

# Habitar la salud: del espacio funcional al espacio que cuida. La arquitectura como mediadora entre cuerpo, emoción y dignidad

Alicia Pringles <sup>(1)</sup>

*“Habitar es una forma de conocimiento: cada espacio que habitamos nos enseña algo sobre el cuerpo, la emoción y el mundo compartido”<sup>1</sup>.*

---

**Resumen:** Desde una perspectiva proyectual crítica y situada, el presente artículo propone una reflexión interdisciplinaria sobre la transformación de la arquitectura hospitalaria en Argentina entre 1980 y 2010, a partir de una investigación doctoral<sup>2</sup> y su posterior ampliación teórica y empírica. En este período, se observa un giro desde un modelo funcionalista-tecnocrático hacia un paradigma de diseño humanizado, en el que el habitar hospitalario se concibe como una experiencia integral: corporal, emocional, cognitiva y social. El desarrollo del artículo articula tres núcleos conceptuales fundamentales: la fenomenología del habitar como marco epistemológico; la neuroarquitectura como campo emergente que valida científicamente la incidencia del entorno construido sobre el sistema nervioso y las emociones; y la empatía constructiva como principio ético orientador del diseño hacia el bienestar integral de pacientes y profesionales de la salud.

Entre los aportes e innovaciones más significativos del trabajo, se destacan:

- La integración de la percepción emocional como categoría proyectual validada.
- La sistematización de pautas arquitectónicas sensibles basadas en evidencia neurofisiológica y fenomenológica.
- La formulación del concepto de procesos cognitivos del habitar como herramienta analítica y proyectual.
- La incorporación de criterios de cuidado ambiental, sensorial y simbólico en el diseño hospitalario contemporáneo.

Desde esta perspectiva, proyectar arquitectura para la salud no implica únicamente resolver funciones clínicas, sino también concebir experiencias que reconozcan la vulnerabilidad como parte constitutiva de la condición humana. La arquitectura, en este marco, se configura como una práctica que cuida, contiene y humaniza.

**Palabras clave:** Arquitectura curativa - fenomenología - neuroarquitectura - atención centrada en el paciente - diseño sensorial - empatía - percepción cognitiva

[Resúmenes en inglés y portugués en las páginas 150-151]

---

<sup>(1)</sup> **Alicia Pringles.** Doctora en Arquitectura FAUD-Universidad de Mendoza. Evaluación: sobresaliente. Tema de Tesis: *Una Arquitectura para la Salud acorde al Pensamiento Médico Humanizado*. Arquitecta FAUD-Universidad Nacional de San Juan. Directora del Instituto Regional de Planeamiento y Hábitat –IRPHa (CONICET) FAUD-UNSJ. Miembro del Comité Académico del Doctorado en Arquitectura y Urbanismo, FAUD-UNSJ. Directora CICTCA “*El diseño y la creatividad desde las neurociencias. Análisis del impacto emocional en los ambientes para la salud*” (2023-2025). Cod. 21/A0986.y Co-Directora de Proyectos de Investigación, Extensión y de Becas en la Investigación de la UNSJ. Vicedirectora CCT CONICET San Juan. Cat. Investigador: III.

Contacto: [apringles@conicet.gov.ar](mailto:apringles@conicet.gov.ar); [arq.pringles@gmail.com](mailto:arq.pringles@gmail.com)

## Introducción

Desde la Antigüedad Clásica, arquitectura y medicina han mantenido una relación simbiótica, articulada en torno a la comprensión del cuerpo humano, la salud y la enfermedad. En la medicina hipocrática, el ser humano era concebido como un microcosmos en armonía con el cosmos, y el entorno físico participaba activamente en los procesos curativos (Chuaqui, 1999). Esta visión holística se materializaba en los espacios de salud, donde la arquitectura procuraba favorecer la acción terapéutica mediante la incorporación de elementos como la luz natural, el silencio y la conexión con la naturaleza.

Con el advenimiento del racionalismo cartesiano y la consolidación de la medicina moderna, el cuerpo fue progresivamente interpretado como una máquina separada del alma. Como consecuencia, la arquitectura hospitalaria adoptó una lógica tecnocrática y funcionalista, subordinada a criterios de eficiencia, control y asepsia (Le Breton, 2006; Montaner, 1997). Esta fractura ontológica produjo una deshumanización del espacio sanitario, transformando al hospital en un ámbito frío, alienante y poco acogedor para pacientes, familiares y personal de salud (Casares, 1994).

