

**DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO
DE EDIFICIOS PARA LA SALUD 1**

Directora: Arq. María Elvira Contreras
Coordinación Académica: Arq. José Turniansky

Organizan:

Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)
Universidad del Gran Rosario (UGR)

TRABAJO FINAL

Despertares

Una mirada a la salud mental en adultos mayores.

Arq. Anahí Linares
B. U. Eunice Lozano

Diciembre – 2025
Argentina.

ÍNDICE

1. Introducción	4 pág.
2. La adultez	6 pág.
2.1. Diferentes etapas de adultez	
2.2. Envejecimiento y vejez.	
2.3. Modos de envejecer.	
2.4. El crecimiento poblacional de la adultez a nivel mundial.	
3. La salud mental	10 pág.
3.1. Definición	
3.2. El concepto de salud a lo largo de la historia	
3.3. Cuestionamiento a la definición de salud de la OMS.	
3.4. La salud mental en el contexto del envejecimiento.	
3.5. Salud y bienestar de las personas mayores	
3.6. Factores de riesgo.	
3.7. Promoción y prevención en salud mental.	
3.8. Abordajes de los problemas de salud mental.	
4. Historia	22 pág.
4.1. Historia de la salud mental en Argentina.	
4.2. Principales antecedentes (antes de 1980).	
4.3. Reformas y legislación parcial (1980–2000).	
4.4. Influencia internacional (1990–2000).	
5. Cambio de paradigma	37 pág.
5.1. Proceso de desinstitucionalización.	
5.2. Marco Normativo. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	
5.3. Principios fundamentales.	

5.4. Nuevos modelos de prestación socio comunitario de atención de salud mental

6. La arquitectura para la salud mental en adultos mayores 41 pag.

6.1. Diferentes modelos de arquitectura para la salud mental de los adultos mayores en Europa.

6.2. Centro de día para personas mayores dependientes en Meliana

6.3. Edificio residencial destinado a adultos mayores. Geriátrico.

6.4. Complejo residencial y sanitario de Alteo.

6.5. Diferentes modelos de arquitectura para la salud mental de los adultos mayores en Latinoamérica.

6.6. Centro de día para personas mayores dependientes en Meliana

6.7. Residencia para adultos mayores - Geriátrico. Sentidos

6.8. Utopía Senior.

6.9. Casas de Medio Camino Urbanización de viviendas- Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred -Open Door -Bs As.

7. Conclusiones 66 pág.

8. Bibliografía 68 pag.

1. Introducción

“La enfermedad mental puede despojar a las personas de su independencia, bienestar y dignidad. La enfermedad mental afecta la capacidad de una persona para vivir con comodidad y propósito.”

*Arq. Albert Vitaller (Abril 2022) Arquitectura para la salud mental.
Hospitecnia.*

Bajo el título *Despertares**, esta monografía es el trabajo final del curso de Diplomatura en Diseño y Gestión de Edificios destinados a la Salud 1, desarrollada por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH) junto con la Universidad del Gran Rosario, Argentina (UGR).

En este marco, nos proponemos analizar el rol de la arquitectura en la transición de la lógica custodial hasta el modelo de atención de base comunitaria cristalizando las ideas de cada época y en ese sentido replantearnos la función de la arquitectura como posibilitadora del derecho a habitar, interpretando la multidimensionalidad del ser humano y su relación con el entorno.

Este Despertar se plantea entonces como una respuesta a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental, entendiendo a la arquitectura como la hacedora de espacios que fomenten el bienestar de las personas y promuevan la vida social evitando la segregación de nuestras vejezes.

Hablamos de vejezes considerando la diversidad de este proceso dinámico que contempla las historias de vida de los adultos mayores y los desafíos que plantea en un contexto en el que la población mundial vive cada vez más tiempo. Este incremento, junto con el aumento del porcentaje de población adulta mayor, requiere nuevas respuestas sociales, culturales y espaciales.

En este trabajo abordaremos la problemática de la salud mental en adultos mayores, a través de una revisión histórica analizaremos las estrategias que fueron aplicadas por actores institucionales tanto estatales como religiosos y como la arquitectura fue adecuándose a las demandas y transformaciones.

() El Título *Despertares*, toma su nombre de la película *Awakenings* (año 1990), utilizándola como referencia conceptual y disparador para el análisis.*

Con la sanción de la de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina N° 26.657, el 25 de noviembre de 2010 cambió el paradigma de abordaje de la salud mental, promoviendo un enfoque centrado en los derechos, la inclusión social y la atención interdisciplinaria.

El objetivo principal de este trabajo consiste en describir y promover la utilización de los recursos y herramientas que permitan a estos adultos mayores y su familia transitar los procesos vinculados a su salud mental en entornos más humanizados que garanticen el derecho a habitar y que favorezcan su autonomía.



2. La Adultez.

2.1. Diferentes etapas de la adultez.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona es considerada adulto mayor (o anciano joven) a partir de los 60 años y hasta los 74, clasificando luego a los 75-90 como ancianos y a partir de los 90 como ancianos longevos, aunque en Argentina, la legislación nacional y la Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores establecen los 60 años o más como el umbral para esta categoría, alineándose con la OMS en este punto.

2.2- Envejecimiento y vejez.

Si bien Envejecimiento y vejez son dos términos relacionados se diferencian ya que el primero es un proceso continuo que dura toda la vida, siendo la vejez la etapa final de ese proceso la cual no puede reducirse a categorías por su carácter diverso y singular.

La vejez puede definirse desde distintas perspectivas cronológicas, biológicas así como también por factores culturales que influyen en la persona.

Comprender estas diferencias nos permite reconocer que la vejez es una construcción social de la última etapa de la vida, no existe una única manera de envejecer. Por ello hablamos vejezes, en plural, considerando la diversidad de condiciones de vida y experiencias que atraviesan las personas mayores.

2.3.-Modos de envejecer

Dado que el envejecimiento se manifiesta de manera heterogénea, desde un enfoque funcional pueden identificarse distintos modos de envejecer en función de la salud, el nivel de autonomía y situación de vulnerabilidad del adulto mayor. A partir de esta lectura podemos tomar criterios para adecuar las respuestas arquitectónicas a sus necesidades.

1. Envejecimiento ideal/ activo: la persona mantiene su autonomía, independencia y participa en sociedad, adaptándose positivamente a los cambios.

2. Envejecimiento habitual (fisiológico): se aceptan cambios normales de la edad, adaptándose bien a las limitaciones.
3. Envejecimiento patológico: cuando enfermedades crónicas o deterioro cognitivo dificultan la adaptación al entorno, marcando la vida personal.
4. Anciano frágil/geriátrico: se refiere a personas con múltiples enfermedades y dependencias necesitando más cuidados.



<https://www.infobae.com/peru/2024/10/25/eres-un-adulto-mayor-o-un-anciano-esta-es-la-clasificacion-de-la-oms-para-las-personas-desde-los-60-hasta-los-90-anos> <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/08/30/los-ecuatorianos-que-rompieron-el-record-guinness-como-la-pareja-mas-longeva-suman-215-anos/>

2.4 El crecimiento poblacional de la adultez a nivel mundial.

El crecimiento poblacional de la adultez a nivel mundial es un fenómeno acelerado y universal, transitando una transición demográfica donde la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente, superando por primera vez en 2020 a los niños menores de cinco años, con proyecciones de que la población de 60+ se duplique para 2050, afectando a países desarrollados y en desarrollo por igual, aunque de forma más rápida en economías emergentes, lo que plantea retos económicos, de salud y sociales significativos para la sostenibilidad de los sistemas públicos y la calidad de vida

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN EN LA ARGENTINA

Años 1970, 2001 y 2022

■ hombres ■ mujeres

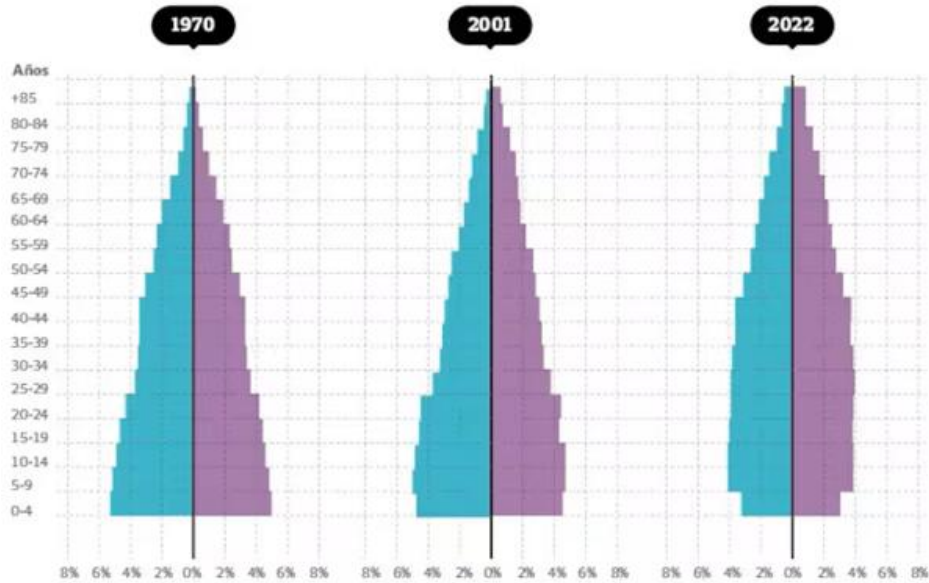


Figura 1

Si comparamos las pirámides de población de nuestro país (figura 1) en tres periodos distintos observamos esta transición donde el estrechamiento de la base nos indica una menor natalidad, el segmento de 25 a 50 sobrepasa a los menores de 5 años, y un significativo crecimiento de la población mayor a 60 años, lo que presenta un desafío ya que el éxito de la supervivencia debe traducirse en condiciones dignas de vida ante tanta desigualdad social y económica.

