria en entornos que reconozcan, validen y acompañen la experiencia humana en el final de la vida.

Aporte al campo

Este estudio contribuye al campo de la arquitectura paliativa –área con escasa exploración académica y limitada bibliografía– mediante la construcción de un marco conceptual

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

que articula sistemáticamente las dimensiones duales del refugio (física y temporal), la unidad del cuidado y el entorno como terapia. El marco propone principios de diseño fundamentados teóricamente y validados empíricamente mediante análisis comparativo de tres casos internacionales construidos en distintas escalas constructivas. Esta validación indirecta confirma la transferibilidad de los principios arquitectónicos a diferentes magnitudes de proyecto, superando las limitaciones derivadas de la escasez de estudios empíricos. El trabajo proporciona a arquitectos e investigadores una base conceptual para transformar la infraestructura sanitaria en entornos que reconocen y acompañan la experiencia humana en el umbral de la vida.

Recomendaciones para la práctica

Los arquitectos y diseñadores de espacios de salud deben:

- Priorizar habitaciones individuales con baños privados e instrumentar controles ambientales personales accesibles desde el puesto de cama, permitiendo que el paciente regule luz, temperatura y ventilación.
- Incorporar salones familiares con kitchenette y alojamiento nocturno, facilitando la presencia continua de la familia como parte del cuidado integral.
- Diseñar ventanas amplias que lleguen al suelo para conexión visual con el horizonte, e integrar jardines terapéuticos, patios interiores y vistas exteriores que garantizan contacto continuo con la naturaleza.
- Utilizar materialidad cálida (madera, texturas naturales) y mobiliario que sostenga físicamente al paciente, transmitiendo hogaridad (*homeliness*) y evocando ambientes domésticos.
- Minimizar decoraciones permanentes para permitir la personalización con objetos significativos, fotografías y elementos que refuercen la identidad del paciente.
- Institucionalizar espacios para prácticas rituales (atrios conmemorativos, salas de despedida, espacios de meditación accesibles día y noche) que institucionalicen el adiós privado como acto ritual.
- Aplicar estos principios según la escala constructiva del proyecto, adaptando su manifestación formal, pero manteniendo coherencia con los tres ejes conceptuales: refugio físico-temporal, unidad del cuidado y entorno como terapia.

Limitaciones del estudio

A pesar de la solidez del marco conceptual propuesto, es imperativo reconocer las fronteras de esta investigación. Al tratarse de un estudio de carácter exploratorio y cualitativo fundamentado en una revisión sistemática, los hallazgos están sujetos a las limitaciones propias de la escasez de literatura empírica en el campo de la arquitectura paliativa.

En primer lugar, los precedentes analizados representan centros de excelencia en contextos de altos ingresos (Bélgica, Canadá y República Checa), cuyas realidades normativas, presupuestarias y culturales difieren significativamente de entornos con infraestructuras sanitarias más rígidas o recursos limitados, como los observados frecuentemente en el contexto latinoamericano.

En segundo lugar, la selección de casos incluyó mayoritariamente centros de orientación pediátrica. Si bien los principios de "hogaridad" y control ambiental identificados son transferibles, la validación de este marco en centros exclusivos para adultos podría revelar matices diferenciados en la gestión de la autonomía y la privacidad moral del paciente.

Reconocer estas brechas no debilita la tesis del "refugio en el tiempo", sino que la sitúa en una realidad operativa compleja, subrayando la necesidad de validaciones locales y estudios de impacto clínico directo.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

Líneas futuras de investigación

Se requiere investigación empírica que cuantifique el impacto terapéutico de intervenciones arquitectónicas específicas en la reducción del dolor total persistente, particularmente en relación con los principios de refugio en el tiempo identificados en este estudio. Asimismo, son necesarios estudios comparativos entre centros paliativos diseñados bajo el paradigma de refugio en el tiempo –que prioriza la dimensión existencial, la privacidad y el entorno como terapia– versus el paradigma tradicional de megahospital, centrado en la eficiencia clínica. Estas investigaciones podrían evaluar indicadores objetivos (tiempos de estancia, uso de medicación analgésica, satisfacción familiar) y subjetivos (percepción de confort, regulación emocional, búsqueda de sentido) para validar empíricamente la transferencia del marco conceptual propuesto a distintas escalas y contextos geográficos.

