

Envejecimiento y arquitectura: imaginarios sociales, experiencia del habitar y nuevos modelos de cuidado



Agostina Ferrentino

Área de investigación e innovación
Ahead Research for Architecture



Clara Rius

Socia directora
Ahead Research for Architecture



Ramon Torrents

Socio director
Ahead Research for Architecture

El envejecimiento poblacional es una de las grandes transformaciones demográficas de nuestro tiempo. En 2020, el número de personas mayores de 60 años superó por primera vez al de niños menores de cinco, y la Organización Mundial de la Salud prevé que esta población se duplique de aquí a 2050^{1,2}. La cuestión ya no es, por tanto, si nuestras sociedades deberán adaptarse a una vida más larga, sino cómo lo harán y qué papel asumirá el entorno construido en este proceso.

Se parte, para ello, de una revisión de la idea de vejez, entendiendo que el diseño de los espacios suele fundamentarse en las ideas que se tienen de base sobre esta etapa de la vida. Durante décadas, muchas residencias, viviendas asistidas y centros de atención se han concebido desde una visión de la vejez asociada a la dependencia y la pérdida de capacidades, dando como respuesta modelos asistenciales que han priorizado el control y la reducción del riesgo por encima del vínculo



Foto de Mike Art en Pexels.

lo con la persona usuaria, generando entornos que, aun cumpliendo su función asistencial, han resultado poco favorables para la vida de las personas que los habitan.

Esta visión puede rastrearse en el lenguaje con el que tradicionalmente se ha definido esta etapa de la vida. Distintas definiciones institucionales reconocidas recurren a términos como *declive*, *decrepitud*, *deterioro estructural* o *disminución de la capacidad de adaptación*³⁻⁷. Si bien estas expresiones existen y siguen utilizándose, se considera que no hacen sino perpetuar el edadismo. Repensar el envejecimiento implica, por tanto, comprenderlo como un proceso más amplio, dinámico y multidimensional, que no comienza al alcanzar una determinada edad cronológica, sino que acompaña todo el ciclo vital y se expresa de manera diferente en cada persona⁸.

Asumir esta perspectiva implica trasladar el debate desde las limitaciones de la persona hacia sus posibilidades y, desde la arquitectura, diseñar entornos que permitan desplegarlas. En este sentido, el diseño arquitectónico deja de entenderse únicamente como un contenedor neutral o como una simple respuesta a las necesidades asistenciales para convertirse en una herramienta capaz de acompañar este proceso, de manera activa, favoreciendo la autonomía, preservando las capacidades y mejorando la calidad de vida.

Hacia nuevos paradigmas

Este cambio de mirada ha ido acompañado, en el plano de las políticas públicas y los modelos de atención, de la consolidación de nuevos marcos conceptuales. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud introdujo, en primer lugar, el concepto de envejecimiento activo y, posteriormente, el de envejecimiento saludable. El primero se define como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, mientras que el segundo se entiende como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez⁹.

La transición entre ambos conceptos refleja una nueva forma de entender el envejecimiento. Mientras que el envejecimiento activo pone el énfasis en la promoción de la salud, la participación y la seguridad, el envejecimiento saludable sitúa la capacidad funcional como elemento central, entendida como el resultado de la interacción entre las capacidades intrínsecas de la persona y las características del entorno. Este planteamiento amplía la mirada más allá de lo estrictamente sanitario e incorpora dimensiones sociales y ambientales esenciales para favorecer el bienestar durante el envejecimiento.

El entorno construido
puede influir en la
autonomía, la
participación y la
salud de las personas
mayores.

Bajo esta perspectiva, el entorno construido emerge como una pieza fundamental, ya que su configuración y sus características pueden facilitar o dificultar el desempeño de las actividades diarias y, con ello, influir en la autonomía, la participación y la salud de las personas mayores¹⁰.