Frente a este paradigma mecanicista, comenzó a emerger un enfoque centrado en la persona, impulsado por transformaciones epistemológicas, culturales y sociales. El pensamiento médico humanizado propuso comprender la enfermedad como una experiencia vivida, emocional y socialmente construida (Laplantine, 1999), abriendo paso a modelos antropológicos que sitúan al paciente como protagonista activo de su proceso de cuidado.

En este contexto, la arquitectura hospitalaria empezó a reconfigurarse como un dispositivo simbólico, sensorial y emocional, con capacidad de incidir en los estados anímicos y neurofisiológicos de quienes habitan dichos espacios (Eberhard, 2009; Sternberg, 2009). Una investigación doctoral desarrollada en Argentina entre 1980 y 2010 permitió identificar el tránsito de un modelo hospitalario centrado en la eficiencia técnico-funcional hacia otro que incorpora criterios sensibles y humanizados orientados al bienestar integral (Pringles Belvideri, 2011). En esta línea, la neuroarquitectura provee actualmente fundamentos empíricos que explican cómo la configuración del entorno impacta sobre el sistema nervioso, la cognición y las emociones. Por su parte, la fenomenología del habitar -a través de las contribuciones de autores como Merleau-Ponty (1945) y Bollnow (1963)- ofrece una lectura del espacio como experiencia vivida y cargada de sentido, en contraposición a su entendimiento como contenedor neutro.

La arquitectura para la salud en el siglo XXI se redefine, así como una práctica proyectual situada, éticamente orientada y comprometida con la dignidad humana, capaz de construir no solo funcionalidad, sino también consuelo, contención y sentido.

## **El eco de los tiempos: de la máquina de curar al espacio para el alma**

La historia de la arquitectura hospitalaria constituye también la historia de las ideas sobre el cuerpo, la enfermedad y el cuidado. Cada época ha proyectado en los edificios de salud su imaginario sobre el sufrimiento humano, sus prácticas médicas y sus sistemas de creencias. Como ha señalado Casares (1994), los proyectos arquitectónicos hospitalarios materializan las concepciones sociales vigentes en cada tiempo respecto a la enfermedad, la ciencia y la vida misma.

Durante gran parte del siglo XX, el pensamiento médico dominante se estructuró en torno a una visión cartesiana del cuerpo como máquina. Esta metáfora, funcional y poderosa, permitió avances técnicos significativos, pero al mismo tiempo redujo al paciente a un objeto de intervención, escindiendo razón y emoción, cuerpo y alma (Le Breton, 2006). En consonancia con este paradigma, la arquitectura hospitalaria fue concebida como una tecnología espacial: edificios monofuncionales, racionalizados, jerárquicos y organizados en función de lógicas de control y eficiencia. Los hospitales se transformaron en “máquinas de curar” (Liernur, 2008): espacios blancos, sistematizados y repetitivos, pero emocionalmente vacíos.

Este modelo, no obstante, comenzó a mostrar sus limitaciones. La prolongación de las estadías hospitalarias, la ansiedad preoperatoria, la desorientación espacial y la sensación de impersonalidad se reconocieron progresivamente como factores que afectaban no solo la calidad de vida, sino también los procesos de recuperación (Sternberg, 2009). Esta crítica emergió tanto desde las ciencias sociales y filosóficas como desde la propia práctica médica y arquitectónica.

A partir de la década de 1980, comenzaron a observarse en Argentina manifestaciones discursivas y proyectuales orientadas hacia un enfoque más sensible, integrador de dimensiones previamente desatendidas del habitar: la percepción, la memoria, la emoción,

la intimidad, el confort y la espiritualidad (Pringles Belvideri, 2011). Si bien esta transformación no se desarrolló de forma lineal ni homogénea, se delineó una tendencia clara hacia un nuevo paradigma: el de una arquitectura centrada en el ser humano, en su experiencia subjetiva y en su necesidad de acogimiento en situaciones de vulnerabilidad.

