

La ciudad para personas con demencia: reflexiones.

The city for people with dementia: thoughts.

Elisa Pozo Menéndez

elisa@mitaatelier.com

Mita Atelier sllp, Matia Instituto.

Recibido: 02/05/2024

Aceptado: 13/10/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 35 - Noviembre de 2024.

Cómo citar este artículo:

Pozo Ménendez, E. (2024). La ciudad para personas con demencia: reflexiones. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (35), pp 46-75.

RESUMEN

Este artículo presenta los principales resultados de la tesis doctoral “La ciudad para personas con demencia” de la autora (2023), así como reflexiones del Seminario “Villages of Care/Villages of Life” celebrado en febrero de 2024. A partir del marco teórico de la relación entre la arquitectura y las transformaciones sociales en cuanto a las tipologías de edificios destinadas principalmente a personas con diversidad funcional y personas mayores, se presentan tres planteamientos diferentes. En primer lugar, la reflexión sobre el nuevo modelo “dementia village”, que busca crear entornos residenciales seguros para personas con demencia priorizando su autonomía e identidad recreando barrios urbanos con unidades de convivencia, jardines y servicios variados. Por otra parte, el modelo comunitario de cuidados, donde la integración en la comunidad es completa, generando una continuidad en la vida de las personas a lo largo de su proceso vital y a partir del momento en el que empieza a necesitar apoyo y servicios profesionales de cuidados. Por último, las posibilidades que ofrecen los entornos urbanos para su transformación y creación de entornos adecuados para personas con demencia. En contraste con las residencias tradicionales, estos tres modelos fomentan la vida comunitaria y la independencia de la persona, que pueden resultar inspiradores para seguir avanzando en el buen cuidado de las personas mayores desde el ámbito arquitectónico.

PALABRAS CLAVE

Urbanismo, demencia, dementia village, comunidades terapéuticas.

ABSTRACT

This article presents the main findings of the author’s doctoral thesis “The City for People with Dementia” (2023), as well as reflections from the Seminar “Villages of Care/Villages of Life” held in February 2024. Drawing upon the theoretical framework concerning the relationship between architecture and social transformations regarding building typologies primarily intended for people with disabilities and older adults, three different approaches are presented. Firstly, reflection on the new “dementia village” model, which aims to create safe residential environments for people with dementia by prioritising their autonomy and identity through the recreation of urban neighbourhoods with living units, gardens, and diverse services. Secondly, the community care model, where integration into the community is complete, fostering continuity in individuals’ lives throughout their lifespan, starting from the moment they begin to require support and professional care services. Lastly, the possibilities offered by urban environments for their transformation and the creation of suitable environments for people with dementia. In contrast to traditional care facilities, these three models promote community living and individual independence, which may serve as inspiration for further advancement in the quality care of older adults within the architectural realm.

KEYWORDS

Urbanism, dementia, dementia village, therapeutic communities.

1. INTRODUCCIÓN

Una sociedad se manifiesta en los objetos que fabrica, en el arte que produce, en el pensamiento que comunica, pero también se expresa en sus ciudades y sus edificios. En ellos se revelan los intereses, sueños y anhelos de una civilización (Muñoz Cosme, 2007). La arquitectura, entendida en su origen etimológico como el *arte y la técnica de proyectar, diseñar y construir*¹, contribuye a la creación colectiva de la ciudad y el territorio, entornos que están en constante evolución y en los que cada generación aporta elementos nuevos y una forma distinta de contemplarlos. La arquitectura precisamente tiene la misión de interesarse por ese espacio que existe entre las personas y las cosas, entre la sociedad y sus escenarios, y proyectar espacios que dignifiquen la vida humana en armonía con la naturaleza.

Reconociendo el edadismo existente en nuestra sociedad, entendido como los prejuicios o prácticas que perpetúan creencias estereotipadas sobre la edad y centrándonos en el edadismo hacia la vejez ², cabe señalar que la disciplina de la arquitectura no ha sido ajena a sus efectos. Es preciso señalar que la normativa para el diseño de edificios residenciales para personas mayores se basa en el cumplimiento de normas que aplican en hospitales y edificios estrictamente sanitarios, ya que no existe una categoría diferenciada sobre la cual haya consenso a nivel nacional, lo cual hace que la norma de aplicación para esta tipología de edificios oscile entre criterios aplicables a viviendas y elementos propios de hospitales. Además, la especialización en edificios sociosanitarios por parte de algunos equipos de arquitectura e ingeniería está condicionada en gran medida por los requisitos exigidos en la mayoría de las licitaciones o la garantía que puede representar para un cliente el tener experiencia previa en esta tipología de edificios por la gran complejidad del programa funcional, requerimientos técnicos y cumplimiento normativo que se exige. Por el contrario, esta hiperespecialización puede repercutir en la pérdida de la crítica y la reflexión sobre el ejercicio de diseñar y proyectar entornos para envejecer bien y con calidad de vida. Adicionalmente, también cabría destacar la problemática actual asociada con la confusión por parte de una gran parte de la sociedad entre arquitectura y construcción, debida a múltiples factores en los que no procede profundizar en esta ocasión, pero que conduce a edificaciones carentes del ejercicio de *proyectar*.

Bajo esta mirada, el presente artículo expone una selección de los casos de estudio y resultados de la tesis doctoral “La ciudad para personas con demencia. Metodología para integrar el diseño y la calidad de vida en las ciudades europeas” (Pozo Menéndez, 2023) y recupera algunas de las reflexiones compartidas en el Seminario “*Villages of Care/Villages of Life*” organizado dentro del programa de doctorado de investigación de Ingeniería Civil y Ambiental y Arquitectura de la Universidad de Trieste y de la Universidad de Údine el pasado 15 de febrero de 2024,

1. Definición de “arquitectura” por la RAE, 2023.

2. Comunicado de prensa “El edadismo es un problema mundial - Naciones Unidas” (OMS, 2024). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

un punto de encuentro entre distintos investigadores que han abordado desde perspectivas distintas el estudio de las “*dementia village*”³.

El término “*dementia village*”, cuya traducción literal sería “pueblo para la demencia”, es un nuevo concepto de entorno residencial para personas que tienen demencia y que se ha venido desarrollando en distintos países en los últimos años. El objetivo principal de este nuevo modelo es generar un espacio seguro donde las personas con demencia puedan mantener su autonomía e identidad al máximo. Frente a las tradicionales unidades de cuidados específicas para personas con deterioro cognitivo o la tipología de residencia de mayores tradicional, normalmente consistente en un único volumen edificatorio, las “*dementia villages*” recrean un barrio, con alojamientos estructurados en unidades de convivencia, así como los elementos característicos de un entorno urbano, con jardines y zonas verdes, servicios, tiendas, restaurantes, cafeterías, salas de música o teatros u otros equipamientos. Dentro de las “*dementia villages*” las personas conviven en pequeños grupos, asociados a las unidades de convivencia, y mantienen su cotidianidad en un nuevo entorno que resulta familiar y facilitador de sus rutinas. El equipo de cuidadores tiene una formación específica en acompañar a personas que tienen demencia y trabajan con un enfoque holístico en el que se pone el foco en fomentar que las personas se mantengan activas y participen en el día a día de la vida del centro.

2. MARCO TEÓRICO

En el siglo XX, cuando el médico Alois Alzheimer describió por primera vez la demencia como una enfermedad, ésta era considerada una fase dentro del envejecimiento. Además, en ese momento la salud era un concepto centrado en la ausencia de enfermedad y el tratamiento de los problemas identificados en nuestro organismo con un carácter principalmente biológico; donde además existía un dualismo separado mente-cuerpo, en el que el cuerpo era la parte física y orgánica de la persona, separada de la mente, que estaba asociada a algo “espiritual” y sin influencia en nuestro cuerpo (Psicología de la salud, 2020).

Una vez que se comienza a diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, las personas que exhibían comportamientos difíciles de manejar y con necesidades de cuidados específicos eran ingresadas en pabellones psiquiátricos, asilos y sanatorios aislados respecto del núcleo urbano, en entornos rurales, rodeados de grandes extensiones de jardines para poder pasear en el exterior y disfrutar de una mayor tranquilidad, así como para realizar actividades de jardinería o agricultura. Eran espacios concebidos con especial atención a parámetros como la iluminación, la ventilación cruzada y el contacto con la naturaleza y el aire fresco, factores de diseño que fueron decisivos en la evolución arquitectónica de hospitales, asilos y sanatorios (Cambra Rufino, 2021).

3. *Villages of Care / Villages of Life. A discussion on doctoral researches (2023-2024)*. Programa de doctorado de investigación de Ingeniería Civil y Ambiental y Arquitectura de la Universidad de Trieste y de la Universidad de Údine. Disponible en: <https://dia.units.it/it/news/95765>

En la planificación urbana, el caso del modelo de la Ciudad Jardín desarrollada por el urbanista británico Ebenezer Howard a principios del siglo XX se observa cómo se busca un lugar alejado de la ciudad y en medio de la naturaleza para “ebrios, vagabundos, epilépticos, convalecientes y locos”, permitiendo también la creación de entornos urbanos “sin humos y sin barriadas” y “sin comportamientos considerados extraños para la convivencia en la sociedad” (Howard, 1902).