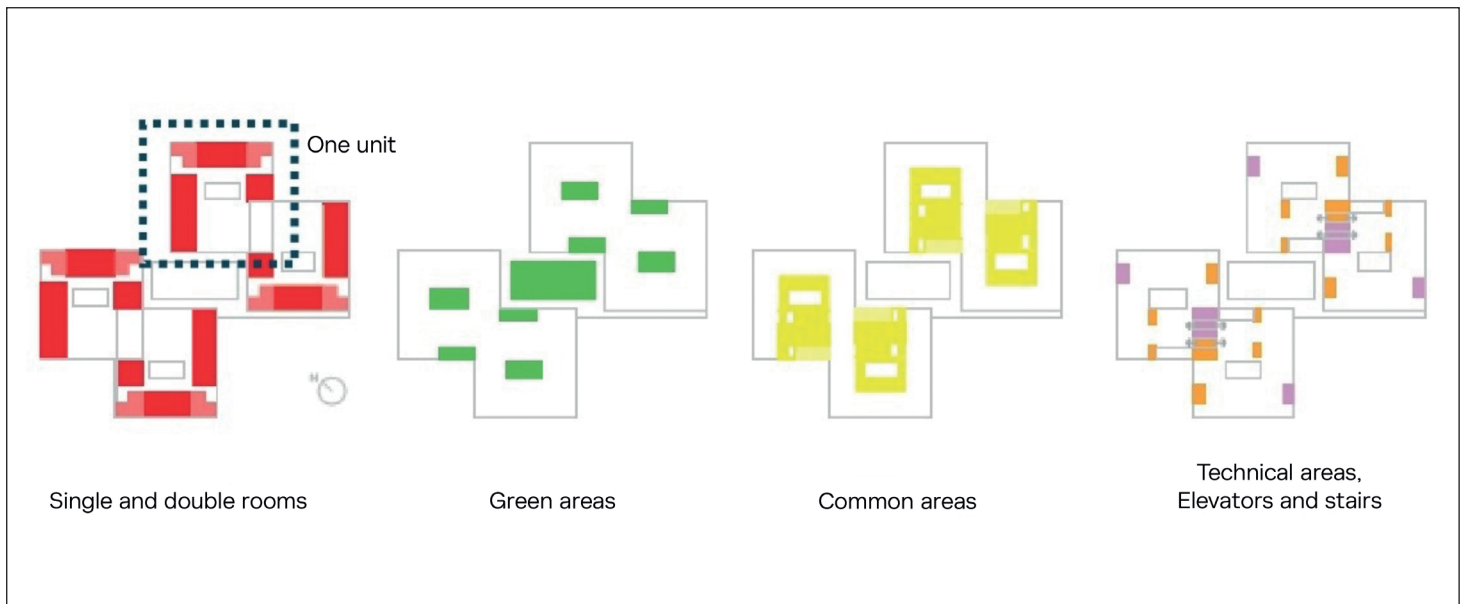


Fig.1. Distribución de espacios. Centro multiservicio de curas de larga duración para gente mayor en Zamora. Autoría proyecto: Ahead Barcelona Healthcare Architecture, Virai Arquitectura, LNG Arquitectos.

Una iluminación insuficiente o con deslumbramientos puede dificultar la percepción visual y aumentar la sensación de inseguridad; una organización espacial poco legible puede comprometer la orientación y dificultar la localización de los distintos espacios; y una acústica con elevada reverberación puede interferir en la comprensión de las conversaciones. Del mismo modo, la presencia de referencias espaciales reconocibles, la posibilidad de personalizar el entorno o la continuidad de las rutinas y de los vínculos familiares pueden contribuir a preservar la identidad personal y el sentido de pertenencia.

Comprender la interacción entre las características clínicas y psicológicas de la persona y las variables del entorno construido supone un nuevo punto de partida para proyectar estos espacios. Este enfoque invita a superar la costumbre y la intuición como únicos criterios

de diseño e incorporar la evidencia científica como fundamento de las decisiones arquitectónicas.

El derecho a seguir decidiendo

A la evidencia científica como fundamento del diseño se suma, además, una cuestión de derechos. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad establecen cinco ejes fundamentales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad¹¹. Lejos de constituir únicamente un marco ético, estos principios ofrecen criterios concretos para orientar el diseño de los entornos destinados a las personas mayores.