Inspirado en postulados fenomenológicos, este enfoque humanizado concibe el espacio no como un soporte físico neutro, sino como una experiencia vivida. Merleau-Ponty (1945) plantea que es a través del cuerpo que se accede al mundo, por lo que todo espacio habitado es, también, un espacio sentido. Bollnow (1963) complementa esta idea al afirmar que el habitar constituye una mediación existencial entre el sujeto y su entorno, cargada de valores, significados y afectos.

En este marco, la arquitectura para la salud se redefine como un lenguaje capaz de consolar, contener, orientar y curar. El tránsito del paradigma funcionalista hacia un enfoque proyectual empático implica asumir que el espacio afecta y modela la condición humana. Ya no se trata solamente de diseñar infraestructuras para la enfermedad, sino de proyectar espacios para el alma que transita la fragilidad, la espera y la esperanza.

## Habitar encarnando el espacio: la fenomenología del espacio hospitalario

Habitar un hospital no se reduce a ocupar un lugar en el espacio. Se trata de una vivencia intensamente cargada de sentidos, emociones, corporalidad y una temporalidad suspendida. El habitar hospitalario irrumpe en la cotidianeidad, imponiéndose como una pausa obligada, un hiato vital que exige ser contenido y sostenido. Desde una perspectiva fenomenológica, esta forma de habitar no puede comprenderse únicamente como una localización física, sino como una experiencia existencial profundamente encarnada.

Merleau-Ponty (1945) sostiene que el cuerpo no constituye un objeto más del mundo, sino la condición de posibilidad de toda percepción. Es a través del cuerpo que el espacio adquiere sentido y se constituye el mundo habitado. En este marco, el espacio hospitalario no se reduce a una sala, una cama o un corredor, sino que configura una experiencia atravesada por la sensibilidad, la memoria afectiva y la inscripción somática. Di Piero (1994), en un ensayo sobre la obra de Merleau-Ponty, profundiza esta noción al afirmar que la relación entre el sujeto y el mundo se da como un intercambio auténtico, en el que las cosas devienen expresivas del yo a través de la percepción: *“La relación entre el mundo y el sujeto es un intercambio auténtico entre yo y el mundo, entre el yo y la alteridad y este intercambio tiene sentido y cobra significación por la percepción; la relación se da a nivel fenoménico, coincide con las cosas porque éstas devienen expresivas de mí”*<sup>3</sup>.

Bollnow (1963), continuando esta línea de pensamiento, propone que el espacio habitado es un espacio humanizado, colmado de significados emocionales, simbólicos y culturales. Habitar implica apropiarse del entorno, hacerlo propio, encontrar en él protección y contención. El hospital, en consecuencia, debería poder ofrecer un “espacio interior” aún en medio de la incertidumbre clínica: un ámbito donde lo vulnerable no se exponga, sino que sea acogido con delicadeza.

Desde esta lógica, el diseño arquitectónico trasciende la mera organización funcional para convertirse en la creación de atmósferas capaces de propiciar la reconexión del paciente consigo mismo y con su mundo vital. La investigación desarrollada (Pringles Belvideri, 2011) ha mostrado que el habitar hospitalario demanda un abordaje multidimensional, que contemple las dimensiones física, emocional, simbólica y relacional. El confort ambiental resulta necesario, pero no suficiente: es preciso proyectar lugares que favorezcan el reconocimiento identitario, la orientación espacial, el descanso emocional y el silencio reflexivo. Espacios diseñados no solo para ser recorridos, sino también para ser vividos, sentidos y rememorados.

La fenomenología del habitar, en este contexto, aporta un marco teórico que habilita al diseño arquitectónico como acto de hospitalidad. Una hospitalidad que no se reduce al gesto técnico, sino que se expresa en lo poético del espacio: en la luz que entra sin agredir, en la textura que abraza, en el ritmo pausado de un pasillo que guía sin imponer. Se configura así una arquitectura capaz de sostener lo humano en su fragilidad, restaurando silenciosamente el vínculo entre cuerpo, emoción y mundo.

