

Brains

The Business, Research, Ageing, Innovation,
Neurosciences and Social Journal

Año 5
Volumen 6, número 4
Agosto de 2026

Espacios que promueven
autonomía, salud y calidad de vida

Patrocinado por:

HabitatCare
Neuroarquitectura i Envel·liment Actiu



Con el apoyo de:

ACCIÓ
Catalonia
Trade & Investment



Generalitat
de Catalunya

Sumario

- 1. En Clave Clúster**

 - HabitatCare: construyendo evidencia para diseñar espacios que cuidan**
Juliana Bustos >> pág. 03
- 2. Ageing**

 - Envejecimiento y arquitectura: imaginarios sociales, experiencia del habitar y nuevos modelos de cuidado**
Clara Rius
Agostina Ferrentino
Ramon Torrents >> pág. 07
- 3. Innovation**

 - Rediseñar la urgencia. Un nuevo modelo para atender las crisis en salud mental**
Jorge Cuevas >> pág. 15

Créditos

Gracias por confiar en nosotros y apostar por la salud mental y las neurociencias desde otro punto de vista. Una mirada variada y distinta de la científica que promueve la creación, la innovación y la colaboración del sector.

Este número ha sido posible gracias a la generosidad y el apoyo de los profesionales que reflejamos en la página de Colaboradores.

La revista es una obra original de **WeMind Cluster**, con el apoyo de la Junta Directiva, y producida y coordinada por **Elisabet Vilella Cuadrada**, Editora en Jefe; **Marta Sánchez Bret**, Clúster Manager; **Anna Schembari**, Project Manager y especialista en datos de salud; **Ingrid Tarragó**, Directora de Marketing y Comunicación; **Juliana Bustos**, Project Manager; **M^a José Martín** y **Sara González Fernández**, Secretaría Técnica.

Consejo editorial:

Bussiness: **Dani Roca**; **Research:** **Diego Palao**; **Ageing:** **Marta Pera**; **Innovation:** **Adrià Dorado**; **Neurosciences:** **Jorge Cuevas**; y **Social:** **Miquel Tiffon** y **Sílvia Garcia**.

Equipo editorial: **Dendrite Commons**

Revista oficial de WeMind Cluster, editada y gestionada por Dendrite Commons, SLU, Carrer del Consell de Cent, 170, 3r A 08015 Barcelona. Con el apoyo de la Junta Directiva, producida y coordinada por el equipo WeMind.

ISSN 2938-1096



Portada: WeMind Cluster

HabitatCare: construyendo evidencia para diseñar espacios que cuidan

Juliana Bustos

Project Manager
WeMind Cluster



El envejecimiento de la población es uno de los grandes retos sociales de nuestro tiempo. A medida que aumenta la esperanza de vida, también crece la necesidad de crear entornos que favorezcan el bienestar, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores. En este contexto, los espacios dejan de ser un simple escenario donde se presta la atención para convertirse en un elemento activo del cuidado.

Actualmente, España se encuentra inmersa en un profundo cambio demográfico. Según las últimas proyecciones del Instituto Nacional de Estadística¹, más de 10 millones de personas tienen actualmente 65 años o más, una cifra que seguirá creciendo en las próximas décadas. Este escenario plantea importantes desafíos para el sistema sociosanitario y obliga a replantear

cómo queremos cuidar y acompañar a una población cada vez más longeva.

Tradicionalmente, el diseño de residencias y otros entornos asistenciales ha respondido principalmente a criterios funcionales y operativos: facilitar la atención, garantizar la accesibilidad o cumplir los requisitos normativos. Sin embargo, un espacio puede hacer mucho más que albergar la actividad asistencial. La distribución del mobiliario, la iluminación, la calidad ambiental, el confort acústico, la presencia de elementos naturales o la organización de los recorridos condicionan la manera en que las personas utilizan el entorno, interactúan entre sí y experimentan su día a día.

Diseñar para el cuidado implica situar a las personas en el centro del proceso. Significa conocer cómo viven el

espacio quienes lo habitan y quienes trabajan en él, identificar sus necesidades y trasladarlas a decisiones capaces de favorecer la orientación, la autonomía, la convivencia y el bienestar. Desde esta perspectiva, el entorno físico deja de ser un elemento pasivo para convertirse en una herramienta que acompaña el cuidado y contribuye a generar experiencias más saludables y humanizadas.

Diseñar para el cuidado implica situar a las personas en el centro del proceso. Significa conocer cómo viven el espacio quienes lo habitan y quienes trabajan en él.

Avanzar hacia este modelo requiere combinar la experiencia de residentes, profesionales y entidades especializadas con metodologías que permitan evaluar el impacto real de las intervenciones.

HabitatCare: del diagnóstico al rediseño

Con el objetivo de trasladar esta visión a un caso real, WeMind Cluster y AMBIT Living Spaces Cluster han impulsado HabitatCare, un proyecto colaborativo orientado a estudiar cómo el diseño de los espacios puede contribuir al bienestar, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores. Para ello, se ha reunido a un ecosistema multidisciplinar formado por profesionales de la arquitectura y el diseño, empresas tecnológicas y entidades del ámbito asistencial, que han trabajado conjuntamente en uno de los comedores del edificio de la residencia geriátrica Residencial Palau en Catalunya: un espacio polivalente en el que las personas residentes comen, realizan actividades, descansan y conviven.

