

Potencial del espacio público como facilitador de bienestar y salud mental

Potential of Public Space to Facilitate Well-Being and Mental Health

Mauricio Leandro-Rojas

Universidad de Costa Rica

Resumen

A partir de la discusión crítica del abordaje tradicionalmente patogénico en salud mental, este trabajo discute la posibilidad de considerar al espacio público como un elemento facilitador del bienestar y de la salud mental. El artículo contextualiza algunas de las principales críticas a los modelos tradicionales de atención de la enfermedad y de la enfermedad mental en particular con énfasis en el consumo de medicamentos. Se definen los conceptos de bienestar hedónico y eudaimónico y de espacio público. Presenta las características del espacio público que favorecen el bienestar, como diversidad, accesibilidad y vida activa, el contexto de algunos hallazgos recientes del equipo de investigación en bienestar de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Enfatiza en el factor de la movilidad activa como disparador de conductas saludables en un espacio público vibrante y diverso, un tanto diferente al que se ha favorecido en muchas comunidades costarricenses. Concluye que el espacio público favorece la flexibilidad, la sensibilidad por el dolor ajeno, la curiosidad, la atención interesada, la apertura a situaciones novedosas, las habilidades para postergar gratificación y un contexto seguro para utilizar el potencial y la energía personales.

Palabras clave: bienestar, salud mental, espacio público, cohesión social, vida activa

Abstract

Based on a critical perspective of traditional, pathogenic approaches to mental health this article discusses the possibility of public spaces as facilitators of well-being and mental health. The article contextualizes some of the flaws of traditional approaches to mental health with its emphasis on drug prescription and consumption. A contextualization of hedonic and eudaemonic well-being along with the concept of public space are described. Key characteristics for public space that prompt well-being such as diversity, accessibility, and active living are described in the context of recent findings from a research team on well-being at the School of Psychology, *Universidad de Costa Rica*. The paper emphasizes active mobility as triggering healthy behaviors within the framework of a vibrant and diverse public space, somewhat different from what has happened in many communities in Costa Rica. It concludes that public spaces stimulate flexibility, empathy, curiosity, focused attention, openness to novel experiences, skills for delaying gratification, and a safe framework for expressing personal energy and individual potential.

Keywords: Well-Being, Mental Health, Public Space, Social Cohesion, Active Living

Mauricio Leandro-Rojas, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Mauricio Leandro-Rojas, dirección electrónica: mauricio.leandro@ucr.ac.cr

El autor desea expresar su agradecimiento al Equipo de Investigación en Bienestar de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y, en particular, a las psicólogas María José Rodríguez-Terán, Jessica Quirós-Loría, Massiel Arroyo-Sibaja y Verónica Ovares-Fallas y al psicólogo Álvaro Campos-Miranda por sus valiosos aportes de datos y sus comentarios enriquecedores a este artículo.

Más allá de la enfermedad mental

La preocupación por la salud, tanto a nivel de población general como de las personas que toman decisiones, tradicionalmente se confina a atender la enfermedad. Los sistemas de salud apuestan al tratamiento de enfermedades como la principal medida efectiva para preservar la salud de las personas.

Los medicamentos, principal herramienta de la mayoría de tratamientos actuales, representan un costo inmenso para los servicios de salud. En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) gastó en el año 2011 aproximadamente doscientos millones de dólares solamente en la compra de medicamentos, lo cual representó para ese año casi un 10% del presupuesto de la institución (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012). Pero, el costo real de los medicamentos es aún mayor a los datos aportados por la CCSS. Se estima que a nivel mundial ocho de cada diez pacientes no leen la etiqueta de los fármacos, ignorando lo que contienen, los efectos secundarios y riesgos de mezclarlos con otros tratamientos o al modificar antojadizamente la dosificación (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004). En Costa Rica, siete de cada diez personas aseguradas admite no preocuparse por la fecha de caducidad y la importancia de desechar las medicinas vencidas (La Nación, Editorial, 2013). En un estudio de 440 hogares del Área de Salud de Coronado, Costa Rica, Jiménez & Blanco Sáenz (2006) analizaron la subutilización, el desecho y la disposición final de los medicamentos. Buscaron asociaciones entre factores demográficos como edad, género y escolaridad con la tenencia de medicamentos, su uso, incluyendo almacenamiento de medicamentos, incumplimiento de tratamiento y la disposición final de medicamentos. Los autores encontraron que personas solteras o con baja escolaridad tenían un manejo y consumo de medicamentos menos apegado a las especificaciones farmacéuticas. Un factor que afecta el uso del medicamento es el hecho de tener que recordar datos acerca del tratamiento, tales como cuál medicamento ingerir, las horas de administración, si se ingiere con comida o no, etc. En este caso, una de cada cuatro personas de la muestra informó tener problemas relacionados con medicamentos. Los autores reportan que en los casos en que percibieron el tratamiento como ineficiente, tres de cada diez personas en la muestra decidieron no continuar con el tratamiento. Con respecto al uso, el estudio determinó que la falta de información y medicamentos vencidos fueron la principal causa del subuso. La mitad de las personas participantes del estudio desconocían aspectos relevantes del medicamento; cuatro de cada diez desconocían aspectos básicos del almacenamiento, efectos secundarios o precauciones, mientras que casi seis de cada diez participantes no conocían los aspectos relacionados con la disposición final. Todo ello evidencia que el costo final de los medicamentos, uno de los principales aliados de los sistemas de salud actuales, es alto y su eficacia no siempre es la prevista.