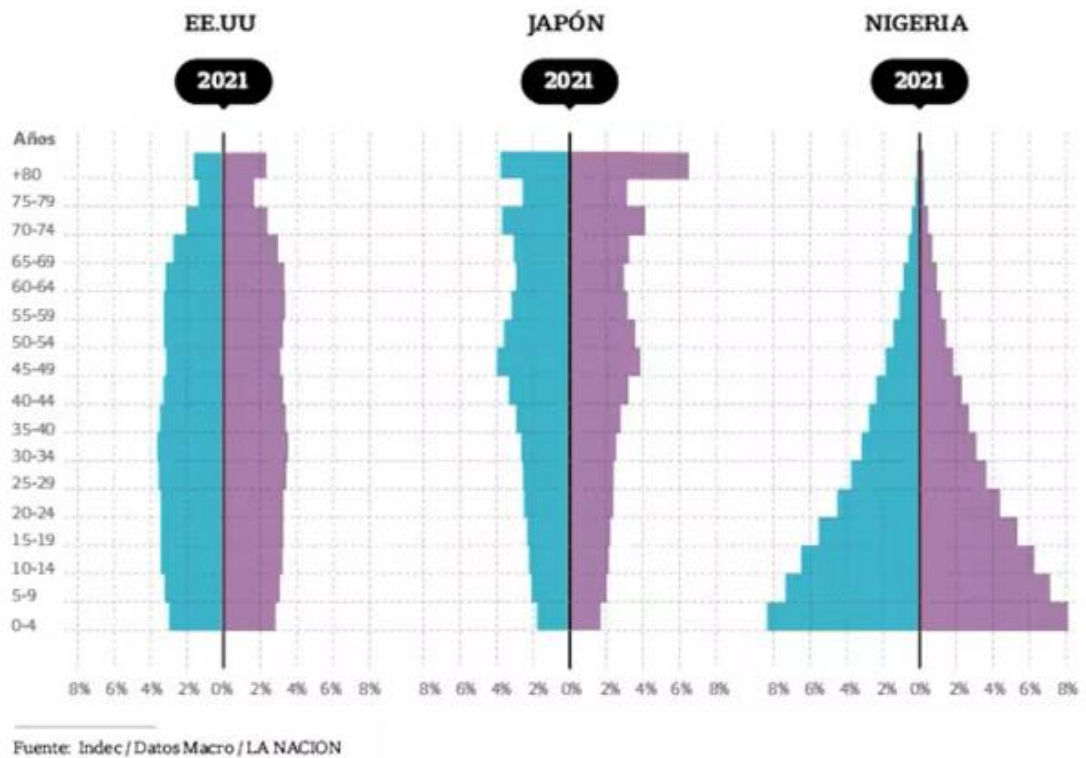


Figura 2

En los casos que se observan en la figura 2 tenemos tres procesos distintos en donde se reflejan las condiciones socioeconómicas de la poblaciones comparadas en un extremo tenemos el caso de Japón con una población envejecida (pirámide invertida) y en el otro Nigeria con una población mayoritariamente jóvenes, EE.UU. con una población equilibrada. y el caso de Argentina con una población con un marcado envejecimiento (figura 1). Estas sociedades se van a enfrentar distintos desafíos en el futuro, la primera condicionada por el fuerte envejecimiento poblacional y la segunda por una mayor educación y trabajo. Este escenario representa un desafío ético político y arquitectónico que requiere nuevas respuestas.

3. La salud mental

3.1. Definición.

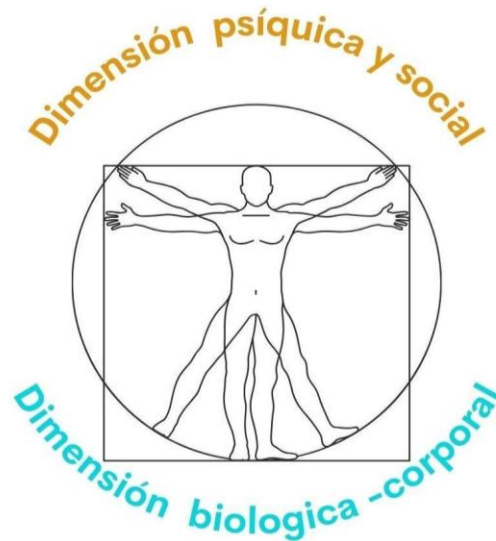
La salud mental es el bienestar emocional, psicológico y social que influye en cómo pensamos, sentimos y actuamos, permitiéndonos manejar el estrés, relacionarnos y tomar decisiones, siendo fundamental para afrontar la vida y construir a la comunidad, más allá de la ausencia de trastornos mentales. Es un proceso dinámico que involucra factores personales, sociales y culturales, y su cuidado es tan crucial como la salud física.

En los adultos mayores esto se ve afectado por factores biológicos (cambios cerebrales), psicológicos (resiliencias, eventos vitales) y sociales (soledad, redes de apoyo), siendo la depresión y la ansiedad las más comunes, junto con el riesgo de demencia y el alzhéimer, que no es inevitable, la falta de hábitos saludables, la socialización, el estímulo cognitivo y la desinformación de la ayuda profesional, hace que se incremente la población de adultos mayores con delicada salud mental.



fuelle: <https://www.bodiesofevidence.com/depression-and-aging.html>

Comprenderla como un proceso multidimensional no solo individual como construcción social, incorporando la dimensión jurídica como derecho fundamental y esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico, sintetizando con el gráfico la necesidad de un abordaje multidimensional



la salud mental campo de prácticas sociales

Infografía de elaboración propia

3.2. El concepto de salud a lo largo de la historia.

Para comprender el abordaje de la salud en determinados momentos podemos clasificar distintos enfoques en función del momento histórico.

- Modelo biologista unicausal-enfermedad: Debido a un agente externo. una causa biológica a la que se debe combatir para evitar la transmisión de la enfermedad -
El paciente tiene una participación nula en el proceso del tratamiento médico. Encarnizamiento terapéutico. En la psiquiatría tenemos prácticas supuestamente curativas de crueldad. en Salud mental el exponente el modelo asilar o nosocomial
- Modelo médico hegemónico este modelo refiere a prácticas médicas curativas sino también incluye prácticas epidemiológicas y preventivas, dio

respuesta enfermedades y participó en el aumento de la esperanza de vida en los países que tenían acceso a los servicios médicos Caracterizado por su mercantilización e inequidad. La salud es un bien transable. Modelo vigente que convive actualmente en los hospitales generales.

- Modelo médico social- salud comunitario incorpora que tenga en cuenta las dimensiones sociales y psicológicas. es multicausal la salud es abordada desde la complejidad. Refleja el modelo de atención socio-comunitaria.

3.3. Cuestionamiento a la definición de salud de la OMS.

Después de la posguerra la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una nueva definición de salud al expresar que “La salud es un **ESTADO** de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946), superadora de la concepción biologista enfocada en la enfermedad.

Sin embargo, esta definición encierra un simplísimo exitista sobre las implicancias del estado de bienestar de una persona que puede ser fluctuante por lo cual si bien es ideal resulta impracticable. debido a la complejidad que involucra a la persona en el transcurso tiempo en relación con su entorno.

Desde una perspectiva actual podemos entender La salud *“como un PROCESO dinámico en continuo cambio influenciado por múltiples variables requiere de adaptaciones al medio”*.(1)

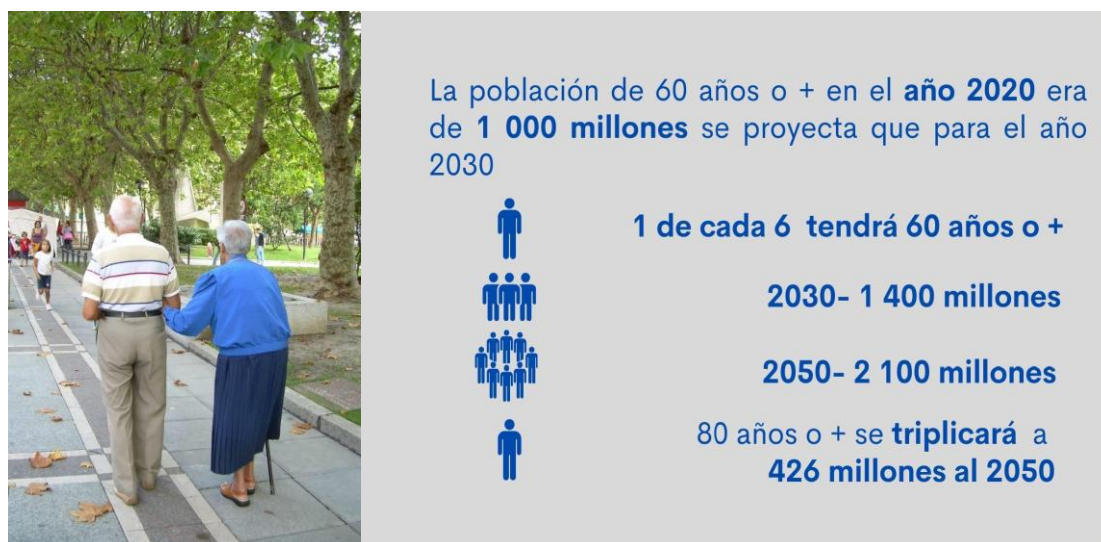
En esta concepción involucra las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido su entorno que influye sobre las condiciones de sus vidas. Así como también su relación con el ambiente y su cuidado que también influyen en su estado.

(1) El concepto de salud evolución histórica acepciones actuales- FLACSO- UBA

3.4. La salud mental en el contexto del envejecimiento.

Por los avances tecnológicos, las personas viven cada vez más tiempo, con una mayor expectativa de vida, creciendo en número y proporciones lo que refleja un acelerado envejecimiento poblacional., A raíz de ello se generan nuevas demandas en torno a la salud mental cuyos servicios no cubren las necesidades de este grupo poblacional que tiene problemas de acceso vulnerando sus derechos.

De acuerdo a una publicación de la OMS:



Infografía de elaboración propia fuente: publicación de la OMS : Envejecimiento y salud de la OMS 1/10/2025.

En los países en vías de desarrollo estos cambios se darán más vertiginosamente concentrando dos tercios de la población mayor en el año 2050 en contrapunto con los países desarrollados con mayor bienestar social y desarrollo económico y tecnológico.

Ante esta realidad, en 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con otros organismos internacionales, lanzó la iniciativa Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Su propósito es unir esfuerzos globales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sus familias y comunidades, con criterios de inclusión y equidad, promoviendo un envejecimiento digno, activo y saludable.

3.5. Salud y bienestar de las personas mayores.

Los adultos mayores contribuyen activamente a la sociedad dentro de sus familias y comunidades, trabajando y brindando cuidados no remunerados. Sin embargo, con el paso del tiempo, la probabilidad de padecer afecciones de salud, como limitaciones en la movilidad, dolor crónico, demencia u otros trastornos aumenta, lo que requiere atención y cuidado adecuados.

En el ámbito de la salud mental, alrededor del 14,1 % de los adultos de 70 años o más padecen trastornos mentales, principalmente depresión y ansiedad, el 16,6 % de las muertes por suicidio ocurre en personas mayores de 70 años, y uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, muchas veces por parte de sus cuidadores.

La soledad y el aislamiento social agravan estos riesgos, mientras que la estigmatización y la falta de acceso a recursos básicos dificultan que las personas mayores reciban el apoyo necesario.

La estigmatización de las enfermedades mentales provoca que muchas personas se nieguen a recibir tratamiento, impidiendo que sean atendidas y valoradas de manera adecuada.

El malestar psíquico puede ser provocado por la disminución funcional, la pérdida de capacidades, los duelos, las dificultades económicas, como la pérdida de ingresos tras la jubilación y la falta de propósito vital. Muchos adultos mayores también asumen el cuidado de familiares con enfermedades crónicas, lo que puede generar sobrecarga emocional. (OMS)

3.6. Factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo para la salud mental de los adultos mayores son:

- Dependencia funcional o discapacidad.



fuelle: https://whill.inc/jp/column/16_shougai.

La discapacidad es una limitación funcional por una deficiencia física, mental o sensorial, mientras que la dependencia funcional es la necesidad de asistencia para realizar actividades diarias debido a esa o cualquier otra pérdida de autonomía, siendo la dependencia una consecuencia más amplia que la discapacidad, afectando la capacidad de vivir de forma autónoma, y ambas pueden tener diferentes grados y grados de severidad.