Lejos de plantear una reforma convencional, HabitatCare parte de una premisa clara: antes de intervenir es ne-

cesario comprender cómo se utiliza y experimenta realmente el espacio. El proceso comenzó escuchando a quienes lo vivían cada día. Residentes, profesionales y equipo directivo participaron en sesiones de cocreación y talleres en los que compartieron su experiencia cotidiana e identificaron tanto las fortalezas del comedor como aquellos aspectos que dificultaban el bienestar, la convivencia o el trabajo diario.

Esta información se complementó con un diagnóstico integral que combinó las percepciones de las personas con datos objetivos para obtener una visión más completa de la experiencia en el espacio. Para ello, el proyecto incorporó diferentes tecnologías orientadas a analizar la relación entre los usuarios y el entorno desde perspectivas complementarias.

En este contexto, se realizaron mediciones EEG para registrar la actividad cerebral de las personas residentes antes y después de la intervención, con el propósito de analizar determinados estados cognitivos y emocionales durante su permanencia en el comedor. Esta información permitió explorar cómo los cambios realizados en el entorno podían influir en aspectos vinculados con la relajación, la atención o la experiencia emocional.

Por otra parte, la tecnología de análisis de estados cognitivo-emocionales y de uso del espacio sirvió para analizar el uso real del espacio. La observación y el estudio de la ocupación ayudaron a identificar dónde permanecían las personas, cómo se distribuían las actividades y de qué manera se utilizaban las distintas zonas del comedor. La comparación entre las mediciones previas y posteriores ha permitido valorar si la nueva distribución



Imagen de Ariadna Casino ©.



Imagen de Ariadna Casino ©.

favorece una mayor diversidad de usos y una mejor apropiación del espacio.

El diagnóstico también ha incorporado tecnología de monitorización ambiental para medir de forma continuada parámetros relacionados con la calidad del aire y el confort, como el CO₂, las partículas, los compuestos orgánicos volátiles, la temperatura, la humedad y el nivel de ruido. Estos datos han dado a conocer las condiciones ambientales del comedor, detectar posibles áreas de mejora y evaluar cómo evolucionaban después de la intervención.

La combinación de estas herramientas con la experiencia de residentes y profesionales han permitido construir una visión multidimensional del comedor. No solo se ha estudiado su configuración física, sino también cómo se ocupaba, qué condiciones ambientales presentaba y cómo podía influir en la experiencia cognitiva, emocional y sensorial de las personas.

El diagnóstico ha evidenciado fortalezas como la amplitud del espacio y la entrada de luz natural, pero también oportunidades de mejora relacionadas con el confort acústico, la iluminación artificial, la escasa presencia de elementos naturales, la falta de diferenciación entre actividades y la percepción general del ambiente. El reto no era transformar por completo el comedor, sino potenciar sus cualidades y responder de manera precisa a las necesidades detectadas.

A partir de este análisis se ha desarrollado una intervención centrada en las personas. La distribución se ha reorganizado mediante una nueva zonificación que diferencia las áreas destinadas a las comidas, las actividades, la convivencia y el descanso, favoreciendo un uso más flexible. También se ha renovado el mobiliario, incorporando piezas más confortables, y se ha introducido una nueva paleta cromática para aportar calidez y reforzar la identidad de las distintas zonas.

La intervención ha incorporado criterios de diseño biofílico mediante la integración de vegetación y materiales inspirados en la naturaleza, con el objetivo de crear un ambiente más acogedor y reducir la sensación de institucionalización. En la nueva zona de estar y descanso se instaló una iluminación más cálida para generar una atmósfera recogida y diferenciada de las áreas destinadas a las comidas y las actividades. Asimismo, se introdujo un nuevo paisaje sonoro, cuya finalidad fue adaptar el ambiente acústico a los distintos momentos del día y a las actividades que se realizaban en el espacio, creando condiciones más adecuadas para las comidas, la convivencia, el descanso o la realización de actividades.

Más que una reforma física, HabitatCare desarrolla una metodología basada en la escucha, la observación, la medición y el diseño fundamentado en la evidencia. La integración de distintas tecnologías permite comprender el espacio de manera más completa y convertir los datos obtenidos en decisiones concretas orientadas a mejorar la experiencia cotidiana de residentes y profesionales.

Aprendizajes y nuevas formas de innovar en el cuidado

HabitatCare ha permitido demostrar que el diseño de los espacios puede convertirse en una herramienta para mejorar la experiencia de las personas mayores y facilitar la labor de los profesionales que las acompañan. Los resultados obtenidos tras la intervención apuntan a una mejora en la percepción del comedor, especialmente en aspectos como la iluminación, el confort acústico, la adecuación del espacio y el bienestar general. También se ha observado una nueva forma de utilizar el entorno, con una mayor permanencia en las zonas de estancia y una distribución más diversa de las actividades.

Estos cambios reflejan que el impacto de una intervención no depende únicamente de su escala, sino de la ca-

pacidad de responder a las necesidades reales de quienes habitan el espacio. La reorganización de los usos, la creación de ambientes diferenciados y la mejora de las condiciones sensoriales han permitido que el comedor ofrezca nuevas posibilidades para el descanso, la convivencia y la realización de actividades.

Otro de los aprendizajes del proyecto ha sido la importancia de incorporar nuevas herramientas de análisis al ámbito asistencial. HabitatCare utiliza tecnologías para estudiar la ocupación y el uso del espacio, analizar determinados estados cognitivos y emocionales y monitorizar parámetros ambientales como la calidad del aire, la temperatura, la humedad o el ruido. Estas herramientas, más habituales en otros sectores, permiten complementar la experiencia de residentes y profesionales con información objetiva y comprender mejor la relación entre las personas y el entorno.

