

Del centro al hogar: arquitectura para la autonomía, la convivencia y la inclusión

Marc Trepat

Socio fundador y arquitecto principal
B\TA Arquitectura



Durante décadas, buena parte de los edificios destinados a personas mayores, personas con discapacidad intelectual o personas con grandes necesidades de apoyo se diseñaron a partir de una lógica fundamentalmente institucional. Grandes unidades, espacios comunes de elevada capacidad, largos pasillos y una organización pensada para facilitar el funcionamiento del centro respondían a unas necesidades operativas evidentes, pero no siempre a la experiencia cotidiana de quienes debían vivir allí.

Hoy en día, este modelo está transformándose, partiendo de una premisa distinta: concebir los espacios ante todo como lugares donde vivir. Este cambio forma parte de una transición amplia hacia modelos de cuidados y apoyos centrados en la persona, su proyecto vital, sus preferencias y su participación en la comunidad. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de

las Personas con Discapacidad reconoce precisamente el derecho a elegir dónde y con quién vivir y a participar en la comunidad en igualdad de condiciones¹. En la misma dirección, en nuestro medio, avanzan la Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad 2024-2030 y las orientaciones europeas sobre vida independiente e inclusión^{2,3}.

La arquitectura ocupa una posición particular dentro de esta transformación. No sustituye a los cuidados, los apoyos profesionales o los modelos organizativos, pero configura el escenario en el que todos ellos se desarrollan. Así, la arquitectura debe actuar como un primer cuidador. Diseñar implica crear el entorno cotidiano de la persona y, por tanto, establecer condiciones que pueden facilitar —o dificultar— su bienestar, sus relaciones, su autonomía y su capacidad para mantener una vida reconocible como propia.



Foto de Volkan Buyukvardar en Pexels.

Precisamente esa experiencia cotidiana es también la que permite detectar necesidades que posteriormente pueden trasladarse al diseño. Cuando quienes acompañan a las personas participan desde el inicio en la definición del proyecto, la arquitectura puede responder no solo a criterios funcionales, sino también a formas concretas de vivir, relacionarse y sentirse en casa.

La diferencia entre residir y habitar

Un hogar es el espacio donde las personas construyen rutinas, mantienen objetos significativos, reciben a otras personas, deciden qué hacer y encuentran seguridad y sentido de pertenencia. Trasladar esas cualidades a un recurso residencial constituye uno de los principales desafíos de la arquitectura social.

En los modelos institucionales tradicionales, la prioridad se situaba con frecuencia en la gestión, de modo que se consideraba que edificios de gran capacidad y unidades numerosas facilitaban la organización de profesionales y servicios. El riesgo era invertir el orden de las prioridades y diseñar primero la institución para intentar acomodar después a las personas.

La transición hacia un modelo centrado en la persona propone el recorrido contrario. El punto de partida corresponde a las capacidades, las necesidades, las preferencias y las formas de vida de quienes ocuparán el edificio. El diseño debe preguntarse cómo preservar la intimidad, cómo permitir la personalización del espacio, dónde puede una persona estar acompañada y dónde puede retirarse, cómo reconocer su propia vivienda o cómo continuar realizando las actividades de su vida cotidiana.

Esta concepción conecta con la atención centrada en la persona, cuyo objetivo no consiste únicamente en prestar correctamente una serie de cuidados, sino en preservar su identidad, su dignidad, sus relaciones y su capacidad de elección. Una revisión sistemática de intervenciones organizativas de atención centrada en la persona en demencia encontró efectos positivos, aunque modestos, sobre la calidad de vida y señaló la necesidad de integrar dimensiones físicas, sociales y organizativas⁴.

Pequeñas unidades de convivencia

Una de las respuestas arquitectónicas que más se ha desarrollado internacionalmente es la creación de unidades de convivencia de pequeña escala. En lugar de organizar una residencia como un conjunto de grandes plantas o unidades asistenciales, el edificio se articula en pequeños grupos que intentan reproducir la escala y el funcionamiento cotidianos de una vivienda.

No se trata simplemente de construir habitaciones más agradables, por diversos motivos. En primer término, el cambio de escala afecta a la experiencia completa del espacio. Una vivienda puede tener su propia entrada reconocible, sala de estar, comedor, cocina, dormitorios y baños y permitir actividades domésticas ordinarias. El objetivo es que sus ocupantes identifiquen el lugar como propio y puedan desarrollar en él unas rutinas comprensibles.