Conocemos la carga económica por enfermedad, pero muy poco sabemos del valor económico de la salud y sus beneficios. Salud y enfermedad son dos caras de una misma moneda, pero no son lo mismo. Las estadísticas mencionadas acerca del uso de medicamentos evidencian la necesidad de dedicar recursos a formas más sustentables de preservar la salud, de tal forma que se

disminuya la necesidad de aplicar protocolos de atención de enfermedad costosos para la sociedad.

El tema que tradicionalmente se ha definido como “lo mental en la enfermedad” no está exento de las realidades descritas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que el 35% de las pérdidas económicas por enfermedad en el mundo desde el 2011 al 2030 serán por enfermedades mentales (Organización Mundial de la Salud, 2009). Motivada por una división decimonónica entre lo mental y lo físico, y a pesar de algunos avances en el tema (Calmes y Pear, 2013) persiste una enorme brecha en los recursos asignados en el campo social, económico y científico a la enfermedad mental (Becker y Kleinman, 2013; Bloom et al., 2012).

En el caso de Costa Rica, Campos Miranda (2013) encontró que la información sobre enfermedad mental se encuentra atomizada y se centra fundamentalmente en diagnósticos por consulta directa o de egresos en los diferentes centros hospitalarios y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. No existe información integrada a nivel nacional que incluya morbilidad, mortalidad, accesibilidad de servicios, número y tipo de profesionales asignados a la atención de salud mental que se encuentre debidamente actualizada y cuente con un monitoreo y seguimiento confiables. De acuerdo con el investigador Campos Miranda, se cuenta con registros estadísticos de cantidad de pacientes atendidos en el sistema de salud y su diagnóstico, pero se desconoce la prevalencia real de padecimientos mentales en la población general y datos que permitan una atención directa preventiva o de tratamiento, el establecimiento adecuado de planes y políticas de contención y prevención de incidentes críticos no saludables desde el ámbito psicológico, familiar, social y ambiental. Tampoco se perfila una visión o acción que propicie comportamientos saludables adecuados a situaciones adversas de la vida. El autor recomienda actualizar y construir protocolos de intervención que faciliten la atención primaria en salud mental, uno de los temas ausentes de la estructura costarricense de salud pública.

El costo de la enfermedad mental es alto y surge la necesidad de dedicar recursos al tema de dichas enfermedades, también se debe estudiar la promoción del bienestar. Nociones como la felicidad o la satisfacción con la vida se ven bien en planes y programas de gobierno, pero tienen poca repercusión en los presupuestos del sistema de salud o en la conducta cotidiana de las personas. Otras nociones más específicas, como vida activa o cohesión social, rara vez forman parte del lenguaje de contabilidad del sistema de salud.

Ir más allá de la camisa de fuerza de la enfermedad y su tratamiento; es decir, dejar el lenguaje de la enfermedad para comenzar a hablar positivamente de la salud es una necesidad y un deber de la investigación y la práctica para colaborar en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas. El presente artículo elabora específicamente sobre la relación existente entre bienestar y espacio público como una alternativa saludable en relación con el tema de la salud/enfermedad mental.

Bienestar

Los parques públicos fueron propuestos como una característica del entorno que puede promover el aumento de la actividad física y, por tanto, del bienestar individual (Broyles, Mowen, Theall, Gustat y Rung, 2011); sin embargo, es necesario realizar más inversión para aumentar el impacto de los parques públicos sobre dicho bienestar. Según el índice de gestión municipal de la Contraloría General de la República de Costa Rica, los municipios de Costa Rica destinaron en el año 2012 solo un 13% de sus recursos al cuidado de parques y áreas verdes (Barrantes, 2013). Por ejemplo, uno de los cantones costarricenses con mayor inversión en obra pública es Montes de Oca. Aun así, Ovares Fallas y Quirós Loría (2013), en su estudio de calidad ambiental de 167 segmentos de espacio público en dicho cantón, encontraron que en la mayoría de los segmentos hubo una carencia de espacios públicos de esparcimiento, condición inherente al bienestar. Las investigadoras encontraron que solamente en el 3% de los segmentos había algún parque o patio de recreo y solo en el 1% de los segmentos existía una plaza pública. El concepto de bienestar debe ir más allá de una noción tradicional de salud mental y fundamentarse en aspectos de diseño, construcción y uso de espacios de uso cotidiano.

La preocupación por comprender los procesos que componen la salud mental, sin hacer referencia directa a la noción de enfermedad, surgió hace varias décadas. El denominado Informe Lalonde (Lalonde, 1974) del Gobierno de Canadá identificó como determinantes de la salud a la biología y a los servicios de salud y agregó los determinantes de estilos de vida y los ambientales.

La discusión actual acerca del concepto de bienestar se organiza alrededor de dos polos principales: la perspectiva hedonista y la perspectiva eudaimónica (Venhoeven, Bolderdijk y Steg, 2013 en Ryan y Deci, 2001). El concepto hedonista de bienestar se remonta al filósofo Arístipo (435-350 a.C.) quien igualaba la felicidad con el placer. De esa forma, a mayor placer individual, mayor felicidad. La moderación era considerada bajo dicha perspectiva una herramienta utilitaria para regular esporádicamente el flujo de placer y, así, evitar su agotamiento. Los autores se adhieren a la idea de que el concepto de bienestar eudaimónico se originó en la elaboración de Aristóteles acerca del ejercicio virtuoso de la razón, implicara dicho ejercicio cualidades placenteras o no. La virtud, en términos aristotélicos, refiere a conceptos como coraje, comprensión, generosidad y solidaridad; es decir, metas que las personas consideran valiosas de perseguir sin que su consecución implique necesariamente acciones placenteras y que este tipo de bienestar se basa en el principio de “hacer lo correcto se siente bien” (Venhoeven, Bolderdijk y Steg, 2013, p. 1374).