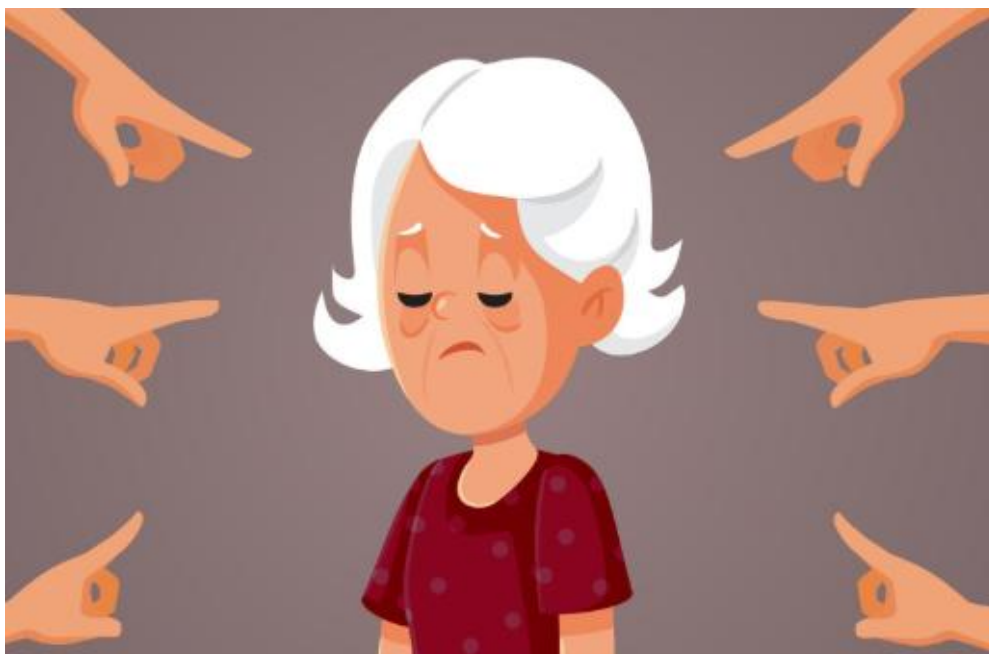
- Dependencia económica del cuidador.



Fuente: <https://www.cuidum.com/blog/limites-en-las-tareas-de-una-cuidadora-de-ancianos/>

La dependencia económica del cuidador es una realidad común, ya que a menudo deben dejar sus trabajos para cuidar a familiares dependientes, lo que genera una pérdida de ingresos

- Edadismo y normas culturales que naturalizan la violencia.



Fuente: conferencia sobre "edadismo". cuando la edad importa más que la persona" con nuria garro, psicopedagoga. <https://colegiodemedicos.es/conferencia-edadismo>

El edadismo, o discriminación por edad, se arraiga en normas culturales que naturalizan la violencia al basarse en estereotipos negativos sobre la vejez, viéndola como incapacidad, lo que lleva a su invisibilización, control, marginación (incluso infantilización) y exclusión de las personas mayores, manifestándose en violencia física, psicológica y económica, que a menudo se solapa con el machismo y el clasismo, y se normaliza a través del lenguaje y la cultura popular, afectando gravemente su salud y derechos, como muestran estudios sobre mujeres mayores y violencia de género en la vejez.

- Deterioro físico, mental o cognitivo.



Fuente: anónima.

El deterioro físico, mental o cognitivo se refiere a la disminución de las capacidades del cuerpo, la mente y las funciones cerebrales (memoria, pensamiento, lenguaje, atención), que puede ir de leve a grave, siendo común en la vejez pero no inevitable, y causado por envejecimiento, enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson), ictus, lesiones cerebrales o factores de estilo de vida, y que se maneja con ejercicio, dieta, estimulación mental y control de enfermedades crónicas para prevenir o ralentizar su progresión.

3.7. Promoción y prevención en salud mental.

La promoción y prevención de la salud mental en adultos mayores se centra en mantener la mente activa (lectura, juegos), fomentar la conexión social (reducir soledad), llevar una vida activa y saludable (ejercicio, nutrición, sueño), manejar el estrés (relajación, emociones positivas) y garantizar entornos seguros y de apoyo, incluyendo la integración de la salud mental en la atención primaria y el uso de tecnología para conectar, combatiendo así el deterioro cognitivo y el aislamiento.

Estrategias de Promoción (Fomentar el bienestar)

- Estimulación Cognitiva: Leer, crucigramas, juegos de mesa, aprender habilidades nuevas para mantener la agilidad mental y la neuroplasticidad.
- Conexión Social: Combatir la soledad con redes sociales (virtuales o físicas), grupos de apoyo y actividades comunitarias.

- Estilo de Vida Saludable: Ejercicio regular, nutrición balanceada, sueño de calidad e hidratación.
- Manejo Emocional: Practicar la gratitud, mantener una perspectiva positiva, meditación y relajación.
- Entornos Inclusivos: Crear comunidades que valoren y apoyen a los mayores, previniendo la discriminación por edad.

Estrategias de Prevención (Evitar problemas)

- Atención Primaria Integrada: Centros de salud que aborden salud física y mental juntas, con detección temprana de trastornos.
- Apoyo a Cuidadores: Programas de apoyo para quienes cuidan a personas mayores.
- Manejo de Riesgos: Prevenir el maltrato, la soledad no deseada y el impacto del aislamiento (como el de la pandemia).
- Uso de Tecnología: Implementar herramientas digitales para mantener la conexión y el acceso a servicios.
- Vigilancia Continua: Tener un médico de cabecera que conozca su historial y realice seguimiento.

Desde el enfoque sanitario, los centros de salud y servicios sociales deben estar preparados para la detección temprana y atención de estas situaciones.

En nuestro país, si bien existen políticas públicas orientadas a esta problemática a través de programas sociales, subsidios y prestaciones que incluyen atención médica, vivienda adecuada, alimentación saludable y apoyo emocional y recreativo, aún es necesario fortalecer acciones que promuevan la reinserción social de las personas mayores. Para ello será necesario considerar aspectos que contribuyen a la estrategia de prevención.

- Reducir la inseguridad financiera y la inequidad de ingresos.
- Garantizar la accesibilidad a la vivienda, edificios públicos y transporte.
- Fomentar el apoyo social y comunitario.
- Promover estilos de vida saludables.
- Brindar asistencia a grupos vulnerables, especialmente en zonas rurales.

3.8 Abordaje de los problemas de salud mental.



Fuente: Tipos de demencia-Formas comunes y raras. 1 de septiembre de 2025.Carehome.co.uk

En los tratos domésticos y populares es frecuente escuchar expresiones como: **“son cosas de la edad, ya está viejo no tiene sentido hablarle si no registra nada, para qué preguntarle si no se va a acordar, son como chicos, a esta edad ya no pueden decidir por sí mismos”**.

Esto hace visible el sesgo sobre el envejecimiento evidenciando los prejuicios asociados al edadismo, la infantilización, negación de la autonomía. Estas miradas naturalizan los padecimientos mentales subestimando el daño emocional que provoca generando angustia y devastación en quienes los padecen, así como también afectando a sus familiares.

Siendo la soledad y el aislamiento estados del adulto que aumentan el riesgo de deterioro cognitivo, afectando la salud física y emocional, incrementando el riesgo de padecer demencia y Alzheimer. Estos son los problemas más comunes en la tercera edad.

La definición y el reconocimiento de la realidad, ayuda al abordaje de sus patologías junto a un adecuado diagnóstico resulta imprescindible a los fines de implementar

acciones preventivas y paliativas ya que es la principal causa de discapacidad en los adultos mayores.

Abordar los problemas de salud mental de manera integral resulta imprescindible para garantizar que las personas vivan una vida más plena, independiente y digna, especialmente en un contexto en el que viven más años y con ello aumenta la posibilidad de padecer trastornos mentales.

Por otra parte, los gobiernos deben afrontar la problemática sanitaria y social mediante estrategias de intervención articuladas con políticas públicas que integren a los distintos actores: gobierno, instituciones, comunidad científica y la participación ciudadana, en un trabajo conjunto.

- Depresión: Muy frecuente, a menudo relacionada con el duelo, aislamiento o problemas de salud física.
- Ansiedad: Miedos y preocupaciones excesivas, que pueden ser sobre la salud, finanzas o familia.
- Demencia y Alzheimer: Deterioro cognitivo progresivo, siendo el Alzheimer la causa más común.
- Trastornos del Sueño: Insomnio y otros problemas que afectan el descanso.
- Delirium: Confusión aguda y cambios en la lucidez mental, a menudo asociado a otras condiciones médicas.
- Trastornos de la conducta: Agresividad o cambios de comportamiento.

La arquitectura es un medio para mejorar la calidad de vida de las personas, para crear comunidades más habitables y sostenibles.

Louis Kahn.

Desde nuestra disciplina resulta fundamental preguntarse de qué manera el diseño arquitectónico da respuesta e influye en el entorno de la salud mental de las personas. Para ello analizamos los antecedentes de los modelos nosocomiales, posteriormente los hospitales psiquiátricos, y monovalentes pensados bajo el modelo tutelar-asilar convalidando las ideas de la época, hasta llegar al nuevo modelo de atención socio comunitaria y sus dispositivos implementados por la nueva ley de salud mental nº 26 657 y sus dilemas en la aplicación.

Esta nueva mirada acordada en la ley mencionada, a través de la conceptualización de la salud mental implica proponer un cambio de paradigma de la lógica manicomial deconstruyendo idearios arraigados en la sociedad , instituciones y gobiernos, para llevar adelante el complejo proceso de desinstitucionalización.

En este marco, nos proponemos definir sobre cuál es el rol del Arquitecto ("Archi": del griego significa "jefe", "el que manda" o "el primero". y "Tekton" que significa "constructor", "artesano" o "creador") como constructor de los escenarios posibles.

En una etapa donde los problemas de salud en general y específicamente de padecimientos mentales, se ven agravados por las situaciones de inestabilidad social, resulta imprescindible pensar en entornos urbanos y arquitectónicos humanizados que promuevan la integración social, estimulen la actividad física y el contacto con la naturaleza como parte de la terapia sanadora de cuidado para mejorar la calidad de vida de las personas en general y en particular de los adultos mayores más vulnerables.

4. Historia.

El concepto de salud ha cambiado a lo largo del tiempo, pasando de ser considerado una posesión espiritual en la prehistoria a interpretaciones cada vez más racionales y científicas. En las sociedades prehistóricas, la enfermedad era entendida como consecuencia de fuerzas sobrenaturales o espirituales.

En la Antigua Grecia, la cosmovisión mitológica de la salud estaba representada por figuras como Panacea y Higia, hijas de Asclepio Dios de la salud, diosas de la curación y la prevención respectivamente.



Panacea
(patrona de la
medicina individual
y curativa)



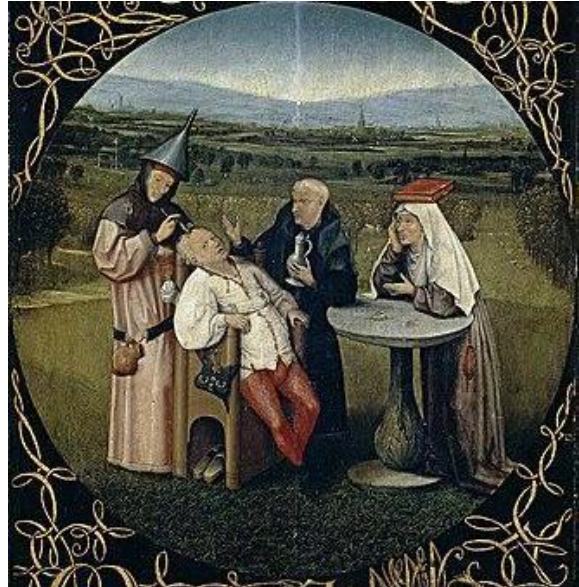
Asclepius
(dios de la salud)



Higia
(la salud como
armonía entre
hombre y
ambiente)

Sin embargo, junto a esta visión mítica surgió una perspectiva racional impulsada por Hipócrates (460–377 a.C.), quien introdujo una concepción orgánica de la enfermedad, entendiendo que esta era producto de desequilibrios internos del cuerpo.