Referencias bibliográficas

Avatar Home Health (2022, febrero 22) *Los orígenes de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.* https://avatarhomehealth.com/es/2022/02/22/the-origins-of-home-health-hospice-care/

Ellingsen, P.; Roxberg, A.; Kristoffersen, K. y Rosland, J.H. (2013) Being in transit and in transition The experience of time at the place, when living with severe incurable disease - a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* vol. 28 (3): 458-468. https://doi.org/10.1111/scs.12067

Eshelman, P.; Zadeh, R.; Setla, J. y Krieger, A. (2013) *Designing End-of-Life Care Settings to Enhance Quality of Life*. Cornell University Report. Facility guidelines institute.

Irish Hospice Foundation (2014). *Design & Dignity: Transforming End-of-Life Care in Hospitals One Room at a Time*. Style Book. https://hdl.handle.net/10147/647140

Johnson M. (2023). *Exploring 'the domestic' in contemporary hospice architecture: a critical examination of the architecture and design of in-patient palliative care facilities in England.* NHS Health Research Authority. https://www.hra.nhs.uk/

Kings College Hospital (2026, mayo 15). Dame Cicely Saunders: A palliative care pioneer. *https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about-us/cicely-saunders.*

McLaughlan, R. & Richards, K. (2023). Realizing homeliness in palliative care: inpatient and family perspectives on designing the built environment. *Design for Health,* vol 7 (2):138-157. https://doi.org/10.1080/24735132.2023.2228599

McLaughlan, R. (2024). Expectation, emotion, and the built environment: experiences of occupying hospital spaces as a loved one nears the end of life. *BMJ Medical Humanities*, vol. 51: 86-95. https://mh.bmj.com/content/medhum/51/1/86.full.pdf

Mejia, A (s.f.). *El movimiento hospice y los cuidados paliativos modernos*. Hacia el final de la vida. https://www.hacia-el-final-de-la-vida.es/antropologia-de-la-muerte/el-movimiento-hospice-y-los-cuidados-paliativos-modernos/

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03

OMS- Organización Mundial de la Salud (2014). Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 67ª Asamblea mundial de la salud (4 de abril 2014). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-sp.pdf

Sagha, R.; Eshelman, P.; Seta, J.; Kennedy, L.; Hon E y Basara, A. (2018). Environmental design for end-of-life care: An integrative review on improving quality of life and managing symptoms for patients in institutional settings. *Journal of Pain and Symptom Management,* vol. 55, (3): 1018-1034. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011

Soto, C. (2025, julio 28) "La Fenomenología Arquitectónica de Juhani Pallasmaa: sensibilidad, cuerpo y experiencia en la configuración de la habitabilidad del Espacio", *Reflexiones Marginales*. https://reflexionesmarginales.com/blog/2025/07/28/la-fenomenologia-arquitectonica-de-juhani-pallasmaa-sensibilidad-cuerpo-y-experiencia-en-la-configuracion-de-la-habitabilidad-del-espacio/

Street, A. F. & Love A. (2005). Dimensions of privacy in palliative care: views of health professionals. *Social Science & Medicine*, vol. 60 (8):1795-1804. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.021

Verderber, S. (2026). On the Prospect of a Maggie's Centre for North America. *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 19 (2): 119-128.

Verderber, S., y Refuerzo, B. J. (2020). *Innovation in hospice architecture*. Routledge.

Vidal, M. y Torres, L. (2006). *In memoriam* Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor,* vol. 13, nº3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001

Wang, H.; Zhang, L. y Zhou, Y. (2024). Rest-in-Peace: Research on the Architectural Types and Design Ideas to Guide Design of Hospice Care Building. *PubMed Central*/National Library of Medicine. *INQUIRY, The Journal of Health Care,* vol. 61: 1-12. https://doi.org/10.1177/00469580241249435.

Wong, K.; McLaughlan, R.; Collins, A. y Philip, J. (2023, diciembre 31). Designing the physical environment for inpatient palliative care: a narrative review. *BMJ Support Palliat Care*, vol. 13 (1): 45-51. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34972689/

Worpole, K. (2024). Modern Hospice Design: the architecture of palliative and social care. Routledge.

DOI: https://doi.org/10.37883/TyC.2026.38.2.03