En B\TA Arquitectura, por ejemplo, se está trabajando con viviendas para un máximo de seis personas en algunos perfiles de discapacidad intelectual. La diferencia respecto a las antiguas unidades de 15, 20 o 30 residentes es sustancial, pues disminuye el número de personas y profesionales presentes simultáneamente, se simplifican las relaciones y resulta más fácil generar una atmósfera doméstica.

La investigación internacional proporciona argumentos para explorar este modelo, aunque también invita a evitar conclusiones simplistas. Un estudio controlado realizado con 145 personas con demencia encontró que quienes fueron trasladados a unidades de pequeña escala mostraban una reducción de la ansiedad respecto a quienes permanecían en unidades convencionales, aunque no se observaron diferencias significativas en todas las dimensiones de calidad de vida evaluadas⁵. Por otro lado, otros estudios comparativos tampoco han demostrado de forma consistente que la pequeña escala produzca por sí sola mejores resultados en todas las variables⁶.

La conclusión es relevante: hacer pequeño un edificio no equivale automáticamente a desinstitucionalizarlo.

La arquitectura crea determinadas posibilidades, pero estas deben ir acompañadas por un modelo de atención coherente.

Cuando el entorno modifica la experiencia

La escala tiene, además, una relación directa con otro de los elementos centrales del diseño de estos espacios, como son la cantidad y la calidad de estímulos ambientales. Un ruido constante, una iluminación inadecuada, un exceso de información visual, el desorden, recorridos complejos o la concentración de muchas personas en un mismo espacio son factores que pueden dificultar la comprensión del entorno y aumentar la carga sensorial. Para personas con alteraciones cognitivas, demencia o determinados perfiles de discapacidad intelectual, esa carga adquiere especial importancia.

Hacer pequeño un edificio no equivale automáticamente a desinstitucionalizarlo. La arquitectura crea determinadas posibilidades, pero estas deben ir acompañadas por un modelo de atención coherente.

La investigación sobre entornos residenciales para personas con demencia ha estudiado la relación entre diseño físico y aspectos como la orientación, el funcionamiento cotidiano, la interacción social, la agitación o el bienestar emocional. La revisión de Chaudhury y colaboradores subraya la importancia de desarrollar entornos adaptados a las capacidades cognitivas y funcionales de sus residentes⁷. Elementos como una escala comprensible, recorridos reconocibles, espacios familiares, posibilidad de contacto social y control adecuado de la estimulación aparecen de manera recurrente en esta literatura.

Desde esta perspectiva, el entorno no debe entenderse como una intervención aislada frente a una determinada conducta. Su función es generar condiciones favorables para que la persona pueda estar tranquila, orientarse, relacionarse o retirarse cuando lo necesite. En este sentido, las pequeñas unidades de convivencia se vinculan con la reducción de estímulos negativos. El hecho de que haya menos personas compartiendo un mismo ámbito puede significar menos ruido, menor complejidad relacional y mayores posibilidades de adaptar las rutinas. En determinados contextos, ello puede favorecer también mejores prácticas de cuidado y contribuir a reducir situaciones de estrés o agitación.

Sin embargo, atribuir directamente al diseño una reducción de medicación o contenciones exige prudencia. Una revisión Cochrane de 20 estudios sobre diseño físico en residencias concluyó que todavía existe evidencia insuficiente para establecer efectos firmes sobre la calidad de vida y otros parámetros investigados, entre otras razones porque resulta difícil separar las características arquitectónicas de factores como las prácticas asistenciales, los profesionales o los cambios en el estado de salud de los residentes⁸. El edificio, por tanto, forma parte de un ecosistema de cuidado y puede facilitar una determinada manera de acompañar.

Autonomía cuando se necesitan muchos apoyos

La autonomía tampoco debe confundirse exclusivamente con la capacidad de realizar actividades sin ayuda. Incluso cuando existe una dependencia funcional importante pueden mantenerse ámbitos de elección, control y participación.

La arquitectura puede ampliar o restringir esos márgenes. Poder reconocer la propia habitación, decidir dónde permanecer, acceder a un espacio exterior, participar en una actividad doméstica o disponer de intimidad son decisiones aparentemente pequeñas que contribuyen a mantener el control sobre la vida cotidiana.