Durante la Edad Media predominó nuevamente la concepción religiosa de la enfermedad, especialmente en relación con el padecimiento mental, que era interpretado como posesión o castigo divino.



Obra: extracción de la piedra de la locura.
realizada entre 1475 y 1480. Autor: El
Bosco. Museo del Prado.

fuelle: <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/la-extraccion-de-la-piedra-de-la-locura/>



Hospital San Bartolome. época Medieval . fuente: <https://wellcomecollection.org/works>.

Con el surgimiento del Renacimiento, se produjo un cambio significativo poniendo el foco en la razón y en el estudio científico del cuerpo humano, concebido como una máquina. En este contexto, la enfermedad mental comenzó a entenderse como un fallo de la razón, dejando atrás progresivamente la explicación religiosa de la naturaleza de la enfermedad.



Lección de anatomía del doctor Willem van der Meer, Michiel Jansz. van Mierevelt y Pieter Michielsz van Mierevelt. Año 1617. fuente: <https://www.economiadigital.es/tendenciashoy/cultura/en-esta-exposicion-los-cuadros-tambien-se-pueden-oler.html>

Entre los siglos XVI y fines del siglo XVIII se desarrolla lo que posteriormente se denominó el “**Gran Encierro**”, período caracterizado por la práctica del confinamiento institucional de personas consideradas desviadas del orden social (pobres, mendigos, delincuentes y personas con padecimientos mentales) esta medida implicaba la invisibilidad y control social se justificaban en principios de salubridad pública, beneficencia y caridad.

“el fundamento en el que esta institución se sostiene no es de orden terapéutico, como sí de control social y normalización.-

Foucault, M. (2015) Historia de la locura en la época clásica, Tomo I. FCE.-

El panóptico en sí es una forma de estructura arquitectónica diseñada para cárceles y prisiones. Dicha estructura suponía una disposición circular de las celdas en torno a un punto central, sin comunicación entre ellas y pudiendo ser el recluso observado desde el exterior. -

Foucault, M. Vigilar y Castigar (1975)

Con la Ilustración, hacia finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, el crecimiento de las ciudades por la industrialización generó hacinamiento e insalubridad generando epidemias, surgiendo los principios higienistas, que impulsaron mejoras en infraestructura sanitaria, iluminación, ventilación y espacios verdes. Estos criterios influyeron en el diseño de hospitales, emplazados en zonas rurales, organizados en pabellones separados, ventilados e iluminados y entornos parquizados, considerando al espacio urbano y arquitectónico como parte del tratamiento.

Surgen como tipologías los asilos y hospicios de alienados, edificios aislados del entorno urbano. En el marco del tratamiento terapéutico de la salud mental se utiliza el aislamiento como una exclusión consolidando el modelo asilar, que predominará en los siglos posteriores. En ellos se desarrolla el tratamiento moral, que proponía un encierro con fines terapéuticos.

En la segunda mitad del siglo XIX los médicos psiquiatras Pinel (Francia), Chiarugi (Italia) y Tuke (Inglaterra) promueven un tratamiento más humanitario con medicalización y racionalización incorporando la observación y el registro sistemático.

Esta renovación terapéutica puede diferenciarse en tres etapas sucesivas:

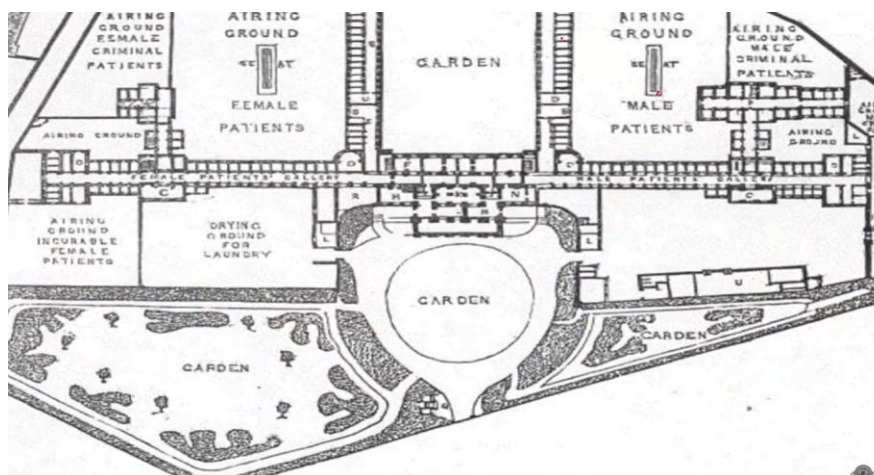
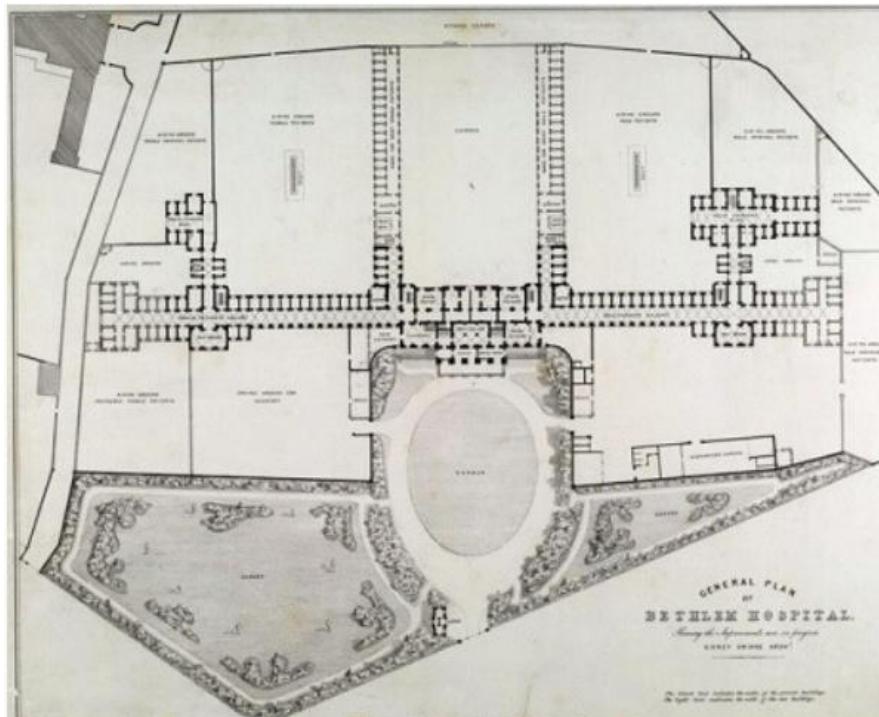
En una primera etapa, asociada a Philippe Pinel, se instituyó un tratamiento basado en principios de humanidad, higiene y adecuada alimentación. Sin embargo, desde el punto de vista arquitectónico, los edificios aún se asemejaban a conventos o prisiones, manteniendo una lógica de encierro y control.

La segunda etapa se desarrolla en Inglaterra con el principio del no-restraint, que proponía la supresión de todo medio de coerción mecánica. Las medidas de sujeción física fueron reemplazadas por prácticas basadas en la suavidad, la observación y la benevolencia en el trato hacia los pacientes.

Una tercera etapa, derivada del non-restraint, introdujo una mayor libertad a través del sistema Open Door, que permitía a los pacientes salir del asilo bajo la palabra de regresar voluntariamente. Este modelo buscaba fomentar la responsabilidad y la autonomía del enfermo dentro de un marco aún institucional.

Algunos asilos se transformaron en colonias productivas autosuficientes (social/económico) cumpliendo una función residencial, custodial. Se desarrolla el tratamiento científico y el aislamiento cumple una finalidad protectora.

En este marco el estado surge como promotor de políticas públicas de sanidad ejecutando infraestructura de nuevas tipologías para las instituciones de salud. Se trasladan los modelos europeos a Latinoamérica.



Planos de hospital psiquiátrico Bethem (siglo XVIII–XIX).reconstruido en 1676. Londres.

Figura 3 fuente :<https://museumofthemind.org.uk/learning/explore-bethlem/floorplan>.

En este plano puede observarse la organización espacial que responde al modelo custodial estructurado a partir de una tipología pabellonal dispuesta sobre un eje longitudinal y simétrico. Los pabellones se encuentran diferenciados por sexo y por clasificación de pacientes según criterios de “peligrosidad”. Se incorporan extensos corredores que favorecen la circulación interna y permiten la supervisión y el control permanente, junto con patios separados para cada sector. De este modo, la arquitectura materializa un modelo institucional en el que el encierro se consolida como dispositivo de tratamiento y de control social

4.1 Historia de la Salud Mental en Argentina -

La salud mental en Argentina ha evolucionado desde el modelo manicomial hacia enfoques comunitarios y de derechos. Esta línea de tiempo presenta sus principales hitos.

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA

S XVIII ORÍGENES ASILARES

1 Hospital San Martín con anexo "Loquero" (administrado por jesuitas).

1767

2 Pabellón de la Convalecencia.

1769

3 Traslado desde el Hospital Santa Catalina a La Convalecencia

S XIX CONSOLIDACIÓN DEL MODELO MANICOMIAL

1852

4 Correccional de Mujeres en el edificio de La Convalecencia (actual Hospital Braulio A. Moyano).

1859

5 Hospicio de San Buenaventura

1873

6 Hospicio de las Mercedes (actual Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José T. Borda).

1897

7 Creación de la primera Colonia Nacional de Alienados en Lujan Open Door.

1920-1950 HIGIENE MENTAL Y SALUD PÚBLICA

1929

8 Creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, crear los Serv. de Higiene Mental acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales

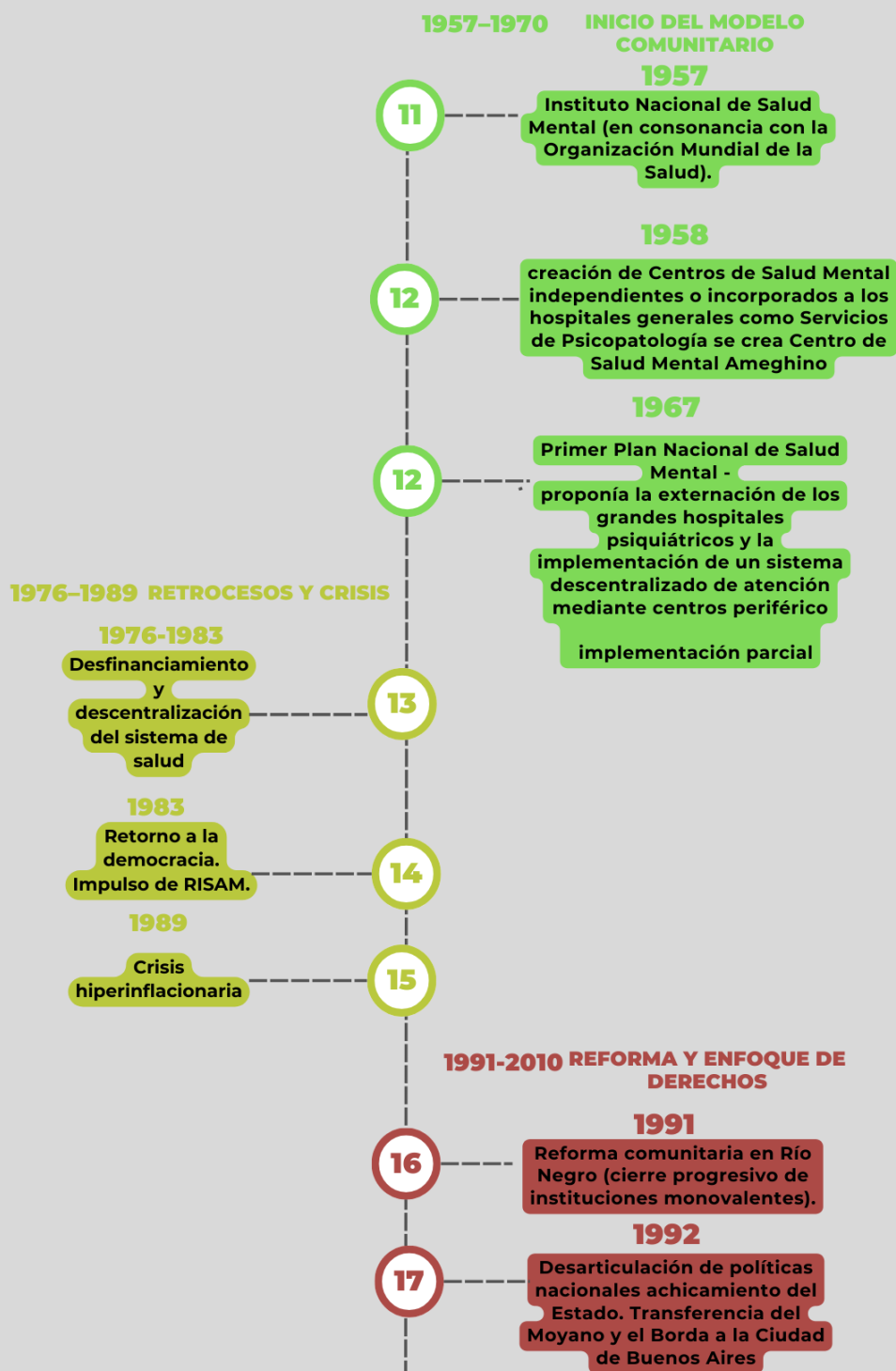
1946

9 Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública dependiente del Ministerio del Interior.

05/1946

10 Secretaría de Salud Pública con rango de Estado. Designación del Dr. Ramón Carrillo

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA



HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA



Línea de tiempo elaboración propia- fuente: Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Rosa Falcone.

4.2. Principales acontecimientos (antes de 1980).

En Argentina, la salud mental ha sido abordada desde el siglo XIX el primer establecimiento para enfermos dementes el hospital Braulio Moyano ex hospicio Nacional de alienados 1854 destinado al cuidado de los alienados. Son los primeros establecimientos para enfermos mentales adaptados a las nuevas concepciones terapéuticas y arquitectónicas.

Hospital de Salud Mental Doctor Braulio Moyano

Antiguo Hospital de Nacional de Alienados.

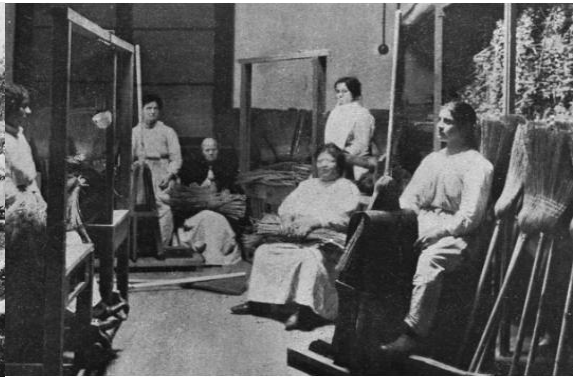
1870 Capilla/ -1893-1898 pabellones Pinel Charcot y Griessinger

1901 Pabellón Jakob /1912-1913 Pab. Administ y Bosch

1934-1936 Pabellones Vélez Sarsfield Y Magnani.

Ubicación: Brandsen 2570 Buenos Aires





Hacia principios de siglo, el hospital contaba con mil doscientas camas para internación, que se vieron superada por la demanda – Según los registros de diciembre de 1909, fueron internadas mil novecientas mujeres, distribuidas en doce pabellones

Inicios del hospital Braulio Moyano -fotos: Archivo General de la Nación.

Se reconoce como hito fundamental, el traslado de todas las dementes que estaban en el Hospital de Mujeres al reducto de la Convalecencia en 1854. De ahí nació el Hospicio de Mujeres Dementes de la Convalecencia, el primer Neuropsiquiátrico del país que actualmente se denomina Hospital Municipal Dr. Braulio A. Moyano.

De acuerdo con los principios del sistema Non Restraint, que proponía eliminar los antiguos métodos de coerción y aislamiento en el tratamiento de los pacientes, el conjunto edilicio se organiza a partir de un edificio de acceso destinado a la administración. Desde este punto se estructura un eje que articula los talleres y los pabellones, con alas laterales donde se ubican los dormitorios.

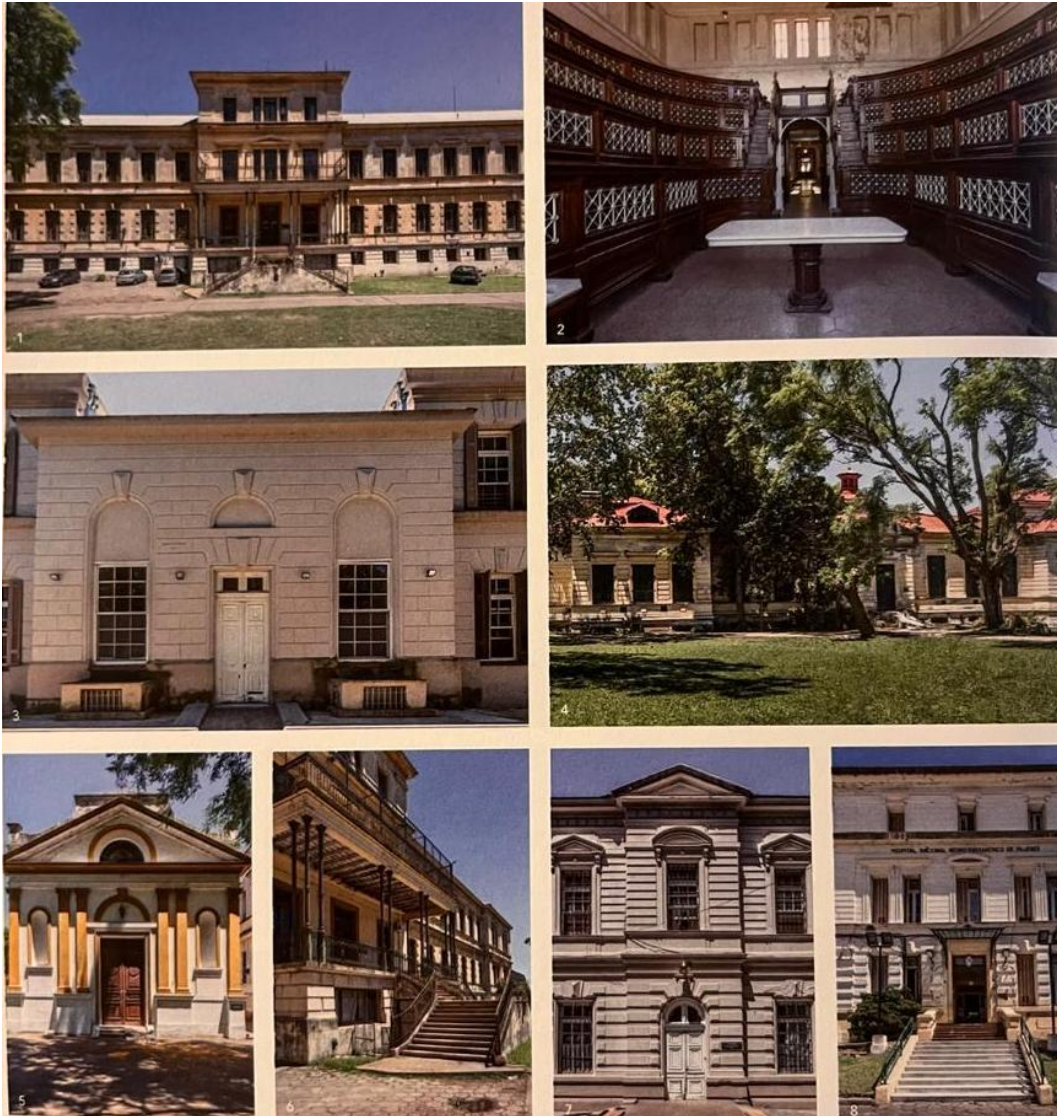


Foto: CEDIAP - Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública. Libro del Patrimonio Histórico Argentino- Memorias del Bicentenario (1810-2010). Tomo II 1880-1912- ed. 2014.

**Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Colonia “ Dr. Domingo F. Cabred”
Antigua Colonia Nacional de Alienados de Open Door-**

Ubicación: Luján -Buenos Aires. -

Proyecto 1898/-Construcción 1899-1913- Pabellón de pensionistas 1922-1925.-

Autores: Arq. Thalman /Ing Carlos Massini- Dir. Gral de Arq. del MOP.

En la primera mitad del S XIX a raíz de un cambio de concepción del tratamiento de los enfermos con padecimientos mentales surge el “sistemas de “Puertas Abiertas” (Open Door) que promovía el emplazamiento de edificios en contacto con la naturaleza, proveyendo un alojamiento digno y espacios de trabajo como parte del proceso terapéutico.