## **Neurofisiología de las emociones: cuando el entorno toca la mente**

La arquitectura no solo se percibe visualmente ni se habita de manera funcional; también se siente de forma profunda y biológica. En este sentido, la experiencia espacial no constituye una metáfora abstracta, sino una realidad con implicancias fisiológicas. La neurofisiología contemporánea ha demostrado que el entorno construido activa circuitos cerebrales, regula neurotransmisores, modula emociones y condiciona comportamientos. En este marco, la neuroarquitectura se consolida como un campo de conocimiento emergente que vincula el diseño espacial con los procesos neuronales, permitiendo comprender de manera científica el impacto emocional del hábitat.

El sistema nervioso central, en particular estructuras como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, responde de manera inmediata y significativa a los estímulos ambientales. La amígdala es responsable de procesar el valor emocional de los estímulos; el hipocampo los vincula con recuerdos espaciales y contextuales; y la corteza prefrontal interviene en la regulación emocional y en los procesos de toma de decisiones (Sternberg, 2009). Simultáneamente, el sistema nervioso autónomo, mediante el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, modula respuestas fisiológicas de alerta o bienestar, influyendo en la liberación de cortisol, dopamina y serotonina en función de las características del entorno. En este sentido, el espacio arquitectónico puede inducir estados de calma, ansiedad, confort o tensión. Tal como indica Eberhard (2009), el diseño del entorno construido afecta directamente la actividad sináptica y la plasticidad cerebral, lo que implica que la experiencia espacial sostenida en el tiempo deja una huella fisiológica. En consecuencia, la calidad del lugar donde se duerme, se espera o se transita una enfermedad no resulta indiferente. Estudios pioneros, como los de Ulrich (1984), han demostrado que una habitación hospitalaria bien iluminada, con vistas agradables y control acústico, puede reducir la ansiedad quirúrgica, acelerar la recuperación postoperatoria y disminuir el uso de analgésicos.

Con base en esta evidencia, la arquitectura para la salud requiere ser concebida desde una conciencia plena de su poder afectivo. En investigaciones recientes, los espacios han sido clasificados según su respuesta neurofisiológica en cuatro categorías: espacios activadores (que estimulan el estado de alerta), espacios relajantes (que inducen la calma), espacios ambiguos (que generan respuestas variables), y espacios coherentes (que integran armónicamente percepción, emoción y cognición). Esta categorización permite proyectar con intencionalidad emocional, anticipando el tipo de experiencia que se desea favorecer en cada situación clínica.

En este marco, la neuroarquitectura no promueve recetas universales, sino que plantea una invitación a diseñar desde la empatía y el conocimiento del cuerpo vivido. La arquitectura que considera estas variables no se limita a cumplir funciones operativas, sino que busca generar ambientes que dialoguen con los sentidos, regulen la fisiología y acompañen los procesos emocionales.

### **Empatía constructiva: proyectar para la vulnerabilidad**

En los espacios donde el cuerpo duele, la mente se agita y el tiempo se dilata, el diseño adquiere una dimensión ética ineludible. Proyectar arquitectura para la salud no se limita a organizar funciones ni a cumplir estándares normativos, sino que implica construir escenarios sensibles donde la vulnerabilidad humana pueda ser acogida con dignidad. En este contexto, la empatía se presenta como una categoría proyectual fundamental: no únicamente como actitud del diseñador, sino como una cualidad inherente al espacio que se habita.

La arquitectura humanizada responde a esta concepción al promover entornos que contemplan no solo requerimientos técnicos, sino también dimensiones afectivas, simbólicas y relacionales. El modelo de Atención Centrada en el Paciente, desarrollado por instituciones como el Picker Institute (2001), propone integrar la tecnología sanitaria con la contención emocional, el respeto por la individualidad, la participación de la familia y la construcción de vínculos significativos. Esta perspectiva ha sido difundida por organizaciones como Planetree, que recomiendan lineamientos espaciales centrados en la hospitalidad, el confort y el contacto con la naturaleza.

En términos proyectuales, la empatía se traduce en decisiones concretas: habitaciones individuales que resguardan la intimidad; visuales hacia patios verdes que alivian el encierro; mobiliario ergonómico que no medicaliza el entorno; materiales cálidos que reemplazan el brillo clínico. También se expresa en gestos sutiles como el control lumínico por parte del paciente, el uso de aromaterapia, o la incorporación de obras de arte que evocan vitalidad y no enfermedad. Lejos de ser meros elementos decorativos, estos recursos constituyen dispositivos de cuidado que acompañan emocionalmente.