La medición no se ha planteado únicamente como una forma de comprobar si la intervención funciona, sino como una herramienta para seguir aprendiendo. Los datos recogidos han permitido confirmar mejoras, pero también detectar aspectos que requieren un seguimiento continuado, como la ventilación durante los meses más cálidos. Esto demuestra que diseñar mejor no consiste en encontrar una solución definitiva, sino en crear espacios capaces de evolucionar y adaptarse.



Imagen de Ariadna Casino ©.

Transformar los entornos asistenciales

HabitatCare muestra una forma diferente de abordar la transformación de los entornos asistenciales: comenzar por escuchar, observar y medir antes de diseñar. Esta aproximación permite que las decisiones sobre el espacio respondan a necesidades reales y no únicamente a criterios estéticos, funcionales o normativos.

La experiencia desarrollada en Residencial Palau abre la puerta a aplicar esta metodología en residencias, centros de día, hospitales y otros espacios vinculados al cuidado. También demuestra que tecnologías y conocimientos procedentes de ámbitos diversos pueden adquirir un nuevo valor cuando se ponen al servicio de las personas.

El reto para los próximos años será trasladar estos aprendizajes a nuevos contextos y consolidar una manera de diseñar que entienda el entorno como parte de la atención. Porque transformar un espacio de cuidado no consiste solo en mejorar un edificio, sino en crear mejores condiciones para vivir, convivir y acompañar.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística. Censo Anual de Población 2025 y Proyecciones de Población 2026–2076. España.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
 Para contactar directamente con la autora:
juliana.bustos@wemindcluster.com

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.

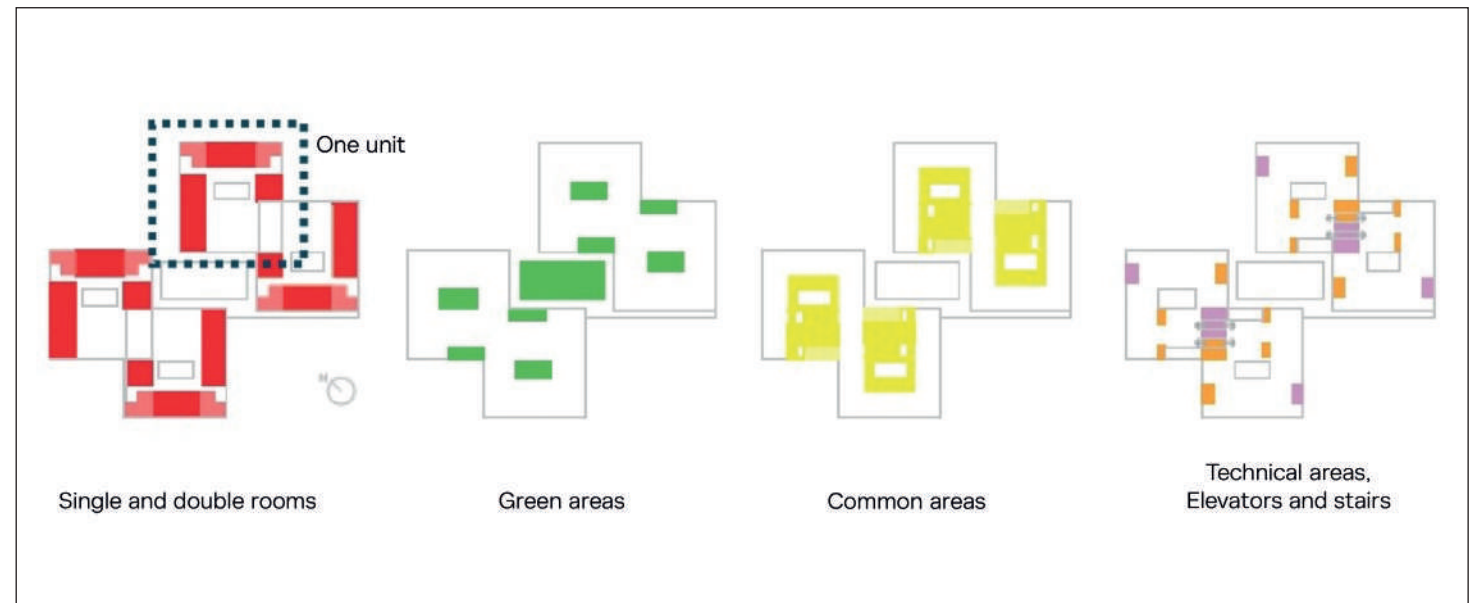


Fig.1. Distribución de espacios. Centro multiservicio de curas de larga duración para gente mayor en Zamora. Autoría proyecto: Ahead Barcelona Healthcare Architecture, Virai Arquitectura, LNG Arquitectos.