En ese sentido, llevar una vida activa a nivel individual o trabajar para lograr la cohesión social a nivel comunal podrían ser vistas como acciones para llegar a un estado de bienestar eudaimónico. Una característica distintiva del bienestar eudaimónico es la búsqueda deliberada de las condiciones para alcanzar las metas fijadas, ya sea a través de la voluntad individual como de las acciones concertadas a nivel comunal o social.

Otros modelos (Acheson, 1998; Dahlgren y Whitehead, 1991) completaron la idea de in-

corporar los determinantes sociales dentro del modelo comprensivo de atención de la salud. La definición actual del concepto de salud mental, de acuerdo con la OMS (Vaillant, 2012), incorpora la esencia de estos componentes desde una perspectiva de bienestar y no desde la perspectiva de enfermedad/salud mental.

Bienestar podría describirse, desde una perspectiva eudaimónica, como las habilidades de autogestión. Uno de los modelos de autogestión más comprensivos es el propuesto por Antonovsky (1979, 1987), quien propuso el término salutogénesis, ampliado por Griffiths, Ryan y Foster (2011) al enfocar en los recursos y estrategias que restauran el orden y que ayudan al enfrentamiento exitoso de los estresores vitales. El modelo de Antonovsky elabora sobre el concepto de sentido de coherencia (SOC), es decir, la forma en que los seres humanos entienden y enfrentan los estresores de la vida cotidiana. Suominen y Vahtera (2010) proponen que suficientes y adecuados recursos individuales y sociales, combinados con la capacidad de coordinar y utilizar dichos recursos, determinan un óptimo nivel de bienestar. De acuerdo con el modelo de Antonovsky, las personas con alto SOC enfrentan la adversidad sobre tres principios orientadores: (a) la comprensividad: En las personas existe un sentimiento prevalente y duradero de confianza en que los estímulos derivados de los ambientes, internos y externos, son predecibles, manejables y, en última instancia, explicables; (b) el manejo de los recursos: pues, los recursos para enfrentar exitosamente la demanda de estos estímulos están disponibles y (c) el significado de los retos: Los retos que presentan las demandas del ambiente, tanto externo como interno, son dignos de enfrentarse. Los individuos que puntuaron alto en estas tres dimensiones tenían un elevado SOC y percibieron el mundo como un lugar coherente, al presentar retos manejables y tener significado (Klepp, Mastekaasa, Sørensen, Sandanger y Kleiner, 2007).

Griffiths, Ryan y Foster (2011) afirman que el constructo de SOC ha demostrado consistentemente una amplia base teórica y un extenso cuerpo de evidencia que lo sustenta. Por ejemplo, demostraron que altos niveles de patología mental se relacionaron con niveles bajos de SOC, mientras un SOC fuerte se relacionó con mayores sentimientos de bienestar y calidad de vida.

Klepp et al. (2007) encontraron que las personas que presentan un alto SOC indicaron ser más saludables, utilizaron mejor los recursos disponibles para ellas, enfrentaron más adaptativamente su ambiente y fueron más resilientes. Bengtsson-Tops, Brunt y Rask (2005) relacionaron el SOC con una mejor salud, bienestar y calidad de vida y con un nivel elevado de autoestima, mientras a un SOC más débil con mayores niveles de estrés, estado de ánimo depresivo, ansiedad y hostilidad.

Griffiths, Ryan y Foster (2011) encontraron evidencia de que la terapia basada en los principios salutogénicos, como la creación de recursos para enfrentar los estresores y el fortalecimiento de los ya existentes, contribuyó de manera significativa a la recuperación de personas con algún nivel de patología mental. De acuerdo con Antonovsky, el SOC de cada persona se relaciona directamente con la existencia de los recursos disponibles para resistir y su uso adecuado. Griffiths, Ryan y Foster (2011) determinaron estos recursos de una gran variedad: físicos (un cuerpo salu-

dable, un sistema inmunológico fuerte), instrumentales (comida, dinero), cognitivos (inteligencia, educación), emocionales (inteligencia emocional), sociales (amigos, familias) y macrosociales (cultura y sistemas compartidos de creencias).

El sentido de coherencia se logra a través de la combinación adecuada de los denominados recursos generales de resiliencia. Griffiths, Ryan y Foster (2011) encontraron los siguientes temas relacionados con el SOC: la esperanza, la aceptación como una estrategia de afrontamiento, la persistencia, el mantener las cosas dentro de su justa dimensión y la autoconciencia (ser consciente o estar alerta). Dentro de los temas asociados con el SOC, se puede mencionar el ambiente cotidiano como posibilitador de recursos y oportunidades saludables.

El espacio público como facilitador de bienestar

Las personas, a menudo, describen los lugares al utilizar el mismo lenguaje para caracterizar el afecto en general. Por ejemplo, la palabra “relajante” describe un lugar lleno de color verde y espacios para descansar. Tal descripción implica un reconocimiento de que los lugares inducen una respuesta psicológica. Su estudio da luces acerca de la forma en que dichos lugares promueven el bienestar (Nandi y Welsh, 2013).