Las investigaciones realizadas (Pringles Belvideri, 2011) han permitido identificar que el diseño empático integra de manera articulada las dimensiones físico-sensoriales, emocionales, simbólicas y sociales del habitar hospitalario. En este enfoque, el paciente es comprendido como un sujeto con historia, deseo y pertenencia, y no como un receptor

pasivo de tratamientos. Al mismo tiempo, se reconoce que el bienestar del personal de salud repercute directamente sobre la calidad del cuidado. Cuidar a quienes cuidan implica proyectar espacios que ofrezcan descanso, iluminación natural, silencio y sentido de pertenencia institucional.

La empatía constructiva se afirma, por tanto, como una responsabilidad ética y científica. La arquitectura no es neutral: puede calmar o generar tensión, puede humanizar o despersonalizar. En los espacios dedicados a la salud, proyectar con compasión equivale a construir esperanza tangible; es inscribir la ética del cuidado en el lenguaje mismo del espacio.

### **Procesos cognitivos del habitar: proyectar desde la percepción hacia el sentido**

Habitar no implica únicamente permanecer en un lugar; constituye, ante todo, una construcción subjetiva del espacio a través de los sentidos, las emociones, la memoria y la atención. Desde los aportes de la fenomenología y las neurociencias cognitivas, se reconoce que la experiencia espacial está mediada por una red compleja de procesos perceptivos, afectivos y simbólicos, que configuran el sentido del lugar (Pallasmaa, 2005). Estos procesos se activan con particular intensidad en contextos de vulnerabilidad, como los que se experimentan en los entornos hospitalarios.

El cerebro humano interpreta el entorno en tiempo real mediante la integración simultánea de estímulos visuales, auditivos, térmicos, táctiles y olfativos. Cada color, textura, sombra o sonido desencadena asociaciones emocionales que determinan la forma en que el espacio es vivido. Según LeDoux (1996), la percepción del entorno está estrechamente vinculada con la emoción: frente a un estímulo espacial, el sistema límbico evalúa de inmediato si se trata de una amenaza o de una experiencia segura, regulando la respuesta fisiológica del organismo.

Esta perspectiva invita a considerar al diseño arquitectónico como un medio de modulación perceptual y emocional. Un entorno hostil o sensorialmente incoherente puede activar respuestas de estrés crónico, generando un impacto negativo sobre la recuperación del paciente. Por el contrario, un espacio concebido desde el conocimiento neurocognitivo y la empatía puede facilitar estados de serenidad, propiciar la orientación y fortalecer la sensación de control personal.

Los procesos cognitivos del habitar incluyen, además, la posibilidad de reconocerse en el espacio. La orientación espacial –facilitada por referencias visuales claras, recorridos intuitivos y señalética sensible– contribuye a reforzar la autonomía personal y a reducir la ansiedad. Del mismo modo, el confort ambiental –logrado a través del control de variables como la luz, la temperatura, la ventilación y el aislamiento acústico– incide de manera directa sobre el bienestar inmediato.

A estos aspectos se suman dimensiones menos tangibles, pero igualmente relevantes, como la memoria espacial, el sentido de pertenencia y la narrativa arquitectónica que envuelve al usuario. En situaciones de fragilidad, la capacidad de sentirse “ubicado”, de identificar referentes afectivos y de reconstruir una continuidad simbólica entre el entor-

no y la propia biografía, se convierte en un recurso de resiliencia emocional. La calidad del espacio habitado influye así en la adherencia al tratamiento, en la regulación emocional y en la reconstrucción de la subjetividad herida (Pringles Belvideri, 2011).

Los procesos cognitivos del habitar se constituyen, así como insumos proyectuales de primer orden. Exigen una arquitectura lúcida, capaz de anticipar el impacto emocional de lo proyectado y de acompañar con sensibilidad cada tránsito vital. En esa convergencia entre percepción, emoción y diseño se define la posibilidad de que el espacio no solo acoja el cuerpo enfermo, sino que también sostenga el alma que habita.