Esta idea resulta especialmente significativa a la luz de la investigación reciente sobre desinstitucionalización de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Un estudio longitudinal español publicado en 2025 analizó la transición de personas con importantes necesidades de apoyo desde instituciones a entornos comunitarios. Los resultados mostraron mejoras significativas tras el traslado, pero señalaron que el cambio de edificio no era suficiente; las mejoras en calidad de vida dependían de que el nuevo contexto ofreciera oportu-

nidades reales para tomar decisiones y ejercer control sobre la propia vida⁹.

La diferencia entre un edificio doméstico y un hogar vuelve así a hacerse visible. La desinstitucionalización no consiste únicamente en reducir plazas, sustituir acabados hospitalarios por otros más domésticos o distribuir sofás y plantas. Requiere que el espacio y el modelo de apoyos permitan desarrollar una vida elegida en la medida de las posibilidades de cada persona.

Seguridad sin convertir el espacio en una restricción

Los edificios destinados a personas con grandes necesidades de apoyo deben cumplir requerimientos de evacuación, accesibilidad, prevención de caídas, protección frente a incendios o supervisión. En determinados perfiles pueden ser necesarios, además, materiales especialmente resistentes. El reto consiste en incorporar esas exigencias sin permitir que la seguridad acabe dominando la experiencia del espacio.

Buena parte de estos elementos puede integrarse de manera discreta. Frente a una arquitectura donde controles, recorridos de servicio o soluciones técnicas definen visualmente el ambiente, el diseño interior puede

dirigir la atención hacia materiales, mobiliario, vegetación o iluminación asociados a una experiencia doméstica.

Esta tensión muestra, de nuevo, que la cuestión no es eliminar toda condición institucional —algo que la propia normativa hace imposible en determinados recursos—, sino evitar que sea el principio organizador de la vida cotidiana.

Centro Residencial Natzaret: 10 viviendas dentro de un mismo edificio

El proyecto desarrollado por B\TA Arquitectura para el Grup SOM VIA permite trasladar estos principios a un caso concreto. El proyecto parte de las necesidades identificadas a lo largo de la experiencia de acompañamiento a personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental, con la voluntad de encontrar una respuesta arquitectónica coherente con un modelo de apoyos centrado en la persona.

El nuevo Centro Residencial Natzaret-Complejo Asistencial María Auxiliadora, destinado a personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental, no se ha planteado conceptualmente como una residencia dividida en 10 unidades, sino como 10 viviendas con capacidad para seis personas cada una.



Imagen por cortesía del Grup SOM VIA.



Imagen por cortesía del Grup SOM VIA.

El proyecto del Centro Residencial Natzaret parte de las necesidades identificadas a lo largo de la experiencia de acompañamiento a personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental, con la voluntad de encontrar una respuesta arquitectónica coherente con un modelo de apoyos centrado en la persona.

Cada grupo puede organizarse en función de las características, las afinidades, los gustos o las compatibilidades de sus integrantes. Los sistemas de supervisión y control se integran procurando reducir su presencia visual, mientras que el edificio incorpora también espacios comunes interiores y exteriores, salas para actividades y terapia y las áreas profesionales, logísticas y técnicas necesarias.

La idea no es prescindir de los recursos asistenciales, sino impedir que estos definan por completo el carácter del lugar. Se considera, pues, que Las personas viven en viviendas y los apoyos se organizan alrededor de ellas.

Como explica Carmen Armengol*, “cuando acompañamos a una persona, no solo pensamos en los apoyos que necesita, sino también en el entorno que le permita desarrollar su propia vida”. El edificio forma parte, así, de las condiciones que hacen posible ese modelo de vida cotidiana.

Este ejemplo ilustra una tendencia de mayor alcance. La estrategia española de desinstitucionalización propone precisamente transformar los sistemas de cuidados mediante modelos personalizados y comunitarios y avanzar desde recursos definidos fundamentalmente por su capacidad asistencial hacia apoyos organizados alrededor de los derechos y el proyecto de vida de cada persona².

* Carmen Armengol. Cofundadora y presidenta del Grup SOM VIA. Creu de Sant Jordi 2026 de la Generalitat de Catalunya por su labor pionera en salud mental.

La inclusión no termina en la puerta

El hecho de que un espacio se parezca a una vivienda tampoco es suficiente si el edificio permanece separado de la comunidad. La ubicación del recurso condiciona las posibilidades de desplazarse, utilizar servicios, visitar comercios, participar en actividades y mantener relaciones fuera del propio centro. Los entornos urbanos pueden facilitar estas interacciones de manera espontánea, mientras que los equipamientos aislados obligan a organizar muchas de ellas específicamente.