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,

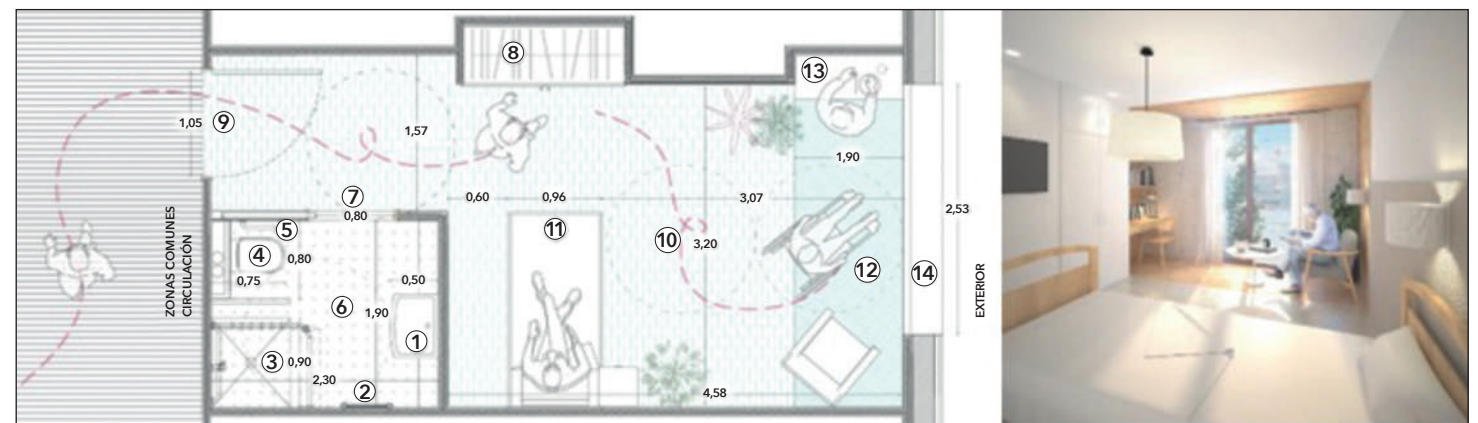


Fig.2. Detalles. Centro multiservicio de curas de larga duración para gente mayor en Zamora. Autoría proyecto: Ahead Barcelona Healthcare Architecture, Virai Arquitectura, LNG Arquitectos.

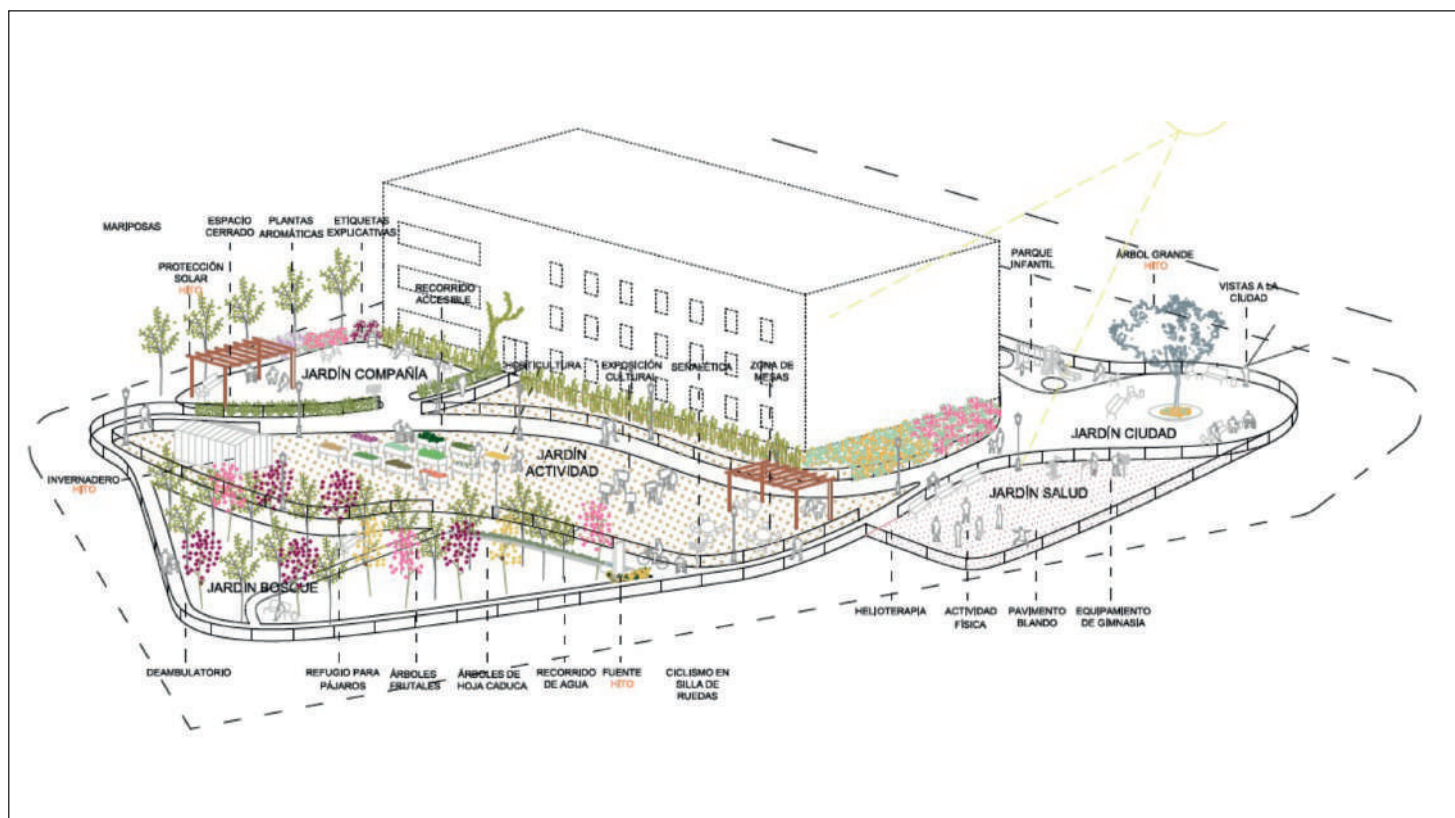


Fig.3. Jardín terapéutico. Centro multiservicio de curas de larga duración para gente mayor en Zamora
Atoría proyecto: Ahead Barcelona Healthcare Architecture, Virai Arquitectura, LNG Arquitectos.

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 refuercen 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.