A partir de los años 50, se descubre que algunos medicamentos podían “controlar” el comportamiento y algunos síntomas relacionados con problemas de salud mental. Las nuevas prácticas médicas y psiquiátricas, así como la progresiva evolución de derechos sociales supuso un fuerte movimiento de abolición de los asilos y psiquiátricos en todas partes del mundo a partir de los años 60. En el caso de Italia, en las regiones de Trieste y Gorizia (Italia) existe una larga tradición en la reflexión sobre los entornos y tipos de alojamientos para las personas con deterioro cognitivo o problemas de salud mental. El trabajo del psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) dio lugar a un profundo debate que aún hoy en día sigue vigente sobre los lugares para la vida y el cuidado de las personas que no son consideradas “normales”. El período comprendido entre el momento de completa institucionalización dentro de los asilos y la apertura total e integración completa en la comunidad, los pabellones hospitalarios se utilizaron como viviendas para pacientes, en vez de seguir siendo utilizados como equipamientos para curas y tratamientos. Por lo que estas infraestructuras de carácter hospitalario se convirtieron en pequeñas “villas” para las comunidades terapéuticas, incluyendo otros servicios como tiendas, cafeterías, o espacios para actividades grupales o exposiciones (Scavuzzo, 2024).

Este ejemplo es ilustrativo de la transformación social y la evolución del reconocimiento de los Derechos Humanos en el ámbito de la diversidad funcional, tanto física como mental, y su correlación con el entorno construido. Además, fruto de la crisis económica en Europa entre los años 60 y 70, los modelos residenciales y la propia concepción del estado de bienestar se reformulan. A partir de los años 70 surge una creciente sensibilización hacia la importancia de la autonomía e independencia, su privacidad y derecho de elegir entre distintas alternativas residenciales (Almeida et al., 2017). Además, el aumento de la esperanza de vida y el mayor porcentaje de población mayor evidenció que el modelo de cuidados de larga duración tampoco resultaba económicamente viable en el tiempo. Por tanto, en esta época van apareciendo modelos residenciales para personas mayores independientes y distintos servicios a domicilio para dar respuesta a las necesidades progresivas y cambiantes a lo largo de los años, y, en última instancia, cuando surge la gran dependencia y necesidad de cuidados -normalmente asociada a la demencia- el traslado a una residencia especializada. No obstante, la evolución en Europa de estos modelos sigue modelos notablemente diferenciados, sobre todo entre los modelos nórdicos y los mediterráneos (García Lantarón, 2015).

En los años 80 destacan las aportaciones de Tom Kitwood sobre el modelo de atención centrada en la persona. Establece que, desde la psicología social, esto es, las relaciones e interacciones entre personas, se pueden desencadenar situaciones tanto negativas como positivas en las vidas

de las personas, e identifica lo que para él son los potenciadores del bienestar agrupados en seis necesidades psicológicas básicas que todas las personas han de satisfacer para estar bien:

- el amor, entendido como la aceptación incondicional y la empatía hacia el proceso que está experimentando la persona;
- la identidad, que guarda relación con tener consciencia de la persona y su conexión con el pasado;
- la vinculación o afiliación, en tanto a que la persona mantiene los lazos de unión y las relaciones con los demás, experimentando seguridad y confianza en la relación;
- la ocupación con sentido, participando en la propia vida de manera que se utilicen las habilidades y experiencia de la persona, el sentir que de alguna forma sigue siendo necesaria para los demás y tiene algo que hacer y aportar;
- el confort, centrándose sobre todo en los aspectos de seguridad y familiaridad que provee el entorno físico y social;
- y la inclusión, sintiéndose aceptada en la comunidad social a la que pertenece.

Con esta perspectiva, y en concreto para las personas con demencia, Kitwood critica el modelo asistencial en el que se enfoca la atención a las personas con demencia centrado en la discapacidad y la enfermedad, y lo reformula dando otra visión de la persona con demencia, como una persona igual, con derechos, sentimientos, deseos y una historia de vida que es única a cada persona. Esta perspectiva biológica, psicológica y sociológica se centra en conservar el valor de la persona como ser humano durante todo el proceso de la enfermedad y poner el énfasis en las relaciones que aprecia y en las que él mismo también se aprecia. Las necesidades básicas definidas por Kitwood no desaparecen con la demencia, sino que expresarlas y satisfacerlas se vuelve más complejo por la dificultad en la comunicación (D-care, 2019; DEAL, 2018; Kitwood, 1997).

En las últimas décadas, los distintos modelos residenciales y de alojamientos de personas mayores conviven en realidades muy diferentes según el país. Si bien los modelos de residencias para personas mayores han ido evolucionando hacia tipologías de pequeña escala, organizadas en unidades de convivencia, esta evolución está influenciada por la cultura, tradiciones, la propia evolución social, pero también por la forma de diseñar las ciudades, los códigos arquitectónicos y la normativa de cada lugar. Por ejemplo, mientras que en Dinamarca los servicios para las personas mayores están completamente integrados en viviendas “para toda la vida”, todavía en España se observan infraestructuras y equipamientos residenciales de gran escala casi como única alternativa frente a las ayudas a domicilio (García Lantarón, 2015). No obstante, el reconocimiento y aceptación de los beneficios asociados a mantener las redes sociales y el contacto con familiares y comunidad han supuesto también que las residencias progresivamente vuelvan a ubicarse en un contexto urbano, aunque con múltiples matices.

A la luz de este contexto, cabe hacer mención a los siguientes factores de cara a reflexionar sobre las aportaciones que, desde la arquitectura y el planeamiento urbanístico, se pueden desarrollar para contribuir a una estrategia que aborde las necesidades del ámbito sociosanitario y la dimensión de los cuidados, pero que igualmente contemple la necesidad de adaptar nuestras ciudades a entornos más sostenibles y saludables para toda la población:

- La demencia afecta en la actualidad a unos 50 millones de personas a nivel mundial, lo que supone entre un 5% y un 8% de la población de 60 años o más (Nichols et al., 2022). En España, se estima que hay más de 900.000 personas que padecen Alzheimer y otras demencias, cifra que superará los 1,7 millones en 2050 (Alzheimer Europe, 2019).
- Además de los costes económicos directos asociados a la demencia⁴, es preciso añadir los costes indirectos, además del impacto personal, familiar, social, psicológico y laboral para las personas cuidadoras y familiares (Etayo Zabalegui, 2021). Es, por lo tanto, un objetivo el favorecer la autonomía y retrasar al máximo la dependencia de las personas con demencia, también con un enfoque inclusivo, ya que todavía a día de hoy las mujeres siguen asumiendo un gran peso en el cuidado de las personas mayores y de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer (González Ingelmo et al., 2019).
- Aunque existen pocas certezas a día de hoy para la prevención de la demencia, existe suficiente evidencia científica de que un estilo de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo de sufrir demencia (Livingston et al., 2020; NHS, 2020). Sin embargo, las personas que comienzan a sufrir los primeros síntomas de demencia dejan de hacer múltiples actividades que suponen disfrutar del espacio público de una forma activa (Alzheimer's Society, 2013), reduciendo las posibilidades de interacción y estímulos sociales y del entorno que favorecen la salud y pueden retrasar la dependencia.
- Existen estudios que relacionan intervenciones específicas de diseño con beneficios para las personas con demencia (Marquardt et al., 2014), aunque esta evidencia está normalmente referida a entornos sociosanitarios y hospitales, de difícil extrapolación a entornos urbanos y espacios exteriores. No obstante, el cambio de entorno para una persona con demencia sí que puede corresponderse con mayores alteraciones e inquietudes que alteran el bienestar de la persona. Además, las personas con demencia que viven en una residencia tienden a ser hospitalizadas por causas evitables, como infecciones de orina, deshidratación o úlceras por presión, frente a otras personas que no tienen demencia y que se hallan en condiciones similares,

4. Los costes anuales de la demencia a nivel internacional se estiman en 1,3 billones de dólares (WHO, 2021a), cifra que se prevé que se duplicará para 2030 (El-Hayek et al., 2019). En España, los costes suponen 20.800 millones de euros anuales, lo que supone alrededor de 24.000 € por paciente, donde un 87% lo asume su familia (Fundación Pasqual Maragall, 2020).

lo que conlleva un impacto negativo en la persona por el ingreso en un entorno normalmente poco amigable y el coste derivado de la hospitalización (Primer Ministro de Reino Unido, 2015).

En el contexto internacional, el problema de la demencia ha sido ya reconocido como prioritario en políticas y medidas de salud pública (Wimo & Prince, 2010). Lo cual supondrá multitud de cambios estructurales en el entorno familiar, en los cuidados y recursos públicos de atención que se requieren, en las viviendas, en la movilidad, en el gasto médico, etc. Se requiere por tanto una visión global y local que incorpore las tendencias demográficas y las proyecciones de prevalencia de demencia; un modelo de servicios sociosanitarios y ambulatorios consolidados con una capacitación específica de los cuidadores; un nivel de coordinación de distintos mecanismos y apoyos para las personas con demencia en la propia comunidad; una mayor implementación de las tecnologías de asistencia que permitan mejorar los cuidados y la atención de la persona con demencia en su vivienda y, por supuesto, una adaptación de los entornos urbanos con oferta de servicios y cuidados de proximidad (Pantartzis et al., 2014).

3. ALTERNATIVAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DEMENCIA

A continuación, se exponen dos casos de estudio de forma detallada y se completa con un tercer apartado que reflexiona sobre la ciudad y la posibilidad de que efectivamente desde la planificación urbana y el diseño del espacio público se dé respuesta a las necesidades específicas de las personas con demencia para que puedan permanecer en su barrio y entorno de proximidad, idealmente, hasta el final de la vida, si así lo desean.⁵

3.1. El modelo de “dementia village”: De Hogeweyk (Weesp)

Aunque se han publicado numerosos artículos sobre el proyecto De Hogeweyk en Weesp (Países Bajos), en esta ocasión el enfoque se centra en la tipología de diseño. De Hogeweyk es una residencia para personas con demencia y situación de dependencia, conocido como la “villa Alzheimer” gestionada por la entidad sin ánimo de lucro Vivium Zorggroep. El complejo, construido en 2001 e inaugurado en 2009, recreando una plaza central y calles con un paisaje urbano similar a cualquier otro entorno urbano holandés, alrededor de los cuales se distribuyen unidades de convivencia. El primer edificio residencial de De Hogeweyk se inauguró en 1881 en un área periférica a las afueras de Weesp, ciudad de origen medieval con una población de 19.334 habitantes (2019) y perteneciente al área metropolitana de Ámsterdam. Tras la Segunda Guerra Mundial, la ciudad se expandió con nuevas zonas residenciales hacia el oeste y una importante zona industrial, sobre todo a partir de los años 70, cuando la ciudad creció al sur y al norte, y así De Hogeweyk quedó embebida en una trama urbana, aunque con un marcado carácter zonificado y diferenciado entre

5. Hogeweyk (DVA Dementia Village Associates, n.d) Disponible en: <https://hogeweyk.dementiavillage.com/> Último acceso: 28/10/2022.

áreas principalmente residenciales, un extenso parque de oficinas y equipamientos deportivos, una zona de la ciudad llamada Hogeweyk.

El documento “Visión estructural de Weesp 2013-2030”⁶ desarrolla una visión estratégica de planificación, en cumplimiento a la legislación nacional “Spatial Planning Act” (Gobierno de Los Países Bajos, 2013), la cual debe ser la base para futuros desarrollos urbanos estableciendo una visión integral de las distintas políticas urbanas sectoriales para crear una coherencia en el territorio y reestructurarlo en función de las distintas necesidades. Se trata de un documento que recoge recomendaciones de desarrollo y acciones concretas, aunque no imponga ningún tipo de ordenanza o proyecto.

Dentro de la planificación urbana, se identifica la necesidad de que De Hogeweyk se convierta en un nodo de interés en el ámbito donde se ubica, con una mayor relación con el entorno para generar mayores beneficios e impacto positivo. El documento identifica el potencial que tiene De Hogeweyk para ofrecer servicios de atención a domicilio o de asesoría que pueda beneficiar a las personas mayores que habitan en la zona, al mismo tiempo que se plantea la rehabilitación o reestructuración de sus viviendas para adaptarlas a sus necesidades. Esta estrategia coincide con las líneas de trabajo más recientes de la gestión de De Hogeweyk para que exista una mayor inclusión social y normalización de la inclusión y participación de las personas con demencia en la vida de la comunidad.

El modelo de “villa” como tipología edificatoria no es una novedad, entre los años 60 y 70 ya existían edificios destinados para personas con diversidad funcional física o mental. Quizá la principal diferencia es el diseño de entornos y experiencias que puedan resultar familiares y que puedan ser fácilmente reconocidos por las personas que viven en ellos como lugares con identidad, continuidad con la cultura e identidad local en cuanto a volumetrías, materialidad o sistemas constructivos.

En este contexto, De Hogeweyk ofrece 169 plazas para personas diagnosticadas de demencia o Alzheimer y con un alto nivel de dependencia, estructuradas en 23 viviendas o unidades de convivencia, distribuidas en dos plantas (16 en planta baja y 7 en primera planta). Los servicios comunes se han diseñado a modo de servicios habituales en una ciudad, algunos de los cuales acogen actividades y visitas de la comunidad, como el teatro, el restaurante o la cafetería, y, por otra parte, otros servicios, como el almacén, se ha diseñado replicando un supermercado, de forma que las personas tienen integrada en su día a día la rutina de ir a hacer la compra y mantener así sus actividades habituales. Otros servicios comunes son la sala multisensorial, la sala de música, fisioterapia, peluquería, librería, sala de visitas y centro de actividades y talleres. Algunos de los espacios del centro se alquilan a otras entidades o empresas, como es el teatro, para eventos comerciales, lo cual genera un ingreso adicional como alquiler de espacios.

6. Traducción del original “Structuurvisie Weesp 2013-2030” (Gemeente Weesp & LOS stadomland, 2013).

Además del diseño de los espacios abiertos, también se ha incluido como requisito el evitar la sensación de estar encerrado en un edificio, por lo que los accesos de servidumbre o secundarios, tanto al exterior como a los distintos programas del edificio, se encuentran camuflados con un tratamiento de los umbrales y las puertas similar al resto de la fachada. Estos itinerarios no tienen ningún tipo de elemento de interés para evitar la deambulación por ellos, mientras que las calles y plazas donde se pretende que paseen las personas tienen distintos elementos y equipamiento urbano para fomentar que se utilicen de forma natural.

En cuanto al diseño de las viviendas o unidades de convivencia, la pequeña escala (6 ó 7 personas) favorece un entorno tranquilo, con menos estrés, lo cual hace que la calidad de vida sea mejor y las personas necesiten muchos menos medicamentos de los que podrían consumir en una residencia convencional. Además, el hecho de estar más tranquilos también permite reducir el número de especialistas contratados, mientras que la ratio de personal cuidador puede aumentar. Cada vivienda intenta reflejar un estilo de vida distinto, que se refleja en el tipo de decoración de las zonas comunes, el tipo de comida que preparan, la música o las películas que ven, o el tipo de actividades que realizan. Un ejemplo representativo puede ser un estilo de vida más cosmopolita, con un mayor nivel de estudios y gusto por la cultura o música clásica, y una dieta más variada con sabores internacionales y más exóticos; frente a un estilo más tradicional, con gusto por la música típica holandesa y con una dieta basada en cocina típica local. Cada persona puede elegir participar en unas actividades comunes u otras.

En este sentido, es importante el compromiso y el trabajo de los equipos de cuidadores, ya que tienen que animar a las personas a ir al supermercado o animarlas a que frieguen los platos o a hacer la colada, a pesar de que esto les suponga ir más lentos y un esfuerzo adicional. Es un cambio cultural en la forma de ofrecer los cuidados primando la calidad frente a la cantidad y a la inmediatez que todavía no está completamente asimilado en la cultura del personal trabajador.

Las decisiones de diseño fueron trabajadas entre el promotor del proyecto, Vivium, junto con el equipo de arquitectura, un estudio sin experiencia previa en entornos especializados para personas con demencia, pero que dieron respuesta a las necesidades del cliente, que quería alejarse del tipo de diseño normalmente utilizado en este tipo de edificios, de marcado carácter sanitario u hospitalario. El promotor era partidario de diseñar entornos normalizados y agradables, recreando un barrio residencial en un ambiente urbano, y apelando al sentido común y a no sobreproteger o infantilizar a través del diseño a las personas con demencia. De la misma forma, ha sido crítico con los estándares o recomendaciones de diseño de residencias, basadas en muchos casos -desde su punto de vista- en experiencias de hace más de tres décadas y basadas en un modelo institucional.

En cuanto a la relación con el entorno y la comunidad, existen clubs y actividades en el exterior a las que van en grupos o de forma individual, según la demanda de las personas, pero no

se identifica ningún equipamiento o servicio concreto. En cuanto a actividades que acogen en el centro, los miércoles tienen un grupo de niños pequeños de una guardería o colegio que van de visita y tienen distintas actividades intergeneracionales. También tienen celebración de misas en el teatro cuando hay demanda, para que la comunidad religiosa mantenga el lazo y el vínculo con las personas residentes.

Es importante resaltar que De Hogeweyk se inauguró en 2009, y todavía 15 años más tarde continúa siendo un proyecto innovador. La visión de Vivium es inspirar también a otras personas con este cambio de modelo, para que reflexionen sobre la calidad de vida de las personas con demencia y la necesaria transformación del sector de los cuidados. El cambio que se vivió en De Hogeweyk al transformar el modelo de cuidados, pasando de una organización de gran escala a grupos de 11, 8 y 6 personas, fue realmente impactante. El poder organizar las viviendas en esta escala tan pequeña es el mayor impacto en la calidad de vida de las personas, ya que los cuidados se facilitan adaptados a ellas y considerando su historia de vida y necesidades. Tanto el cambio cultural en la organización y forma de trabajar como la transformación de los entornos ha de considerarse como un proceso en paralelo, ya que la adaptación y transformación del modelo de cuidados es fundamental para que los espacios, la logística y la coordinación entre los distintos equipos funcione.