La independencia implica crear espacios que faciliten el desplazamiento, permitan acceder a los servicios,

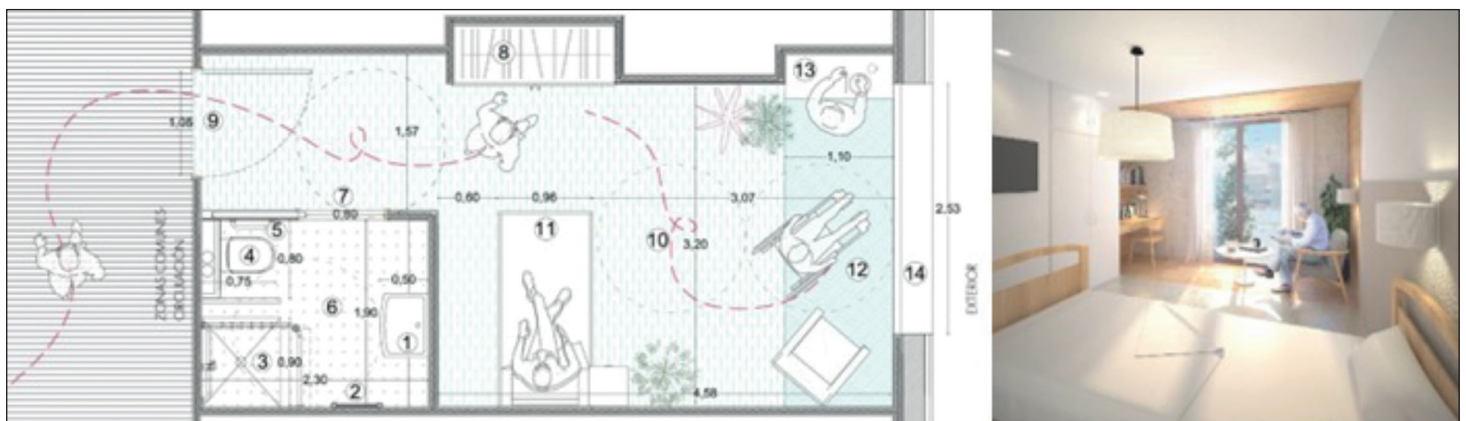


Fig.2. Detalles. Centro multiservicio de curas de larga duración para gente mayor en Zamora. Autoría proyecto: Ahead Barcelona Healthcare Architecture, Virai Arquitectura, LNG Arquitectos.