### **Conclusión: construir para cuidar, diseñar para el alma**

Desde fines del siglo XX, la arquitectura hospitalaria transita un cambio de paradigma tan profundo como necesario. Al modelo funcionalista, centrado en la eficiencia operativa y la tecnificación del cuerpo, se superpone una comprensión integral del paciente como sujeto sensible, corporal, emocional y socialmente situado. Este giro epistemológico, impulsado por saberes provenientes de la neurociencia, la fenomenología y la psicología ambiental, coloca al diseño arquitectónico en el centro del proceso de cuidado.

Investigaciones realizadas en Argentina entre 1980 y 2010 han permitido identificar cómo esta transformación se expresa en discursos y prácticas proyectuales que, de manera progresiva, comenzaron a incorporar pautas humanizadas, criterios sensibles y estrategias proyectuales orientadas al bienestar integral (Pringles Belvideri, 2011). En este nuevo marco, la arquitectura no se limita a alojar la enfermedad, sino que acompaña la vida que se juega en cada proceso de recuperación, espera o despedida.

Los espacios de salud ya no pueden concebirse como dispositivos técnicos aislados del universo simbólico y afectivo. La fenomenología del habitar ha demostrado que el espacio se vive, se siente y se recuerda desde el cuerpo. La neurofisiología ha aportado evidencia sobre cómo el entorno incide en las emociones, en la producción de neurotransmisores y en la regulación del sistema nervioso. Los procesos cognitivos del habitar, por su parte, han puesto de relieve la necesidad de diseñar desde la percepción, la memoria y el sentido. En este contexto, proyectar arquitectura hospitalaria exige un compromiso ético. Cada decisión espacial puede comunicar afecto o indiferencia, sostener o desamparar, curar o profundizar el malestar. Una luz tenue, una textura cálida, una vista al jardín o un silencio cuidado pueden convertirse en gestos de hospitalidad. Comprender esto implica asumir que la arquitectura es también lenguaje, consuelo y contención.

Habitar, en el ámbito hospitalario, constituye un acto intensamente humano. Y construir para ese habitar representa una responsabilidad que trasciende lo técnico: es un compromiso con la vida en sus momentos más frágiles. La arquitectura humanizada para la salud no debe entenderse como una tendencia, sino como una necesidad ética, científica y poética. Porque allí donde hay dolor, también debe haber belleza. Y donde hay incertidumbre, el espacio puede -y debe- ser un refugio para el alma.

## Notas

1. Pringles Belvideri, 2025. *Reflexión personal*.
2. Pringles Belvideri, A. (2011). *Una arquitectura para la salud, acorde con el pensamiento médico humanizado* [Tesis doctoral, Universidad de Mendoza].
3. Di Pierro, Eduardo G. 1991. *La subjetividad y el cuerpo, un ensayo sobre Merleau-Ponty*. Recuperado en: [http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras25/notas1/sec\\_2.html](http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras25/notas1/sec_2.html). Pág. 2

## Referencias

- Bollnow, O. F. (1969). *Mensch und Raum* (López de Asiain y Martín, Trads.). Barcelona, España: Editorial Labor.
- Casares, A. (1994). Residencia vertical o estructura tecnificada. La evolución del hospital en el siglo XX. *A&V Monografías de Arquitectura y Vivienda*, (49).
- Chuaqui, B. (1999). Apuntes sobre historia de la medicina. En *Programa de Estudios Médicos Humanísticos*. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://escuela.med.puc.cl/HistoriaMedicina>
- Eberhard, J. P. (2009). *Brain landscape: The coexistence of neuroscience and architecture*. Oxford University Press.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad: Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea* (M. A. Ruocco, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad* (P. Mahler, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión. (Obra original publicada en 1990)
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo* (P. Mahler, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión. (Obra original publicada en 1992)
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor* (D. Alcoba, Trad.). Barcelona, España: Seix Barral.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain* (M. Abdala, Trad.). Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Liernur, J. F. (2008). *Arquitectura en la Argentina del siglo XX: La construcción de la modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Fondo Nacional de las Artes.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. París, Francia: Gallimard.
- Montaner, J. M. (1994). Racionalidad e higiene. Los modelos curativos del Movimiento Moderno. *A&V Monografías de Arquitectura y Vivienda*, (49).
- Pallasmaa, J. (2005). *The eyes of the skin: Architecture and the senses*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Picker Institute. (2001). *Eight principles of patient-centered care*. <https://picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
- Pringles Belvideri, A. (2011). *Una arquitectura para la salud, acorde con el pensamiento médico humanizado* [Tesis doctoral, Universidad de Mendoza].