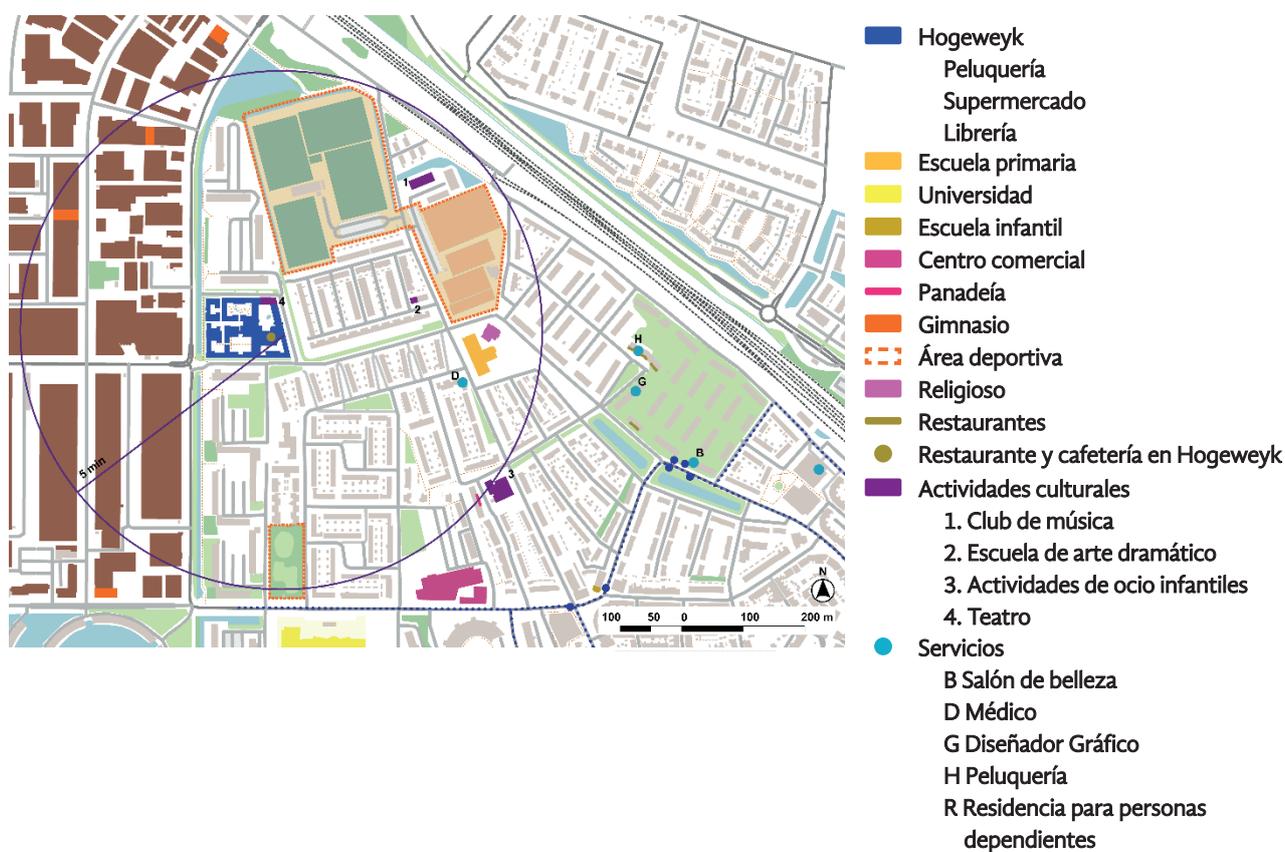
«... ante todo, cada país ha de ser innovador y adaptar los cuidados a su propia cultura, a sus propios recursos y a su propio sistema. Se debería reflexionar cómo querríamos que nuestros padres envejecieran y fueran cuidados y cómo nos gustaría a nosotros envejecer y recibir cuidados. (...) De Hogeweyk es solo un proyecto piloto innovador para inspirar a otros, pero no es la única solución. Cada sociedad debe buscar la forma de incluir a las personas con demencia en el día a día, así como sus necesidades y servicios específicos. Solo en última instancia, donde se requiera un entorno controlado y completamente seguro, debería considerarse el traslado a una residencia o centro. Es importante que cada sociedad hable de los riesgos que existen en las rutinas diarias, considerar los riesgos que puede haber al mantener el estilo de vida y una vida normalizada frente al control y limitación de la libertad de la persona y prohibirle realizar sus actividades diarias, aquellas que dan sentido a su vida» (Pozo Menéndez, 2023; pp. 246-252).

A modo de resumen, se recogen los siete pilares fundamentales en los que se basa la experiencia de De Hogeweyk y el trabajo del equipo de Vivium. En primer lugar, un (1) entorno favorable e inclusivo que permita su uso y disfrute por las personas que viven y trabajan ahí, especialmente incorporando las rutinas y los placeres cotidianos (2) de un entorno normalizado, para que las personas disfruten de su vida durante los 2 ó 3 últimos años. También es importante que las viviendas se adapten a los distintos estilos de vida (3) y su organización responda a la historia

personal de las personas. Por otra parte, existe también un trabajo de transformación y desarrollo personal del equipo de profesionales, cuidadores, familiares y voluntarios, funcionando con equipos de trabajo mixtos y favoreciendo el sentimiento de comunidad (4), gracias en parte a la creación de pequeños grupos. Todo ello, bajo el paraguas de una entidad gestora alineada con el modelo, y formando a las personas y escuchando sus necesidades para ir adaptando el propio modelo a medida que se vayan produciendo cambios (5). Por último, se pone énfasis también en la promoción de la salud y los cuidados (6) y la inclusión social y necesidad de que las personas con demencia sigan participando como miembros activos de la sociedad (7).

Inspirados por De Hogeweyk y gracias a la gran difusión a nivel internacional de este proyecto, distintas ciudades y países han desarrollado otros proyectos inspirados en este modelo. En Europa existe más de una docena de “dementia villages” con diferencias en su implementación, algunas en entornos puramente rurales, otras en ubicaciones periféricas, pero todas ellas, en contextos urbanos, aunque de forma generalizada existe una separación física con el resto de la ciudad y la comunidad (Imagen 1).

Imagen 1. Plano general del entorno inmediato a De Hogeweyk.



Fuente: Elaboración propia.

Imagen 2. Unidades de convivencia.



Fuente: : Pozo Menéndez, 2020.

Las unidades de convivencia se organizan en torno a distintos espacios exteriores ajardinados con diseños diferenciados (Imagen 2). Existen bancos, farolas y zonas ajardinadas recreando un parque de cualquier espacio público de la ciudad concebidas como zonas estanciales de calma. Otros espacios exteriores tienen mobiliario y equipamiento para realizar otro tipo de actividades más dinámicas, como bancales para huertos urbanos.

3.2. El modelo comunitario: Huis Perrekes (Osterloo, Geel)

Huis Perrekes es un proyecto fundado en 1986, originalmente consistía en unas viviendas integradas en el tejido urbano de Osterloo, perteneciente al municipio de Geel, al sur de Amberes (Bélgica), que cuenta con una población de 35.189 habitantes ⁷. Históricamente, Geel ha sido reconocida como una comunidad pionera en la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad, con una historia de más de 700 años de antigüedad ⁸. Los habitantes de esta localidad

7. Población de Geel. <https://all-populations.com/en/be/population-of-geel.html>. Último acceso: 28/03/2024.

8. El origen de la comunidad de cuidados en Geel se remonta al siglo XIV, momento en el que se comenzó la construcción de una iglesia en honor a Santa Dimpna, destino de múltiples peregrinaciones para tratamientos dedicados a personas con enfermedades psicológicas.

-principalmente granjeros y artesanos- acogían en sus viviendas a los peregrinos que llegaban como pacientes de salud mental. Estas personas compartían con las familias el día a día y les ayudaban en sus labores, excepto en aquellas tareas que podían considerarse peligrosas, y muchas de ellas decidían permanecer en el pueblo, dando origen así a la primera colonia de pacientes mentales en Geel, precursora de las comunidades terapéuticas actuales. A lo largo de la historia, la propia arquitectura en Geel fue evolucionando de acuerdo a las necesidades de una sociedad acogedora y que integraba a las personas con problemas de salud mental en su entorno familiar. En 1965, el Ministerio de Sanidad de Bélgica encargó una investigación de 10 años de duración con el objetivo de estudiar y preservar el conocimiento y experiencias de este sistema de cuidados, que estaba desapareciendo debido a múltiples factores, entre ellos, el estigma hacia las personas con enfermedad mental (Bilsen, 2016; Goldstein & Godemont, 2003).

Desde una perspectiva integral, Huis Perrekes⁹ constituye un proyecto singular en el ámbito de los cuidados que merece especial atención. Toda la teoría que relaciona los beneficios sobre la salud de la cultura y el arte, la interacción social intergeneracional, la vida con significado y sentido, actividad física y contacto con la naturaleza se ha ido consolidando en un espacio geográficamente acotado, basado en la pequeña escala y vida normalizada en Osterloo, donde las personas mayores con demencia pueden continuar su vida en la comunidad con distintas alternativas de servicios y apoyos a medida que van teniendo unas necesidades u otras. La integración del proyecto con el entorno, tanto físico como social, genera además unas interacciones recíprocas a través de actividades culturales, educativas, talleres, eventos y celebraciones a lo largo del año, que favorecen la cohesión social y el crecimiento en comunidad.

En 2003 se publicó el libro *“Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie”* (Audenhove et al., 2003)¹⁰ que recogía los resultados de un estudio social desarrollado en Osterloo, para identificar cuál era el proyecto a medio y largo plazo de Huis Perrekes y de la comunidad, y se establecieron varias líneas estratégicas. Este estudio identifica el contexto de Osterloo, su comunidad, las conexiones, los contactos, etc. y se realizó un análisis completo de las necesidades locales y, específicamente, para la integración de los cuidados y de las personas con demencia. Este estudio sociológico fue la base de trabajo para el estudio de arquitectura que posteriormente han ido contribuyendo a generar los nuevos proyectos de ampliación de Huis Perrekes. Además, el estudio de arquitectura realizó una estancia durante unos días, para entender el concepto y la forma de vivir y cuidar, así como la forma de habitar.