Salcedo Hansen (2002) define los espacios públicos como lugares de construcción de ciudadanía y encuentro social. El autor explica que el espacio público se abre a diferentes motivaciones públicas y su uso es discutido por visiones y propósitos legítimos. Al mismo tiempo, el comportamiento y las acciones de los ciudadanos, en dicho espacio, tienden a reflejar los intereses diversos de los grupos sociales. Low (2000) delimita una serie de características que tornan un lugar público como saludable, entre ellas, que sea seguro, divertido, encantador, donde la persona se sienta bienvenida y donde haya confluencia intergeneracional e intrageneracional; es decir, un lugar que permite abundantes y distintas prácticas culturales e intercambios sociales.

Otros autores mantienen que los espacios públicos reflejan las virtudes perseguidas por la sociedad o como el escenario de la vida pública (Engwicht, 1999; Low, 2000). Los parques públicos, por ejemplo, son los lugares donde las celebraciones se llevan a cabo, donde las maratones terminan, se esconden las personas negadas por la sociedad y donde la historia se crea y re-crea en la mezcla que se produce con el compartir de personas y grupos de intereses diversos. Justamente es esa rica diversidad y concentración de la cultura en el espacio público lo que otorga vitalidad e interés a la ciudad. Una ciudad sana es una ciudad llena de espacios públicos vibrantes. Si se diluye esa diversidad y concentración, se comienza a destruir el núcleo mismo de la ciudad saludable. Mientras la pérdida de una pieza, por ejemplo, un edificio histórico o un lugar de reunión informal, puede devaluar todo lo que queda (Engwicht, 2007). Los usos y las costumbres que acontecen en los espacios públicos, sea que tengan el carácter de tradiciones, tendencias generales o eventos esporádicos, contribuyen al bienestar de personas y grupos. Determinan los grados de integración social, el sentido de pertenencia, los niveles de democracia, el sentido de la justicia, la cohesión

social y las capacidades de apropiación de lo público (Segovia y Neira, 2005).

La calidad del espacio público se podrá evaluar, sobre todo, por la intensidad y la calidad de las relaciones sociales que facilita, por su capacidad de acoger y mezclar distintos grupos y comportamientos y por su capacidad de estimular la identificación simbólica, la expresión y la integración cultural. Jacobs (1992) considera que una ciudad es una gama amplia de usos diversos que se proporcionan apoyo entre sí, tanto económica como socialmente. Así, la autora considera que las zonas de la ciudad que son poco saludables son

Áreas a las cuales les hace falta esta clase de apoyo, y la ciencia de la planeación de la ciudad y el arte del diseño, en la vida real para las ciudades reales, debe convertirse en la ciencia y el arte de la canalización y nutrición de las diversas relaciones (p. 14).

La salud del espacio público ocurre en la materialización de sus oportunidades conductuales. La construcción de un espacio público saludable, en tanto seguro, depende directamente de una adecuada combinación de movilidad y accesibilidad. Los espacios más seguros, solidarios y saludables son aquellos donde accede la mayor cantidad de personas, de muy diversos orígenes, poder económico y trayectorias de vida (Jacobs, 1992). Según la autora, no se necesitan de muchos incidentes de violencia en una ciudad o distrito para que las personas teman las calles y, así como las temen, las usarán menos, lo cual genera que sean cada vez más inseguras. En consecuencia, la autora plantea que los ojos de las y los propietarios deben estar en la calle, que los edificios deben estar equipados para manejar personas extrañas y para asegurar la seguridad de ambos: los y las residentes y las y los extraños; y que es de suma importancia que no le den la espalda a los lados de las calles para no dejarlas a ciegas. De igual forma, señala que las aceras deben tener usuarios continuamente en ellas y así un determinado número efectivo de ojos percibirán suficientes personas. Aunado a esto, encontraron que los barrios con mejores aceras tienen significativamente menos índices de depresión en las personas adultas mayores que los habitan (Diez Roux y Mair, 2010).

Movilidad y bienestar

Las ciudades menos saludables tienen sus espacios públicos invadidos por el movimiento de tráfico de alta densidad y el valor de los inmuebles disminuye, al ser habitados por personas de recursos económicos más limitados, porque incluye a personas con discapacidad o personas adultas mayores, entre otras (Engwicht, 2007). Las personas que no pueden reubicarse en los suburbios, como las personas adultas mayores, con alguna discapacidad o simplemente las personas que no tienen los recursos económicos suficientes para pagar en otro lugar, están atrapadas en espacios cada vez más deteriorados e insalubres. Sumado al poco poder adquisitivo, a estas personas les faltan las amistades de vecindario, que constituye una desventaja más a raíz de su crítica situación económica, pues “el mayor reto no es la sobrevivencia económica, sino la sobrevivencia social y cultural” (p. 45). La ansiedad y la depresión son correlatos de este tipo de organización del espacio en la ciudad (Beatley, 2010).

Los lugares públicos donde circulan vehículos no invitan a la permanencia, al descubrimiento ni al aprendizaje, pues su funcionalidad es promover la rapidez, la anomia y la minimización de estímulos “distractores” a través de cualquier entrada sensorial (Leandro, 2010). No es posible desarrollar adecuadamente las habilidades espaciales sin una adecuada movilidad y accesibilidad a escala humana. La movilidad es la posibilidad que tienen individuos y grupos de conectar diferentes sitios de actividad con sus viajes y supone el conocimiento y la disponibilidad “de las mejores opciones para viajar de un lugar a otro en un tiempo razonable y aceptable para los costos” (Meyer y Miller, 2001, p. 95). La accesibilidad, por su parte, es la posibilidad de interacción que tienen tales individuos y grupos con diferentes sitios de actividad para obtener sus objetivos y así lograr una mejor calidad de vida. La accesibilidad es la sencillez, en términos de costos, con que las distintas actividades en la ciudad se pueden disfrutar (*Project for Public Spaces*, 2008).