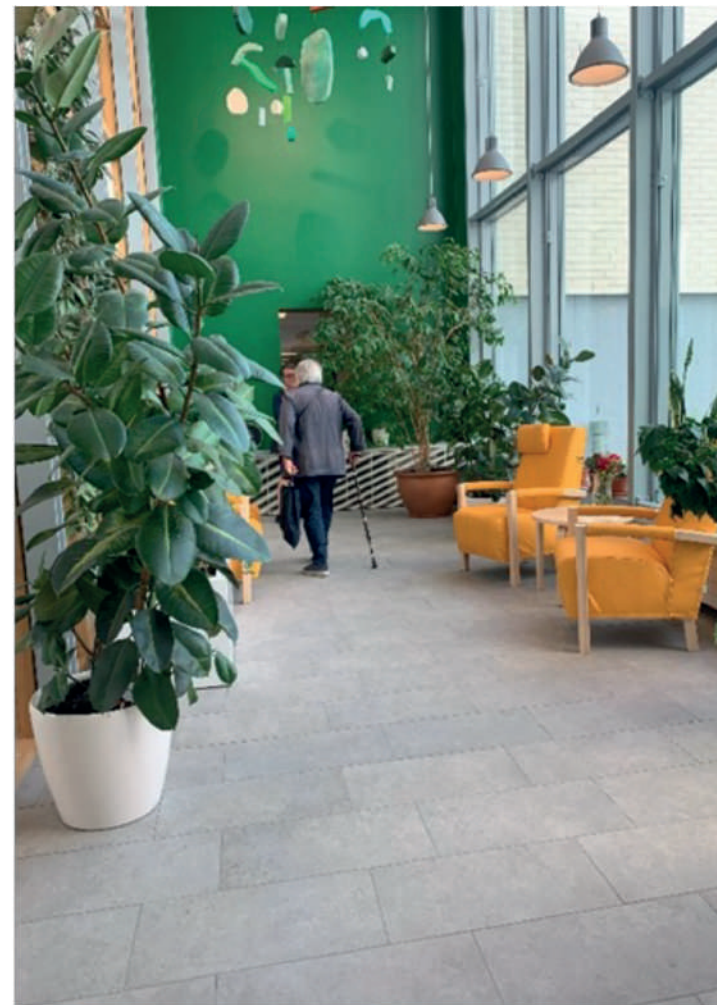


Fig.4. Myllypuro Senior Center en Finlandia por Kirsti Sivén y Asko Takala.
Imagen cedida por Ahead Barcelona Healthcare Architecture.

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.

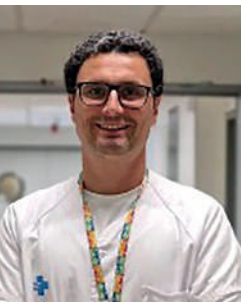
4. Real Academia Española. «Envejecimiento». Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/envejecimiento>
5. Real Academia Nacional de Medicina. «Envejecimiento». Diccionario de términos médicos. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=envejecimiento
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

Rediseñar la urgencia. Un nuevo modelo para atender las crisis en salud mental

Jorge Cuevas

Jefe de Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol



Cuando una persona llega a urgencias en plena crisis de salud mental, puede sentirse desbordada, asustada o incapaz de comprender lo que sucede. Entra en un espacio con ruido, circulación constante y pocas posibilidades de preservar la intimidad. No sabe cuánto deberá esperar ni qué ocurrirá después. El equipo profesional intenta valorarla y establecer una relación terapéutica en un entorno sometido a una presión continua.

La sobrecarga sensorial, la falta de privacidad, la dificultad para orientarse y la imprevisibilidad de los circuitos pueden aumentar la ansiedad, favorecer la agitación y hacer más difícil la desescalada. También pueden obligar a los profesionales a intervenir cuando el conflicto ya se ha producido, en lugar de disponer de las condiciones adecuadas para prevenirlo.

La evidencia disponible sugiere que las características físicas de los dispositivos de salud mental pueden influir en la experiencia de los pacientes y contribuir, junto con otras intervenciones, a reducir el aislamiento y la contención, aunque todavía faltan evaluaciones sólidas en contextos asistenciales diversos^{1,2}.

Este es el punto de partida de la ampliación y reforma integral de las Urgencias de Salud Mental del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. El proyecto no pretende únicamente aumentar la superficie de una unidad que había quedado obsoleta en términos de espacio y capacidad. Su objetivo es más ambicioso: pensar una nueva manera de atender las crisis de salud mental y diseñar el espacio que permita hacerla realidad.

La necesidad de la ampliación

Durante los últimos cinco años, la unidad de urgencias del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol ha experimentado un crecimiento sostenido de la actividad y un aumento de la complejidad clínica. A esta evolución se sumó, en 2023, la incorporación de la atención a la población infantojuvenil del territorio. El espacio disponible, concebido para otra realidad asistencial, dejó de ofrecer la capacidad y la funcionalidad necesarias.

Los datos ayudan a dimensionar el reto. En 2025, las Urgencias de Salud Mental atendieron alrededor de 5.076 visitas y 1.000 interconsultas en el servicio de medicina en urgencias. El tiempo medio de permanencia fue de unas 11 horas y 21 minutos y cerca del 8,5 % de las visitas superaron las 24 horas.

Estas cifras muestran que el contacto con el espacio no es fugaz. Muchas personas permanecen allí durante horas mientras esperan una valoración, la estabilización de la crisis o una decisión clínica. Así, este tiempo puede convertirse en un espacio terapéutico o en un periodo de mayor malestar.