En este sentido, el entorno construido es un facilitador de esta forma de trabajar: las viviendas están integradas en el pueblo, con jardines y patios exteriores, un centro de día y un pequeño centro cultural para eventos. Cada una de las viviendas está diseñada como un entorno normalizado, con un salón

9. Huis Perrekes. Disponible en: <https://perrekes.be/home/> Último acceso: 28/10/2022

10. Traducción: vida normalizada a pequeña escala para personas con demencia.

con comedor, cocina abierta que facilita la integración de tareas y una mayor socialización en la casa. Las viviendas de Huis Perrekes pasan desapercibidas en la trama urbana y el día a día se desarrolla con unas rutinas de la vida normal, con especial énfasis a la participación en las tareas domésticas diarias, como preparar la comida, cuidar del jardín, hacer la colada o preparar el café y el pan. Todas estas rutinas se desarrollan de forma natural, con la ayuda y apoyo de unas personas a otras. Para el equipo de Huis Perrekes, el cuidar el sentimiento de que se sigue perteneciendo a una comunidad es importante, con especial atención para una persona con demencia que pierde muchas de sus posibilidades para seguir participando en la sociedad.

El diseño hace énfasis en la base de los cuidados, la idea es sobre todo hacer vida en la zona común, al igual que en casa, donde la habitación solo se utiliza para dormir y descansar. Por eso el salón o el jardín tienen mayor protagonismo y los metros cuadrados se centran en las zonas comunes, donde se desarrolla la vida. Las visitas también se reciben en las zonas comunes, para que los familiares puedan participar en la comunidad, por supuesto respetando los momentos a solas que cualquier persona pueda necesitar.

También hay una habitación para invitados, estancias de artistas o de personas interesadas en el concepto que quieren venir a pasar unos días e inspirarse, o para familias que vienen a despedirse de un familiar que está en los últimos días de vida.

«Un tema interesante es que muchas veces tampoco es necesario tener andadores, sillas de ruedas y tecnologías por todas partes. Las personas se pueden apañar fácilmente para ir de un sitio a otro porque el entorno y el diseño es de pequeña escala y hay otros elementos de apoyo. Si se requiere hacer una transferencia desde el sofá a la silla, luego inmediatamente se lleva la silla de ruedas a otro sitio. Si observas el entorno, verás que no hay elementos de apoyo. Todos esos aparatos psicológicamente se quedan en la mente. Cuantos más cuidados hay, más dependiente y frágil te vuelves y hay más inseguridad. Es todo un proceso psicológico, por lo que todo está como en una vivienda. El proceso es entender a la persona desde la empatía, pero también ver el conjunto, una persona puede ayudar a otra persona y puede que una persona necesite ayuda, pero no siempre el cuidador tiene que hacerlo, entre las personas residentes pueden apoyarse y hacer algo la una por la otra» (Pozo Menéndez, 2023; pp. 225-231).

La esencia de Huis Perrekes es poner el foco en la vida íntima de las personas con demencia, sus capacidades remanentes, y el acompañamiento de las familias y de la comunidad. Recientemente, en 2017, una de las casas más singulares del pueblo, próxima a las viviendas preexistentes, se puso a la venta y su adquisición permitió la ampliación del proyecto, convirtiéndose en la actual “villa”

de Huis Perrekes, que incluye un centro de día con habitaciones para estancias diurnas, apartamentos para familiares, parejas, cuidadores, así como para residencia de artistas. Hay unas 50 personas que viven en Huis Perrekes, además de las 10 plazas para estancias cortas en la villa, de las cuales muchas de ellas son para personas con demencia que van 3 o 5 veces a la semana de forma regular. Huis Perrekes ofrece distintos servicios: una vez que la persona tiene un diagnóstico de demencia, se le ofrecen todas las posibilidades de cuidados que pueda necesitar, con una gran diversidad y heterogeneidad de actividades, programas y servicios que ofrecen tanto a personas con un estado avanzado de demencia como a adultos jóvenes con demencia, pero es una mezcla porque para la organización, cada persona es única y tiene unas necesidades distintas, independientemente de la edad, todo está adaptado a la persona. En general, las personas que viven en Huis Perrekes empiezan yendo a actividades o disfrutando de sus servicios desde sus casas, por lo que la relación con las personas que son parte del proyecto es normalmente larga, aunque si la persona necesita más cuidados, termina por mudarse a las viviendas, con una duración de su estancia de unos 1,7 años de media.

En la parte trasera de la finca se edificó un pequeño pabellón para la celebración de coros, conciertos, recitales o cursos de formación, eventos y actividades abiertos a la comunidad, que favorecen la cohesión social y una mayor interacción del centro con el entorno. Durante el período estival, Huis Perrekes acoge también a los hijos de las personas que trabajan allí, colaborando en las tareas diarias e interactuando con las personas residentes. El objetivo de Huis Perrekes es ser un lugar de encuentro de las personas de una comunidad, creando y recogiendo las distintas actividades en un calendario y así todo el mundo puede participar en las actividades que tienen lugar en la comunidad. Los espacios exteriores y jardines son igualmente parte del proyecto, con una pequeña granja y huerto, pero también con un área extensa al aire libre para la celebración de festivales y mercadillos o comidas grupales durante los meses en los que hace buen tiempo. Esta relación con los espacios exteriores se ha ido consiguiendo de forma progresiva, a partir de un plan maestro (master plan) que ha permitido identificar las oportunidades de espacios abiertos en Osterloo para ir incorporando distintos programas en ellos. La importancia de esta herramienta de planificación es que ha permitido establecer una visión a largo plazo de Huis Perrekes en su entorno local. En el caso de la villa, por ejemplo, en el momento en el que se realizó el estudio sociológico no estaba en venta, pero se creó una nueva oportunidad tras su adquisición y la estrategia planteada se adaptó para incorporar este nuevo escenario, pero manteniendo la esencia y la misión del proyecto.

El jardín asociado al centro de día ha sido diseñado de forma que haya relación con la comunidad y el barrio y permanezca abierto a las familias y personas de la zona, aunque tenga una cancela que dificulte salir a las personas usuarias. No obstante, en términos de diseño, se ha propuesto una solución en diálogo con el paisaje del entorno que no genera la sensación de estar encerrado, lo cual reduce la necesidad de buscar una salida.

Normalmente, las personas que acuden a Huis Perrekes son de la zona, alrededor de Osterloo en un radio de unos 20 km, pero algunas personas también viven más lejos, por ejemplo, en Amberes y les realizan el seguimiento desde Osterloo. El diseño urbano también acompaña el desarrollo del proyecto de Huis Perrekes en Osterloo. A pesar de que el pueblo está atravesado por una carretera, ésta, en vez de constituir una barrera o sinónimo de inseguridad por riesgo de accidente, en cuanto penetra en la localidad su diseño se transforma en una calle similar a las calles de coexistencia o de prioridad peatonal, que ofrece un entorno seguro para los habitantes de la localidad, incluidas las personas usuarias de Huis Perrekes.

Otro aspecto importante es la organización del espacio en el pueblo, que resulte abierto y acogedor para fomentar todas las relaciones posibles, lo cual está relacionado con el diseño de las plantas bajas, las conexiones visuales que hay desde los espacios interiores y exteriores. No solo para responder a un criterio de control visual y seguridad, sino para facilitar las interacciones:

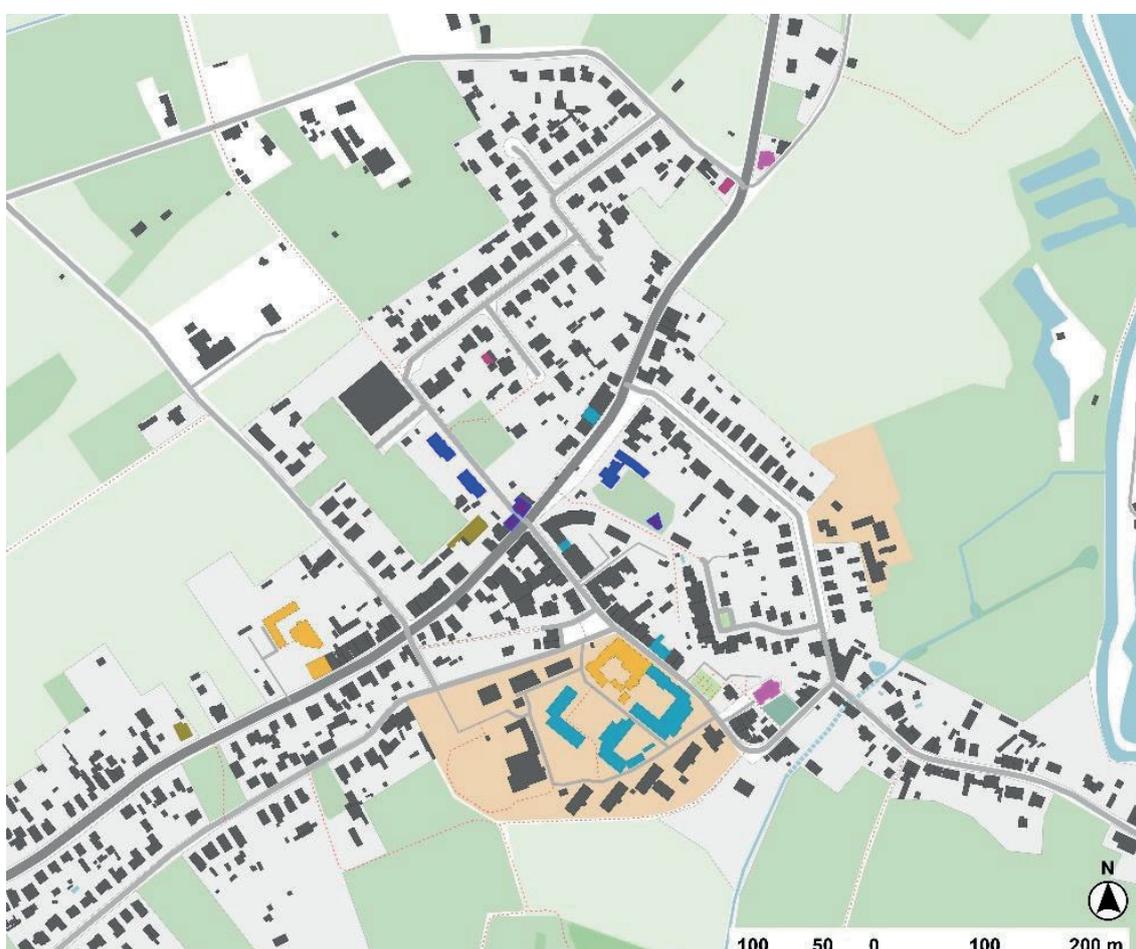
«...puedes ver lo que está pasando, puedes sentir curiosidad y echar un vistazo y decir “¿qué está haciendo esta persona aquí sola? Voy a ayudarla”. Esto resulta estimulante y fomenta que las personas con demencia puedan participar. Si están solas en una habitación probablemente no tengan la iniciativa de hacer nada, pueden tener ganas, pero no seguridad y confianza. Pero todo cambia si sienten que pueden ayudar y colaborar. Los cuidadores podemos dejarles hacer todo lo que puedan. Por eso el entorno es facilitador y no hacen falta tantas palabras. La arquitectura es muy importante, cómo está organizado y cómo las cosas son lo que son y se reconocen con facilidad. Por ejemplo, en la cocina, el fregadero está a la vista y es visible desde todos los ángulos. Y no es automático, es un grifo normal. Para una persona con demencia todo tiene que utilizarse de una forma normalizada, como siempre lo has utilizado, la tecnología debe de incorporarse solo cuando es necesaria» (Pozo Menéndez, 2023; pp. 225-231) ¹¹.