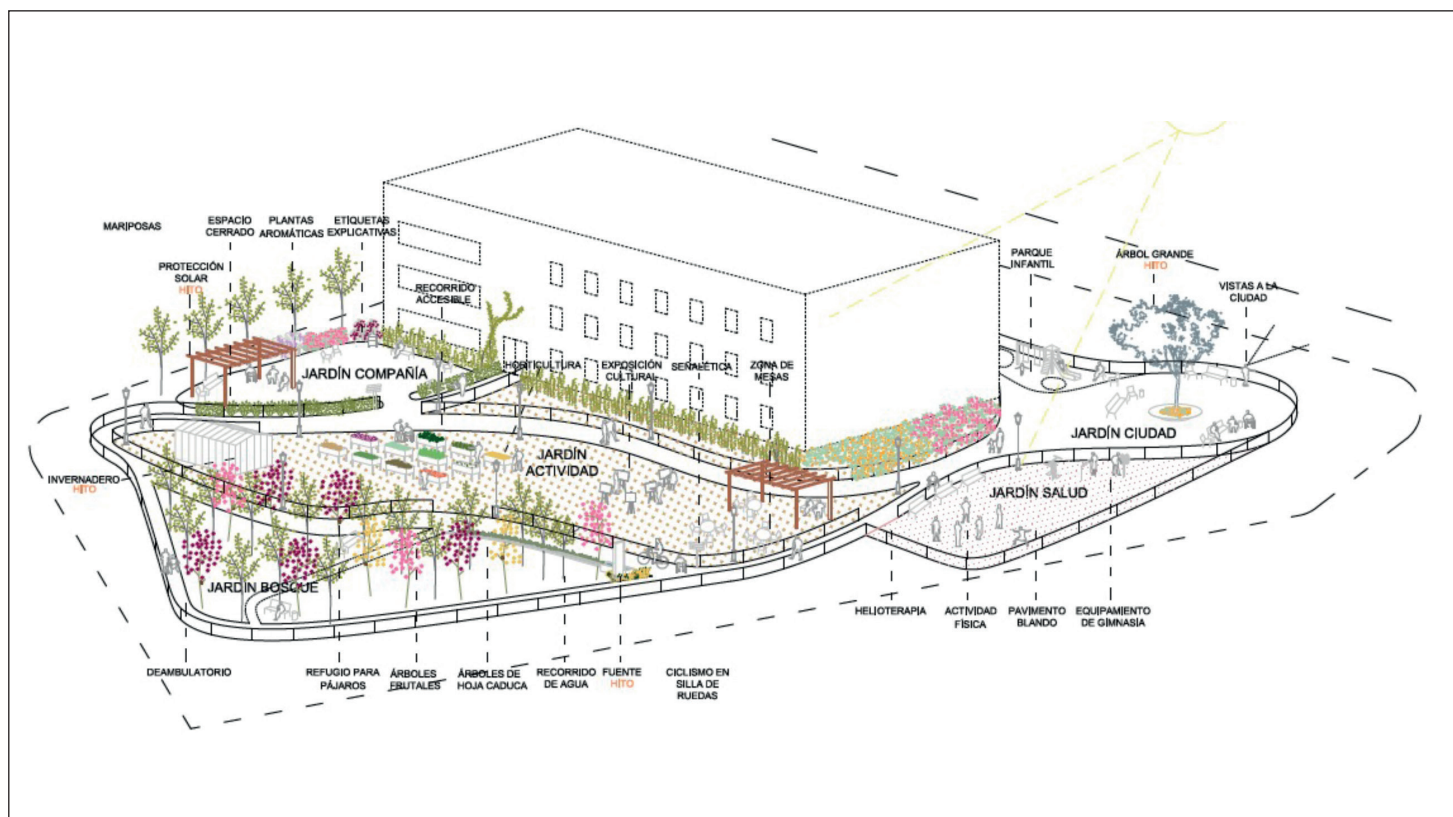


Fig.3. Jardín terapéutico. Centro multiservicio de curas de larga duración para gente mayor en Zamora
 Atribución proyecto: Ahead Barcelona Healthcare Architecture, Virai Arquitectura, LNG Arquitectos.

favorezcan la toma de decisiones cotidianas y posibiliten permanecer en la propia vivienda siempre que la persona así lo desee y las circunstancias lo permitan. La participación supone promover el vínculo con la comunidad y garantizar que las personas puedan intervenir en las decisiones que afectan a su vida. El principio de cuidados exige proporcionar los apoyos necesarios sin comprometer la privacidad ni la autonomía personal. La autorrealización reclama entornos que favorezcan el acceso a actividades culturales, educativas, creativas y recreativas, mientras que la dignidad demanda espacios que reconozcan a las personas mayores como sujetos de pleno derecho, evitando cualquier forma de discriminación, estigmatización o infantilización.

Estos principios no pierden vigencia cuando la persona decide, o necesita, trasladarse a un entorno residencial. Por el contrario, en ese momento adquieren una relevancia aún mayor, ya que al componente funcional del cambio se suma una importante dimensión emocional. El ingreso en una residencia no supone únicamente un traslado físico, sino también una reorganización de las referencias espaciales, las rutinas, las relaciones vecinales y las formas de organizar la vida cotidiana, elementos que, en muchos casos, se han consolidado a lo largo de los años.

Por ello, el diseño debe incorporar aspectos que refuerzan el sentido de pertenencia, disminuyan la ansiedad asociada al ingreso y favorezcan una adaptación gradual al entorno. La percepción del edificio desde el exterior, la secuencia de llegada, la organización de los recorridos y la posibilidad de personalizar los espacios son algunos de los caminos que permiten que el cambio se viva como una transición y no como una ruptura.

La escala doméstica

Con el objetivo de trasladar estos principios al entorno construido, en los últimos años han surgido modelos residenciales que buscan alejarse de la lógica institucional tradicional. Entre ellos destacan las unidades de convivencia, una tipología que integra los apoyos necesarios para el cuidado en un entorno de escala doméstica, organizado alrededor de pequeñas comunidades. Su finalidad es favorecer que las personas mayores mantengan el mayor grado posible de autonomía, continúen participando en las decisiones que afectan a su vida cotidiana y preserven sus vínculos sociales.