Todas las personas necesitan moverse a lugares accesibles para lograr sus objetivos de mayor bienestar. Ello solo es posible si el espacio público destinado a tales movimientos facilita condiciones para que se desarrollen dentro de parámetros saludables. Un objetivo eudaimónico de una ciudad saludable consiste en que la movilidad promueva la accesibilidad saludable de las personas. Aunque una norma en ingeniería de tránsito es llevar a las personas del punto A al punto B de la forma más rápida y segura posible (*American Association of State Highway & Transportation Officials*, 2011), se debe combinar con el criterio de la calidad del viaje. En una ciudad saludable, la ciudadanía debe poder moverse con facilidad, a bajo costo y acceder a destinos diversos.

Las vías son espacios públicos y su función principal, en tanto espacio público, es promover la salud al tiempo que faciliten el movimiento de forma rápida y segura; por lo tanto, las vías deben ser vías activas, a saber, espacios lineales multimodales que ayuden a mejorar la condición física, disminuyan el estrés, aumenten la seguridad y permitan hacer del viaje una experiencia de bienestar y dignidad humanas. Ello implica la inversión en vías activas de calidad y adaptadas a las necesidades de las personas que se desplazan al utilizar su propia fuerza, lo cual resulta conveniente tanto para su bienestar personal como para el ambiente. El estudio de Ovaras Fallas y Quirós Loría (2013), en su investigación de 167 segmentos de espacio público seleccionados al azar en todo el cantón de Montes de Oca, indica que la mayor parte de los segmentos poseían acera a ambos lados de la calle y que las tres cuartas partes de ellas estaban completas, lo cual es un avance hacia el concepto de vía activa. Sin embargo, casi cuatro de cada diez segmentos de acera mostraron una condición pobre. Ellos encontraron que solo la mitad de los segmentos contaron con aceras de más de 1,2 metros de ancho en cumplimiento con lo establecido por la ley (Decreto ejecutivo N.º 26831-MP sobre el Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad, Ley N.º 7600, 1998). Alrededor de siete de cada diez segmentos evaluados poseían aceras con huecos y desniveles, que son características muy negativas para el tránsito de peatones y específicamente para aquellos con movilidad reducida. Además, más de la mitad de los segmentos evaluados poseían aceras con piezas sueltas y material resbaloso, lo cual representa un riesgo de sufrir caídas por parte de peatones. Con respecto a los espacios que protegen a los peatones de las

condiciones climáticas, las investigadoras encontraron que solo en el 2% de los segmentos había un toldo o techo y solo 3% de los segmentos poseían algún tipo de banca o silla para sentarse. Todas esas características descritas dificultan mejorar el bienestar de las personas a través de la utilización adecuada del espacio público.

Vida activa en el espacio público

Es abundante la literatura acerca de casos de éxito en intervenciones basadas en el diseño del espacio para promover un cambio conductual. En la revisión de tales intervenciones realizadas por Sallis et al. (2006) se han encontrado asociaciones entre la combinación de uso mixto de tierra, calles -conectadas para caminar- y alta densidad residencial con altos niveles de actividad física y vida activa, lo cual se asoció con bajos índices de enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes.

Las vías públicas potencian no solo la cohesión social, sino también la actividad física; es decir, las calles no deberían ser solo para transportarse, sino, sobre todo, para mejorar el bienestar de las personas que las transitan y de las que viven o trabajan próximas a dicho espacio público. La inactividad física es el mayor factor de riesgo para diversas enfermedades y malas condiciones de salud (Orleans et al., 2009). Lavizzo-Mourey y McGinnis (2003) definieron como objetivo mínimo treinta minutos de actividad física, entre moderada y vigorosa, la mayoría de los días de la semana. El incrementar la actividad física no solo beneficia la salud y calidad de vida, sino también contribuye a una comunidad saludable y vibrante, al mismo tiempo que reduce el costo de cargas asociadas a enfermedades crónicas como diabetes y obesidad. Orleans et al. (2009) sugirieron crear oportunidades y estructuras que promuevan la actividad física en las comunidades, por ejemplo, vías peatonales o ciclovías, parques públicos y áreas para deportes y parques para mascotas. La vida activa es un estilo de vida que integra la actividad física en las rutinas diarias, como caminar, pasear la mascota o ir en bicicleta al trabajo (Lavizzo-Mourey y McGinnis, 2003). En relación con la caminata para pasear la mascota, Rodríguez Terán (2013) estudió un parque para perros en Costa Rica y encontró que las personas propietarias de perros presentaron mejor desempeño que las no propietarias en poder realizar actividades físicas, incluidas vigorosas sin ninguna limitación, $\beta = -.112$, $t(351) = 2.106$, $p = .036$. Dicha relación fue moderada por la variable edad, que podría explicarse no solo por aspectos relativos a la pérdida de habilidad física con la edad, sino también a un espacio público que no acomoda efectivamente a todos los grupos de edad según sus distintas habilidades. Asimismo, Rodríguez Terán (2013) encontró diferencias significativas en cuanto a los minutos de actividad física realizadas por las personas propietarias de perros: quienes no visitaron un parque para perros cercano a sus hogares hacían un promedio de actividad diario de 17,41 minutos, en contraste con quienes asistieron, al menos, una vez por semana que realizaron un promedio de 34,72 minutos de actividad física al día. La cifra casi duplicó respecto a la cantidad de actividad física diaria de los propietarios que no asistieron al parque. Mientras quienes visitaron el parque todos los días, realizaron un promedio de actividad física de 43,89 minutos diarios, que casi triplica

la cantidad de actividad física de los que hacían actividad física con su perro en otro lugar distinto al parque para perros y representa casi un 50% más de la dosis diaria de ejercicio de al menos 25 a 30 minutos de actividad moderada recomendada (Tucker, Welk y Beyler, 2011).