Cuando resulta difícil que las personas salgan al barrio puede plantearse también el recorrido inverso: hacer que el barrio “entre” en el edificio. Algunos espacios —una sala de fisioterapia, un comedor, una cafetería o determinadas áreas de actividad— pueden diseñarse para ser compartidos por residentes, familias y vecinos.

Este planteamiento desplaza la inclusión desde el ámbito estrictamente asistencial hacia el diseño de relaciones. Un centro deja de ser únicamente un lugar al que acceden usuarios, profesionales y familiares para convertirse potencialmente en una pieza más de la comunidad.

Diseño y participación

Para transformar los espacios es necesario también cambiar el propio proceso de diseño. Arquitectos y diseñadores conocen la construcción, mientras que profesionales, familiares y residentes conocen las dimensiones de la vida cotidiana que difícilmente pueden deducirse de un plano.

Por ejemplo, durante la explicación de un proyecto a los profesionales de una residencia, una gerocultora planteó una necesidad que el equipo no había previsto: disponer de una habitación adecuada para acompañar a una persona al final de la vida y permitir que sus familiares pudieran permanecer junto a ella. Esa aportación llevó posteriormente a incorporar en distintos proyectos habitaciones individuales algo mayores capaces de acoger ese acompañamiento.

El ejemplo refleja el valor de la participación no como validación final del proyecto, sino como fuente de conocimiento. En viviendas con servicios para personas mayores autónomas, resulta especialmente importante preguntar directamente a quienes van a vivir allí cómo quieren hacer-

lo. No se puede diseñar un modelo de vida sin escuchar previamente a sus protagonistas.

Medir para aprender

El desarrollo de estos modelos plantea un reto decisivo para la neuroarquitectura y la arquitectura aplicada a los cuidados: demostrar qué funciona, para quién y en qué condiciones.

En este sentido, la observación cualitativa es importante. Usuarios, familias y profesionales pueden identificar cambios en tranquilidad, convivencia, orientación o apropiación del espacio. Como muestra, valga el ejemplo del caso de un residente que, después de trasladarse de un recurso convencional a otro organizado en unidades de convivencia, experimentó un cambio de comportamiento que permitió a los profesionales sanitarios retirar una medicación utilizada anteriormente ante episodios de agitación. Se trata de una experiencia individual y no de una prueba causal, pero ilustra qué tipo de resultados merece la pena plantear estudios sistemáticos.

La investigación futura puede combinar estas percepciones con indicadores sobre calidad de vida, ansiedad, agitación, participación social, autonomía en actividades cotidianas, uso de psicofármacos o contenciones, caídas, sueño, satisfacción familiar y condiciones de trabajo de los profesionales. También debe analizar variables propiamente ambientales, como ruido, luz, densidad de ocupación, legibilidad de recorridos, acceso al exterior o posibilidades de personalización.

La evidencia acumulada muestra precisamente la necesidad de esta mirada multidimensional. En definitiva, arquitectura, organización y cuidados interactúan de forma continua y hacen difícil atribuir los resultados a un único componente^{7,8}.

La arquitectura en la transformación de los cuidados

En las últimas décadas, en Catalunya, se observa una mejora sustancial en la calidad de los edificios y una incorporación progresiva de aprendizajes procedentes de países donde la atención centrada en la persona cuenta con mayor recorrido. Sin embargo, el proceso está lejos de darse por concluido.

La cuestión que afronta hoy la arquitectura social ya no consiste solamente en construir mejores residencias, con-