A modo de conclusión, el proyecto Huis Perrekes es un concepto único, evolución de una larga tradición de cuidados integrados en la comunidad, que se ha articulado en una visión a medio-largo plazo compartida. El diseño se ha trabajado en todas las escalas, desde el diseño del mobiliario hasta la integración del centro en el entorno urbano a través de un plan maestro, generando progresivamente nuevos programas para la inclusión e interacción social en la comunidad. La cultura, bien mediante conciertos, coros, talleres de lectura o talleres de costura; y la naturaleza, a través de la actividad en el huerto, o en la granja o en el jardín trasero, son parte de la rutina diaria en esta localidad.

11. Extracto de la entrevista semiestructurada a Karen Lambretchs, trabajadora en Huis Perrekes. Fuente: elaboración propia.

El resultado es un equipo de cuidadores comprometido con el concepto de Huis Perrekes, con un servicio continuado por el centro para adaptar las distintas opciones a las necesidades específicas de las personas que buscan este modelo de cuidados, ofreciendo desde servicios diurnos y centro de día, centro de respiro, apartamentos con servicios o residencia de larga duración; y una comunidad comprometida, participativa y proactiva en las actividades que se realizan en Huis Perrekes. En definitiva, un entorno normalizado de pequeña escala que cuida todos los detalles para asegurar el bienestar de las personas y de la comunidad hasta el fin de vida (Imagen 3).

Imagen 3. Plano general de Osterloo con las principales viviendas y edificios que constituyen Huis Perrekes.



- | | |
|--------------------------|---|
| ■ Huis Perrekes | ■ Servicios |
| ■ Colegio | ■ Restaurantes / bares |
| ■ Tiendas | ■ Actividades culturales y comunitarias |
| ■ Equipamiento Religioso | |

Fuente: Elaboración propia.

Imagen 4. Jardín trasero.



Fuente: Pozo Menéndez, 2020.

El jardín trasero de la “villa” tiene una zona de petanca, columpios y zonas estanciales. Los límites de la parcela se intuyen, pero no hay una sensación de estar encerrado.

Imagen 5. Viviendas principales.



Fuente: Pozo Menéndez, 2020.

Las viviendas principales más antiguas están completamente integradas en el entorno, su diseño es de pequeña escala normalizada. En el interior, existen escaleras para conectar las plantas superiores con las inferiores, pero se considera un estímulo para favorecer la actividad física y promover la autonomía personal.

3.3. La ciudad para personas con demencia: ¿utopía?

Tras el impacto de la pandemia Covid-19, la relación entre urbanismo y salud ha cobrado especial importancia. Igualmente, se ha puesto de manifiesto la necesidad de repensar las ciudades y los entornos que habitamos, con el objetivo de mejorar la salud, prevenir enfermedades no transmisibles y asegurar la calidad de vida de las personas. En este contexto, el concepto de “ciudad de proximidad” o “la ciudad de 15 minutos” se ha establecido como un modelo urbano que responde a un urbanismo más sostenible y que promueve estilos de vida más saludables. No obstante, este concepto tampoco es nuevo. Así, la “Neighbourhood Unit” (traducida como “unidad de barrio”) de Perry (1929) consideraba los colegios como equipamiento esencial que debía situarse en el corazón del barrio, en un entorno seguro y sin tráfico.

A la luz de los casos de estudio presentados previamente, así como el análisis de otros proyectos europeos e internacionales (Pozo Menéndez, 2023), los entornos para el cuidado de las personas mayores o personas con demencia han de estar integrados en la propia comunidad. En base a esta necesidad, se propone que de la misma forma que Perry (1929) planeaba los nuevos barrios en torno a centros comunitarios y colegios, en el contexto actual esta fórmula pueda aplicarse a la integración de los servicios comunitarios y sociosanitarios con un enfoque gerontológico, considerando pues, la proximidad espacial, la variedad de servicios y actividades y un espacio público accesible e inclusivo que permita una mayor autonomía e independencia en un entorno seguro. Existen ejemplos en la actualidad de ordenanzas municipales que definen un nuevo concepto de calle, la “calle escolar” -de nuevo, vinculada a la población infantil y centros educativos- que establecen medidas de actuación en el entorno inmediato de estos equipamientos para pacificar el tráfico y proteger del ruido, la contaminación y promocionar la movilidad activa, además de la estrategia complementaria de renaturalización de entornos escolares para mitigar el efecto de isla de calor a través de patios naturalizados ¹².

Al hacer referencia a la ciudad saludable o la ciudad de proximidad, es preciso recordar la definición de salud: “no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado pleno de bienestar físico y mental” (OMS, 1946). En el documento Promoción de la salud en el contexto urbano, primera publicación del proyecto de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud ¹³, los autores concluían que la salud de una ciudad está directamente relacionada con su funcionamiento, tanto físico como

12. Ayuntamiento de Madrid. Estrategia Urbana. Renaturalización de entornos escolares. <https://estrategiaurbana.madrid.es/entornos-escolares/>

13. Traducción del original: Promoting Health in the Urban Context. WHO Healthy Cities Project.

social; y con el grado en el que la ciudad posibilita la interacción entre sus habitantes, para que puedan apoyarse en su propio crecimiento y desarrollo de todas las esferas de sus vida y alcanzar su máximo potencial (Hancock & Duhl, 1988).

En esta reflexión sobre la definición de los atributos de la ciudad saludable, Lynch (1981) establece que “un lugar es bueno si permite la continuidad de su cultura y la supervivencia de su población, aumenta el sentimiento de conexión y pertenencia con el tiempo y el espacio, y estimula el desarrollo individual: crecimiento en una comunidad a través de la apertura y la conexión” (p.116). También incorpora una reflexión sobre la necesidad de “consonancia del entorno espacial con los ritmos biológicos del ser humano”, entre los que se incluyen los ritmos circadianos, la necesidad de estímulos sensoriales óptimos y se promueve la actividad física, entre otros. Y, en concreto, para Lynch la forma de la ciudad ha de ser claramente percibida y permitir la orientación espacial y temporal para que las personas puedan fácilmente encontrarse con otras personas, desarrollar sus actividades, acceder a los servicios y lugares que necesitan para satisfacer sus demandas diarias (Hancock & Duhl, 1988; Lynch, 1981). Para Lynch la imagen mental que posee cada individuo es única, pero al mismo tiempo existen imágenes colectivas coincidentes entre los miembros de un mismo grupo o comunidad. Estas representaciones mentales compartidas por un colectivo o habitantes de un barrio, o de una ciudad, corresponden a una cultura común (Lynch, 1964). La importancia de la creación de un mapa mental ayuda no solo a facilitar la orientación, sino a que el individuo desarrolle sus actividades en el contexto físico que habita.

La ciudad saludable termina definiéndose como aquella que tiene una oferta de vivienda y un entorno urbano en buen estado de mantenimiento y seguro, integrado en un ecosistema estable y sostenible y con acceso a los recursos básicos como alimentación, energía, agua, servicios sanitarios y trabajo. En paralelo al entorno físico construido y a los servicios necesarios, la participación ciudadana, la identidad y la promoción de la cohesión social, son factores sociales necesarios para garantizar una buena calidad de vida y el bienestar (WHO European Healthy Cities Network, s. f.).

Por otra parte, el concepto de “ciudades y comunidades amigables con la demencia” ha ido ganando una mayor difusión a nivel internacional en la última década gracias a las iniciativas “amigos de la demencia” en Japón (2004) y el programa “Dementia Friends” de la Alzheimer’s Society de Reino Unido (Alzheimer Disease international, 2016; Alzheimer’s Society, 2022). La Organización Mundial de la Salud define una sociedad inclusiva con la demencia como “aquella donde las personas con demencia y sus cuidadores están plenamente integrados, sin estigma, y pueden disfrutar de una vida independiente, así como una buena calidad de vida” (WHO, 2021b). En este aspecto, la evidencia científica subraya la accesibilidad como clave para que las personas mayores, especialmente las personas con demencia y personas con discapacidad, puedan hacer uso de los espacios públicos y de sus entornos sociales con seguridad, lo cual combinado con los apoyos sociosanitarios necesarios tienen un gran impacto en la mejora de su calidad de vida (Barrett et al., 2019; WHO, 2022).