Espacio público y cohesión social

La cohesión social incluye el involucramiento activo de personas y grupos en relaciones intergrupales que enriquecen el medio social y se basa en la diferenciación, diversidad, aceptación, respeto y participación activa. Los conceptos *salud social* y *capital social* -considerados sinónimos- constituyen indicadores de la cohesión social. El primero, salud social, se refiere al soporte que los individuos reciben en términos estructurales, por ejemplo, el tamaño de la red de apoyo existente para una persona o en términos funcionales como el sustento emocional (Tovar-Murray, 2010). Mientras tanto, el capital social es un constructo que se refiere a los recursos intangibles presentes en una comunidad, los cuales se encuentran disponibles a través de la membresía a redes y a las estructuras sociales. Como otras formas de capital, el capital social es productivo y provee de beneficios materiales a las personas que están conectadas con otras personas o grupos (Valencia-García, Simoni, Alegría y Takeuchi, 2012). Los autores demostraron que las comunidades con alto capital social tienden a presentar niveles elevados de logro educativo, instituciones públicas con mejor desempeño, mayor crecimiento económico y menos crimen y violencia. Lauder, Kroll y Jones (2007) relacionaron el alto capital social con mayor participación cívica, niveles elevados de confianza entre los miembros de la comunidad y mayor bienestar psicológico.

La salud se alimenta, entre otras cosas, de la cohesión social y, a su vez, del uso diverso del espacio público. Las comunidades menos cohesionadas se asociaron con un riesgo incrementado de depresión, fumado y sedentarismo entre sus habitantes (Echeverría, Diez-Roux, Shea, Borrell y Jackson, 2008; Rios, Aiken y Zautra, 2012). Aunado a esto, la creación de cohesión social depende en buena medida del tránsito: Appleyard (1980) determinó que en California, Estados Unidos, en las calles donde hay tráfico pesado de vehículos, los residentes tenían en promedio ocho amigos o conocidos confiables, mientras en calles con tráfico liviano, la media de amistades subió hasta dieciocho.

Rodríguez Terán (2013) encontró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de participación social entre las personas no propietarias de perros comparadas con las propietarias, $t(352) = 1.124, p = .033$, donde las personas propietarias de perros presentaron mayores niveles de participación social que las no propietarias. Asimismo, las personas propietarias de perros se llevaron significativamente mejor con otras personas que las no propietarias, $t(350) = 1.124, p = .005$. Acomodar todo tipo de usos en el espacio público implica acomodar, también, a otras especies que mejoran la salud social de las personas. La autora encontró una diferencia significativa en los participantes que visitaron el parque para perros versus los que no en cuanto a la cantidad de amigos cercanos, $M = 4.36, DE = 1.62$ vs. $M = 3.95, DE = 1.82; t(273) = -2.00, p = .048$, lo que indica que, quienes frecuentan el parque para perros contaron con más personas cercanas, gente con la

que los participantes sintieron que es “fácil hablar de lo que pasa en sus vidas”. Esta dimensión es fundamental dentro del concepto global de bienestar, tanto hedónico como eudaimónico. Aún más y acorde con los tiempos de las redes sociales y la internet, la investigadora encontró una tendencia marginal en los participantes que visitaron el parque para perros versus los que no en cuanto al ítem relacionado con la frecuencia de escribir correos electrónicos a amigos o familiares, $M = 3.2$, $DE = 1.41$ vs. $M = 2.98$, $DE = 1.39$; $t(273) = -1.78$, $p = .075$, lo que indica una tendencia en quienes frecuentan el parque para perros envían mayor número de correos electrónicos que quienes no frecuentan el parque, lo cual es un indicador de redes sociales más amplias.

Diversidad y bienestar

La diversidad de usos del espacio público implica diversidad de edades en ese espacio. Hay una creciente población de niños y niñas que está destinada a jugar en las calles de las ciudades, circunstancia que les posiciona como foco de vulnerabilidades. Jacobs (1992) señala que si estos chicos y chicas pudieran tener libre acceso de las calles a los parques y a espacios de recreo con equipo para ejercitarse, espacios limpios y agradables para correr, responderían a ambientes saludables. Las ciudades necesitan una variedad de lugares públicos para que las niñas y los niños puedan jugar y aprender, donde se les brinden oportunidades para todo tipo de deportes, ejercicios y habilidades físicas. Lawton (2010) afirma la importancia de un espacio al aire libre no-especializado, donde puedan jugar, andar y recorrerse de forma segura y activa para desarrollar las habilidades espaciales, es decir, los procesos cognitivos involucrados en la localización de objetivos en el espacio, percepción de distancia y relaciones direccionales, así como la transformación mental de objetos en relación con su posición y orientación en el espacio.

Conclusiones

La inversión oportuna de recursos en la recuperación de la infraestructura y las facilidades del espacio público redundan en la promoción de actividades saludables y sustentabilidad del sistema de salud a largo plazo. El espacio público es un aliado indispensable para la promoción del bienestar. Su fin último es la trascendencia, pues en el espacio público se diluyen gustos, intereses y acciones individuales en una mezcla multicolor de fuerzas sociales.