Desde el punto de vista arquitectónico, este planteamiento se aproxima más a una vivienda colectiva con servicios de apoyo que a una residencia convencional.

El entorno deja de concebirse como un espacio centrado exclusivamente en la asistencia para convertirse en un lugar donde la vida cotidiana continúa siendo el elemento organizador, incorporando las necesidades de cuidado sin que estas definan por completo la experiencia de habitar¹².

Esta aproximación se traduce en una organización espacial basada en hogares de menor tamaño, habitualmente integrados por entre ocho y dieciséis personas. Cada unidad dispone de acceso propio, sala de estar, cocina, lavandería y espacios exteriores compartidos, mientras que cada residente cuenta con una habitación individual —o doble en el caso de parejas si así lo desean— con baño privado y espacio suficiente para incorporar objetos personales, recibir visitas y configurar un entorno reconocible y personalizado (Fig. 1). De este modo, el ámbito más íntimo conserva algunas de las cualidades propias del hogar y favorece la continuidad de las rutinas cotidianas (Fig. 2).

El diseño también prioriza la libertad de movimiento dentro de un entorno seguro. Se reducen las barreras

físicas y la presencia de puertas cerradas, se facilita el acceso continuo a jardines y espacios exteriores accesibles estratégicamente diseñados para tener un uso activo o pasivo según las necesidades y las actividades se adaptan, en la medida de lo posible, a los intereses y capacidades de cada residente. Del mismo modo, el empleo de materiales cálidos, una escala doméstica y la posibilidad de participar en actividades cotidianas —como preparar una comida, colaborar en pequeñas tareas o compartir los espacios comunes— contribuyen a reforzar el sentido de pertenencia y a favorecer el bienestar físico y emocional¹³⁻¹⁵ (Figs. 4, 5 y 6).

Esta manera de entender el espacio ha impulsado también una nueva aproximación al diseño del mobiliario. Al tratarse de elementos utilizados durante gran parte del día y adaptados a necesidades funcionales diversas, su diseño combina criterios de accesibilidad, ergonomía y seguridad con un lenguaje propio del ámbito doméstico. De este modo, el mobiliario deja de ser un recurso exclusivamente asistencial para convertirse en un elemento más de la calidad ambiental y de la autonomía cotidiana.



Fig.4. Myllypuro Senior Center en Finlandia por Kirsti Sívén y Asko Takala. Imagen cedida por Ahead Barcelona Healthcare Architecture.

Según la evidencia

El interés por este modelo no responde únicamente a un cambio de sensibilidad, sino que cuenta con respaldo empírico. El estudio de referencia en este campo es el de Kane et al. (2007)¹⁶, que comparó, durante dos años, a personas residentes en unidades de entre siete y diez personas con personas residentes en centros tradicionales. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del modelo de pequeña escala en varias dimensiones de calidad de vida percibida, sin que la calidad de los cuidados se viera comprometida.

Investigaciones posteriores, centradas específicamente en personas con demencia, encontraron que quienes viven en entornos de pequeña escala y estética hogareña requieren menos medicación psicotrópica y menos sujeciones físicas, muestran menor agitación con el paso del tiempo y presentan mayor compromiso social que quienes viven en unidades tradicionales. Otra revisión de literatura asoció estos entornos con menor ansiedad y confusión, mayor interacción social y mejor estado nutricional^{17,18}.

No obstante, cabe mencionar que algunos autores¹⁹ señalan que los beneficios dependen en buena medida de cómo se implementa el modelo en cada caso.

Reflexiones finales

La longevidad no debería conducir a construir una ciudad paralela para personas mayores. Debería impulsarnos a crear entornos más inclusivos, capaces de recono-

cer la diversidad de cuerpos, ritmos, percepciones y formas de relación. El diseño inclusivo recuerda que la diferencia no es una anomalía que haya que corregir, sino una fuente de conocimiento para proyectar mejor²⁰.

Este desafío es particularmente complejo para la arquitectura porque muchos profesionales diseñan una etapa vital que todavía no han experimentado. De ahí la importancia de incorporar procesos participativos, escuchar a residentes y cuidadores, observar la vida cotidiana y someter las decisiones espaciales a una evaluación que incluya bienestar emocional, autonomía y sentido de pertenencia, además de eficiencia y seguridad.