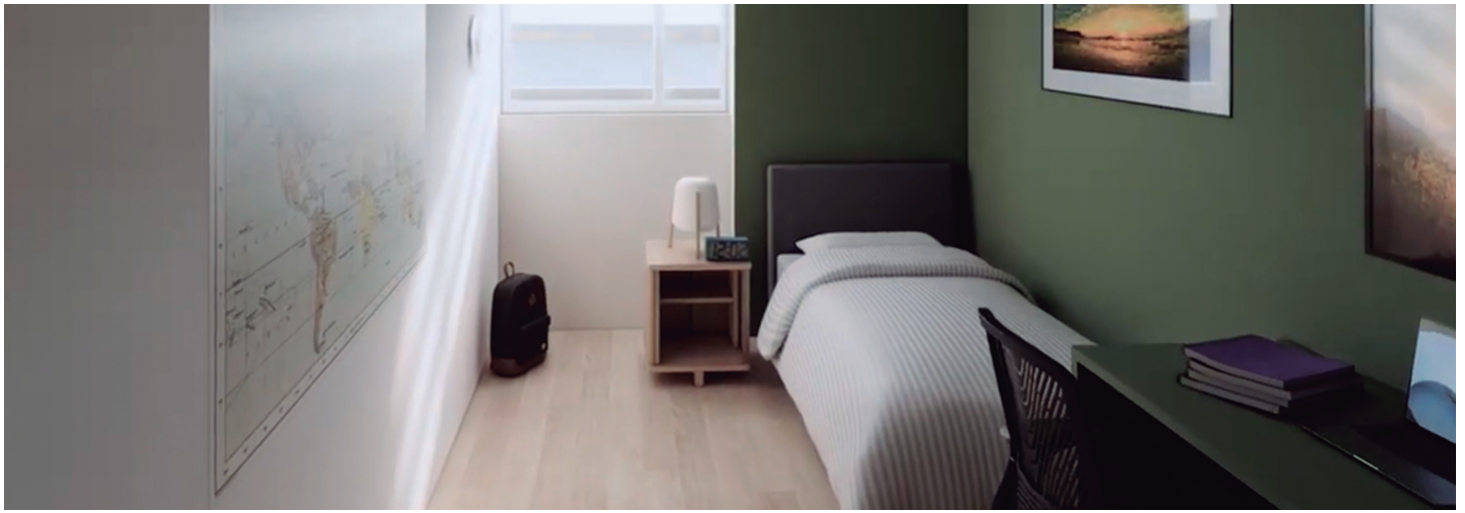


Imagen por cortesía del Grup SOM VIA.

siste en preguntarse cuánto de residencia debe conservar el lugar en el que una persona vivirá probablemente durante años. Y la respuesta exige combinar seguridad y libertad, asistencia e intimidad, convivencia y posibilidad de estar solo, especialización profesional y vida cotidiana.

La investigación disponible sugiere, además, evitar soluciones universales. Ni una determinada escala, ni una estética doméstica, ni una innovación tecnológica constituyen por sí mismas la respuesta. El entorno puede crear condiciones favorables, pero estas deben combinarse con apoyos personalizados, profesionales preparados, oportunidades reales de decisión y una relación efectiva con la comunidad.

Ahí se encuentra probablemente uno de los principales aportes de la arquitectura a la transformación de los cuidados. No se trata tanto de conseguir que una institución parezca una casa, sino de contribuir a que las personas que necesitan apoyos puedan seguir reconociendo el lugar donde viven como su hogar.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Artículo 19, Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Naciones Unidas.
2. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2024). Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030). Gobierno de España.
3. Comisión Europea. (2024). Guidance on independent living and inclusion in the community of persons with disabilities in the context of EU funding (Commission Notice C/2024/7188). Diario Oficial de la Unión Europea.
4. Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. PLoS ONE, 14(2), e0212686.
5. Kok, J.S., Nielen, M.M.A., & Scherder, E.J.A. (2018). Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: An 8-month controlled trial. Health and Quality of Life Outcomes, 16(1), 38.
6. Verbeek, H., Zwakhalen, S.M.G., van Rossum, E., Kempen, G.I.J.M., & Hamers, J.P.H. (2013). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: De invloed op bewoners, mantelzorgers en medewerkers [Small-scale, homelike care environments for people with dementia: Effects on residents, family caregivers and nursing staff]. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 44(6), 261-271.
7. Chaudhury, H., Cooke, H.A., Cowie, H., & Razaghi, L. (2018). The influence of the physical environment on residents with dementia in long-term care settings: A review of the empirical literature. The Gerontologist, 58(5), e325-e337.
8. Harrison, S.L., Dyer, S.M., Laver, K.E., Milte, R.K., Fleming, R., & Crotty, M. (2022). Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2022(3), CD012892.
9. Navas, P., Arias, V.B., Vicente, E., Esteban, L., Guillén, V.M., ... & Verdugo, M.Á. (2025). Empowering lives: How deinstitutionalization and community living improve the quality of life of individuals with intellectual and developmental disabilities. Research in Developmental Disabilities, 157, 104909.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com

Para contactar directamente con el autor:
Marc Trepas - marc.trepas@bta.cat