Dentro de los denominados indicadores salutogénicos cuenta un número de ellos asociado al espacio público. Por ejemplo, la complejidad y diferenciación como características individuales saludables encuentran su complemento en la diversidad que proporciona el espacio público. Aprender a vivir el espacio público es desarrollar herramientas de ajuste a situaciones diversas y con poca estructura. El espacio público colabora con desarrollar en las personas un sentimiento prevalente y duradero de confianza en que los estímulos derivados de los ambientes, internos y externos, son predecibles, manejables y, en última instancia, explicables.

Los elementos subjetivos de organización e integración de experiencias, es decir, la habilidad

para conectar varios elementos dispersos, se concreta en la experiencia de conocer gente y situaciones diversas en el espacio público. También, el espacio público facilita los recursos para enfrentar exitosamente la demanda de los estímulos tanto internos como externos. En el espacio público se puede conversar con extraños, aprender acerca de temas importantes, acompañarse en la soledad, llorar sin temor al reproche, ejercitarse, meditar, relajarse con la vista de lugares verdes o disfrutar de la soledad, mientras este espacio brinda protección y seguridad.

El espacio público constituye la caja de herramientas adecuada para ejercitar características fundamentales del bienestar individual como son la flexibilidad, la sensibilidad por el dolor ajeno, la curiosidad, la atención interesada, la apertura a situaciones novedosas, las habilidades para postergar gratificación, la apertura de mente y eficiencia para utilizar el potencial y la energía personales (Snyder, Lopez & Teramoto Pedrotti, 2010). Una vida saludable se basa en comprender, manejar y encontrarle significado a las demandas internas y externas. El espacio público está lleno no solo de demandas, sino también de oportunidades para desempolvar la capacidad humana de asombrarse y aprender de las experiencias de otras personas y de los retos que, en el espacio público, son dignos de enfrentarse.

Referencias

- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities In Health*. London, UK: Stationary Office.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, EE.UU.: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, EE.UU.: Jossey-Bass.
- American Association of State Highway & Transportation Officials (2011). *A Policy on Geometric Design of Highways and Streets, 2011* (6th Ed). Washington D. C., EE.UU.: Autor.
- Appleyard, D. (sept, 1980). Livable streets: Protected neighborhoods? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 451(1), 106-117. doi: 10.1177/000271628045100111
- Barrantes C., A. (11 de noviembre de 2013). Comunidades recuperan sus parques tras expulsar al hampa. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/nacional/Comunidades-recuperan-parques-expulsar-hampa_0_1377662237.html
- Beatley, T. (2010). *Biophilic Cities: Integrating Nature into Urban Design and Planning*. Washington D.C., EE.UU.: Island Press.
- Becker, A. E. y Kleinman, A. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, 369(1), 66-73. doi: 10.1056/NEJMra1110827
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D. y Rask, M. (sept, 2005). The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 280-287. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00342.x

- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., . . . Weinstein, C. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, Suiza: World Economic Forum, 2011. Recuperado de http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf
- Broyles, S. T., Mowen, A. J., Theall, K. P., Gustat, J. y Rung, A. L. (may, 2011). Integrating social capital into a park-use and active-living framework. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 522-529. doi: 10.1016/j.amepre.2010.12.028.
- Caja Costarricense de Seguro Social (oct, 2012). Medicamentos. *Bienestar*, 43, 1-98. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/revista_bienestar_detalle?id=43
- Calmes, J. y Pear, R. (November 8, 2013). Rules to Require Equal Coverage for Mental Ills. *The New York Time*. Recuperado de <http://www.nytimes.com/2013/11/08/us/politics/rules-to-require-equal-coverage-for-mental-ills.html>.
- Campos Miranda, A. (2013). *Análisis de morbilidad mental y registros socio-demográficos en las áreas de atracción del Programa de Atención Integral en Salud*. (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, San José.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Suecia: Institute of Futures Studies.
- Decreto ejecutivo N.º 26831-MP sobre el Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (Ley N.º 7600, 1998). Publicada en *La Gaceta* N.º 75 (24 de Abril de 1998).
- Diez Roux, A. V. y Mair, C. (feb, 2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125-145. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x.
- Echeverría, S., Diez-Roux, A. V., Shea, S., Borrell, L. N. y Jackson, S. (dec, 2008). Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health & place*, 14(4), 853-865. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.01.004
- Engwicht, D. (1999). *Street Reclaiming: Creating Livable Streets and Vibrant Communities*. Philadelphia, EE.UU.: New Society.
- Engwicht, D. (2007). *Reclaiming our Cities and Towns: Better Living with Less Traffic*. Philadelphia, EE.UU.: New Catalyst.
- Griffiths, C. A., Ryan, P. y Foster, J. H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 168-173.
- Jacobs, J. M. (1992). *The Death and Life of Great American Cities*. New York, EE.UU.: Vintage.
- Jiménez H., L. G. & Blanco Sáenz, R. (jul, 2006). Medicamentos subutilizados en el ámbito comunitario, Área Salud Coronado, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(28). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000100007
- Klepp, O. M., Mastekaasa, A., Sørensen, T., Sandanger, I. y Kleiner, R. (mar, 2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 11-22. doi: 10.1002/mpr.197
- La Nación, Editorial (9 de octubre 2013). Peor el remedio que la enfermedad. *La Nación*, Recuperado de http://www.nacion.com/opinion/editorial/Peor-remedio-enfermedad_0_1371062883.html
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Canada: Government of Canada.