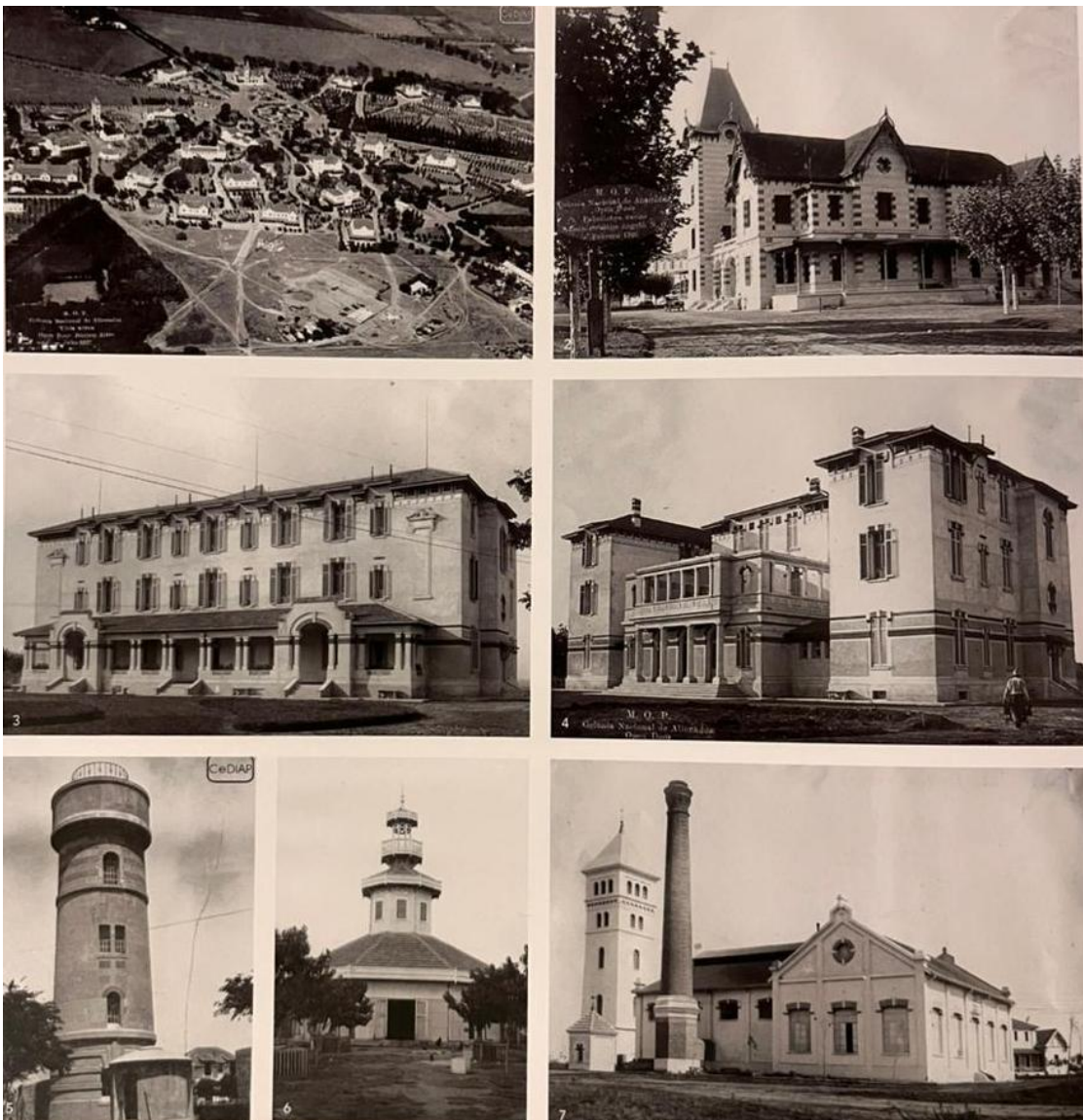


Foto: CEDIAP - Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública. Libro del Patrimonio Histórico Argentino- Memorias del Bicentenario (1810-2010). Tomo II 1880-1912- ed. 2014.

La Colonia Nacional de Alienados fundada por el Dr Domingo Cabred en el partido de Luján es el primer establecimiento, emplazado en un predio 598 ha donde se dispusieron los distintos pabellones. Edificios de estilo Pintoresquista reproduciendo los chalets Suizos -Franceses, con amplias galerías , Pequeñas ciudades autoabastecidas, con una usina, ,tambo, quintas, criadero de animales sembrados, fábrica de ladrillos y talleres de costura donde trabajaban los internos. Se inauguró con 60 pacientes llegando a tener en 1950 5600 personas.



Foto: CEDIAP - Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública. Libro del Patrimonio Histórico Argentino- Memorias del Bicentenario (1810-2010). Tomo II 1880-1912- ed. 2014.

Hospital Borda

Dirección: Dr. Ramón Carrillo 3750

Provincia: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Antes de 1980 y durante gran parte del siglo S. XX las instituciones de salud mental se basaron en un modelo asilar. Grandes hospitales monovalentes y colonias en donde el común denominador era el hacinamiento, la sobre medicación e internaciones prolongadas de 30 a 50 años.



fuelle: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hospital-borda-visitas-para-asomarse-a-la-historia-de-la-psiquiatria-nid2115387/>

4.3. Reformas y legislación parcial (1980–2000).

Entre 1980 y el 2000 argentina vivió un proceso de gestación para una reforma psiquiátrica, impulsado por el retorno a la democracia donde se reivindicaron los derechos humanos incluyendo los de personas con padecimientos y la influencia de tratados internacionales, se buscó desinstitucionalizar y centrar la atención en la comunidad, lo que sentó las bases de la ley actual.

4.4. Influencia internacional (1990–2000).

Los acontecimientos históricos a nivel mundial generaron un crecimiento de la conciencia en relación a los derechos humanos.

En relación a la salud mental, esta influencia internacional en nuestro país se centró en el movimiento de desmanicomialización y los derechos humanos, promoviendo la salud mental comunitaria y la crítica al modelo manicomial, exigiendo la inclusión de pacientes y la reforma psiquiátrica.

Las crisis económicas y el debilitamiento estatal, apaciguaron estos impulsos. Hasta la materialización de la Ley de salud mental tal como la conocemos hoy

5. Cambio de paradigma.

5.1. Proceso de desinstitucionalización.

Una persona con una enfermedad mental entra en el manicomio como 'persona' para convertirse allí en una 'cosa'. El paciente, en primer lugar, es una 'persona' y como tal debe ser considerado y atendido (...) Y nosotros estamos aquí para olvidarnos de que somos psiquiatras y para recordar que somos personas.

«El manicomio no cura, es un depósito de personas»

Franco Basaglia Medico Psiquiatra.

El proceso de desinstitucionalización de la salud mental fue una transición de hospitales psiquiátricos a servicios comunitarios, impulsados por fármacos antipsicóticos, el movimiento de derechos de pacientes y las críticas a las condiciones de los manicomios, buscando integrar a las personas a la sociedad y darles un trato más humano, aunque generó desafíos como la falta de recursos comunitarios y la indigencia para algunos casos. Fue un proceso gradual y variable, con modelos exitosos como el italiano de Basaglia, que cerró manicomios y creó centros comunitarios, priorizando los derechos y la vida en la ciudad.

A mediados del siglo XX, los grandes asilos estaban superpoblados, donde conviven diferentes patologías y no había una separación etaria, eran insalubres y abusivos, lo que generó un movimiento social y profesional en su contra, buscando alternativas.



Antiguo manicomio serbio.

fuelle:Cultura Inquieta

La introducción de antipsicóticos permitió tratar síntomas fuera de los hospitales, haciendo posible la vida comunitaria. Sumado a esto los sucesivos movimientos sociales de “antipsiquiatrías” y de los llamados “supervivientes de la psiquiatría”, que reivindicaban los derechos de los pacientes y pedían un trato digno y la integración social. Hicieron posibles que surjan las primeras políticas públicas como en EE.UU. donde se promulgaron las leyes “medicare” y “medicaid” que facilitaban la atención fuera de las instituciones.



Fuente: Academia de cuidados de salud.

5.2. Marco Normativo.

En la Argentina surgió la ley de salud mental N° 26.657 para reemplazar un modelo psiquiátrico antiguo y deshumanizante, impulsada por la necesidad de alinear la atención con los derechos humanos y las convenciones internacionales, promoviendo la desinstitucionalización y el tratamiento en la comunidad, el enfoque interdisciplinario, y garantizando la autonomía y consentimiento informado de las personas con padecimiento mental. Se buscó transformar a los pacientes de “objeto de tutela” a sujetos de derechos, terminando con prácticas abusivas y enfocándose en la inclusión social, a raíz de informes que denunciaban graves violaciones a los derechos humanos en instituciones psiquiátricas.

5.3. Procesos fundamentales.

La ley n°26.653 fue una respuesta legislativa a un modelo obsoleto, buscando modernizar la atención, proteger a las personas vulnerables y asegurar la inclusión social.

Los objetivos principales fueron:

1. Crear la dirección de Salud Mental
2. Prohibir la creación de nuevos manicomios.
3. Cierre progresivo de los manicomios
4. Limitar la internación prolongada.
5. Fomentar los procesos terapéuticos
6. Rol de la fuerza de seguridad. Como protector del individuo.

5.4. Modelos Prestacionales

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, el Estado promueve la atención de los adultos mayores mediante dispositivos de base comunitaria:

Modalidad ambulatoria.

Nivel I

Consultorios externos.

Atención programada a domicilio.

Atención domiciliaria de urgencia.

Atención ambulatoria en jurisdicciones alejadas de centros urbanos.

Hospital de día. de jornada simple y completa.

Nivel II.

Modelo de internación Psiquiátrica de pacientes agudos.

Internaciones breves de pacientes en crisis.

Internación aguda.

Modalidades de rehabilitación psiquiátrica. Modalidades de puertas abiertas falta de contención familiar y social.

Casa a medio camino. Permanencia máxima dos años para pacientes que hayan sufrido internaciones prolongadas.

Rehabilitación y reinserción familiar y social: independencia del sistema institucional.

Hostales destinados a toda aquella persona sin contención familiar y/social, sin vivienda, no pueden vivir solos. Supletorio del hogar.

Bajo esta mirada a Ley la salud mental en relación a los adultos mayores se ve favorecida gracias a la participación del estado en diferentes ámbitos como:

1. La priorización de la atención ambulatoria sobre la internación permanente con centros de apoyo o grupos de apoyo donde el adulto mayor mantenga su entorno y red de contención.
2. La promoción desde el estado con ayudas económicas a los clubes de jubilados, talleres gratitud, charlas informativas y actividades intergeneracionales para combatir el aislamiento.

6. La arquitectura para la salud mental.

"La arquitectura es un diálogo entre el hombre, la naturaleza y el espacio construido".

Louis Kahn

En líneas generales a nivel mundial la mirada arquitectónica orientada a la salud mental en adultos mayores se enfoca a crear entornos que promuevan autonomía, dignidad y bienestar, más allá de la funcionalidad de los espacios. Este enfoque busca favorecer el envejecimiento activo y prevenir el deterioro cognitivo generando ambientes que contemplen las necesidades físicas, emocionales, mentales y espirituales de las personas.

Desde la arquitectura del acogimiento se propone diseñar espacios flexibles y adaptables a los propios cambios del envejecimiento. Estos entornos deben favorecer las cuatro dimensiones humanas: la física relacionadas al cuerpo, a la movilidad y al confort (tierra) vinculadas con la accesibilidad, espacios seguros, iluminación adecuada y la ergonomía; la dimensión emocional relacionada a los vínculos, la socialización, el sentido de pertenencia (Agua) que requiere lugares de encuentro; la dimensión mental relacionada con la estimulación cognitiva y percepción del entorno (aire) que se favorece con talleres, espacios estimulantes y por último la espiritual relacionada con el sentido de la vida, su propia historia y valores culturales. (fuego) a través de espacios de reflexión



Infografía de elaboración propia

6.1. Diferentes modelos de arquitectura para la salud mental de los adultos mayores en otros países.

6.2. Centro de día para personas mayores dependientes

Arquitectos: Ahead PSP y Virai Arquitectura.

Ubicación: Meliana – Valencia.

Año de ejecución: 2021-2022

“El proyecto surge de la necesidad del Ayuntamiento de proveer un equipamiento público para la gente mayor, dando respuesta a dos grandes inquietudes: la necesidad de repensar la manera en que un edificio se relaciona con sus usuarios cuando estos son personas altamente vulnerables, y crear un sistema constructivo más sostenible.”



Fuente:archdaily.

Cuenta con una circulación principal que se va fragmentando a lo largo del recorrido, en el que van apareciendo diferentes espacios concebidos para estimular las capacidades de cada uno de sus usuarios, mediante espacios enriquecidos con diversidad de estímulos sensoriales que acompañan a la gente mayor en la interacción con el entorno de manera activa y positiva, como la luz, los materiales ecológicos, los colores suaves, la vegetación con olores y colores, etc., favorece un envejecimiento activo y saludable.