El hábitat residencial, en sus diversas escalas, es determinante en el proceso del envejecimiento, ya que es donde la persona adulta mayor desarrolla sus relaciones interpersonales y las redes de apoyo en la comunidad (Bernales, 2021; Coupleux, 2013). En este sentido, el vínculo emocional de la persona con el lugar que habita, como es el vecindario o el barrio, independientemente de si es un entorno urbano o rural, se considera un planteamiento válido y necesario a la hora de hablar del Alzheimer (González Ingelmo et al., 2019). Siendo conscientes de la necesaria actualización del parque edificado residencial atendiendo a cuestiones de eficiencia energética y accesibilidad principalmente, se propone igualmente considerar una escala de barrio y elaborar planes maestros (“master plan”) que incluyan otros aspectos relevantes de las rutinas diarias, como la revitalización de los bajos y locales comerciales, los parques o espacios públicos de proximidad o la accesibilidad cognitiva a la hora de renovar la imagen de todo un barrio, pudiendo escalar la planificación a la escala de toda la ciudad.

En este contexto, se definen a continuación los principios de diseño que se proponen para facilitar la autonomía y la independencia de las personas con demencia en sus entornos de proximidad, aplicado desde la planificación urbana y el diseño del espacio público:

- 1) Familiaridad: Las personas que viven con demencia deben ser apoyadas para poder vivir de forma independiente y autónoma en sus hogares o barrios el máximo tiempo posible, evitando la admisión temprana en residencias. No obstante, cuando los cuidados se vuelven necesarios, se recomienda que el diseño de estos equipamientos o servicios estén integrados en la trama urbana en continuidad con el resto del entorno donde se ubican.
- 2) Identidad: Las personas que viven con demencia suelen sufrir una disminución de la memoria a corto plazo, pero sus recuerdos más antiguos perviven durante más tiempo, pudiendo sentir desorientación al no identificar su vivienda o barrio como el suyo de hace más años, por ejemplo. La identidad puede trabajarse estableciendo un conjunto de recomendaciones paisajísticas urbanas que permita consolidar un conjunto de recomendaciones armónicas y estéticas que pervivan a lo largo de las décadas, con cambios y modificaciones progresivas.
- 3) Legibilidad: Las personas que viven con demencia suelen experimentar el deterioro de la vista y de la orientación espacial y temporal, así como la dificultad en realizar tareas complejas que requieran varias acciones consecutivas. La reducción de la habilidad de llegar al destino deseado, o la sensación de estar perdido, afecta directamente a la promoción de su autonomía y a su bienestar y reducción de estrés. Desde la planificación urbana, debe establecerse una jerarquía de calles clara y evidente, con criterios de diseño diferenciados pero homogéneos entre sí.
- 4) Inclusión: Las personas que viven con demencia y su entorno de cuidados (familia, cuidadores, amistades...) necesitan entornos accesibles y próximos, con programas intergeneracionales y abiertos que les permitan mantener sus relaciones significativas.

5) Confort: Las personas que viven con demencia suelen tener problemas para la comunicación escrita o verbal, por lo que, si algo les está incomodando o si tienen sensaciones molestas, la comunicación puede darse a través de episodios de estrés, agitaciones o ansiedad. Esto hace que diseñar las zonas estanciales del espacio público considerando criterios bioclimáticos, como radiación, temperatura, horas de luz natural, olor, iluminación o sonido sea especialmente relevante, creando entornos agradables y con las condiciones de confort adecuadas.

6) Estimulación positiva: Las personas que viven con demencia necesitan niveles óptimos de estimulación de elementos sensoriales y actividades que les generen bienestar. La sobreestimulación sensorial que existe en la ciudad puede generar distracciones y agitaciones, sobrepasando los niveles de estrés. Por ello, dentro de la diferenciación de las calles en la jerarquía viaria, es necesario también planificar para distintos niveles de tráfico y flujo peatonal para permitir la elección del grado de estimulación deseado, pudiendo haber calles completamente peatonales.

7) Seguridad: Las personas que viven con demencia requieren de entornos seguros para poder mantener su rutina diaria al máximo posible en su entorno de proximidad, evitando los riesgos que pueden derivarse del espacio público. En el diseño de las aceras y calles, es preciso considerar distintas bandas de actividad y tránsito peatonal, para que las personas que puedan tener mayores dificultades puedan pasear con garantías de seguridad.

4. DISCUSIÓN

Las transformaciones sociales y las prácticas clínicas han evolucionado a lo largo del siglo pasado y esto se traduce en distintas tipologías de edificios y equipamientos, desde los asilos o psiquiátricos, hasta las unidades de cuidado especializado en hospitales, o equipamientos sociales integrados en la comunidad.

En este contexto, las “dementia village” son equipamientos concebidos especialmente para personas que tienen demencia, respondiendo a las necesidades individuales de las personas con demencia, pero con un enfoque social de integración y participación en la vida comunitaria.

Probablemente el caso de De Hogeweyk u otros modelos de “dementia village”, así como Huis Perrekes, son ejercicios donde se reconoce un respeto con la arquitectura local, la materialidad del paisaje urbano tradicional y que ofrecen experiencias inmersivas para las personas con demencia, proporcionando una buena calidad de vida para las personas que viven y trabajan allí. A nivel de diseño, es preciso mencionar cómo en estos proyectos se ha tenido especial consideración en tres elementos clave: 1) la geometría, volumetría, dimensiones y formas de un espacio, así como las relaciones entre los distintos espacios y ambientes, como elementos que pueden afectar a la facilidad de movimiento de un espacio a otro y a la orientación; 2) distintos elementos

sensoriales (iluminación, materialidad, colores, temperatura y ruido) que generan un entorno más agradable y confortable que pueden tener un efecto en el bienestar físico y emocional de las personas; y 3) elementos culturales, que tienen que ver con las rutinas y hábitos de las personas, y esto tiene una traducción directa en la organización espacial de las estancias, el tipo de mobiliario y las actividades que se desarrollan en ellas, entre otras, y que guardan relación con el sentimiento de pertenencia e identidad.

En concreto, el modelo De Hogeweyk sigue siendo una referencia innovadora tras 10 años de recorrido, mostrando una forma distinta de vivir con demencia. No obstante, el modelo “dementia village” y otros modelos que mejoran la calidad de vida y los cuidados de la persona no están exentos del riesgo de caer en discursos retóricos sobre inclusión. Son modelos que se definen como inclusivos y comunitarios en una paradoja entre diseño inclusivo en un entorno exclusivo; sin embargo, siguen alejando de la cotidianeidad e invisibilizando a las personas que necesitan cuidados en espacios específicos. Cabe cuestionarse si este nuevo modelo puede ser escalable y replicable en distintos contextos de forma generalizada y exitosa, o si, por el contrario, constituyen únicamente proyectos innovadores aislados cuya misión es inspirar en el cambio de mirada en el ámbito de los cuidados y contribuir al cambio cultural. En la actualidad, seguimos inmersos en una dinámica de diseñar entornos y edificios para colectivos específicos, con el consecuente riesgo de segregación que conlleva.

Por otra parte, el proyecto con enfoque comunitario representado por Huis Perrekes es un concepto singular donde el diseño de los edificios y de la planificación urbana se ha trabajado en todas las escalas, generando progresivamente nuevos programas para la inclusión e interacción social. De este proyecto podemos percibir la importancia que tiene el diseño de los límites de la parcela, creando umbrales difusos que eviten la percepción de que se trata de un entorno cerrado asociado con un tema de seguridad principalmente, y que promuevan una integración efectiva en el entorno donde se ubican. Este aspecto es igualmente importante en el diseño de cualquier otro equipamiento de la ciudad y cómo se favorece la transparencia y continuidad con el entorno exterior o, por el contrario, se genera una barrera física rígida y diferenciadora de los límites interior-exterior.

5. CONCLUSIONES

La evolución de la tipología de edificios destinados a las personas mayores requiere inevitablemente una revisión de la normativa que aplica a este tipo de edificaciones. Además, la planificación urbana y la estrategia territorial municipal también condiciona e influye en la ubicación y relación con el entorno de estos edificios, que a día de hoy sigue siendo uno de los mayores retos, condicionados por la disponibilidad, edificabilidad y rentabilidad de las parcelas.

Por otra parte, las tipologías, imagen y estética de estas edificaciones y de las futuras alternativas residenciales que se desarrollen deberían ser elementos simbólicamente relacionados con el “amor

y respeto” por las generaciones más ancianas, de la misma forma que necesitamos recuperar la belleza y la protección de la historia construida en nuestros territorios y en los entornos de pequeña escala, que se vinculan con un “patrimonio físico y simbólico, (...) una idea de responsabilidad estética y de memoria para las siguientes generaciones” (Rubio, 2022; Vidal-Folch, 2022)¹⁴.

Debemos también incorporar una perspectiva de sostenibilidad y circularidad territorial, identificando infraestructuras y edificaciones existentes ya integradas en los barrios y entornos urbanos que puedan dar respuesta a la diversidad de servicios y necesidades existentes en el ámbito de los cuidados. Todo ello, guarda también relación con el diseño de los espacios y la planificación de la ciudad a partir de la escala humana, considerando el ir a pie como el medio de desplazamiento más saludable, ecológico e inclusivo, y teniendo en cuenta las distintas necesidades en función de la edad, tamaño y distintas capacidades de la heterogeneidad social existente en cualquier ciudad. Planear las ciudades para desplazamientos a pie, requiere una reflexión sobre la calidad de los espacios públicos para que sean accesibles e inclusivos, además de planificar las funciones y los programas de la ciudad para fomentar la diversidad.