Repensar la vejez exige revisar tanto los edificios como los imaginarios que los originan. No basta con suavizar la estética de la residencia convencional. Es necesario sustituir la lógica de la institución por la del hogar, el control por la capacidad de elección, la homogeneidad por la personalización, y el aislamiento por una comunidad abierta y graduada. Cuando la arquitectura sostiene orientación, memoria, participación y dignidad, deja de ser un simple contenedor de cuidados para convertirse en un entorno que acompaña la vida cotidiana.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. «Envejecimiento y salud». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
3. Wingood, M., et al. (2024). «The power of language: words to mend or fuel ageism within geriatrics». *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 47(4), 173-174.

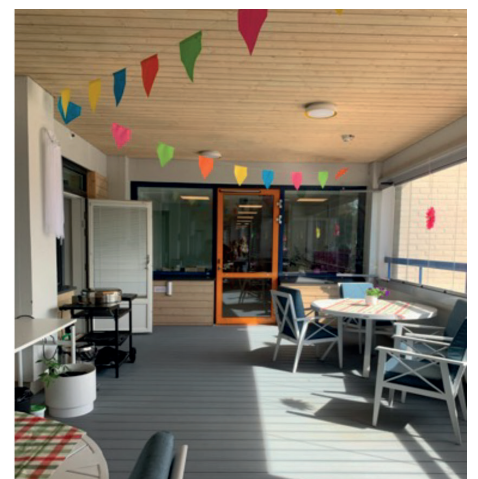


Fig.5. Myllypuro Senior Center en Finlandia por Kirsti Sívén y Asko Takala y Comunidad de servicios, Tuusula en Finlandia por Norlandia Care Group. Imagen cedida por Ahead Barcelona Healthcare Architecture.



Fig.6. Mobiliario Vergés Care por Emiliana Design.
Imagen cedida por Ahead Barcelona Healthcare Architecture.

4. Real Academia Española. «Envejecimiento». Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/envejecimiento>
5. Real Academia Nacional de Medicina. «Envejecimiento». Diccionario de términos médicos. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=envejecimiento
6. Oxford Dictionary. «Aging». Disponible en: <http://oxforddictionaries.com/?region=us>
7. Clínica Universidad de Navarra. «Envejecimiento». Diccionario médico. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/envejecimiento>
8. Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, Á. M. (2014). «Análisis del concepto de envejecimiento». Gerokomos, 25(2), 57-62.
9. Organización Mundial de la Salud (2002). «Envejecimiento activo: un marco político». Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37, 74-105.
10. Organización Mundial de la Salud. «Salud mental de los adultos mayores». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
11. Naciones Unidas. «Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad». Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
12. Mora, M. R. C., González, L. M., y García, M. D. L. O. P. (2024). «Cohousing Senior: un modelo de convivencia para conocer y aprender desde el Trabajo Social». AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar, 13, 29-39.
13. Høyland, K. (2024). «Health-Promoting Housing and Care Concepts for Older People with Dementia?». En Effects of Design on Health and Wellbeing. Proceedings of the 6th International Conference on Architecture, Research, Care and Health (ARCH24), Espoo, Finland, 17-19 June 2024. IOS Press.
14. Ferrentino, A., Rius, C., Pairó, R. T., y Ramírez, E. G. (2024). «The Garden of the Senses». ARCH24 Design for Health and Wellbeing, 32.
15. Marquardt, G., y Schmieg, P. (2009). «Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes». American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 24(4), 333-340.
16. Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B., Yu, T.C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial Green House program. Journal of the American Geriatrics Society, 55(6), 832-839.
17. Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S.M.G., Ambergen, T., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. (2010). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs. International Psychogeriatrics.
18. Verbeek, H., et al. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review.
19. Speckemeier, C., Niemann, A., Weitzel, M., Abels, C., Höfer, K., Walendzik, A., Wasem, J., Neusser, S. (2023). Assessment of innovative living and care arrangements for persons with dementia: a systematic review. BMC Geriatrics, 23, 464.
20. Treviranus, J. (2019). «The value of being different». Proceedings of the 16th International Web for All Conference, 1-7.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con los autores:
clara@aheadbcn.com