- Pringles Belvideri, A., & Naranjo, A. (en prensa). Neurofisiología de las emociones: Un enfoque conceptual a las disciplinas proyectuales. *Anuario AADAIH, Asociación Argentina de Investigadores en Historia*.
- Sternberg, E. M. (2009). *Healing spaces: The science of place and well-being*. Harvard University Press.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>

## Nota sobre la bibliografía

Este artículo se sustenta en los aportes teóricos y proyectuales desarrollados en la tesis doctoral *Una Arquitectura para la Salud, acorde con el Pensamiento Médico Humanizado* (Pringles Belvideris, 2011), defendida en la Universidad de Mendoza. Asimismo, integra referencias bibliográficas actualizadas, provenientes de campos como la neuroarquitectura, la psicología ambiental y las ciencias cognitivas, incorporadas a partir del desarrollo posterior de la línea de investigación. Estas fuentes enriquecen la mirada interdisciplinaria y permiten profundizar el vínculo entre percepción, emoción y diseño en entornos hospitalarios.

## Nota sobre el uso de inteligencia artificial (IA)

Este trabajo fue asistido en parte mediante herramientas de inteligencia artificial generativa para la revisión estilística, expansión conceptual y validación de referencias bibliográficas. Se utilizó ChatGPT (versión GPT-4, OpenAI, 2025) como apoyo técnico para la elaboración de redacciones preliminares, traducciones y ajustes formales, bajo la supervisión autoral de la Dra. Arq. Alicia Pringles. Todas las decisiones de contenido, estructura, interpretación teórica y estilo final fueron responsabilidad exclusiva de la autora. Esta colaboración se enmarca en un uso ético y consciente de tecnologías de apoyo a la escritura académica.

---

**Abstract:** This article reflects on the transformation of healthcare architecture in Argentina between 1980 and 2010, emphasizing the shift from a functionalist model to a human-centered paradigm. From a phenomenological and neuroarchitectural perspective, the research addresses how built environments affect emotional, cognitive, and physiological processes, especially in vulnerable contexts such as hospitals. The study draws on a multidisciplinary framework—linking phenomenology, neuroscience, and environmental psychology—to propose design strategies grounded in empathy and sensory perception. Through analysis of architectural discourses and case studies, the research confirms that

spatial quality influences patient well-being, and that humanized architecture fosters healing. The article introduces the notion of constructive empathy and cognitive processes of inhabiting, highlighting their ethical and projective implications for contemporary design. Thus, health architecture is reaffirmed as an ethical, scientific, and poetic practice that sustains the soul through spatial experience.

**Keywords:** healing architecture - phenomenology - neuroarchitecture - patient-centered care- sensory design- empathy - cognitive perception

**Resumo:** Este artigo reflete sobre a transformação da arquitetura para a saúde na Argentina entre 1980 e 2010, destacando a transição de um modelo funcionalista para um paradigma centrado no ser humano. A partir de uma perspectiva fenomenológica e neuroarquitetônica, a pesquisa aborda como os ambientes construídos afetam os processos emocionais, cognitivos e fisiológicos, especialmente em contextos de vulnerabilidade como os hospitais. O estudo fundamenta-se em um marco teórico multidisciplinar—articulando fenomenologia, neurociência e psicologia ambiental—para propor estratégias de projeto baseadas na empatia e na percepção sensorial. Por meio da análise de discursos projetuais e estudos de caso, confirma-se que a qualidade espacial influencia o bem-estar dos pacientes e que a arquitetura humanizada promove a cura. O artigo introduz a noção de empatia construtiva e dos processos cognitivos do habitar, evidenciando suas implicações éticas e projetuais para o design contemporâneo. Assim, a arquitetura para a saúde é reafirmada como uma prática ética, científica e poética que sustenta a alma por meio da experiência espacial.

**Palavras-chave:** arquitetura para a cura - fenomenologia - neuroarquitetura - cuidado centrado no paciente - design sensorial - empatia - percepção cognitiva

[Las traducciones de los abstracts fueron supervisadas por el autor de cada artículo.]

---