- Lauder, W., Kroll, T. y Jones, M. (oct, 2007). Social determinants of mental health: the missing dimensions of mental health nursing? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 661-669. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01156.x
- Lavizzo-Mourey, R. y McGinnis, J. M. (sept, 2003). Making the case for active living communities. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1386-1388.
- Lawton, C. A. (2010). Gender, spatial abilities, and wayfinding. En J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.) *Handbook of Gender Research in Psychology, Vol.1* (pp. 317-341). New York, EE.UU.: Springer.
- Leandro, M. (2010). Límites de velocidad: Una mirada desde la ecología conductual. *Ambientales*, 39, 9-14. Recuperado de <http://www.ambientico.una.ac.cr/pdfs/ambientales/39.pdf>
- Low, S. M. (2000). *On the Plaza. Politics of Public Space and Culture*. Texas, USA: University of Texas Press. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Meyer, M. D. y Miller, E. J. (2001). *Urban Transportation Planning: A Decision-Oriented Approach*. Singapore: McGraw-Hill.
- Nandi, A. y Welsh, L. (2013). Social context and mental health over the life course. En K. C. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser y S. Galea (Eds.), *A Life Course Approach to Mental Disorders* (pp. 227-238). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A. M. & Kindig, D. A. (Eds.) (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington D.C., EE.UU.: Institute of Medicine of the National Academies/ The National Academies Press.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Orleans, C., Leviton, L., Thomas, K., Bazzarre, T., Bussel, J., Proctor, D.,... , Weiss, S. (2009). History of the Robert Wood Johnson Foundation's active living research program: Origins and strategy. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), S1-S9.
- Ovares Fallas, V. y Quirós Loría, J. (2013). *Evaluación de las características físicas y sociales del espacio público y su influencia en la percepción de inseguridad en el cantón de Montes de Oca, Costa Rica* (Tesis de licenciatura en Psicología, inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Project for Public Spaces (2008). *Streets as Places: Using Streets to Rebuild Communities*. New York, EE.UU.: American Association of Retired Persons.
- Rios, R., Aiken, L. y Zautra, A. (febr, 2012). Neighborhood contexts and the mediating role of neighborhood social cohesion on health and psychological distress among Hispanic and non-Hispanic residents. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 50-61.
- Rodríguez Terán, M. (2013). *Los perros como catalizadores de capital social, salud y vida activa: Estudio en la comunidad cercana al parque para perros de Freses de Curridabat* (Tesis de licenciatura en Psicología, inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Salcedo Hansen, R. (2002). *El espacio público en el debate actual: Una reflexión crítica sobre el urbanismo post-moderno*. *EURE (Santiago)*, 28(84), 5-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612002008400001>

- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K. & Kerr, J. (apr, 2006). An Ecological Approach to Creating Active Living Communities. *Annual Review of Public Health, 27*, 297-322. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100
- Segovia, O. y Neira, H. (nov, 2005). Espacios publicos urbanos: Una contribución a la identidad y confianza social y privada. *Revista INVI, 20*(55), 166-182. Recuperado de <http://www.revistainvi.uchilefau.cl/index.php/INVI/article/view/324/297>
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. & Teramoto Pedrotti, J. (Eds.) (2010). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Thousand Oaks, US: Sage.
- Suominen, S. y Vahtera, J. (2010). Sense of Coherence and the Strive for Life Control. En J. Laurinkari (Ed.) & V.-P. Isomäki (Coop.) *Health, Wellness and Social Policy: Essays in Honour of Guy Bäckman, Vol. X*, (pp. 145-155). Bremen, Alemania: Europäischer Hochschulverlag.
- Tovar-Murray, D. (2010). Social health and environmental quality of life: the relationship to positive physical health and subjective well-being in a population of urban African Americans. *The Western Journal of Black Studies, 34*(3), 358-366.
- Tucker, J. M., Welk, G. J. & Beyler, N. K. (apr, 2011). Physical activity in US adults: compliance with the physical activity guidelines for Americans. *American Journal of Preventive Medicine, 40*(4), 454-461. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.12.016>
- Vaillant, G. E. (jun, 2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry, 11*(2), 93-99. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006 Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006/full>
- Valencia-Garcia, D., Simoni, J. M., Alegría, M. y Takeuchi, D. T. (apr, 2012). Social capital, acculturation, mental health, and perceived access to services among Mexican American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 177-185. doi: 10.1037/a0027207
- Venhoeven, L. A., Bolderdijk, J. W. y Steg, L. (2013). Explaining the paradox: How pro-environmental behaviour can both thwart and foster well-being. *Sustainability, 5*(4), 1372-1386. doi:10.3390/su5041372. Recuperado de www.mdpi.com/journal/sustainability

Recibido 13 de noviembre de 2013

Revisión recibida 21 de enero de 2014

Aceptado 29 de enero de 2014

Reseña del autor

Mauricio Leandro-Rojas obtuvo su licenciatura en Psicología y su maestría en Computación en la Universidad de Costa Rica. Se interesa en Psicología ambiental, especialidad en la cual obtuvo su doctorado de la *New York State University*, Estados Unidos. Labora como profesor asociado de la Escuela de Psicología y docente en Psicología ambiental de la Universidad de Costa Rica, donde coordina las cátedras de investigación de la carrera y es miembro del Comité Ético Científico. Sus temas de investigación se centran en bienestar, vida activa, derecho al espacio público y dimensiones individuales del diseño urbano. Se transporta en bicicleta o a pie el 99% del tiempo y participa en movimientos para impulsar el uso de medios de transporte activos, tanto a nivel nacional como internacional.

Disponible en línea: 30 de mayo de 2014