Fuente:archdaily

Los recorridos permiten el movimiento y la deambulaci3n a las personas con demencia, as3 que el patio interior organiza el programa. El patio-jard3n, como un claustro, puede ser atravesado como un recorrido alternativo e incorpora vegetaci3n, luz natural, orientaci3n y vida en el coraz3n del edificio; funciona como organizador de los recorridos de los usuarios. El dise1o biof3lico, es decir, la utilizaci3n de elementos naturales



Fuente:archdaily



Fuente:archdaily



Fuente:archdaily

6.3. Edificio residencial destinado a adultos mayores. Morangis

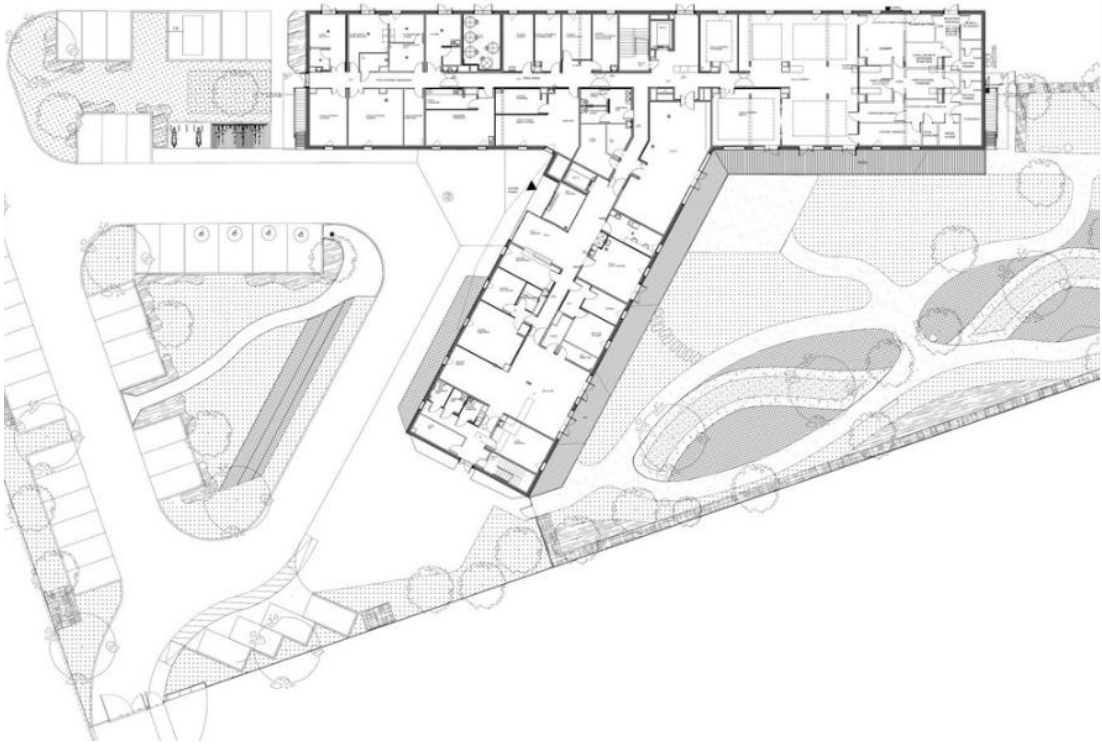
Arquitectos: Vous Êtes Ici

Ubicación: Paris – Francia.

Año de ejecución: 2013

Este edificio ubicado en las afueras de París se plantea en cuatro niveles con una planta estructurada en forma de “Y” que divide los interiores en tres alas .

La estrategia del mismo es separar por piso las diferentes características de las afecciones de cada paciente.



Fuente: archdaily.

La planta está organizada de acuerdo a algunas limitaciones: ser compacta, racional y abierta hacia el exterior. Las zonas de estar, así como las principales áreas de actividades (restaurante, salón de belleza) se desarrollan alrededor de los jardines privados. Estas áreas se benefician de la vista y fácil acceso dedicado a los jardines.



Fuente:archdaily

6.4. Complejo residencial y sanitario de Eltheto.

Arquitectos: 2by4-architects.

Ubicación: Rijssen – Amsterdam.

Año de ejecución: 2013

“En la pequeña ciudad de Rijssen 2by4-architects diseñó el nuevo complejo de salud y vivienda Eltheto para las personas mayores. Hasta hace poco, las personas mayores eran vistas como un grupo que funciona fuera de la sociedad moderna y que sólo necesitan atención. Los centros sanitarios contemporáneos y la vivienda para los ancianos siguen siendo diseñados muchas veces de acuerdo a esta idea. Durante los últimos decenios esto dio lugar a una serie de edificios introvertidos donde el foco principal es la atención sanitaria en lugar de la calidad de vida misma. Complejo residencial y sanitario de Eltheto.”



Fuente:archdaily

El centro sanitario comunal está situado en el centro del espacio público y puede ser visto como el corazón de todo el complejo. Proporciona servicios de atención médica no sólo para las personas que viven en Eltheto, sino también para el vecindario. Además del cuidado de la salud, el centro incorpora muchos servicios públicos, como un restaurante, una biblioteca, una tienda de comestibles diarios, un centro de meditación, guardería, peluquería y numerosas áreas de actividad y oficinas.

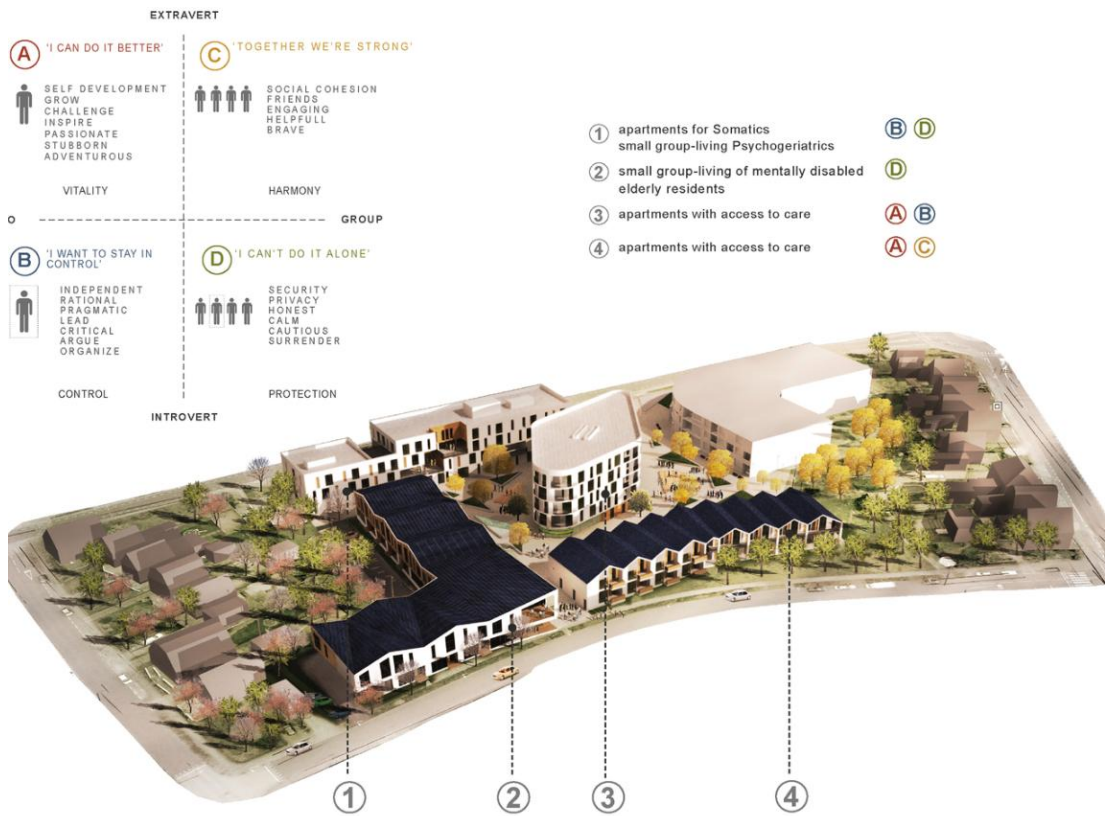
El centro es accesible directamente desde el espacio público con el fin de fortalecer aún más la relación entre los espacios interiores y exteriores, así como el carácter público en general de este moderno complejo de salud.



La planta se organiza a partir de un gran espacio público central rodeado por los edificios. El proyecto propone un equilibrio entre arquitectura, espacio público y paisaje, donde el vacío central se convierte en el principal articulador del conjunto.



Fuente: archdaily



Fuente: archdaily

En el proyecto tenemos tipologías que permiten un sistema de cuidados progresivo:

1 -Departamentos para para adultos mayores relativamente autónomos, con viviendas adaptadas y cercanas a servicios.

2- Viviendas para psicogeriatría. Son unidades de escala más doméstica, organizadas en pequeños grupos, ambiente más familiar para personas con deterioro cognitivo o demencia, evitando grandes instituciones.

3-Viviendas para adultos mayores relativamente independientes, viviendas colectivas que permiten cierto grado de independencia.

4-Departamentos con acceso a cuidados, los edificios integran servicios asistenciales, permitiendo una atención más cercana a quienes necesitan mayor apoyo.



Fuente:archdaily

6.5. Centro de día para adultos mayores. “Casa de la Sabiduría”

Arquitectos: Niro Arquitectura, OAU

Ubicación: San Cristóbal. Colombia

Año de ejecución

Este centro de día para adultos mayores, ofrece actividades recreativas diurnas, apoyo y acompañamiento terapéutico y atención telefónica las 24 hrs. Con la intención de fomentar el envejecimiento activo, prevenir y reducir el deterioro cognitivo.



Fuente: archdaily



Funcionan como un puente entre el hogar y la vida en una residencia, permitiendo a los adultos mayores seguir en sus casas mientras reciben cuidados profesionales y una agenda enriquecedora, promoviendo su bienestar integral.

6.6. Residencia para adultos mayores - Geriatrico. Sentidos

Arquitectos: Estudio Cordeyro y Asoc.

Ubicación: Funes - Rosario

Año de ejecución: 2019

Edificio emplazado en un terreno de más de 10.000 m² con una interesante y añosa forestación. Se optó por un partido de 2 niveles, con desarrollo principalmente horizontal que se forma con tres volúmenes de residencia dispuestos en peine. Distanciados relativamente entre sí, generan patios para vistas e iluminación, unidos por un cuarto bloque transversal que alberga todos los locales y servicios de apoyo. La disposición interior de las diferentes funciones y usos en la planta es simple, lineal y clara lo que facilita el uso a los adultos mayores con dificultades de orientación y disminución del reconocimiento físico.



Fuente:archdaily

Ingreso principal



Fuente:archdaily

Rampa de acceso al jardín



Fuente: archdaily



Fuente:archdaily

El edificio se proyecta en dos niveles con un hall de acceso de doble altura que aporta una imagen institucional. Se organiza mediante una circulación central que conecta tres puntos de derivación, desde los cuales se accede a las unidades de convivencia y a los espacios de uso común como gimnasio, fisioterapia, piscina e hidroterapia, salón de belleza y SUM.

La atención se basa en el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP). El proyecto se organiza en seis unidades de convivencia autónomas, habitaciones individuales y dobles. Cada unidad integra espacios privados y compartidos, con comedor, sala de estar y talleres para 12 a 16 personas, favoreciendo la pertenencia, la familiaridad y la orientación.

Hall de entrada



Fuente:archdaily



Fuente:archdaily

6.7. Utopía Senior

Arquitectos: Estudio Planta

Ubicación: Buenos Aires - Argentina

Proyecto: 2024-2025



Fuente:archdaily

“El proyecto situado junto al acceso norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se implanta en el barrio de Florida Oeste y propone la construcción de un complejo arquitectónico destinado a la población senior. Se trata de brindar un lugar de encuentro, un laboratorio de ideas, en fin, un espacio de desarrollo personal que permita fortalecer los vínculos de la comunidad desde variadas actividades en un camino hacia el disfrute de lo que es la segunda mitad de la vida.”