Ante esta situación, el hospital priorizó en 2025 la ampliación y reforma integral de la unidad. AHEAD Barcelona Healthcare Architecture desarrolla el proyecto ejecutivo de arquitectura y obra civil en coordinación con el Servicio de Psiquiatría y los servicios técnicos del hospital. Sin embargo, el alcance de la iniciativa no se comprende si se presenta únicamente como una obra. La ampliación abre la posibilidad de revisar los circuitos, la relación entre pacientes y profesionales y la propia concepción de la atención urgente.

No solo cambios cuantitativos sino también cualitativos

Una ampliación hospitalaria puede limitarse a reproducir el modelo existente en un espacio mayor: más boxes, más pasillos, más salas de espera y más puestos de trabajo. Sin embargo, es necesario expandir la visión e ir más allá: ¿cómo deberían funcionar unas urgencias de salud mental si se diseñaran desde la experiencia de las personas y no solo desde las limitaciones del edificio?

Responder a esta pregunta obliga a cuestionar algunos rasgos del modelo tradicional. En muchas urgencias, la atención psiquiátrica se organiza alrededor de la evaluación inicial y la espera: esperar una segunda valoración,

una cama, un traslado o una decisión sobre el alta. Durante ese tiempo, la persona puede permanecer en un entorno poco adaptado a sus necesidades, con escasa autonomía y pocos recursos para regularse.

¿Cómo deberían funcionar unas urgencias de salud mental si se diseñaran desde la experiencia de las personas y no solo desde las limitaciones del edificio?

El nuevo modelo busca que la atención comience desde el primer momento. Esto supone pasar de la espera pasiva a la intervención temprana; de espacios indiferenciados a zonas pensadas para distintas necesidades; de recorridos confusos a circuitos comprensibles; de una vigilancia centrada exclusivamente en el control a una observación próxima y terapéutica; y de una respuesta reactiva ante la agitación a una estrategia de prevención y desescalada.



Foto de Luis Ribeiro en Pexels.



Foto de SHVETS production en Pexels.

También implica reconocer necesidades diferentes. Algunas personas requieren menos estímulos, mientras que otras pueden beneficiarse del contacto y la actividad. La presencia de población adulta e infantojuvenil obliga, además, a separar adecuadamente perfiles, edades y situaciones clínicas.

El espacio como intervención de salud

El proyecto de investigación NEUROCARE-ED, impulsado desde el Institut d’Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol junto con AHEAD, formula esta transformación con una idea central: el entorno construido no es un telón de fondo pasivo, sino una intervención estructural que puede promover la salud, prevenir daños y favorecer una atención más segura.

La propuesta define el rediseño arquitectónico mediante requisitos funcionales y no como una operación estética. El primero es la modulación sensorial. Una persona en crisis puede tener dificultades para procesar el ruido, la luz, el movimiento o la presencia constante de otras personas. Controlar la acústica, evitar una actividad visual excesiva y ofrecer ambientes con distintos niveles de estimulación puede contribuir a disminuir el malestar.

El segundo requisito es mejorar la orientación y la previsibilidad. Orientarse no significa únicamente encontrar una señal. Supone comprender dónde se está, qué zonas pueden utilizarse, dónde están los profesionales y qué sucederá a continuación. Un espacio legible reduce incertidumbre, facilita la autonomía y ayuda a los equipos a explicar mejor el proceso asistencial.

El tercer elemento es la privacidad. En unas urgencias de salud mental se comparten historias personales, si-

tuaciones traumáticas y decisiones clínicas sensibles. Proteger la confidencialidad de las conversaciones, reducir la exposición pública de los momentos de agitación y disponer de lugares adecuados para recibir a las familias son condiciones esenciales de una atención digna.

El cuarto requisito afecta a los circuitos y a la seguridad. Un espacio seguro no tiene por qué resultar restrictivo. La visibilidad, la proximidad de los profesionales, la zonificación, la reducción de recorridos innecesarios y la separación de flujos cuando sea preciso pueden prevenir situaciones de riesgo sin convertir la unidad en un entorno dominado por barreras y restricciones.

Por último, el proyecto prevé espacios destinados a la desescalada y a la valoración clínica oportuna: lugares donde reducir voluntariamente los estímulos, mantener una conversación tranquila, observar la evolución o iniciar una intervención antes de que el malestar se transforme en conflicto.

El entorno construido no es un telón de fondo pasivo, sino una intervención estructural que puede promover la salud, prevenir daños y favorecer una atención más segura.

Las revisiones realizadas sobre arquitectura y salud mental señalan precisamente la importancia de combinar diferentes capas de diseño: privacidad, espacios comunes, contacto con el exterior, reducción del ruido, claridad de la distribución, ambientes menos institucionales y disponibilidad de áreas destinadas a la regulación sensorial^{1,2}. No existe un único elemento capaz de transformar por sí solo la atención. El efecto depende de cómo estas decisiones se integran en el conjunto del entorno y en el modelo asistencial.

Diseñar desde la experiencia

Para que el nuevo espacio funcione, las decisiones arquitectónicas deben surgir del conocimiento cotidiano del servicio. Arquitectos, psiquiatras, profesionales de enfermería y responsables de infraestructuras observan problemas diferentes. Un recorrido lógico sobre un plano puede resultar ineficiente, una sala amplia puede no permitir una conversación confidencial, y una solución de seguridad puede limitar la autonomía.

Diseñar desde la experiencia significa estudiar todo el recorrido: dónde se espera, cuándo se recibe información, cómo se realiza la valoración, qué sucede si aumenta la agitación, cómo participa la familia y cómo se coordinan los profesionales. También exige identificar los momentos de mayor tensión, los cuellos de botella y las pérdidas de privacidad.