Además, se necesitan entornos acogedores para que la rutina diaria sea lo más agradable posible. Cuando la demencia aparece, así como otras enfermedades crónicas, los entornos de proximidad cobran protagonismo como escenarios donde las rutinas diarias pueden facilitarse para ofrecer una mayor autonomía, participación, autorrealización y calidad de vida, o, por el contrario, convertirse en entornos inseguros y limitantes para mantener las capacidades remanentes. En este sentido, las ciudades ofrecen grandes retos y oportunidades para una renovación integral en todas las escalas, pero también debe existir una visión estratégica en cuanto al equilibrio territorial de la famosa España vacía, que puede ofrecer un terreno fértil para el desarrollo de otras alternativas y modelos que pongan en valor un patrimonio rural y paisajístico existente e integren los cuidados con un modelo comunitario similar al explorado en el proyecto de Huis Perrekes.

Siendo conscientes de la urgencia en adaptar nuestros entornos construidos a los desafíos actuales a nivel mundial, donde se destaca la transformación demográfica, el aumento de la población en entornos urbanos, la sostenibilidad en todos los procesos y la adaptación al cambio climático, cabe preguntarse si es una utopía pensar que las ciudades -y entornos antrópicos en general- pueden efectivamente ser inclusivas para todas las personas, o si es un escenario real y alcanzable que nos permitirá un nuevo paradigma de inclusión efectiva, aceptación de la diversidad, y de evolución y transformación de la sociedad.

14. El artículo concluye con la siguiente visión “a lo peor, cuando -no falta mucho- tengamos que imperativamente empezar a renunciar a algunas cosas que hasta ahora hemos dado por alegremente garantizadas, empezando por ciertos suministros, cuando la vida corriente sea más áspera, menos dulce que ahora, quizá querremos consolarnos disfrutando de la belleza de los entornos. Miraremos alrededor y ojalá no tengamos que constatar que ella también ha ardido en la hoguera de las vanidades”.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. C., Mateus, P., & Tomé, G. (2017). Joint Action on Mental Health and Well-being. *Towards community-based and socially inclusive mental health care*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/2017_towardsmhcare_en_0.pdf
- Alzheimer Disease international. (2016). Dementia Friendly Communities - Key principles. *Alzheimer's Disease International, London.*, 16. <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dfc-principles.pdf>
- Alzheimer Europe. (2019). Dementia in Europe Yearbook 2019. *Estimating the prevalence of dementia in Europe*. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Alzheimer's Society. (2013). Building dementia-friendly communities: a priority for everyone. *Alzheimer's Society*, 96. https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1916/building_dementia_friendly_communities_a_priority_for_everyone.pdf%0Ahttp://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1916%5Cnhttp://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_inf
- Alzheimer's Society. (2022). *Dementia-friendly communities*. What is a dementia-friendly community? <https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities/what-dementia-friendly-community>
- Audenhove, C. van, Declercq, A., Coster, I. De, Spruytte, N., Molenberghs, C., & Van den Heuvel, B. (2003). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. LUCAS & Garant.
- Barrett, P., Sharma, M., & Zeisel, J. (2019). Optimal spaces for those living with dementia: principles and evidence. *Building Research and Information*, 47 (6), 734-746. <https://doi.org/10.1080/09613218.2018.1489473>
- Bernales, A. J. (2021). *Evaluación de las condiciones de habitabilidad del adulto mayor, en las viviendas autoconstruidas en el hábitat informal de los cerros de Valparaíso*. Universidad de Chile.
- Bilsen, H. P. J. G. van. (2016). Lessons to be learned from the oldest community psychiatric service in the world: Geel in Belgium. *BJPsych Bulletin*, 40(4), 207-211. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.051631>

- Cambra Rufino, L. (2021). *Evaluación de los factores funcionales y ambientales en el diseño de hospitales de agudos españoles*. Universidad Politécnica de Madrid. <https://curarq.net/acerca-de/>
- Coupleux, S. (2013). Populations âgées en ville. En D. Sánchez González & C. Egea Jiménez (Eds.), *La ciudad, un espacio para la vida* (pp. 265-278). Editorial Universidad de Granada.
- D-care. (2019). *Curso de formación para cuidadores no profesionales de personas con demencia*. 1.2. Enfoque de los cuidados según Tom Kitwood. <https://dcare.training/es/topic/1-2-enfoque-de-los-cuidados-segun-tom-kitwood-2/>
- DEAL. (2018). *Enfoque centrado en la persona según Tom Kitwood*. Dementia. Education. Approach. Life. <https://deal-project.info/es/topic/enfoque-centrado-en-la-persona-segun-tom-kitwood/>
- El-Hayek, Y. H., Wiley, R. E., Houry, C. P., Daya, R. P., Ballard, C., Evans, A. R., Karran, M., Molinuevo, J. L., Norton, M., & Atri, A. (2019). Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70 (2), 321-339. <https://doi.org/10.3233/JAD-190426>
- Etayo Zabalegui, A. (2021). Impacto social y económico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *IX Congreso Nacional de Alzheimer*.
- Fundación Pasqual Maragall. (2020). *Costes ocultos del Alzheimer: impacto económico para la sociedad*. Hablemos de Alzheimer. El blog de la Fundación Pasqual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/costes-ocultos-alzheimer>
- García Lantarón, H. (2015). *Vivienda para un envejecimiento activo. El Paradigma Danés* [Universidad Politécnica de Madrid]. http://oa.upm.es/40528/1/HEITOR_GARCIA_LANTARON.pdf
- Gobierno de Los Países Bajos. (2013). *National Policy Strategy for Infrastructure and Spatial Planning*. <https://www.government.nl/topics/spatial-planning-and-infrastructure/spatial-planning-in-the-netherlands>
- Goldstein, J. L., & Godemont, M. M. L. (2003). The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21st-Century Model. *Community Mental Health Journal*, 39 (5), 441-458. <https://doi.org/10.1023/A:1025813003347>

- González Ingelmo, M. I., Vicente Fuentes, Fernando Martínez-Lage, P., Rodrigo Ramos, J., & Lleó Bisa, A. (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. www.mscbs.gob.es
- Hancock, T., & Duhl, L. (1988). *Promoting Health in the Urban Context*. WHO Healthy City Papers No. 1. (WHO, Ed.; WHO Health).
- Howard, E. (1902). *Garden Cities of To-Morrow*. Swan Sonnenschein & Co., Ltd. <https://archive.org/details/gardencitiestom00howagoog>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First (Rethinking Ageing)*. Open University Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.318.7187.880a>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396 (10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Lynch, K. (1964). *The image of the city* (2.a ed.). Harvard-MIT Joint Center for Urban Studies Series.
- Lynch, K. (1981). *A Theory of Good City Form*. (MIT Press, Ed.).
- Marquardt, G., Büter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review. *Health Environments Research & Design Journal*, 9, 127-157. <https://doi.org/10.1177/193758671400800111>
- Muñoz Cosme, A. (2007). *Iniciación a la arquitectura* (2o). Editorial Reverté.
- NHS. (2020). *Can dementia be prevented?* Dementia guide. <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/dementia-prevention/>
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbieh, E., Akram, T. T., Al Hamad, H., Alahdab, F., Alanezi, F. M., Alipour, V., Almustanyir, S., Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., Ashraf, T., ... Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)

- OMS. (1946). Definition of health. Official Records of the World Health Organization No.2. *Constitution of the World Health Organization in the International Health Conference 19-22 July*, 100.
- OMS. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- Pantzartzis, E., Pascale, F., Price, A. D. F. (2014). Dementia-friendly Health and Social Care Environments. En *Health Building Note 08-02*. <https://doi.org/10.1525/curh.2014.113.763.207>
- Perry, C. A. (1929). The neighbourhood unit. En *Regional Plan of New York and its Environs* (Ed.), *Monograph 1. Neighbourhood and community planning. Regional survey. Volume VII*. (pp. 20-141). Regional Plan of New York and its Environs (ed.) Neighbourhood and community planning. Regional survey.
- Pozo Menéndez, E. (2023). *La ciudad para personas con demencia : metodología para integrar el diseño y la calidad de vida en las ciudades europeas*. Universidad Politécnica de Madrid. <https://oa.upm.es/73246/>
- Primer Ministro de Reino Unido. (2015). *Prime Minister's challenge on dementia 2020*. <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/PrimeMinister%27sChallenge2020.pdf>
- Rubio, A. (2022). España fea. *El caos urbano, el mayor fracaso de la democracia*. (Penguin Random House Grupo Editorial, Ed.; Primera).
- Vidal-Folch, I. (2022). España fea. *El libro de Andrés Rubio, «España fea», denuncia el saqueo y destrucción del patrimonio paisajístico y arquitectónico en nuestro país*. Letra Global. https://cronicaglobal.elespanol.com/letraglobal/artes/arquitectura/espana-fea_655025_102.html
- WHO. (2021a). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- WHO. (2021b). *Towards a dementia- inclusive society. WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531>
- WHO. (2022). *Dementia-friendly initiatives*. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/5206>

WHO European Healthy Cities Network. (2020). *Healthy Cities approach*. <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>

Wimo, A., & Prince, M. (2010). *World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia*. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>