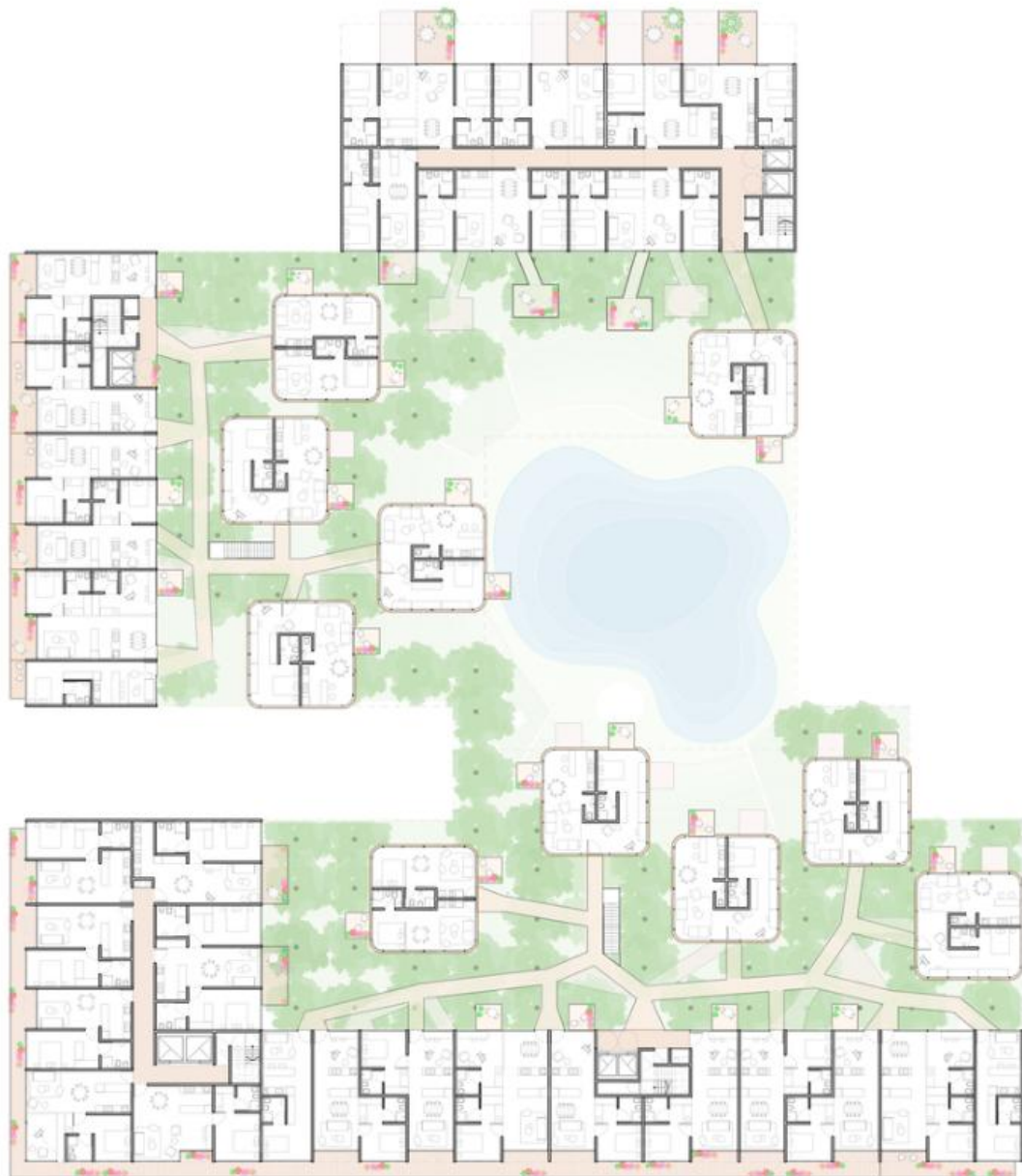
En el conjunto arquitectónico, el agua se configura como el elemento central que actúa como organizador del conjunto, estructurando la disposición de los distintos volúmenes arquitectónicos y los recorridos peatonales. Una predominancia de áreas verdes y superficies naturales, que constituyen el soporte físico y ambiental del proyecto. Sobre este paisaje se implantan los edificios de manera dispersa, favoreciendo una relación directa con el entorno natural integrándose al paisaje.

Los diferentes volúmenes se articulan mediante senderos peatonales que estructuran la circulación interna y permiten una mayor permeabilidad espacial del conjunto. Esta organización favorece la continuidad entre el interior y exterior, promoviendo la integración del paisaje con la arquitectura, buenas condiciones de iluminación natural, ventilación cruzada y calidad ambiental de los espacios.



Fuente:archdaily

Planta tipo



Corte longitudinal



Fuente: archdaily



Fuente:archdaily



Fuente:archdaily

Casas de medio camino.

Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred -Open Door - Luján- Bs As.

Es un proyecto de urbanización de 15 hectáreas que integrará todo el predio del hospital (incluyendo servicios comunitarios, fuerte componente ambiental y ecológico), y del proyecto histórico de construcción de viviendas para salud mental.



Fuente:Fundación Bapro.

Las tipologías corresponden a viviendas apareadas unifamiliares destinadas a pacientes internados hoy en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred, ubicado en Open Door, partido de Luján. Provincia de Buenos Aires. Con el fin de mejorar la calidad de vida y la inclusión de las mismas. Constan de generosas dimensiones espacios amplios, bien iluminados equipados, un sum, cocina, cinco dormitorios (2 camas) un dormitorio para el personal de acompañamiento, un consultorio y una enfermería, dos baños adaptados para residentes y otro para el personal de servicio, dos patios uno interno y otro externo.

El acompañamiento del personal específico para los cuidados permanentes son fundamentales para ayudar a recuperar la autonomía y los derechos básicos, luego de vivir tantos años institucionalizados.



Fuente: Fundación Bapro.

Conclusiones

Luego del desarrollo de esta monografía donde abordamos el estudio de la salud mental en adultos mayores y la forma en que la arquitectura contemporánea responde esta problemática, podemos destacar algunos puntos fundamentales para que las personas puedan transitar la vejez de una manera más digna y humanamente posible.

En este marco nos parece necesario considerar la vejez como una etapa en la vida del ser humano y en ese sentido habrá aspectos que van a influir en el adulto mayor como su entorno familiar y contexto social para identificar las dificultades que pueden presentarse, a fin de mitigar y corregir situaciones para garantizar un entorno seguro.

En primera instancia, para que esto sea posible, es necesario reconocer que la vejez es una etapa inevitable del ciclo de vida. Sin embargo, lo que marca la diferencia es el tipo de envejecimiento que transita cada individuo y el acompañamiento que recibe por parte de su entorno familiar. En este sentido, resulta fundamental que dicho entorno se encuentre informado acerca de las distintas etapas de la adultez y de las posibles dificultades que pueden presentarse, las cuales no siempre se encuentran asociadas a la edad de la persona.

En nuestro país para que esta información, detección y atención temprana lleguen a quienes lo necesitan, es necesario que los dispositivos destinados a la salud mental sean más accesibles y dinámicos, evitando su concentración en hospitales generales y hospitales monovalentes.

Por otro lado, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina N° 26.657 y el proceso de desmanicomialización han impulsado nuevas formas de atención promoviendo modelos más integrados a la comunidad generando la necesidad de repensar los espacios arquitectónicos destinados al cuidado y acompañamiento de los adultos mayores. En este contexto, los centros de día, las residencias de larga estadía especializados en patologías puntuales y los centros de atención primaria y los dispositivos residenciales intermedios dan respuestas a esta necesidad contemplando la vulnerabilidad a través de modalidades de cuidado, la integración social, así como también la calidad del entorno.

Dentro de este enfoque se plantea una arquitectura de acogimiento, que propone espacios no solo desde la función asistencial, sino también abarcando el bienestar físico, emocional y social de las personas. En este sentido, la arquitectura puede contribuir al desarrollo pleno del ser humano, interpretando su multidimensionalidad, a partir de la integración simbólica de los cuatro elementos naturales: tierra, agua, aire y fuego, presentes en la implantación, la relación con el paisaje, la apertura de los espacios, la luz natural y los ámbitos de encuentro y permanencia.

Los profesionales de la arquitectura que proyectan para esta franja etaria deberán adoptar criterios de diseño inclusivo que contemplen las limitaciones funcionales y cognitivas propias de esta población.

En esa línea, la accesibilidad constituye un aspecto ineludible, que implica la incorporación de elementos como rampas, ascensores y superficies antideslizantes. Así como también la integración de tecnologías asistenciales para mejorar la calidad de vida y la autonomía de los adultos mayores. Del mismo modo, la participación activa de los adultos mayores en los procesos de diseño, y la consideración de la planificación urbana y del transporte, constituyen aspectos clave para garantizar entornos más inclusivos.

La arquitectura destinada a adultos mayores en Argentina enfrenta importantes desafíos en un contexto de creciente envejecimiento poblacional. Para abordarlos de manera efectiva, resulta fundamental promover una articulación entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil, impulsando la investigación y la innovación en el diseño de entornos urbanos y arquitectónicos inclusivos, adaptados a las necesidades cambiantes de las personas mayores.

En ese sentido, este Despertar simboliza el fin de la invisibilidad del adulto mayor en el sistema sanitario, no es solo un cambio normativo o arquitectónico, es una postura ética que nos obliga a diseñar espacios donde envejecer sea sinónimo de identidad, dignidad y pertenencia. Como arquitectos nuestra tarea es posibilitar que ese derecho a habitar “humanamente”, finalmente, una realidad para todas nuestras vejece

Bibliografía:

Envejecimiento y salud 1 de octubre de 2025 OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) OMS <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Praxis en salud mental .Abordajes y procesos de cuidado .
Compiladores Alejandro D. Wilner /Flavia Torricelli.2016

El movimiento de salud mental: una aproximación histórica y crítica . Lic Martín de Lellis Profesor Titular de la Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 2015.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en Argentina y modificatorias.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/>.

Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental .Lic Alicia Stolkiner 2018.
RESOL-2023-562-INSSJP-DE#INSSJP- Nuevo Modelo Prestacional Comunitario de Salud Mental- INSSJP -Julio de 2023.

Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Autor: Rosa Falcone. 2015.

Patrimonio Arquitectónico Argentino- Memorias del bicentenario (181-2010) tomo II
Ministerio de Cultura - Petrina, Allberto - Lopez Martinez Sergio-2014.

<https://dependencia.info/noticia/3260/arquitectura-y-residencias/arquitectura-y-residencias-un-centro-en-francia-con-una-cubierta-muy-organica.html>

<https://hospitecnia.com/proyectos/complejo-residencial-y-sanitario-de-eltheto/>

<https://www.archdaily.cl/cl/775995/complejo-de-vivienda-y-salud-eltheto-2by4-architects>

<https://hospitecnia.com/proyectos/centro-dia-personas-mayores-dependientes/>

<https://www.archdaily.cl/cl/989613/centro-integral-para-adultos-mayores-sentidos-estudio-cordeyro-and-asociados>

<https://www.archdaily.cl/cl/986131/centro-de-dia-para-el-adulto-mayor-niro-arquitectura-plus-oau-oficina-de-arquitectura-y-urbanismo>