La experiencia de pacientes y familias debe ocupar un lugar fundamental. Su mirada revela qué elementos transmiten control o castigo, qué ayuda a recuperar seguridad y qué decisiones aumentan la pérdida de autonomía.

Safewards: prevenir antes de contener

El proyecto conecta con una transformación internacional de la atención psiquiátrica orientada a reducir el conflicto y las prácticas restrictivas. Uno de sus referentes es Safewards, un modelo desarrollado para comprender cómo surgen los episodios de conflicto y contención en las unidades de salud mental.

Safewards parte de que la agresividad, la fuga, el rechazo al tratamiento o las autolesiones no dependen únicamente de las características del paciente. También influyen el equipo profesional, las normas, la comunidad de pacientes, el entorno físico, los acontecimientos externos y el marco regulador. Estos ámbitos pueden generar situaciones o puntos de tensión capaces de desencadenar un episodio de conflicto y una posterior intervención restrictiva³.

El modelo se concreta en intervenciones para mejorar la comunicación y responder de forma menos coercitiva.

Un ensayo controlado por conglomerados de Safewards, realizado en 31 unidades de 15 hospitales británicos, encontró una reducción de los acontecimientos de conflicto y de las intervenciones de contención en las unidades que aplicaron el modelo⁴.

La experiencia de Victoria, en Australia, resulta especialmente interesante porque Safewards se probó también en tres servicios de urgencias. La evaluación comunicó una reducción conjunta del 30 % de los llamados *code grey*, respuestas organizadas ante situaciones violentas, agresivas o amenazantes. En las personas atendidas bajo la legislación de salud mental, la mediana de duración de la contención mecánica disminuyó de 1,8 a 1,2 horas⁵.

Safewards no es un modelo arquitectónico. Su valor para el Germans Trias reside en mostrar que el espacio, las relaciones y las prácticas profesionales forman parte de un mismo sistema. Una sala de desescalada no reduce por sí sola la coerción: debe acompañarse de equipos preparados para utilizarla de manera preventiva y de una cultura que considere la contención como último recurso. El equipo del hospital cuenta, además, con experiencia en la introducción y adaptación del modelo en España.

EmPATH: transformar la espera en tratamiento

Otro referente son las unidades EmPATH, siglas de *Emergency Psychiatric Assessment, Treatment and Healing*. El modelo cuestiona la permanencia prolongada de las personas con crisis de salud mental en boxes convencionales, donde pueden pasar horas o días esperando una decisión o una cama.

Las unidades EmPATH proponen trasladarlas rápidamente a un entorno especializado, calmado y orientado a la recuperación. Allí reciben evaluación psiquiátrica temprana, tratamiento, observación y apoyo durante un periodo breve. En lugar de entender el tiempo como una espera hasta el ingreso, se utiliza para estabilizar la crisis y valorar si la persona puede regresar de forma segura a la comunidad. El modelo se apoya en una atención rápida, no coercitiva y centrada en la recuperación.

La evidencia disponible es alentadora, aunque procede principalmente de Estados Unidos. Un estudio con personas atendidas por ideación o intento de suicidio asoció la implantación de una unidad EmPATH con menos

tiempo en urgencias, menos ingresos psiquiátricos y un mejor seguimiento ambulatorio⁶. Una revisión de unidades de crisis de corta estancia observó también reducciones en el tiempo de urgencias y en los ingresos, aunque agrupaba modelos diversos⁷.

El Hospital Germans Trias no pretende replicar las unidades EmPATH, sino incorporar principios transferibles: iniciar el tratamiento cuanto antes, evitar que la espera sea tiempo clínicamente vacío, ofrecer un entorno menos estimulante, observar sin aislar de forma innecesaria y disponer de tiempo para que la crisis evolucione antes de decidir un ingreso.

Un modelo propio

La innovación consiste en combinar tres dimensiones. La primera es el espacio: acústica, iluminación, privacidad, orientación, zonificación, circulación y lugares para la desescalada. La segunda es la práctica clínica: evaluación temprana, prevención de conflictos, comunicación, atención basada en derechos y reducción de medidas coercitivas. La tercera es la organización: circuitos claros, coordinación entre profesionales, registro homogéneo de incidentes y seguimiento continuo de resultados.

Ninguna funciona de manera aislada. Un edificio nuevo no transforma automáticamente la atención si se man-



Foto de cottonbro studio en Pexels.

tienen los mismos procedimientos, del mismo modo que una formación en desescalada encuentra límites si debe aplicarse en un pasillo ruidoso, sin privacidad y con circulación constante.

Las unidades EmPATH proponen trasladar rápidamente a las personas con una crisis de salud mental a un entorno especializado, calmado y orientado a la recuperación.

El cambio también debe cuidar a los profesionales. Trabajar en urgencias psiquiátricas implica gestionar incertidumbre, sufrimiento intenso y situaciones potencialmente peligrosas. Una mayor previsibilidad, mejores condiciones acústicas, una supervisión adecuada y espacios que faciliten la comunicación pueden reducir la sobrecarga, mejorar la seguridad percibida y favorecer el clima de equipo.

Medir para saber si funciona

Uno de los aspectos más innovadores del proyecto es que la reforma no se evaluará únicamente mediante opiniones o imágenes del resultado final. NEUROCARE-ED plantea medir qué ocurre antes y después de la puesta en marcha para comprobar si el nuevo modelo modifica la experiencia, la seguridad y el funcionamiento del servicio.

El indicador principal será un índice compuesto de coerción expresado por cada mil horas-paciente. Este denominador permite considerar el tiempo real de exposición al entorno. Se registrarán por separado los episodios de aislamiento, la medicación oral o intramuscular forzada y las contenciones, incluyendo su duración cuando sea posible.

Junto a estos datos se estudiará la duración de la estancia, tanto como medida continua como mediante umbrales —por ejemplo, las visitas superiores a 24 horas—, y las reconsultas no planificadas durante las primeras setenta y dos horas y los siete días siguientes. También se analizarán los incidentes de seguridad y conflicto, los ingresos y otros indicadores de flujo.

NEUROCARE-ED

plantea medir qué

ocurre antes y

después de la puesta

en marcha para

comprobar si el nuevo

modelo modifica la

experiencia, la

seguridad y el

funcionamiento del

servicio.

La experiencia de pacientes y profesionales se evaluará con cuestionarios estandarizados. En los pacientes se observarán dimensiones como la satisfacción, el clima terapéutico, la percepción de seguridad, la privacidad y la comunicación. En los profesionales se analizarán la calidad percibida de la atención, las condiciones psicosociales, el clima de equipo, la seguridad y el funcionamiento del diseño.

El proyecto incorporará además una evaluación económica. No bastará con saber si el nuevo entorno obtiene mejores resultados. Habrá que determinar qué recursos requiere, si evita costes relacionados con incidentes, estancias prolongadas o reconsultas y si constituye una inversión sostenible para un sistema público.

La comparación se realizará en condiciones reales, con datos anteriores y posteriores a la apertura y un periodo de estabilización. Una serie temporal interrumpida per-

mitirá observar cambios en el nivel o la tendencia de los indicadores; cuando exista un comparador válido, se añadirán análisis cuasiexperimentales.

La evaluación tendrá limitaciones: pueden cambiar las plantillas, los protocolos, la actividad o el perfil de los pacientes. Por eso se registrarán las cointervenciones y la fidelidad de la implementación. La pregunta no será solo si el edificio es nuevo, sino si espacio, prácticas y organización se aplican como estaba previsto.

De Germans Trias a otros hospitales

El proyecto aspira a generar conocimiento transferible. Para ello distinguirá entre componentes esenciales y soluciones adaptables. Son esenciales la reducción de la sobrecarga sensorial, la privacidad, la orientación, los circuitos seguros, la capacidad de desescalada y la evaluación temprana. En cambio, la distribución concreta, los materiales o determinadas soluciones constructivas deberán adaptarse a cada edificio y a los recursos disponibles.

La intención es traducir el aprendizaje en un paquete de replicación con requisitos funcionales, listas de comprobación, un manual de implementación, un conjunto mínimo de datos y un cuadro de mando. Si los resultados muestran una mejora sostenida sin deteriorar la seguridad, el modelo podría probarse primero en otras unidades comparables de Cataluña y, posteriormente, en otros territorios.

El proyecto plantea así una cuestión que va más allá de una reforma hospitalaria. ¿Puede el entorno construido reducir daños evitables? ¿Puede una organización espacial diferente ayudar a sustituir la contención por la desescalada? ¿Puede mejorar simultáneamente la experiencia del paciente y las condiciones de trabajo de los profesionales?

La arquitectura no cura por sí sola y ningún diseño elimina completamente la incertidumbre o el conflicto. Pero el espacio puede evitar añadir sufrimiento a quien ya llega en crisis. Puede ofrecer intimidad, orientación, calma y oportunidades para recuperar el control. Puede facilitar que los profesionales intervengan antes y se relacionen de otra manera con las personas atendidas.

La verdadera innovación de las nuevas Urgencias de Salud Mental del Hospital Germans Trias i Pujol no



Foto de Bakyt Kosjan en Pexels.

será disponer de más metros cuadrados. Será convertir esos metros en un modelo de atención distinto y demostrar, mediante indicadores, si el cambio se traduce en menos coerción, mayor seguridad, una experiencia más humana y mayor bienestar de sus trabajadoras. En unas urgencias concebidas de este modo, la atención no comienza cuando termina la espera. Comienza en el momento mismo en que la persona entra en el espacio.

Referencias bibliográficas

1. Oostermeijer S, Brasier C, Harvey C, et al. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. *BMJ Open*. 2021;11. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046647.

2. Rodríguez-Labajos L, Kinloch J, Grant S, O'Brien G. The role of the built environment as a therapeutic intervention in mental health facilities: a systematic literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2024;17(2):281-308. DOI: 10.1177/19375867231219031.

3. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21(6):499-508. DOI: 10.1111/jpm.12129.

4. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(9):1412-1422. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001. Corrección publicada en 2016.

5. Safer Care Victoria. *Safewards in Three Emergency Departments: Pilot Final Report*. Victoria State Government; 2020.

6. Kim AK, Vakkalanka JP, Van Heukelom P, Tate J, Lee S. Emergency psychiatric assessment, treatment, and healing unit decreases hospital admission for patients presenting with suicidal ideation in rural America. *Academic Emergency Medicine*. 2022;29(2):142-149. DOI: 10.1111/acem.14374.

7. Stamy C, Shane DM, Kannedy L, et al. Economic evaluation of the emergency department after implementation of an Emergency Psychiatric Assessment, Treatment, and Healing unit. *Academic Emergency Medicine*. 2021;28(1):82-91. DOI: 10.1111/acem.14118.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con el autor:
jcuevasesteban.germanstrias@gencat.cat

Participantes del proyecto:

Ahead Barcelona
Healthcare
Architecture

ambit
LIVING SPACES CLUSTER

**WE
MIND**
Cluster

CitySens

Rp
Residential
Pilot

Starlab
LIVING SCIENCE

TMM The
Multisensory
Makers

